

Atrieflimren og Rehabilitering

Erfaringer fra REHPAs forskningsklinik

REHPA | NOTAT NR. 22 | DECEMBER 2021

Atrieflimren og Rehabilitering. Erfaringer fra REHPAs forskningsklinik

Forfattere: Caroline Elnegaard, Jan Tofte, Kristoffer Marså og Ann-Dorthe Zwisler
Copyright © 2021
REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til REHPA.

REHPA, notat nr. 22
December 2021

ISBN: 978-87-93356-66-5 (online)

REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation

Vestergade 17
5800 Nyborg
Telefon 21 81 10 11
Mail: rehpa@rsyd.dk
www.rehpa.dk

REHPA-notater følger op på områder, som efterspørges af myndigheder, samarbejdspartnere, fagfæller, forskere, praktikere og andre målgrupper, som videncentret deler interesser med.

Notaterne er ikke reviewet, men fagligt godkendt af videncentrets medarbejdere. Udarbejdelsen af og baggrunden for notatet fremgår af forordet.

Notaterne udkommer ad hoc som elektroniske dokumenter og kan downloades fra www.rehpa.dk.

Forord	4
Resumé	5
Summary	6
1. Introduktion	7
1.1 Notatets målgruppe	9
1.2 Notatets formål.....	9
2. Metode	10
2.1 REHPAs atrieflimren forløb	10
2.2 Inklusionskriterier, rekruttering og visitering	11
2.3 Indsatser i forløbet.....	11
2.3.1 MediYoga.....	12
2.4 Dataindsamling	13
2.4.1 Kvantitative analyser	14
2.4.2 Kvalitative analyser	14
2.5 Etik	14
3. Resultater	15
3.1 Beskrivelse af deltagerne	15
3.2 Deltagernes oplevelse af livet med atrieflimren og rehabiliteringsforløbet	19
3.2.1 Livet med atrieflimren.....	19
3.2.2 Deltagelse i rehabilitering og indsatser.....	19
3.2.3 Sammenhængende forløb.....	19
3.2.4 Deltagerne evaluerer indsatserne i opholdet	20
3.3 Effekt af rehabiliteringsforløbet.....	20
3.3.1 Blodtryk, blodprøve og hjerterytmemåling.....	21
3.3.2 Forskelle i resultater ved fremmøde- og digitalt forløb.....	22
3.4 Deltagernes oplevelse af de to MediYoga forløb.....	24
3.4.1 Deltagernes oplevelser med MediYoga	24
3.4.2 De to forløbstyper	24
3.4.3 MediYoga forløb fremadrettet.....	25
4. Diskussion og konklusion	26
4.1 Opsummering og diskussion	26
4.1.1 Metode diskussion	27
4.2 Konklusion og perspektivering.....	28
Referencer	30
Bilag 1. Ugeprogram	33
Bilag 2. Beskrivelse af indsatserne under forløbet	34
Bilag 3. Overblik over yderligere indsamlede data	38
Bilag 4. Kvantitative måleredskaber	39
Bilag 5. Interviewguide fokusgruppeinterview: Livet med atrieflimren og rehabilitering...	41
Bilag 6. Interviewguide fokusgruppeinterview: MediYoga	44
Bilag 7. Relevans og udbytte af indsatserne	47

Forord

Rehabilitering til mennesker med atrieflimren er en relativt ny indsats i Danmark, og viden er fortsat mangelfuld. Det er uklart, hvilke indsatser der tilgodeser de udfordringer i hverdagslivet, som mennesker med atrieflimren lever med, og hvordan de koordineres på tværs af det højt specialiserede sygehus og det nære sundhedsvæsen. Dette projekt, som afprøver et rehabiliteringsforløb til denne målgruppe, taler dermed ind i REHPAs Strategi 2025, som retter sig mod: Bedre kvalitet, koordinering og sammentænkning af rehabiliterings- og palliationsindsatser under forløb på REHPA og på tværs af kommuner og regioner. Erfaringerne fra forløbene kan være med til at forme, hvordan der arbejdes med rehabilitering ved atrieflimren.

I nærværende notat præsenteres erfaringer og resultater fra to REHPA-forløb for mennesker med atrieflimren, som er gennemført i REHPAs forskningsklinik i uge 45 og 47, 2020. En særlig tak for samarbejdet omkring forløbene til Svendborg Kommune, Hjerteafdelingen, OUH Odense og Svendborg, Hjerteforeningen samt MediYoga Danmark og MediYoga instruktørerne, der varetog MediYoga forløbet.

Notatet er udarbejdet af; forskningsassistent, cand.scient.san.publ., Caroline Elnegaard; forløbsleder og projektkoordinator, socialrådgiver, Jan Tofte; speciallæge, Kristoffer Marså; og læge, professor, Ann-Dorthe Zwisler.

En stor tak til de 23 deltagere og fem pårørende der deltog i forløbene og har bidraget til erfaringsopsamling gennem deltagelse, workshops og fokusgruppeinterviews, udfyldelse af spørgeskemaer samt hjerterytmeovervågning, blodtryksmåling og blodprøve i forbindelse med forløbene.

Tak til Annette Rasmussen, klinisk leder, og Mai-Britt Guldin, forskningsleder, for to grundige, konstruktive interne reviews af notatet.

Ane Bonnerup Vind
Videncenterchef
REHPA, Region Syddanmark og Syddansk Universitet
December 2021

Resumé

I REHPAs forskningsklinik er der gennemført to innovative rehabiliteringsforløb for mennesker med atrieflimren. Forløbene foregik i perioden november 2020 til marts 2021. Forløbene står på skuldrene af et satspuljeprojekt gennemført i Svendborg Kommune i 2019 om rehabilitering til mennesker med atrieflimren, nationale og regionale forløbsprogrammer for mennesker med hjertesygdomme, den nationale kliniske retningslinje for rehabilitering inden for atrieflimren samt tilstødende litteratur fx om MediYoga (medicinsk yoga) og atrieflimren. Dette notat undersøger 1) deltagernes oplevelse af livet med atrieflimren og rehabilitering, 2) effekten af rehabiliteringsforløbet samt 3) deltagernes oplevelse af to forskellige MediYoga forløb.

Notatet er baseret på data indsamlet på de to forløb, hvor 22 mennesker med atrieflimren gennemførte forløbet. Data er indsamlet via patientrapporterede oplysninger (PRO-data), kliniske data i form af hjerterytmeovervågning i tre døgn, blodprøvetagning og blodtryksmåling samt fokusgruppeinterviews.

Notatet beskriver de kliniske- og forskningsmæssige indsatser, som var en del af forløbet samt resultaterne af forløbet. Resultaterne viser, at deltagerne øgede deres livskvalitet og reducerede den atrieflimren relaterede symptombyrde, angst og blodtryk.

MediYoga havde et særligt fokus i forløbet, og erfaringerne viser, at et digitalt set-up er gennemførbart og med mindst lige så gode resultater som et MediYoga forløb ved fysisk fremmøde. Dog anbefaler deltagerne og MediYoga instruktører fysisk fremmøde, da de mener, at detaljegraden i øvelserne bortfalder ved et udelukkende digitalt set-up, og at fællesskabet er vigtigt for oplevelsen og motivationen.

Deltagerne efterlyser etablerede og sammenhængende rehabiliteringsforløb for mennesker med atrieflimren, der er ensartede på tværs af kommunegrænser, og som eventuelt godt kan integreres med andre hjertesygdomme. Deltagerne fremhæver et behov for mere viden og information om sygdommen, behandlingen og livet med atrieflimren i samtaler med læger og sygeplejersker i forbindelse med diagnostik eller anden behandling relateret til atrieflimren.

Summary

People with atrial fibrillation participated in rehabilitation at REHPAs research clinic. The project took place from November 2020 to March 2021. The project originates from experiences in a municipal development project carried out in Svendborg in 2019 investigating rehabilitation for people with atrial fibrillation. Furthermore, the report is based on the national and regional rehabilitation programme for people with heart disease, the national clinical guideline for rehabilitation in atrial fibrillation and supplemental literature, e.g. MediYoga (medicinal yoga) and atrial fibrillation. This report investigates 1) the participants' experiences in living with atrial fibrillation and experiences in rehabilitation, 2) the effect of the rehabilitation programme and 3) the participants' experiences of physical attendance or digital MediYoga.

The report includes data gathered in a rehabilitation programme, where 22 people with atrial fibrillation completed the intervention. Data consists of patient reported outcomes (PRO-data), clinical data in the form of measurements of heart rate during three days, blood samples and blood pressure measurements, as well as focus group interviews.

The report describes the clinical and research activities in the rehabilitation programme as well as the results. The results show that the participants increased their quality of life and decreased their atrial fibrillation related symptom burden, anxiety and blood pressure.

The rehabilitation programme had a special focus on MediYoga. Experiences from the project shows that a digital set-up is feasible and had good results compared to MediYoga with physical attendance. However, participants and MediYoga instructors recommend physical attendance because details in yoga exercises are missing in the digital set-up and the feeling of community was important for the experience and motivation.

The participants are looking for established and coherent rehabilitation courses for people with atrial fibrillation who are uniform across municipal boundaries and who may well be integrated with other heart diseases. The participants highlight a need for more knowledge and information about the disease, the treatment, and in living with atrial fibrillation in consultations with doctors and nurses in connection with diagnosis or other treatment related to atrial fibrillation.

1. Introduktion

Atrieflimren er en sygdom, som mange patienter er mærkede af i dagligdagen. De mest almindelige symptomer er hurtig og uregelmæssig puls, hjertebanken, åndenød, træthed (fatigue), svimmelhed, smerter i brystet, dyspnø samt følelse af uro og angst (1-4). At leve med atrieflimren er forbundet med øget opmærksomhed på og usikkerhed om kroppens og hjertets signaler. Psykiske reaktioner, som bekymringer og angst, er hyppige, og oplevelsen af nedsat livskvalitet er almindelig. Mange er forhindrede i at leve det liv, de levede, før de fik atrieflimren (5-8). Derfor kan et rehabiliteringsforløb være meningsfuldt for at sikre, at mennesker med atrieflimren kan have et godt liv med færrest mulige gener af atrieflimren.

Atrieflimren udgør en stor byrde for patienter, samfundet og sundhedssystemet, da atrieflimren er associeret med betydelig sygelighed og dødelighed. Komplexiteten i atrieflimren kræver en flerfacetteret, holistisk og multidisciplinær tilgang i behandlingen og håndteringen af atrieflimren med aktiv involvering af patienten i samarbejde med klinikerne (1).

I Danmark er der ca. 130.000 mennesker, der lever med atrieflimren, og ca. 20.000 får hvert år diagnosticeret atrieflimren (9). Atrieflimren (også kaldet forkammerflimmer) er en tilstand, hvor hjerterytmen fra forkamrene er forstyrret. Der findes forskellige typer af atrieflimren (2):

- Paroksyttisk: Går over af sig selv, anfald af varierende varighed og hyppighed (minutter og op til syv dage).
- Persisterende: Går ikke over af sig selv. Konverteres elektrisk (DC-konvertering) eller medikamentelt. Varighed typisk over syv døgn.
- Længerevarende persisterende: Varighed mere end ét år hvor DC-konvertering eller rytmestabiliserende medicin stadig kan være relevant at forsøge.
- Permanent: Elektrisk eller medikamentelt forsøg på konvertering har været virkningsløst eller sinusrytme opretholdes kun i kortere perioder før recidiv, samt hvis konverteringsforsøg vurderes ikke hensigtsmæssigt for patienten. Tilstanden accepteres som permanent af patienten og lægen.

Atrieflimren er først fra 2018 blevet en del af nationale og regionale forløbsprogrammer (10, 11). En national klinisk retningslinje for rehabilitering som inkluderede mennesker med atrieflimren og atrieflagren blev publiceret i 2019 og anbefaler patientuddannelse og fysisk træning til mennesker med atrieflimren (12). Før dette eksisterede der ikke et egentligt rehabiliteringstilbud til mennesker med atrieflimren og det på trods af, at atrieflimren er den hyppigst forekommende hjertesygdom (13). Efter udgivelsen af den nationale kliniske retningslinje stod kommunerne, der varetager den generaliserede rehabilitering, dermed overfor at inkludere en ny gruppe af hjertepatienter i hjerterehabiliteringen, som de ikke havde klinisk erfaring med.

Forskning i non-farmakologisk behandling og rehabilitering ved atrieflimren er relativt nyt, og der mangler fortsat store randomiserede studier. I internationale guidelines er inden for de seneste år fremkommet en patientcentreret holistisk tilgang til medicinsk- og nonfarmakologisk behandling ved atrieflimren baseret på et tværfagligt, samarbejdende team af sundhedsprofessionelle, kaldet

'integrated care' (1, 14, 15). To studier og en metaanalyse har vist, at en integrated care tilgang medførte færre genindlæggelser og mindre dødelighed (1, 16-18). En vigtig del af integrated care, og dermed også i rehabilitering ved atrieflimren, er håndtering af risikofaktorer (1). Risikofaktorer, som fx overvægt, rygning, alkoholoverforbrug, fysisk inaktivitet, forhøjet blodtryk, søvnapnø og forekomst af andre hjertesygdomme eller kroniske sygdomme, er vigtige at håndtere i planlægningen af et rehabiliteringsforløb, da de er potentielle bidragsydere til udvikling og progression i atrieflimren (1). Et andet komplementært område i forskningen inden for atrieflimren er MediYoga (Medicinsk Yoga). MediYoga udspringer af Kundalini yoga. I et specielt udviklet program til mennesker med hjertesygdomme, indeholder et MediYoga program vejtrækningsøvelser (dyb og rolig vejtrækning), øvelser der strækker brystmuskulaturen og meditationer (19, 20). Små forskningsstudier (N < 50) viser fordelagtige effekter hos mennesker med atrieflimren, bl.a. bedre mentalt helbred og lavere blodtryk (19, 20) samt lavere hjerterytme (19). I et kvalitativt studie beskrives MediYoga som et værktøj til at håndtere følelser som frygt og angst, men også fysiske symptomer af atrieflimren. MediYoga giver ro og øget velbefindende, mentalt og fysisk (21). Virkningsmekanismen bag yogaens effekter ligger i øget aktivitet i det parasympatiske nervesystem (ro og hvilesystemet) (22).

Dette notat bygger på et forskningsprojekt i REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliations forskningsklinik. Det overordnede formål med projektet var "at sætte fokus på hvilke indsatser, der er hjælpsomme for mennesker med atrieflimren og bidrager til at skabe et sammenhængende rehabiliteringsforløb for mennesker med atrieflimren" (23). To forløb for mennesker med atrieflimren blev gennemført i forskningsklinikken i 2020 med et tværfagligt team af sundhedsprofessionelle, der varetog indsatserne. Forløbene bygger på gode erfaringer fra et satspuljeprojekt og er et samarbejde med Svendborg Kommune. Svendborg Kommune gennemførte i 2019 et projekt om rehabilitering til mennesker med atrieflimren (24) og har desuden været involveret i planlægningen og udførelsen af MediYoga-indsatsen i forbindelse med forløbene på REHPA.

Viden om rehabilitering ved atrieflimren er fortsat mangelfuld, og det er uklart, hvordan indsatserne tilgodeser de udfordringer i hverdagslivet, som mennesker med atrieflimren oplever, og hvordan indsatserne koordineres på tværs af det højt specialiserede sygehus og det nære sundhedsvæsen. Foreløbige resultater om komplementær indsatser i form af MediYoga har været lovende. Det har derfor været af særlig interesse for REHPA at se nærmere på netop denne indsats. Derudover er samarbejdet med kommunerne et af hovedelementerne i REHPAs strategi, og erfaringerne fra forløbene kan være med til at forme, hvordan der arbejdes med rehabilitering ved atrieflimren i kommunerne (25).

I dette notat formidles resultater og erfaringer fra de to forløb. Mere dybdegående og detaljerede analyser af resultaterne vil efterfølgende blive offentliggjort i videnskabelige fagfællevaluerede artikler.

1.1 Notatets målgruppe

REHPAs notater skrives primært til internt brug, men kan også læses af eksterne. Målgruppen for notatet er primært sundhedsprofessionelle, som arbejder med rehabilitering ved hjerteområdet generelt og/eller atrieflimren i kommunerne og på sygehusene. Sekundært er målgruppen alle andre med interesse i rehabilitering og atrieflimren.

1.2 Notatets formål

Formålet med notatet er at give en bred afrapportering af REHPAs erfaringer og resultater i denne afgrænsede undersøgelse, herunder:

- 1) Hvordan oplever deltagerne livet med atrieflimren og rehabiliteringsforløbet.
- 2) Hvilken effekt har rehabiliteringsforløbet på deltagernes livskvalitet og angst og depression m.fl.
- 3) Hvordan oplever deltagerne to forskellige MediYoga forløb (fremmøde og digitalt forløb).

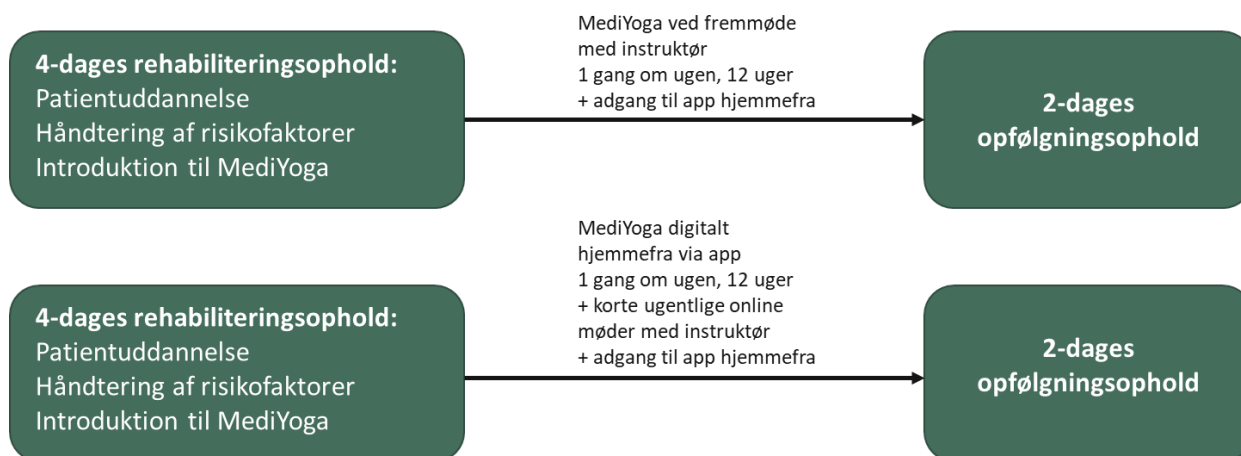
2. Metode

I metodeafsnittet præsenteres de to atrieflimren forløb, inklusionskriterier, rekruttering og visitering, indsatserne, dataindsamlingen, måleredskaber samt et afsnit om etik.

2.1 REHPAs atrieflimren forløb

I november 2020 startede to gruppebaserede forløb for mennesker med atrieflimren og evt. deres pårørende i REHPAs forskningsklinik. Figur 1 præsenterer de to forløb.

Figur 1. Rehabiliteringsforløbet og set-up omkring MediYoga



Begge forløb bestod af et fire-dages internatophold (i det følgende kaldet 'ophold') på REHPA, efterfulgt af et MediYoga forløb over tre måneder med enten fremmøde eller digital adgang hjemmefra (beskrives nærmere i afsnit 2.3.1), samt et to-dages opfølgingsophold (i det følgende kaldet 'opfølgning') på REHPA. Udover MediYoga som den gennemgående indsats under opholdet og den mellemliggende periode frem til opfølgningen var der indlagt indsatser hentet fra REHPAs standardforløb (beskrives nærmere i afsnit 2.3) (26). Dette var indsatser, som vurderedes relevante til mennesker med atrieflimren på baggrund af forskningslitteraturen om livet med atrieflimren og de kliniske retningslinjer. Dermed var indsatserne centreret om psykosociale indsatser, patientuddannelse, håndtering af risikofaktorer samt fysisk aktivitet.

Den samlede intervention under forløbet tog afsæt i forskellige teoretiske tilgange, som udgør en naturlig del af et tværvideenskabeligt fundament i forskningsklinikken. Bl.a. arbejdes ud fra den bio-psyko-sociale model, ICF¹, total pain og med sundhedspædagogisk tilgang; handlekompetencer og mestring. Ved interesse kan læses mere om disse tilgange i Praksisbeskrivelser, Forskningsklinik REHPA (26).

¹ International klassifikation af funktionsevne.

2.2 Inklusionskriterier, rekruttering og visitering

Mennesker med atrieflimren og deres nærmeste pårørende blev inviteret til at deltage, hvis følgende inklusionskriterier var opfyldt:

- At der var påvist atrieflimren (anfaldsvis eller konstant, bekræftet af EKG ved lægen).
- At der var et selvoplevet rehabiliteringsbehov.
- At man kunne og ville deltage aktivt i forløbet.
- At man var pårørende til en patient med atrieflimren, der skulle deltage i forløbet.
- At man kunne klare sig selv ift. personlig pleje, mv. (både deltager og pårørende).
- At man kunne tale og forstå dansk.
- At man var over 18 år.
- At der var givet samtykke til at bidrage til indsamling af forskningsdata til projektet.

Rekruttering af deltagerne foregik på hjerteafdelingerne på Odense Universitetshospital, Odense og Svendborg, Hjerteforeningen og særligt lokalforeninger på Fyn samt HjerteFyn², hvor ledelsesrepræsentanter fra fynske kommuner og sygehusene sidder. De modtog information om de to forløb med henblik på rekruttering.

Henviste ansøgere blev visiteret på baggrund af behovsvurdering med data fra lægehenvi- sning og ansøgningsskema. Flere faktorer vægtede i visiteringen, fx REHPA-skalaen³ og rehabiliteringsbehov beskrevet af læge og deltageren selv.

2.3 Indsatser i forløbet

Ugeprogrammet for ophold og opfølgning kan ses i Bilag 1, der giver overblik over indsatserne under forløbet. Indsatserne beskrives kort i Tabel 1, uddybende beskrivelser af hver indsats kan findes i Bilag 2. MediYoga var særligt i fokus i forløbet og beskrives derfor mere detaljeret i afsnit 2.3.1. Titlerne på indsatserne er taget fra deltagernes program og er refereret fra Praksisbeskrivelser, Forskningsklinik REHPA, hvor der kan læses mere om disse (26).

² En arbejdsgruppe under OUH, der skal implementere det tværsektorielle forløbsprogram for mennesker med hjertesygdom.

³ En skala fra 1-10, hvor deltagerne vurderer, hvor tæt på eller hvor langt fra, de er at leve det liv, de gerne vil leve lige nu. REHPA-skalaen anvendes som mål for behovsvurdering i forskningsklinikken.

Tabel 1. Indsatser i forløbet

Titel på indsats	Formål og indhold
Velkomst og præsentationsrunde	Aktiviteter på første dag som hjælper deltagerne med at føle sig velkommen og introduceret. Formålet er, at deltagerne; oplever et miljø, hvor rummelighed, åbenhed og respekt er til stede; føler sig ventet, velkomne og introduceret; har kendskab til program og kontaktpersoner på REHPA; oplever mulighed for spejling og indledende følelse af fællesskab og tilhørsforhold i gruppen.
Atrieflimren og at være træt ⁴	Gennem oplæg og dialog opnår deltagerne kendskab til sygdommen atrieflimren og et hyppigt forekommende symptom, som er træthed. Gennem vidensformidling og dialog, rustes deltagerne til bedst muligt at mestre livet med atrieflimren.
Livet i bevægelse	Gennem oplæg og dialog støttes deltagerne i at finde personlig mening og retning, og hvordan egne kilder til mening og værdier kommer til udtryk og kan fremmes i eget liv.
At være menneske	Gennem en dialogbaseret indsats skabes rum for anerkendelse af at være eksistentielt ramt som menneske, med ofte modsatrettede følelser, så som håb/håbløshed, glæde/sorg, mening/meningsløshed og liv/død.
Individuelle samtaler	I individuelle samtaler med fagpersoner har deltagerne mulighed for afklaring af behov for rehabilitering og modtager relevant rådgivning eller terapeutisk støtte, der tager udgangspunkt i deltagerens ressourcer, handlerum og netværk.
Samvær med andre i samme situation	Erfaringen fra forløb på REHPA er, at deltagerne oplever stor værdi i mødet med andre i samme situation. Deltagerne har, i forskellige sammenhænge under forløbet, mulighed for spejling, opleve ligheder og forskelligheder samt at erfaringsudveksle om det at leve med atrieflimren.
Samvær blandt pårørende	Fem deltagere havde valgt at tage en pårørende med i forløbet (for de flestes vedkommende deres ægtefælle). Formålet med deltagelse af pårørende var, at pårørende kunne være støtte for patienten under opholdet samt at have et bedre udgangspunkt for støtte i dagligdagen.
Motivation, forandring og handleplaner	Gennem oplæg og dialog udvikler deltagerne mål og handleplan, der tager udgangspunkt i eget hverdagsliv, fremmer funktionsevne, aktivitet, lindring og livskvalitet. Rammen for indsatsen er den motiverende intervention.
Fysisk aktivitet	Let til moderat fysisk aktivitet var en del af programmet, hvilket er vigtigt ved atrieflimren, fordi fysisk aktivitet kan mindske risikoen for atrieflimren gennem fordelagtige effekter på kardiovaskulære risikofaktorer.

2.3.1 MediYoga

Et centralt element i rehabiliteringsforløbet var MediYoga, og to forløb blev gennemført: Ét med fysisk fremmøde og ét digitalt hjemmefra.

⁴ Atrieflimren-delen af denne indsats er udviklet specifikt til dette forløb, hvor trætheds-delen er inspireret fra praksisbeskrivelserne.

Under opholdet fik alle deltagere (fremmøde og digitale) samme introduktion til MediYoga, dvs. instruktørerne introducerede MediYoga og afprøvede programmer og øvelser samt introducerede til det digitale set-up med app'en 'MediYoga Play'⁵. Efter opholdet blev deltagerne i den ene gruppe tilbudt et MediYoga forløb med fysisk fremmøde med instruktør, og deltagerne i den anden gruppe blev tilbudt et digitalt MediYoga forløb.

Den digitale gruppe blev instrueret i, hvilke programmer de skulle gennemføre hjemmefra via MediYoga Play (de samme programmer som fremmøde forløbet). Herudover havde de digitale deltagere mulighed for én gang om ugen at tilgå et online møde sammen, hvor de kunne tale med instruktøren.

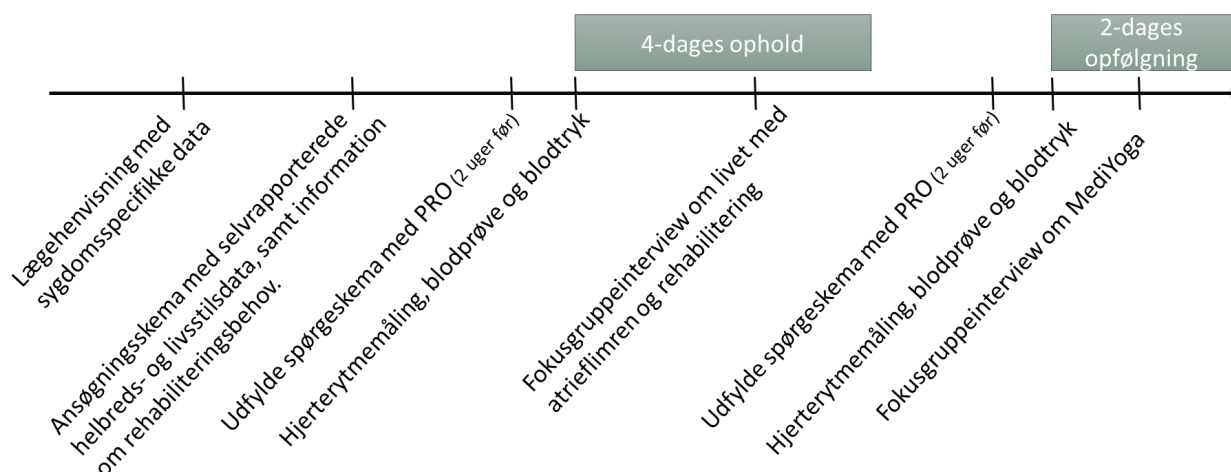
Begge forløb blev opfordret til at praktisere MediYoga flere gange om ugen, og begge havde mulighed for at bruge MediYoga Play hertil. MediYoga strakte sig over tre måneder i perioden mellem ophold og opfølgning. To MediYoga instruktører var gennemgående på begge forløb og havde deltagerne seks gange hver, både ved de egentlige fremmøder og online møder.

2.4 Dataindsamling

Dette forskningsprojekt kan ansues som et pilotstudie, dvs. det er en afgrænset undersøgelse, som det principielt er svært at konkludere ud fra.

Der er samlet forskellige kvantitative og kvalitative data ind som del af forløbene. Figur 2 viser, hvornår data er indsamlet i forløbet.

Figur 2. Tidslinje over dataindsamling i projektet



Data præsenteret i tidslinjen præsenteres i dette notat. Der blev indsamlet lidt flere data, som bl.a. ligger tilgængelige i REHPAs forskningsdatabase til fremtidig brug, men som ikke præsenteres i dette notat (se overblik i Bilag 3).

Data fra lægehenvielse og ansøgningsskema anvendes til at beskrive deltagerne i dette projekt.

⁵ MediYoga Danmark stillede MediYoga Play gratis til rådighed for deltagerne i projektperioden: <https://dk.mediogaplay.com/>

Del 1 i formålet; deltagernes oplevelse af livet med atrieflimren og rehabiliteringsforløbet, analyseres med data fra fokusgruppeinterview under ophold samt deltagernes evaluering af opholdet⁶.

Del 2 i formålet; effekten af rehabiliteringsforløbet, analyseres med data fra spørgeskema, hjerterytmemåling, blodprøve og blodtryk.

Del 3 i formålet; deltagernes oplevelse af de to MediYoga forløb, analyseres med data fra fokusgruppeinterview under opfølgningen.

I Bilag 4 kan ses et overblik over anvendte kvantitative måleredskaber i projektet, der består af spørgeskemadata og kliniske data.

2.4.1 Kvantitative analyser

Kvantitative data opgøres deskriptivt i antal, procenter, gennemsnit, standardafvigelser og intervaller. En parret t-test anvendes til at undersøge om ændringen i gennemsnitscores i de forskellige PRO-skemaer samt blodtryksmåling og blodprøve, fra ophold til opfølgning, er statistisk signifikante. Resultaterne fra hjerterytmemålingen er analyseret efter, om der var tilfælde af atrieflimren under de tre døgn, og der er således dannet en binær variabel. Dermed anvendes 'Fishers Exact test' til at undersøge, om der er ændringer i antallet af atrieflimren-anfald fra ophold til opfølgning. Ændringer vurderes statistisk signifikante ved $p < 0,05$.

2.4.2 Kvalitative analyser

Fokusgruppeinterviews om henholdsvis livet med atrieflimren og rehabilitering samt de to MediYoga forløb var semistrukturerede. Interviews er transskriberet og en indledende, tematisk analyse er gennemført til dette notat. En sammenfatning af overordnede temaer præsenteres i resultatafsnittet. Der medtages ikke citater mv., idet de forbeholdes til mere dybdegående og detaljerede analyser, som efterfølgende vil blive offentliggjort i videnskabelige fagfællevaluerede artikler. Interviewguide fra fokusgruppeinterview om livet med atrieflimren kan ses i Bilag 5. Interviewguide fra fokusgruppeinterview om MediYoga kan ses i Bilag 6.

2.5 Etik

Deltagerne har i det elektroniske ansøgningsskema givet deres skriftlige informerede samtykke til deltagelse i projektet og indsamling af data. De indsamlede data indgår i REHPAs forskningsdatabase (journalnr. 18/27843 i Region Syddanmarks fortegnelse). Nærværende projekt blev anmeldt til fortegnelsen over forskningsprojekter (journalnr. 20/51151). Herudover har Region Syddanmarks Videnskabsetiske Komité vurderet, at projektet ikke er anmeldelsespligtigt: Sagsnr. 20202000-181. Deltagerne har desuden givet skriftligt informeret samtykke til, at data fra hjerterytmemåling og blodprøver, som er lagret i patientjournalssystemet, må trækkes ud og anvendes i dette notat samt til forskningsartikler relateret til afrapportering af atrieflimren-forløbene på REHPA.

⁶ Deltagerne udfyldte et, af REHPA sammensat, kortfattet spørgeskema om indsatsernes relevans og udbytte samt tilfredshed med forløbet på en skala fra 0-5, hvor 5 er høj relevans, udbytte og tilfredshed. Evalueringen gennemførtes umiddelbart inden opholdets afslutning.

3. Resultater

I dette afsnit præsenteres deltagerne og resultaterne i henhold til notatets tre formål.

3.1 Beskrivelse af deltagerne

I alt deltog 23 deltagere og fem pårørende i de to ophold på REHPA.

Der var 12 deltagere og to pårørende på det første forløb og 11 deltagere og tre pårørende på det andet forløb. De pårørende bestod af fire ægtefæller (to kvinder og to mænd) samt en datter. De pårørende beskrives ikke yderligere i dette notat.

Ved opfølgningen deltog syv deltagere fra det første forløb: Fire meldte afbud grundet COVID-19-situationen, og én valgte at trække sig fra resten af forløbet umiddelbart efter opholdet. De fire deltagere, der meldte afbud til opfølgningen, har alle bidraget til dataindsamlingen, og der er dermed fuldstændige spørgeskemadata og hjerterytmemåling, blodprøver og blodtryk på 11 deltagere fra det første forløb.

Alle 11 deltagere fra det andet forløb deltog i opfølgningen og bidrog til dataindsamlingen. I alt er der dermed data på 22 deltagere fra opfølgningen.

Tabel 2 beskriver de 23 deltagere, der deltog ved opholdet. Knap 75 % var kvinder, de havde en gennemsnitsalder på 67 år, 70 % var dermed pensionister.

Tabellen viser også en række risikofaktorer: De fleste deltagere dyrker lettere motion, svarende til at man spadserer, cykler eller har anden let motion mindst fire timer per uge. Enkelte angav at de var mere stillesiddende (17 %). Deltagernes BMI ligger gennemsnitligt på 28. Deltagerne har gennemsnitligt en høj sandsynlighed for søvnapnø med en score ≥ 8 (se forklaring i asterix under Tabel 2), der er dog stor spredning. Omkring halvdelen af deltagerne er i behandling med kolesterolsænkende og/eller blodtryksænkende medicin. Enkelte var i behandling med anti-diabetika (14 %).

**Tabel 2. Karakteristik af og risikofaktorer blandt deltagerne ved ophold (data fra lægehenvi-
ansøgningsskema)**

N = 23	
Alder , gennemsnit (SD) [interval]	67 (9) [45-81]
Køn , Kvinde, n (%)	17 (74)
Civilstatus	
Enlig/single/bor alene, n (%)	6 (26)
Gift/fast partner, n (%)	17 (74)
Uddannelse	
Ingen uddannelse eller faglært, n (%)	13 (57)
Kort eller mellemlang videregående, n (%)	10 (43)
Beskæftigelse	
Erhvervsaktive (fuldtid, deltid, sygemeldt eller flexjob), n (%)	7 (30)
Pensionist, n (%)	16 (70)
Rygning	
Tidligere ryger, n (%)	11 (48)
Ikke ryger, n (%)	12 (52)
Alkohol (antal der har et alkoholforbrug inden for anbefalingerne), n (%) (n = 21)	18 (86)
Fysisk aktivitet (summerer ikke til 100 %)	
Lettere motion, n (%)	19 (83)
BMI , gennemsnit (SD) [interval]	28 (4) [21-39]
Søvnapnø (NoSAS-score [‡]), gennemsnit (SD) [interval] (n = 19)	8,3 (3,5) [4-17]
Antal deltagere med NoSAS-score ≥ 8 , n (%)	9 (47)
Behandling for udvalgte risikofaktorer	
I behandling med kolesterolsænkende medicin, n (%) (n = 21)	10 (48)
I behandling med blodtrykssænkende medicin, n (%) (n = 22)	12 (55)
Anden sygdom *, n (%)	23 (100)
Anden hjertesygdom [#] , n (%) (n = 22)	5 (23)

‡ NoSAS score beregnes med point ud fra: Halsomkreds >40cm (4 point), BMI 25-30 (3 point), BMI >30 (5 point), snorken (2 point), alder > 55 år (4 point), mandligt køn (2 point).

* Anden sygdom indeholder et bredt spektrum af sygdomme: Astma, allergi, forhøjet blodtryk, lungesygdom, sukkersyge, mavesår, nyresygdom, leversygdom, blodmangel, kræft, slidgigt, rygsmerter, andre smerter, angst og depression, psykiske problemer samt andre sygdomme.

Her beskrives utæt hjerteklap, blodpropper i hjertet, nedsat hjertefunktion, forkalkninger i blodårer i hjertet og forhøjet kolesterol.

I Tabel 3 præsenteres deltagernes atrieflimren og helbredsrelaterede oplysninger ved ansøgning til forløbene. Deltagernes selvvaluerede helbred ligger gennemsnitligt på 2,6 ud af 5. De fleste har oplevet et atrieflimren-anfald inden for den seneste måned før opholdet. Ud af 20 deltagere har 18 en EHRA-score på IIB eller III, hvilket indikerer, at de som minimum er bekymrede omkring deres sygdom, eller at deres daglige aktiviteter er påvirkede af atrieflimren. Enkelte (10 %) scorede i henholdsvis kategori I: Ingen symptomer, eller IIA: Normale daglige aktiviteter ikke påvirket af atrieflimren symptomer.

**Tabel 3. Atrieflimren og helbredsrelaterede oplysninger om deltagerne (data fra lægehenvi-
ansøgningsskema)**

N = 23	
Selvvurderet helbred , gennemsnit (SD) [interval]	2,6 (0,7) [1-4]
Hyppighed af atrieflimren (n = 22)	
I dag, n (%)	6 (27)
Inden for den sidste uge, n (%)	5 (23)
Inden for den sidste måned, n (%)	6 (27)
Mellem en måned og et år siden, n (%)	5 (23)
Type atrieflimren (n = 22)	
Paroksyttisk, n (%)	13 (59)
Persisterende, n (%)	9 (41)
Medicinsk behandling (der kunne sættes flere krydser) (summerer ikke til 100 %)	
Peroral AK-behandling, n (%)	16 (70)
Frekvenskontrol, n (%)	8 (35)
Rytmekontrol, n (%)	8 (35)
Ingen af ovenstående, n (%)	6 (26)
Operationel behandling (der kunne sættes flere krydser) (summerer ikke til 100 %)	
DC-konvertering, n (%)	11 (48)
Ablation, n (%)	10 (43)
CHA2DS2-VASc-score [*] , gennemsnit (SD) [interval] (n = 22)	2,9 (1,6) [0-6]
Ekkokardiografi (LVEF[#]) , antal med normal LVEF (+55 %), n (%) (n = 18)	17 (94)
Familiehistorik med atrieflimren , n (%)	9 (39)
EHRA-kategori (n = 20) (summerer ikke til 100 %)	
IIB Normale daglige aktiviteter ikke påvirket af AFLI-symptomer, men patienten er bekymret, n (%)	7 (35)
III Normale daglige aktiviteter påvirket af AFLI-symptomer, n (%)	11 (55)

* CHA2DS2-VASc-score fra 0 til 9 fortæller om risikoen for blodprop (stroke). Ved score ≥ 2 er der indikation for antikoagulationsbehandling.

LVEF betyder 'left ventricular ejection fraction', LVEF fortæller, hvor meget blod der pumpes igennem venstre ventrikel i hjertet. Under 55 % er unormalt/nedsat funktion.

Deltagerne er spurgt om, hvilke symptomer de oplever under atrieflimren, og svarer: Åndenød, kortåndet, forpustet, trykken for brystet/ondt i brystet, følelse af ubehag, angst, nervøsitet, uro, hovedpine, hjertet sitrer/banker hurtigt, svimmelhed, susen for ørene, høj puls, træthed, energiforladt, dårlig søvn, fryser og sveder.

I Tabel 4 præsenteres deltagerens rehabiliteringsbehov målt ved REHPA-skalaen, hvor deltagerne scorer 5,0. Sammenlignet med andre deltagere, der har været på REHPA-forløb, er atrieflimren-deltagerne sammenlignelige med mennesker, der har overlevet hjertestop, ift. hvor langt de selv vurderer, de er fra at leve det liv, de ønsker (27).

Tabel 4. Rehabiliteringsmål – er du på vej? (Hvor tæt er du på, eller hvor langt er du fra at leve det liv, du gerne vil leve lige nu?) (Skala fra 0-10, hvor 0 er tæt på, og 10 er langt fra) (data fra ansøgningsskema)

REHPA-skala (fra 0-10)	Gennemsnit (SD) [interval]
Atrieflimren (n = 23)	5,0 (2,6) [1-9]
Andre forløbstyper*	
Hjertestopoverlevende (n = 29)	5,0 (2,4) [0-9]
Blandede kræft diagnoser (n = 458)	6,1 (1,8) [1-10]
COVID-19 (n = 19)	6,3 (1,6) [3-9]

* Data fra REHPA-notatet af Rasmussen et al. (2021): Få luft – rehabilitering efter COVID-19 infektion (27).

I Tabel 5 præsenteres de problemfelter og behov⁷, som minimum 25 % af deltagerne har angivet før ophold. Disse ligger i høj grad inden for det psykiske eller fysiske område. Bekymringer, stress og angst fylder hos mennesker med atrieflimren, hvilket er velkendt i litteraturen (5, 28). Derudover fylder problemer med træthed, søvn og vejrtrækning på det fysiske område.

Tabel 5. Problemfelter og behov – REHPA-skalaen, før ophold (data fra ansøgningsskema)

N = 23		
Kategori	Problemfelt/behov*	Antal (%)
Arbejds-, studie- eller skoleproblemer	Egne forventninger	10 (44)
Psykiske problemer	Bekymret	15 (65)
	Angst	7 (30)
	Stresset	6 (26)
Fysiske problemer	Træthed	14 (61)
	Søvn	11 (48)
	Vejrtrækning	10 (44)
	Hjertet	9 (39)
	Muskel- og/eller ledsmerter	9 (39)
	Vandladning	7 (30)
	Koncentration	6 (26)
	Nedsat bevægelighed	6 (26)
	Nedsat sexlyst	6 (26)

* Kun de problemfelter, som opleves af minimum 25 % af deltagerne, svarende til minimum seks deltagere, rapporteres her.

Deltagerne og egen læge har desuden beskrevet rehabiliteringsbehov og ønsker for deltagelsen i forløbet. Svarene falder inden for følgende kategorier:

- Viden, videndeling, sygdomsforståelse og mestring af livet med atrieflimren.
- Redskaber eller strategier (fysisk og psykisk) til at afhjælpe atrieflimren-anfald, bekymring, stress, angst, uro, usikkerhed, tanker og træthed. Accept af tilstanden/sygdommen.
- Øget livskvalitet, tryghed og selvtillid.
- Fysisk træning, vægttab.
- Tale med fagpersoner.
- Tale med/dele erfaringer med ligesindede.

⁷ Deltagerne fik en udtømmende liste, som kan ses i Bilag 2 i rapporten 'Praksisbeskrivelser, Forskningsklinik REHPA' (25). Listen indeholder følgende overskrifter: Praktiske-, arbejds-, studie- og skole-, familie-, psykiske-, fysiske- samt åndelige/religiøse problemer.

3.2 Deltagernes oplevelse af livet med atrieflimren og rehabiliteringsforløbet

Dette afsnit indeholder en kortfattet opsamling fra fokusgruppeinterviews under opholdet med fokus på livet med atrieflimren og rehabilitering og besvarer dermed del 1 af formålet: Hvordan oplever deltagerne livet med atrieflimren og rehabiliteringsforløbet. Alle 23 deltagere deltog i fokusgruppeinterviews, fordelt i fire fokusgruppeinterviews. Dermed var der ca. seks deltagere i hver fokusgruppe. Afsnittet rundes af med deltageres evaluering af indsatsene i forløbet.

3.2.1 Livet med atrieflimren

Deltagerne fortæller, at livet er blevet anderledes efter de fik atrieflimren, de er blevet mere inaktive og har svært ved at gøre det, de plejer, grundet symptomer som træthed, åndenød og frygt for atrieflimren-anfald. Deltagerne oplever sig hæmmede af atrieflimren psykisk og fysisk. Deltagelsen i sociale arrangementer er påvirket, fx er flere holdt op med at tage på ferie af frygt for atrieflimren-anfald, der kræver indlæggelse, men også fordi forsikring ikke vil dække, og man skal have været fri for indlæggelse i nogen tid forinden. Det kan være svært at glæde sig og se frem til fx en fødselsdagsfest, fordi man måske på dagen ikke er frisk nok til at deltage. Disse resultater er sammenlignelige med andre kvalitative artikler, der har undersøgt, hvordan livet med atrieflimren opleves (5-7).

3.2.2 Deltagelse i rehabilitering og indsatser

De fleste deltagere har ikke tidligere modtaget tilbud rettet mod rehabilitering ved atrieflimren. REHPA-forløbet er for mange det første. Nogle af deltagerne har tidligere haft anden hjertesygdom, og disse har fået tilbudt genoptræning i kommunerne. De adspørges, om et normalt hjertehold er skræddersyet nok ift. atrieflimren og mener, at det vil fungere OK. Deltagerne påpeger, at det er problematisk, at tilbud er forskellige fra kommune til kommune, og at de bør ensrettes på tværs af kommuner, så tilbud ikke afhænger af, hvor i landet man bor. Et par af deltagerne har også benyttet Hjerteforeningens hjertemotion i lokalforeninger.

Ifølge indsatser i rehabilitering fremhæver deltagerne MediYoga, sygdoms-udvikling (patientuddannelse), kostundervisning, motion og bevægelse samt samvær og fællesskabet med andre i samme situation, hvor man kan dele erfaringer. Deltagerne ønsker en fagperson, fx en sygeplejerske, med tovholderfunktion, og som er koordinerende for et rehabiliteringsforløb og opfølgning. Deltagerne anbefaler også, at der skal være et tilbud til pårørende, men er uenige om, hvorvidt de skal have deres eget tilbud eller kan deltage i 'patientens' forløb.

3.2.3 Sammenhængende forløb

Deltagerne ønsker sammenhængende rehabiliteringsforløb. Som nævnt ovenfor ønsker deltagerne en tovholderfunktion på et rehabiliteringsforløb. Flere deltagere fortæller, at de i hospitalsregi har følt sig "forbigået" i samtaler og opfølgning om deres atrieflimren, og deraf kommer forslaget om en tovholderfunktion. Deltagerne efterlyser samtaler med både sygeplejersker og læger for at få status på deres sygdom, og hvad der er sket behandlingsmæssigt. Nogle deltagere har haft samtaler og

opfølgning med atrieflimren-faglige sygeplejersker og beskriver dette meget positivt og som rigtig god behandling. For deltagerne er det vigtigt, at læger og sygeplejersker har tid til og tør at tage den snak, især fordi de har bekymringer omkring sygdommen. Deltagerne anbefaler at uddanne sygeplejerskerne til at tage disse snakke, sådan at de kan få viden og ro på. Deltagerne fortæller, at de generelt føler sig meget alene med deres sygdom.

Om timingen for et rehabiliteringsforløb nævner deltagerne, at den rette timing kan være forskellig for forskellige personer. Flere nævner eksempler fra andre hjerteforløb og genoptræning, der har fungeret godt, og én nævner også kræftpakkeforløb som en vej, man kunne gå inden for atrieflimren, altså at der er et veldefineret opfølgingsprogram og rehabiliteringsforløb, som "ruller ud", når man har fået diagnosticeret atrieflimren. Et vigtigt perspektiv i forhold til behov i forbindelse med rehabiliteringsforløb er, at forløbet har en afslutning efter et vist antal gange eller måneder. Der er flere deltagere, der italesætter dette i forhold til en følelse af at være overladt til sig selv igen og stå alene. Dette er en velkendt problematik i sundhedsvæsenet og kræver god brobygning til civilsamfundet. Deltagerne fortæller, at det er særligt vigtigt, også på baggrund af dette, at der er nogen, som følger op løbende.

3.2.4 Deltagerne evaluerer indsatserne i opholdet

Deltagernes evaluering af indsatserne under opholdet på REHPA (se Bilag 7) indikerer, at forløbets indhold var af høj relevans og med stort udbytte. De indsatser, der vurderes af højest relevans og udbytte, er oplægget om 'Atrieflimren og at være træt', velkomst og præsentation af hinanden og projektet, MediYoga og den individuelle samtale. Deltagernes tilfredshed med forløbet som helhed lå på 4,8 ud af 5 og dermed opleves rehabiliteringsforløbet positivt og velmodtaget af deltagerne.

3.3 Effekt af rehabiliteringsforløbet

Dette afsnit indeholder resultater fra spørgeskema og kliniske data og besvarer dermed del 2 af formålet: Hvilken effekt har rehabiliteringsforløbet på deltageres livskvalitet og angst og depression m.fl. Der præsenteres data fra de 22 deltagere, som har gennemført hele forløbet.

Tabel 6 viser, at livskvalitet (målt ved HeartQoL) stiger statistisk signifikant fra ophold til opfølgning. Deltagerne er statistisk signifikant mindre belastede af symptomer ved forkammerflimrer (målt med AF-6) samt signifikant mindre angste (målt med HADS). Desuden stiger deltageres ensomhed statistisk signifikant (målt med UCLA).

Tabel 6. Resultater fra PRO-skemaer (data fra spørgeskema)

	Før ophold N = 22*	Før opfølgning N = 22	Ændring P-værdi [#]
	Gennemsnit (SD) [interval]		
Hjertelateret livskvalitet (HeartQoL)			
Global score	1,69 (0,69) [0,43-2,79]	1,99 (0,55) [1,07-2,79]	0,0078
Fysisk subskala (item 1-8, 13, 14)	1,68 (0,77) [0,30-2,80]	2,02 (0,61) [0,60-3]	0,0086
Emotionel subskala (item 9-12)	1,70 (0,79) [0-3]	1,90 (0,83) [0-3]	0,1046
Symptomer ved forkammerflimmer (AF-6)	29 (14) [4-55]	23 (14) [1-53]	0,01
Helbred og livskvalitet (EQ VAS)	59 (18) [31-91]	65 (19) [20-90]	0,1293
Sygdomsopfattelse (B-IPQ)	45 (15) [13-72]	43 (13) [22-73]	0,4426
Angst og depression (HADS)			
Angst	7,9 (4,8) [1-18]	6,1 (4,0) [0-14]	0,042
Score ≥8, n (%) (moderat-højt symptomniveau)	11 (48)	7 (32)	
Depression	5,9 (4,1) [1-15]	5,6 (5,5) [0-19]	0,677
Score ≥8, n (%) (moderat-højt symptomniveau)	5 (22)	4 (18)	
Ensomhed (UCLA)	4,4 (1,6) [3-9]	5,2 (2,2) [3-9]	0,016
Mestringsevne (GSE)	29,6 (5,9) [21-39]	28,9 (7,8) [14-40]	0,4289
Kognition (4 items af SCL-92)	5,6 (4,2) [0-15]	5,8 (4,4) [0-16]	0,6772

* Den deltager, der trak sig fra projektet efter opholdet, er ekskluderet fra disse analyser.

Parret T-test. Statistisk signifikans ved P<0,05.

3.3.1 Blodtryk, blodprøve og hjerterytmemåling

I Tabel 7 præsenteres resultater fra blodtryk, blodprøve og hjerterytmemåling. Deltagernes blodtryk falder statistisk signifikant fra ophold til opfølgning. Der ses ingen ændringer i PRO-BNP i blodprøven eller i antallet af atrieflimren-anfald ved hjerterytmemålingen. Der var syv deltagere, der havde atrieflimren i løbet af de tre døgn før opholdet, og de samme syv havde det igen før opfølgningen.

Tabel 7. Resultater fra blodtryk, blodprøve og hjerterytmemåling

	Før ophold N = 22*	Før opfølgning N = 22	Ændring P-værdi [#]
	Gennemsnit (SD) [interval]		
Blodtryk: Systolisk, mmHg	141 (19) [112-183]	127 (21) [95-176]	0,002
Blodtryk: Diastolisk, mmHg	88 (12) [62-109]	80 (9) [64-100]	0,003
Blodprøve: Pro-BNP, ng/L	557 (640) [98-2790]	644 (882) [75-3370]	0,50
Hjerterytmemåling i tre døgn			1,00 [‡]
Ingen atrieflimren, n (%)	15 (68)	15 (68)	
Atrieflimren, n (%)	7 (32)	7 (32)	

* Den deltager, der trak sig fra projektet efter opholdet, er ekskluderet fra disse analyser.

Parret T-test. Statistisk signifikans ved P<0,05.

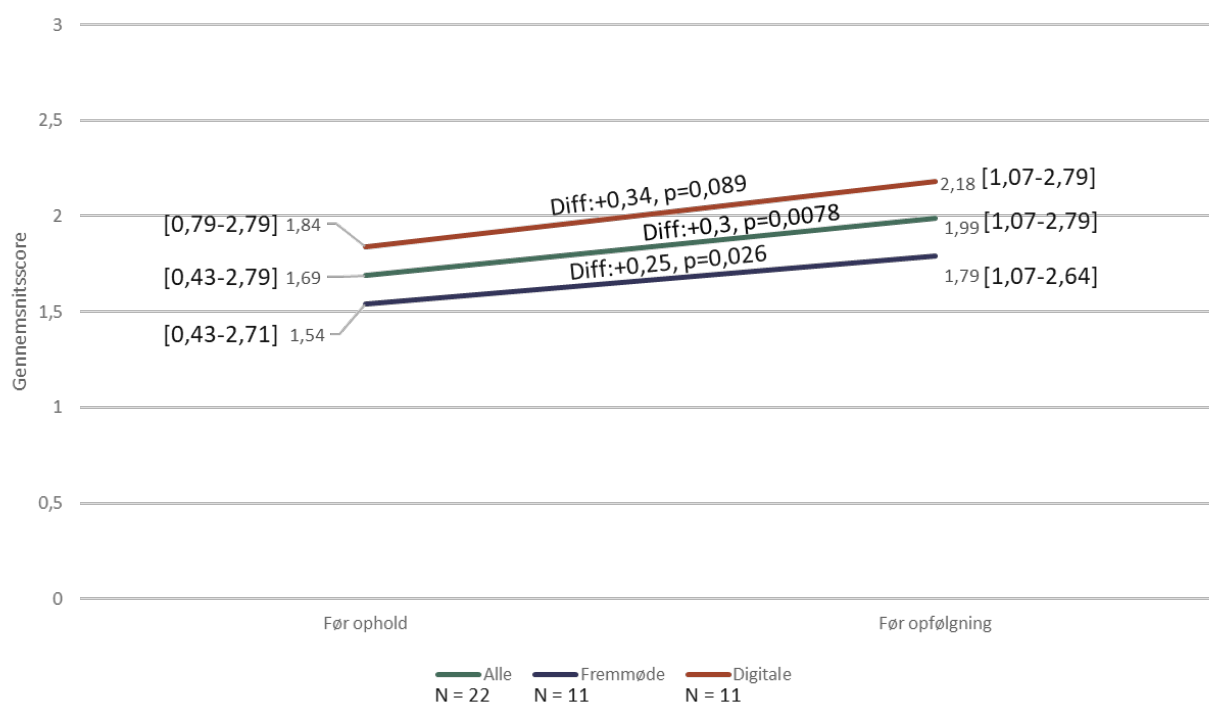
‡ Fischers Exact test. Statistisk signifikans ved P<0,05.

3.3.2 Forskelle i resultater ved fremmøde- og digitalt forløb

I dette afsnit præsenteres udvalgte af ovenstående resultater fordelt på de to forløb: Fremmøde og digitalt.

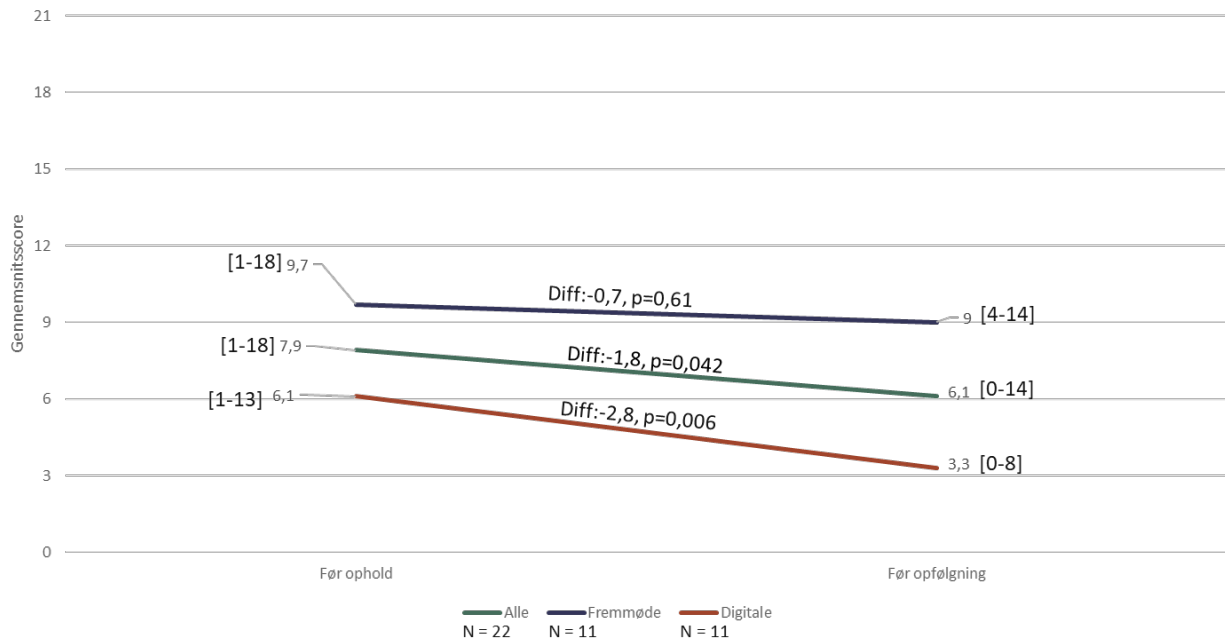
Figur 3 viser, at livskvaliteten (målt med HeartQoL) stiger i begge grupper, men kun statistisk signifikant i fremmødegruppen. Dog stiger livskvaliteten mest i den digitale gruppe, hvor differencen i scoren fra ophold til opfølgning er 0,34, mens den er 0,25 i fremmødegruppen. Det ses også, at livskvaliteten fra start ligger højere i den digitale gruppe.

Figur 3. Hjerterelateret livskvalitet

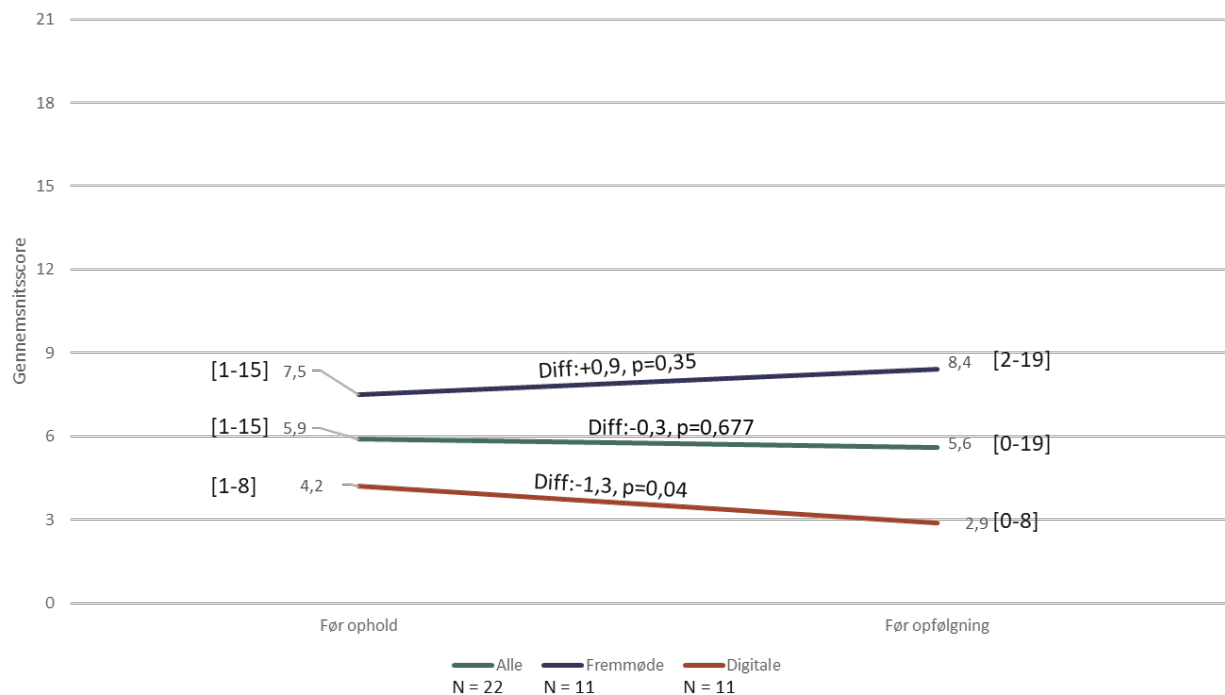


Figur 4 viser, at symptomer på angst reduceres i begge grupper, men kun statistisk signifikant i den digitale gruppe. Figur 5 viser, at symptomer på depression reduceres statistisk signifikant i den digitale gruppe, mens der ses en stigning i fremmødegruppen, der dog ikke er signifikant.

Figur 4. Angst

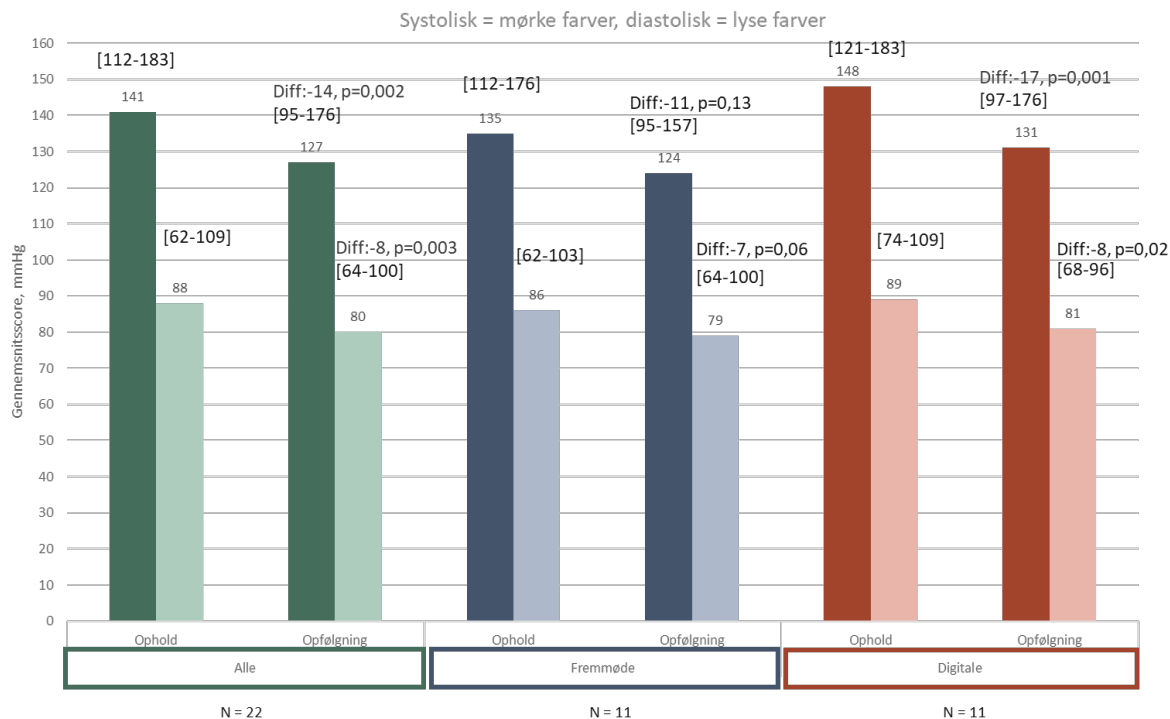


Figur 5. Depression



Figur 6 viser, at blodtrykket falder i begge grupper, dog kun statistisk signifikant i den digitale gruppe. Blodtrykket ligger til en start gennemsnitligt lavere i fremmødegruppen sammenlignet med den digitale gruppe.

Figur 6. Blodtryk (systolisk/diastolisk)



3.4 Deltagernes oplevelse af de to MediYoga forløb

Dette afsnit indeholder en kortfattet opsamling fra fokusgruppinterviews fra opfølgningen om oplevelser med de to MediYoga forløb og besvarer dermed del 3 af formålet: Hvordan oplever deltagerne to forskellige MediYoga forløb (fremmøde og digitalt forløb). Der deltog syv fra fremmødegruppen og 11 fra den digitale gruppe, i alt var der fire fokusgrupper.

3.4.1 Deltagernes oplevelser med MediYoga

Deltagerne fortæller, at MediYoga giver ro, og flere oplever, at de kan bruge åndedrætsøvelserne, når de mærker uro eller hjertebanken. Deltagerne fortæller, at de har fået en bedre søvn, mindre tankemylder, og at de kan mærke effekten af yogaøvelserne på deres muskelstyrke, særligt i ryggen. Deltagerne anbefaler, at man bør kunne få MediYoga på recept, ligesom man i en årrække kunne få motion på recept. Deltagerne vurderer, at der kan være en samfundsøkonomisk gevinst ved at tilbyde MediYoga til mennesker med atrieflimren, idet de forudsiger, at det kan spare nogle indlæggelser, og at MediYoga indvirker på deres livskvalitet.

3.4.2 De to forløbstyper

Deltagerne på fremmødeforløbet fremhæver fællesskabet og samværet med hinanden under yoga. De taler om 'stemningen i rummet', som opstår, når man dyrker yoga sammen, hvilket gør oplevelsen og effekten større. Deltagerne tror, at et digitalt forløb ville have mindsket deres motivation, idet de oplever, at det ugentlige fremmøde gør motivationen for også at praktisere derhjemme større. Deltagerne fortæller, at det er en fordel ved fremmødet, at man kan blive rettet i

øvelserne af instruktøren: Det er positivt og vigtigt ift. at udføre øvelserne korrekt, eller de kan tilpasses til ens formåen. Dette får man ikke med i et digitalt forløb. Ift. dagligdagen så er man nødt til at fremmøde på et specifikt tidspunkt, hvor der kan være mere fleksibilitet i et digitalt forløb. Deltagerne anbefaler dog fremmøde, evt. suppleret med digitalt.

Deltagerne på det digitale forløb taler også om et fællesskab med hinanden, som særligt er opstået fordi de var sammen i fire dage på REHPA og også grundet det ugentlige online møde, hvor de har mødt hinanden på skærmen. De online møder bidrog også til at opretholde motivationen for at fortsætte forløbet. Deltagerne fortæller, at de godt kunne have tænkt sig at være sammen om yogaen, fx en gang om måneden. Deltagerne oplevede det lidt svært at vide, hvad man skulle spørge ind til på online møderne, for fx at få rettet øvelser. De fremhæver, at det var rigtig rart, at de endelig mødtes på opfølgningen og kunne få tjekket øvelser ved instruktøren. Deltagerne fortalte, at det digitale forløb var praktisk: Man skal ikke ud af huset og kan dyrke yogaen, når man har tid. Dog anbefaler de også fremmøde, som minimum når der skiftes program, og forløbet kan suppleres med et digitalt set-up.

3.4.3 MediYoga forløb fremadrettet

Deltagerne i begge grupper mener, at MediYoga bør foregå primært ved fremmøde. Deltagerne i fremmødegruppen mener, at der bør være fremmøde, gerne en gang om ugen, men som minimum en opstart og en afslutning samt hver gang der skiftes MediYoga program. En digital løsning kan fungere som supplement i mellemtiden, men fremmøde er klart at foretrække. Et alternativ kan også være live online MediYoga, men deltagerne mener stadig, at der her er nogle begrænsninger, som man ikke får sammenlignet med fysisk fremmøde. De digitale deltagere fortæller, at de gerne ville have haft muligheden for at møde hinanden, bare et par gange, fx en gang om måneden, og desuden at der kan være lidt tvivl om, om de har fået det samme ud af forløbet, som hvis de havde været på fremmødeholdet.

4. Diskussion og konklusion

I dette afsnit opsummeres og diskuteres resultaterne af projektet, og afsnittet afrundes med en konklusion og perspektivering.

4.1 Opsummering og diskussion

I denne afgrænsede undersøgelse deltog mennesker med atrieflimren i to rehabiliteringsforløb i REHPAs forskningsklinik. Deltagerne var primært kvinder og i pensionsalderen, med en gennemsnitsalder på 67 år. Deltagerne var karakteriseret ved nedsat livskvalitet med bekymring, stress og angst samt fysisk påvirkning af normale daglige aktiviteter, træthed, søvnproblemer og vejtrækningsproblemer, som følge af atrieflimren. Deltagernes rehabiliteringsbehov var sammenligneligt med hjertestopoverlevende.

I henhold til del 1 af formålet oplevede deltagerne, at livet med atrieflimren er anderledes, og deres dagligdag er påvirket ift. at kunne gøre det, de plejer. Deltagerne efterlyste sammenhængende rehabiliteringsforløb, hvor en sundhedsprofessionel har en vigtig tovholderrolle, som skal koordinere og følge op i forløbet. Dette er særdeles vigtigt, da flere deltagere fortæller, at de har følt sig forbigået i hospitalsregi grænsende til, at tilstanden (sygdommen) negligeres. De efterlyser og savner samtaler og mere information om livet med atrieflimren fra både læger og sygeplejersker. Nogle deltagere har oplevet at blive tilknyttet en atrieflimren-sygeplejerske i ambulatorier og beskriver dette, som særdeles godt, og at de her får det, som de ellers har savnet. Deltagerne fortæller, at tilbud skal være ens på tværs af kommunegrænser med fokus på MediYoga, patientuddannelse, kostundervisning, fysisk aktivitet, samvær og fællesskab med andre med atrieflimren og udveksling af erfaringer (peer-to-peer). Deltagerne oplevede REHPA-forløbet positivt.

Deltagerne fortalte, at de generelt følte sig meget alene med deres sygdom og set i lyset af, hvordan de ellers oplever livet med atrieflimren, så er det vigtigt, at der i fremtiden kommer endnu mere fokus på rehabilitering til mennesker med atrieflimren, da der mangler et etableret, sammenhængende tilbud.

Resultaterne af dette projekt viser, at deltagerne har et tydeligt rehabiliteringsbehov. Også i forskningslitteraturen er der et velkendt behov for rehabilitering blandt mennesker med atrieflimren, som følge af den symptombyrde der relateres til livet med atrieflimren (1, 3-8). De fleste deltagere har ikke tidligere modtaget tilbud rettet mod rehabilitering, men mener, at atrieflimren godt kan integreres i rehabiliteringen med andre hjertesygdomme. Om timing for tilbud om rehabilitering anbefaler deltagerne, at der skal være fleksibilitet ift. timing og behov, men at det vil være godt, at der sættes tidligt ind med mere information i hospitalsregi, samt at opfølgning er vigtigt.

I henhold til del 2 af formålet øgede deltagerne deres livskvalitet samt var mindre belastede af atrieflimren-relaterede symptomer og mindre angst fra ophold til opfølgning. Resultaterne viste også, at ensomheden blev større fra ophold til opfølgning. En mulig forklaring herpå kan være COVID-19's indvirkning og nedlukningen af samfundet i vinteren (november 2020-marts 2021), hvor deltagerne samtidigt var i gang med forløbet. Det er ikke svært at forestille sig, at dette har kunnet

medføre en øget følelse af ensomhed, ikke bare blandt deltagerne, men blandt alle danskere generelt.

Blodtrykket faldt: Fra at være i den øvre del af 'let forhøjet blodtryk' (120-140 systolisk og 80-90 diastolisk), endda grænsende til 'forhøjet systolisk blodtryk' (over 140/90), kommer deltagerne tættere på et normalt blodtryk (120/80) ved opfølgningen. Der var ingen ændring i blodprøve på biomarkør for hjertets belastning eller hjerterytmemåling fra ophold til opfølgning.

Der viste sig også forskelle mellem de to forløb. Hjerterelateret livskvalitet steg i begge grupper, men kun statistisk signifikant i fremmødegruppen, hvorimod stigningen var størst i den digitale gruppe, som også lå højere fra start. Den digitale gruppe reducerede signifikant niveau af symptomer for angst og depression. Der var også en tendens til reduktion i angst i fremmødegruppen, men depression steg lidt. Ingen af disse resultater var dog statistisk signifikante. En mulig forklaring på stigende depressionsscore i fremmødegruppen kan være COVID-19's påvirkning af vores liv, idet projektet er gennemført i vinteren 2020-2021, hvor nedlukningen var størst. Dog har begge grupper været i gang med forløbet i vinterperioden, hvorfor effekten af COVID-19 principielt kunne gælde begge grupper. Forklaring kan også være private livsbegivenheder m.fl., og det har ikke i dette projekt været muligt at justere analyserne herfor.

Blodtrykket faldt i begge grupper, men kun statistisk signifikant i den digitale gruppe.

Fremmødegruppen havde fra start lavere blodtryk sammenlignet med den digitale gruppe: En mulig forklaring kan være, at de digitale deltagere gennemsnitligt var 10 år ældre end fremmødedeltagerne, og hyppigheden af højt blodtryk stiger med alderen (29).

I henhold til del 3 af formålet fortalte deltagerne, at MediYoga gav dem ro og havde en positiv indvirkning på deres livskvalitet. Deltagerne vurderede, at MediYoga kan spare samfundet et par indlæggelser, grundet at de oplevede at bruge vejtrækningsøvelserne til at mindske symptomer ved et atrieflimren-anfald, som førhen måske havde fået dem indlagt. Det er bemærkelsesværdigt, at deltagerne i begge grupper anbefalede MediYoga ved fremmøde trods ovenstående resultater. I det tilfælde at man tolker resultaterne som, at det er MediYoga, der har haft effekt, da ser det ud til, at de digitale deltagere har fået mindst lige så meget ud af MediYoga som fremmødedeltagerne, og måske endda mere. Dette bør undersøges nærmere i større studier.

4.1.1 Metode diskussion

Denne afgrænsede undersøgelse kan ses som et pilotprojekt, der kan vise nogle tendenser blandt deltagerne i projektet. Resultaterne skal efterforskes nærmere for at kunne udtale sig om egentlige resultater og effekter af henholdsvis MediYoga eller et rehabiliteringsforløb bestående af flere interventioner blandt mennesker med atrieflimren. Resultaterne af denne undersøgelse knytter an til det samlede forløb, idet det ikke kan udelukkes, at fx det at være på internat på REHPA i fire dage med ligesindede i sig selv har givet effekt.

Der er flere faktorer, der gør, at man skal være forsigtig med fortolkning af disse resultater. Da antallet af deltagere i hvert forløb er meget lille (N = 11), kan ovenstående resultater være opstået af

tilfældighed, og der kan være mange indvirkende faktorer, fx køn, alder, antal gange yoga pr. uge, COVID-19, private livsbegivenheder m.fl.

I forhold til COVID-19 kan det også overvejes om deltagerne i den digitale gruppe har følt sig mere "COVID sikre" og trygge ved at gennemføre MediYoga digitalt hjemmefra, og det på den måde har påvirket resultaterne mindre i den digitale gruppe. Alle disse mulige forklaringer har det ikke været muligt at justere for i analyserne, men et kort blik på de to grupper viser, at køns- og aldersfordelingen er forskellig: Der var 6/11 (55 %) kvinder i fremmødegruppen, mens alle var kvinder i den digitale gruppe, og gennemsnitsalderen var 62 år, fra 45-76 år, i fremmødegruppen, men 72 år, fra 61-81 år, i den digitale gruppe. Deltagerne har dog dyrket ca. lige meget MediYoga i de to grupper: Målt med en selvrapporert MediYoga dagbog ligger fremmødedeltagerne på gennemsnitligt tre gange om ugen, mens den digitale gruppe ligger på to en halv gange om ugen. Desuden var der fra start forskel på niveau af angst, depression og livskvalitet i de to grupper, som vist i Figur 3-5.

Ift. generaliserbarheden af disse resultater til andre mennesker med atrieflimren er der flere ting at tage højde for. Generelt er der flere mænd end kvinder med atrieflimren (1), men i dette projekt deltog flest kvinder. Gennemsnitsalderen er passende ift. den aldersrelaterede udvikling i antal af mennesker med atrieflimren (1). Deltagerne scorer højere på angst og depression sammenlignet med en anden dansk undersøgelse (30). Deltagerne udgør en selekteret gruppe: De har selv 'meldt sig' til projektet, de har et selv vurderet rehabiliteringsbehov og har haft mod på og lyst til at deltage i et 4-dages internat på REHPA. Fremtidige studier må undersøge, hvor sammenlignelige denne gruppe af deltagere er med andre mennesker med atrieflimren.

Selvom resultaterne beror på et lille datagrundlag, er det en fordel, at dataene er indsamlet systematisk og på samme tidspunkt for de to forløb.

De kvalitative resultater fra fokusgruppeinterviews om oplevelser med rehabilitering er unikke og nye data, som ikke på samme måde er set før. Disse vil blive foldet ud og offentliggjort i videnskabelige fagfællevaluerede artikler. Udtalelser om livet med atrieflimren er sammenlignelige med andre studier (5, 6), hvor det er første gang, der på denne måde spørges ind til behandlings- og rehabiliteringsforløbet omkring atrieflimren. Dog har Risom et al. (2018) undersøgt oplevelser med hjerterehabilitering bestående af fysisk træning og patientuddannelse (8) med positive resultater.

4.2 Konklusion og perspektivering

I dette projekt er gennemført et rehabiliteringsforløb for 22 mennesker med atrieflimren i REHPAs forskningsklinik. Forløbet indeholdte forskellige indsatser og blev generelt vel modtaget af deltagerne.

Denne afgrænsede undersøgelse viser, at deltagerne havde behov for rehabilitering, og at deres rehabiliteringsbehov er på linje med mennesker, der har overlevet hjertestop: En patientgruppe som der i forvejen er et etableret og velfungerende rehabiliterings- og genoptræningstilbud til. Deltagerne havde sænket livskvalitet og symptomer på angst og depression.

Resultaterne viste, at deltagerne øgede deres livskvalitet og sænkede atrieflimren relateret symptombyrde, angst og blodtryk. Deltagerne evaluated forløbet med stor tilfredshed og med højt udbytte og relevans. Deltagerne efterlyste etablerede og sammenhængende rehabiliteringsforløb til mennesker med atrieflimren og peger på, at diagnosegruppen kan integreres med andre hjertesygdomme. Det vigtigste er, at der er et tilbud, at der sættes mere ind med information om sygdommen, behandlingen og livet med sygdommen samt at tilbud ensrettes på tværs af landets kommuner.

Der var et særligt fokus på MediYoga og resultaterne peger på, at såvel et digitalt MediYoga forløb som et forløb med fysisk fremmøde opleves positivt og giver fordelagtige effekter blandt deltagerne.

Der er fortsat behov for mere forskning om rehabilitering til mennesker med atrieflimren i store randomiserede forskningsstudier. Der mangler også mere viden om enkelt interventioner, fx MediYoga, som med fordel kunne undersøges i et stort randomiseret forsøg, så man kan få be- eller afkræftet de positive tendenser, der viser sig i de eksisterende, forholdsvis små studier.

Atrieflimren er fortsat en "ny" diagnosegruppe i rehabilitering, og følger man deltagerne anbefalinger, er det vigtigste, at der etableres et rehabiliteringsforløb til mennesker med atrieflimren, der starter på sygehuset ved diagnositidspunktet, og som er fleksibelt for det enkelte menneske. Deltagerne i dette studie udtrykte et stort ønske om at have en sygeplejerske, der kan følge dem over tid og på tværs af sektorer. Vedkommende skal kunne hjælpe med at koordinere, men også have samtaler om livet med sygdom og angsten for forværring af tilstanden.

Referencer

1. Hindricks G, Potpara T, Dagres N, Arbelo E, Bax JJ, Blomström-Lundqvist C, et al. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association of Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *European heart journal*. 2020.
2. Sundhed.dk. Atrieflimren og -flagren 2020 [Available from: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/hjerte-kar/tilstande-og-sygdomme/arytmier/atrieflimren-og-flagren/>].
3. Lévy S, Maarek M, Coumel P, Guize L, Lekieffre J, Medvedowsky J-L, et al. Characterization of Different Subsets of Atrial Fibrillation in General Practice in France - The ALFA Study. *Circulation American Heart Association*. 1999.
4. Rienstra M, Lubitz SA, Mahida S, Magnani JW, Fontes JD, Sinner MF, et al. Symptoms and Functional Status of Patients With Atrial Fibrillation : State of the Art and Future Research Opportunities. *Circulation American Heart Association*. 2012;125:2933-43.
5. McCabe PJ, Schumacher K, Barnason SA. Living with atrial fibrillation: a qualitative study. *J Cardiovasc Nurs*. 2011;26(4):336-44.
6. Stridsman M, Strömberg A, Hendriks J, Walfridsson U. Patients' Experiences of Living with Atrial Fibrillation: A Mixed Methods Study. *Cardiology Research and Practice*. 2019.
7. Bergtun S, Oterhals K, Fridlund B. Patients' experiences 1-6 months after atrial fibrillation ablation: An holistic perspective. *J Adv Nurs*. 2019;75(1):150-60.
8. Risom SS, Lind J, McCabe PJ, Berg SK. Patient perspectives of participating in the cardiac CopenHeartRFA rehabilitation program for patients treated with ablation for atrial fibrillation. *Journal of multidisciplinary healthcare*. 2018;11:167-74.
9. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). Databasen for Atrieflimren i Danmark - Årsrapport 2020 (1. juli 2019 - 30. juni 2020). 2021.
10. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom. København S: Sundhedsstyrelsen; 2018.
11. Region Syddanmark. Tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med hjertesygdom – samarbejde og kommunikation. Vejle: Region Syddanmark; 2018.
12. Risom SS. National klinisk retningslinje for rehabilitering til patienter med atrieflimren, atrieflagren, patienter med endokarditis og patienter behandlet med en Implanterbar Cardioverter Defibrillator (ICD). København: Center for Hjerte-, Kar-, Lunge- og Infektionssygdomme, Rigshospitalet.; 2019.
13. Hjerteforeningen. Fakta om hjerte-kar-sygdom i Danmark. 2021 [Available from: <https://hjerteforeningen.dk/alt-om-dit-hjerte/noegletal/>].
14. Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, Ahlsson A, Atar D, Casadei B, et al. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. *Europace : European pacing, arrhythmias, and cardiac electrophysiology : journal of the working groups on cardiac pacing, arrhythmias, and cardiac cellular electrophysiology of the European Society of Cardiology*. 2016;18(11):1609-78.
15. Bhat A, Khanna S, Chen HHL, Gupta A, Gan GCH, Denniss AR, et al. Integrated Care in Atrial Fibrillation - A Road Map to the Future. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2021;14:347-62.
16. Gallagher C, Elliott AD, Wong CX, Rangnekar G, Middeldorp ME, Mahajan R, et al. Integrated care in atrial fibrillation: a systematic review and meta-analysis. *Heart (British Cardiac Society)*. 2017;103(24):1947-53.
17. Carter L, Gardner M, Magee K, Fearon A, Morgulis I, Doucette S, et al. An Integrated Management Approach to Atrial Fibrillation. *Journal of the American Heart Association*. 2016;5(1).
18. Hendriks JM, de Wit R, Crijns HJ, Vrijhoef HJ, Prins MH, Pisters R, et al. Nurse-led care vs. usual care for patients with atrial fibrillation: results of a randomized trial of integrated chronic care vs. routine clinical care in ambulatory patients with atrial fibrillation. *European heart journal*. 2012;33(21):2692-9.
19. Wahlstrom M, Rydell Karlsson M, Medin J, Frykman V. Effects of yoga in patients with paroxysmal atrial fibrillation - a randomized controlled study. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2017;16(1):57-63.

20. Wahlstrom M, Rosenqvist M, Medin J, Walfridsson U, Rydell-Karlsson M. MediYoga as a part of a self-management programme among patients with paroxysmal atrial fibrillation - a randomised study. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2019;1474515119871796.
21. 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.
22. 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.
23. REHPA. Rehabilitering til mennesker med atrieflimren 2021 [Available from: <https://www.rehpa.dk/projekter/rehabilitering-til-mennesker-med-atrieflimren/>].
24. Svendborg Kommune. Projekt Hjerterytmerehabilitering [Available from: <https://sundhed.svendborg.dk/sundhedshus/projekt-hjerterytmerehabilitering>].
25. Videncenter for Rehabilitering og Palliation. REHPA STRATEGI 2025. 2018 [Available from: https://www.rehpa.dk/wp-content/uploads/2021/06/rehpa_strategi_2025_enkeltidet.pdf].
26. Rasmussen A, Jespersen E, Backmann TB, Jarlbæk L. Praksisbeskrivelser, Forskningsklinik REHPA – Standard rehabiliteringsforløb for mennesker med eller efter kræft. REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation; 2020.
27. Rasmussen A, Jørgensen DS, Backmann TB, Elnegaard CM, Rottmann N. Få luft – rehabilitering efter COVID-19 infektion. De første erfaringer fra REHPAs forskningsklinik. Nyborg: REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation; 2021.
28. McCabe PJ, Rhudy LM, DeVon HA. Patients' experiences from symptom onset to initial treatment for atrial fibrillation. *Journal of Clinical Nursing*. 2014;24:786-96.
29. Sundhed.dk. Højt blodtryk 2021 [Available from: <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/hjerte-og-blodkar/sygdomme/hoejt-blodtryk-hypertension/hoejt-blodtryk/>].
30. Risom SS, Zwisler A, Rasmussen TB, Sibilitz KL, Madsen TLS, Svendsen JH, 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;181(0):120-9.
31. Simovska V, Jensen JM. Sundhedspædagogik i sundhedsfremme. København: Gads Forlag; 2012.
32. la Cour P, Frølund H. Kilder til mening - kortmetoden: P - Psykologernes Fagmagasin, 7.; 2017.
33. Committee on Family Caregiving for Older Adults; Board on Health Care Services; Health and Medicine Division; National Academies of Sciences E, and Medicine,. Family Caregiving Roles and Impacts. In: Schulz R, Eden J, editors. *Families Caring for an Aging America*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2016.
34. Morseth B, Løchen M-L, Ariansen I, Myrstad M, Thelle DS. The ambiguity of physical activity, exercise and atrial fibrillation. *Eur J Prev Cardiol*. 2018;25(6):624-36.
35. Risom SS, Zwisler AD, Johansen PP, Sibilitz KL, Lindschou J, Gluud C, et al. Exercise-based cardiac rehabilitation for adults with atrialfibrillation (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017(2).
36. Smart NA, King N, Lambert JD, Pearson MJ, Campbell JL, Risom SS, et al. Exercise-based cardiac rehabilitation improves exercise capacity and health-related quality of life in people with atrial fibrillation: a systematic review and meta-analysis of randomised and non-randomised trials. *Open heart*. 2018;5(2):e000880.
37. Lausanne NoSAS Score. The Lausanne NoSAS Score settings 2016 [Available from: <https://lausanne-nosasscore.com/en/>].
38. Larsen FB, Pedersen MH, Lasgaard M, Sørensen JB, Christiansen J, Lundberg A-K, et al. Hvordan har du det? 2017 – Sundhedsprofil for region og kommuner. Region Midtjylland: Defactum; 2018.
39. Kristensen MS, Zwisler A, Berg SK, Zangger G, Grønset CN, Risom SS, et al. Validating the HeartQoL questionnaire in patients with atrial fibrillation. *Preventive Cardiology*. 2016;0(00):1-8.
40. Härdén M, Nyström B, Bengtson A, Medin J, Frison L, Edvardsson N. Responsiveness of AF6, a new, short, validated, atrial fibrillation-specific questionnaire--symptomatic benefit of direct current cardioversion. *J Interv Card Electrophysiol*. 2010;28(3):185-91.

41. Euroqol. EQ-5D-5L | About 2021 [Available from: <https://euroqol.org/eq-5d-instruments/eq-5d-5l-about/>].
42. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of psychosomatic research*. 2006;60:631-7.
43. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67(6):361-70.
44. UCLA Loneliness Scale. Measuring Loneliness Scale 2004 [Available from: <https://static1.squarespace.com/static/5b855bd5cef372d1e9a8ef0e/t/5ccc5008b208fcd615da0870/1556893704715/Measuring+Loneliness+Scale+SEOAT.pdf>].
45. Schwarzer R. General Self-Efficacy Scale (GSE) 2012 [Available from: <http://userpage.fu-berlin.de/~health/selfscal.htm>].
46. Schwarzer R, Jerusalem M. Generalized Self-Efficacy scale. In: Weinman J, Wright S, Johnston M, editors. *Measures in health psychology: A user's portfolio Causal and control beliefs*. Windsor, England: NFER-NELSON; 1995. p. 35-7.
47. Bech P, Licht RW, Stage KB, Abildgaard W, Bech-Andersen G, Søndergaard S, et al. *RATING SCALES FOR AFFEKTIVE LIDELSER*. Psykiatrisk Forskningsenhed: Psykiatrisk Sygehus Hillerød; 2005.
48. PocketECG. Arrhythmia monitoring 2021 [Available from: <https://www.pocketecg.com/pocketecg/monitoring/>].

Bilag 1. Ugeprogram

Ugeskema - atrieflimren og MediYoga

Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag
7.30-8.15 Morgenmad i Spisestuen på 3. sal			
Alle dage 8.45 Morgensamling, Træningssalen			
9.45-10.15 Ankomst og indkvartering på 3. sal	9.00-10.45 Fokusgruppe-interview	9.00-12.00 Atrieflimren – og at være træt	9.00-10.30 MediYoga
10.45-11.30 Velkomst og introduktion	11.00-12.15 MediYoga		9.00-10.30 Livet i bevægelse
11.30-12.00 Præsentation af projekt			10.45-12.15 MediYoga
12.15 Frokost i Spisestuen på 3. sal			
13.15-14.00 Præsentationsrunde deltagere		13.15-14.30 MediYoga	
14.15-15.00 PocketEKG af og tage blodprøver og blodtryk (patienter)	13.15-16.15 Atrieflimren – og at være træt	15.00-16.45 Fokusgruppe Interview	13.30 - 15.00 Fysisk aktivitet alle patienter
15.15-17.00 MediYoga		Walk and talk for pårørende	13.30-15.00 Fokusgruppe pårørende
17.30-17.45 Aftenværtinde byder velkommen			13.00-13.30 MediYoga opsamling
			13.30-15.00 Psykologisk workshop
			15.00-15.30 Afrunding – Farvel
			15.30 Taxa
18.00 Aftensmad i Spisestuen på 3. sal			
	19.30-21.00 At være menneske		

Opfølgning - atrieflimren og MediYoga

Tirsdag	Onsdag
9.45-10.15 Ankomst til REHPA og indkvartering	7.30-8.15 Morgenmad i Spisestuen på 3. sal
10.45-11.00 Velkommen, praktiske oplysninger og præsentation af program	8.45-9.00 Morgensamling
11.15-12.00 'Siden sidst'	9.00-9.45 Udfyldelse af spørgeskema
12.00 Frokost i Spisestuen på 3. sal	10.00-11.30 Motivation, forandring og handleplaner
13.00-13.45 PocketEKG af, blodprøve, blodtryk	10.00 – 11.30 Workshop
14.00-15.30 Mediyoga	12.00 Frokost i Spisestuen på 3. sal
15.45-16.30 Individuelle samtaler	13.00-14.30 Workshop
16.45-17.30 Fokusgruppeinterview	13.00-14.30 Motivation, forandring og handleplaner
	14.00-14.45 Fokusgruppeinterview
	14.45-15.15 Afrunding – Farvel
	15.15 Taxa/afrejse
18.00 Aftensmad i Spisestuen på 3. sal	
Fri	

Bilag 2. Beskrivelse af indsatserne under forløbet

Velkomsten og præsentationsrunden

Deltagerne tages imod på REHPAs 3. sal, hvor der anvises værelse og introduceres til REHPAs overnatningsfaciliteter. Efterfølgende fulgte forløbsleder deltagerne til REHPAs undervisningsafdeling, hvor de først fik introduktion til forløbet og forskningsprojektet. Herefter var der en fælles præsentationsrunde, hvor deltagerne fik mulighed for at præsentere sig for hinanden. Formålet med proceduren for modtagelse og præsentationsrunde er, at (26):

- Deltagerne oplever et miljø, hvor rummelighed, åbenhed og respekt er til stede.
- Deltagerne føler sig ventet, velkomne og introduceret.
- Deltagerne har kendskab til program og kontaktpersoner på REHPA.
- Deltagerne oplever mulighed for spejling og indledende følelse af fællesskab og tilhørsforhold i gruppen.
- De sundhedsprofessionelle får information om gruppen i forhold til mulig dynamik, de enkelte deltageres ressourcer, behov og sårbarheder.

Atrieflimren og at være træt

En sygeplejerske fra atrieflimren-klinikken fra Odense Universitetshospital holdt sammen med en af REHPAs sundhedsprofessionelle oplæg og svarede på spørgsmål om atrieflimren, og det at være træt. Denne indsats kaldes patientuddannelse. Patientuddannelse er den rehabiliteringsindsats inden for atrieflimren, som der er stærkest evidens for (12). Træthed (fatigue) var et fremhævet element i undervisningen, da træthed er et af de gængse symptomer, som mennesker med atrieflimren dør med i dagligdagen (1, 8). Studier anslår, at forekomsten af træthed blandt mennesker med atrieflimren er lige fra ca. 15 % (3, 4) til 43-54 % (30).

Oplægget indeholdt information om hjertet, atrieflimren, årsager, risikofaktorer, symptomer og behandling samt om træthed/fatigue, forskellige former for træthed, årsager til træthed og hvad man selv kan gøre. Oplægget inkluderede gruppedialog med fokus på deltagernes hverdagsliv, netværk og livskvalitet. Underviserne fungerede som facilitatorer for samspillet mellem deltagerne, som er vigtigt i en sådan proces (26, 31). Gennem vidensformidling og erfaringsdeling er hensigten, at deltagerne oplever sig styrket i og får begyndende tro på at kunne håndtere deres atrieflimren og træthed bedre og derved forbedre fysiske, psykiske og sociale funktionsevner (31).

Livet i bevægelse

Som en del af forløbet medtog vi desuden indsatsen *Livet i bevægelse* som er beskrevet i rapporten 'Praksisbeskrivelser, Forskningsklinik REHPA' (26). *Livet i bevægelse* var med, fordi mange mennesker med atrieflimren er følelsesmæssigt påvirkede af sygdommen, og bekymring, frygt, stress, angst og depression fylder (5, 8).

Livet i bevægelse faciliteres af en psykolog, og formålet er at støtte deltagerne i at reetablere personlig mening og retning i livet ved at tale om personlige kilder til mening og værdier samt øge forståelsen af, hvordan mening og værdier kommer til udtryk i hverdagen og hvordan de kan

fremmes i hverdagen (26). *Livet i bevægelse* tager udgangspunkt i 'Kilder til mening – kortmetoden', som har til formål at kortlægge og udforske kilder til personlig mening. Gennem 26 små kort med fortrykte udsagn om mulige kilder til mening i livet, dialogsættes i mindre grupper hvert udsagns mening, personligt indhold og muligheder for personlig forandring i forhold til emnet. Metoden er baseret på eksistentiel teori og empiri om kilder til mening og blev udviklet til brug i den individuelle samtale (32). Indsatsen er gruppebaseret med oplæg og dialog i mindre grupper samt i plenum. Der drøftes spørgsmåle som (26):

- Hvad er særligt vigtigt for mig i livet?
- Hvad beriger mit liv?
- Hvordan kommer det til udtryk i min hverdag?

At være menneske

Desuden medtog vi indsatsen *At være menneske* som er beskrevet i rapporten 'Praksisbeskrivelser, Forskningsklinik REHPA' (26). Som ovennævnt er mennesker med atrieflimren ofte følelsesmæssigt påvirkede af sygdommen, med fx bekymringer, frygt og angst.

Formålet med indsatsen er, at (26):

- Deltagerne oplever rum til italesættelse og anerkendelse af ofte modsatrettede følelser ift. det at være menneske og være eksistentielt ramt.
- Deltagerne præsenteres for begreber som mening/meningsløshed, håb/håbløshed, liv/død og angst og indgår lyttende eller bidragende til dialog om disse begreber.
- Deltagerne oplever forskellige religiøse, åndelige eller spirituelle stæsteder bliver anerkendt.

At være menneske faciliteres af en præst fra den danske folkekirke. I indsatsen indgår oplæg og dialog, der er gruppebaseret og tager udgangspunkt i en fænomenologisk tolkning af livet. Der skabes dialog om det at være i verden, sygdom og lidelse, livskvalitet, ændringer i tilværelsen, håb og mening (26).

Individuelle samtaler

Der er to individuelle samtaler i forløbet (én på første ophold og én ved opfølgningen). For de deltagere, som havde en pårørende med på opholdet, var det deltagerens afgørelse, om den pårørende skulle være med ved samtalen (se i øvrigt neden for om deltagelse af pårørende). Formålet med de individuelle samtaler er, at deltagerne har mulighed for afklaring af behov for rehabilitering og modtager relevant rådgivning eller terapeutisk støtte, der tager udgangspunkt i deltagerens ressourcer, handlerum og muligt netværk. Herudover var der mulighed for at adressere problemstillinger, som fremgik af et særligt udviklet dialogstøtteark (læs mere om dialogstøttearket i afsnit 2.3).

Samvær med andre i samme situation

Erfaringen fra forløb på REHPA er, at deltagerne oplever stor værdi i mødet med andre i samme situation. Deltagerne har, i forskellige sammenhænge under forløbet, og som beskrevet i afsnittet om

velkomsten og præsentationsrunden mulighed for spejling i andre, opleve ligheder og forskelligheder samt erfaringsudveksling om det at leve med atrieflimren.

Der blev afholdt fokusgruppeinterviews under opholdet, som udover at have et dataindsamlende formål, også kan ses som en indsats, der bidrager til samværet med andre i samme situation. Under fokusgruppeinterviewet delte deltagerne erfaringer og oplevelser fra deres liv med atrieflimren og rehabilitering.

Samvær blandt pårørende

Fem deltagere havde valgt at tage en pårørende (i de fleste tilfælde deres partner) med som deltager i forløbet. Formålet med deltagelse af pårørende var, at pårørende kunne være støtte for patienten under opholdet og gennem sin deltagelse at have et bedre udgangspunkt for at støtte patienten i dagligdagen (33). Selvom det ikke var en del af det overordnede formål med forløbet, er det oplevelsen på REHPA fra tidligere forløb, at pårørende, på samme måde som patienterne, har udbytte af samværet med andre i samme situation. For at styrke denne proces var der i programmet indlagt 'walk and talk' for pårørende.

Motivation, forandring og handleplaner

Under opfølgningen var der, som afslutning på det samlede forløb, indlagt en session om motivation, forandring og handleplaner. Her opfordres hver enkelt deltager til at reflektere over eget udbytte af forløbet, samt hvordan eventuelt udbytte bedst kan komme til udtryk i hverdagslivet fremover (26). Formålet er, at:

- Deltageren bliver opmærksom på egne erfaringer med motivation og forandringsprocesser.
- Deltageren indgår i aktiviteter, som afdækker egne ressourcer relateret til forandringer.
- Deltagerne oplever sig styrket i de forandringsønsker, som den enkelte deltager måtte have i forhold til sin egen livssituation.
- Deltageren udvikler mål og handleplan, der med eget hverdagsliv som udgangspunkt, fremmer funktionsevne, aktivitet og lindring og dermed egen livskvalitet.

Fysisk aktivitet

Let til moderat fysisk aktivitet ved atrieflimren er vigtigt, fordi fysisk aktivitet kan mindske risikoen for atrieflimren gennem fordelagtige effekter på kardiovaskulære risikofaktorer (34-36). Under opholdet var der indlagt fysisk aktivitet i programmet. Der var fokus på fysisk aktivitet under trygge rammer med udgangspunkt i REHPAs indsats: *Krop og Bevægelse* (26). Formålet med *Krop og Bevægelse* er at præsentere deltagerne for og afprøve forskellige former for bevægelsesaktiviteter, hvor formålet i bredeste forstand er at fremme, vedligeholde eller genoprette funktionsevnen, med udgangspunkt i den enkeltes formåen og ønske. Desuden at deltagerne oplever et socialt fællesskab gennem fysiske aktiviteter og er sammen på en måde, der øger psykisk velvære, alment velbefindende og glæde. Deltagerne oplever kropslige erfaringer, der giver dem aktuel viden om effekten af fysisk aktivitet og træning (26). Fysisk aktivitet foregik som gruppesession og aktiviteterne bestod af:

- Opvarmning, der skal vække kroppen, forberede deltagerne, skabe stemning, opnå nærhed, blødgøre vævet og varme led og muskler op
- Konditionstræning/kredsløbstræning
- Styrketræning/funktionel træning
- Mental træning/hjernefunktionstræning gennem korte aktive bevæge-lege
- Vejledning/rådgivning om forflytninger, lejringer, arbejdsstillinger
- Udspænding/afspænding.

Fysisk aktivitet er tilrettelagt, så alle kan deltage uanset individuelle kompetencer og færdigheder. Fysisk aktivitet varetages af fysioterapeuter, der har erfaring med holdundervisning og har sygdomsindsigt, og som på den baggrund er i stand til at forholde sig reflekterende og anerkendende til de forudsætninger, de enkelte deltagere måtte have (26).

Bilag 3. Overblik over yderligere indsamlede data

Workshop om vigtige aktiviteter og fagpersoner i rehabilitering

Ved opfølgningen er der gennemført en brugerinvolverende workshop med fokus på to hovedspørgsmål:

- 1) Hvad, vurderer deltagerne, er vigtige aktiviteter (indsatser) i et rehabiliteringsforløb, hvor mange gange, hvor meget, hvorfor?
- 2) Hvilke (fag)personer, mener deltagerne, er relevante at møde/involvare i rehabiliteringsforløbet?

Der deltog syv fra fremmødegruppen og 11 fra den digitale gruppe.

Deltagerne fik 15 minutter til at reflektere over hvert spørgsmål, samt at skrive deres tanker på post-its og sætte dem på en plakat under hvert hovedspørgsmål. Efter hver runde var der 20 minutters opsamling, hvor deltagerne delte deres tanker med hinanden. Processen blev styret af en sundhedsprofessionel. Opsamlingerne blev lydoptaget og transskriberet. Materialet ligger tilgængeligt i REHPA.

Interview med MediYoga instruktører

Efter forløbet blev der afholdt et semistruktureret interview med de to MediYoga instruktører, som i fællesskab varetog forløbene: De er spurgt til deres erfaringer med forløbene, samt hvordan de ser, at MediYoga kan afholdes fremadrettet. Interviewet er lydoptaget og transskriberet. Materialet ligger tilgængeligt i REHPA.

Fokusgruppeinterview med pårørende

Der blev afholdt et fokusgruppeinterview med pårørende under opholdet. De pårørende delte erfaringer og er interviewet om, hvordan det er at være pårørende til et menneske med atrieflimren, deres oplevelser med behandlings- eller rehabiliteringsindsatser, hvad det giver at deltage i et rehabiliteringsforløb sammen, og hvordan det bidrager til at håndtere livet med atrieflimren fremadrettet. Interviewet er lydoptaget og transskriberet. Materialet ligger tilgængeligt i REHPA.

Workshop med deltagerne ift. online psykologisk behandling

Der blev afholdt en brugerinvolverende workshop med fokus på et online psykologisk behandlingstilbud, hvor deltagernes input til behandlingsplatformen og tanker om indholdet i forskellige psykologiske behandlingsmoduler blev undersøgt. Resultater af denne workshop er indsamlet af Institut for Psykologi, Syddansk Universitet, og ligger tilgængeligt i REHPA.

Bilag 4. Kvantitative måleredskaber

Navn på måleredskab	Måler	Skala	Bruges til
Lægehenviisning			
NoSAS (37)	Søvnapnø	Score beregnes med point ud fra: Halsomkreds >40cm (4 point), BMI 25-30 (3 point), BMI>30 (5 point), snorken (2 point), alder>55 år (4 point), mandligt køn (2 point)	Beskrivelse af deltagerne
EHRA (1)	Påvirkning af atrieflimren	Kategorisk skala med fem kategorier: I, IIA, IIB, III, IV	Beskrivelse af deltagerne
Ansøgningsskema			
REHPA-skala (26) Enkelt spørgsmål: Hvor tæt er du på, eller hvor langt er du fra, at leve det liv, du gerne vil leve lige nu?	Redskab til behovsvurdering i REHPA-regi	1-10, hvor høj score symboliserer, at man er længere fra at leve det liv, man gerne vil leve	Beskrivelse af deltagerne
Selvvurderet helbred (38) Enkelt spørgsmål: Hvordan syntes du, dit helbred er alt i alt? ⁸	Selvvurderet helbred	Kategorisk skala med fem kategorier fra fremragende til dårligt	Beskrivelse af deltagerne
Spørgeskema			
HeartQoL ⁹ (39)	Hjerterelateret livskvalitet	0-3, beregnes gennemsnit fra 0-3, hvor høj score er høj livskvalitet	Effekt, formål 2)
AF-6 ¹⁰ (40)	Symptomer ved forkammerflimmer	0-10, beregnes sumscore fra 0-60, hvor høj score er sværere atrieflimrenrelaterede symptomer	Effekt, formål 2)
EQ VAS ¹¹ (41)	Helbred og livskvalitet	0-100, hvor 100 er godt helbred/høj livskvalitet	Effekt, formål 2)
B-IPQ: Brief Illness Perception Questionnaire ¹² (42)	Sygdomsopfattelse	1-10, beregnes sumscore fra 8-80, hvor høj score er en mere truende sygdomsopfattelse	Effekt, formål 2)
HADS: The Hospital Anxiety and Depression Scale ¹³ (43)	Angst og depression	0-3, beregnes sumscore fra 0-21, hvor høj score er flere symptomer på angst eller depression	Effekt, formål 2)

⁸ Spørgsmål fra Hvordan har du det? befolkningsundersøgelserne.

⁹ HeartQoL kræver licens. Licens i forbindelse med denne undersøgelse via Ann-Dorthe Zwisler.

¹⁰ AF-6 er gratis i brug og udviklet af Härdén M, Nyström B, Bengtson A, Medin J, Frison L, Edvardsson N.

¹¹ EQ VAS kræver licens, men var i dette tilfælde gratis ('Non-Commercial' anvendelse).

¹² B-IPQ kræver licens men er gratis i brug (søgt licens ved Broadbent, E).

¹³ HADS kræver licens, som er søgt og betalt i samarbejde med Svendborg Kommune.

UCLA: Loneliness Scale Short ¹⁴ (44)	Ensomhed	1-3, sumscore beregnes fra 3-9, hvor høj score er mere ensom	Effekt, formål 2)
GSE: General Self-efficacy scale ¹⁵ (45, 46)	Mestringsevne	1-10, beregnes sumscore fra 10-40, hvor høj score er bedre mestringsevne	Effekt, formål 2)
Fire udvalgte items om kognition baseret på SCL 92: Symptom Checklist (47): Item 9: Besvær med at huske, 46: Svært ved at træffe beslutninger, 55: Svært ved at koncentrere sig 66: Plaget af hvileløs eller urolig søvn	Kognition	0-4, beregnes sumscore 0-16, hvor høj score indikerer problemer kognitivt	Effekt, formål 2)
Kliniske data			
Hjerterytmemåling i tre døgn via PocketEKG (48)	Hjerterytme-måling	Kategorisk variabel ud fra typen af atrieflimren i løbet af de tre døgn	Effekt, formål 2)
Blodprøve: Pro-BNP ¹⁶	Biomarkør for hjertets belastning	Måles i ng/L	Effekt, formål 2)
Blodtryk ¹⁷ : Systolisk og diastolisk målt med standard blodtryksapparat	Blodtryk	Måles i mmHg	Effekt, formål 2)

¹⁴ UCLA: Loneliness Scale Short er gratis i brug.

¹⁵ GSE er gratis i brug og udviklet af Schwarzer, R. & Jerusalem M.

¹⁶ Et peptidhormon der produceres i hjertet, og som fortæller om hjertets belastning og risikoen for hjertesvigt.

¹⁷ Deltagerne hvilede i 10 minutter til afslappende musik inden blodtryksmåling både ved ophold og opfølgning, og målingen blev gennemført samme tidspunkt begge gange.

Bilag 5. Interviewguide fokusgruppeinterview: Livet med atrieflimren og rehabilitering

Tak fordi I vil deltage i dette interview.

I dag deltager [xxx]. Jeg hedder [yyy], og jeg skal være interviewer i dag, og det her er [zzz], som observerer, tager noter, og stiller måske også uddybende spørgsmål. [zzz] banker på uret, hvis vi skal til og videre med næste spørgsmål.

I går hørte vi jer fortælle om jeres liv med atrieflimren, og dette passer meget godt med, hvad man kan læse i litteraturen om det at leve med atrieflimren. Fx at det at opleve anfald af atrieflimren kan give bekymringer og angst, at det at være ramt på hjertet kan være skræmmende, og at symptomer kan være hæmmende for hverdagslivet.

I dag vil vi gerne stille jer nogle uddybende spørgsmål omkring jeres oplevelse af det at leve med atrieflimren. Spørgsmålene er inddelt i tre hovedområder, som er:

- Livet med atrieflimren
- Hvordan I har oplevet den behandling og de tilbud, I har modtaget indtil nu i sundhedssystemet, og hvad I evt. har manglet?
- Om der har været en udvikling over tid i behov for hjælp og støtte?

Det vil vi gerne vide, fordi det forskningsprojekt, vi er en del af, undersøger, hvordan forskellige aktiviteter, fx fysisk træning, 'patientuddannelse', altså oplæg og dialog med fagpersoner om sygdommen og livet med sygdommen, samtaler med en psykolog, eller fx medicinsk yoga, kan hjælpe jer og andre med atrieflimren til 'et bedre liv med atrieflimren'. Jeres input i dag vil direkte være med til at påvirke dette arbejde. Så på forhånd, mange tak fordi I vil stille op til interviewet.

Der er afsat 1 time og 45 minutter til interviewet. Det er ikke sikkert, at vi bruger alt tiden, men så har vi god tid.

Vores erfaring er, at interviewet ikke alene bidrager til forskningen, men at det at lytte til hinanden også kan være brugbart og hjælpsomt til at forstå den situation, I selv er i hver især. Vi håber, I vil opleve det samme, når vi er ved afslutningen af samtalen i dag.

Det er vigtigt at nævne, at det, I siger her, er sagt i et fortroligt rum, og vi fortæller ikke det, I siger, videre. Dog optager vi interviewet, men jeres udtalelser vil udelukkende blive præsenteret i anonymiseret form i forskningsartikler. I kan også sige til, hvis der er udtalelser eller informationer, I ikke vil have, vi bruger videre frem.

Interviewet foregår sådan, at jeg har en interviewguide med nogle overordnede områder og spørgsmål, som vi vil forsøge at komme igennem. Derudover har vi nogle hjælpespørgsmål, som kan

være med til at igangsætte dialogen. Der vil være plads til at forfølge ting, I siger. I er meget velkomne til at kommentere på hinandens udsagn, og vi kan også finde på at stille opklarende spørgsmål. Når spørgsmålene er velbelyst, vil jeg forsøge at opsummere, og I kan rette mig i forståelsen, hvis der er noget, jeg har misforstået, og herefter går vi videre til det næste spørgsmål.

Er der nogen spørgsmål eller afklaringer, inden vi går i gang?

Vi vil starte interviewet ved at spørge ind til, hvordan det er for jer at leve med atrieflimren.

Område	Spørgsmål	Hjælpespørgsmål
Livet med atrieflimren	Oplever du, at dit liv er blevet anderledes, efter du fik atrieflimren?	Fortæl gerne lidt om dit liv med atrieflimren (AF). Er der ting, du ikke gør længere pga. din atrieflimren? Og hvorfor? Er du følelsesmæssigt påvirket af din AF? Og hvordan? Oplever du negative tanker fylder mere relateret til AF? Og hvilke?
Forløb, behandling og tilbud	Hvordan har dit sygdomsforløb været? Hvilken type lægefaglig behandling har du modtaget? Hvilke tilbud har du i øvrigt modtaget? Fx samtale med sygeplejersker, støtte og hjælp i kommunen, kommunal rehabilitering eller andet, du synes, har været hjælpsomt i dit forløb med atrieflimren?	Fortæl kort om dit sygdomsforløb. Har du været indlagt eller ambulatant behandlet? Hvilken behandling har du fået? (medicinsk eller operation). Hvordan har forløbet været? Hvilke informationer har du fået mht. atrieflimren og behandling? Hvordan har du følt dig mødt i sundhedsvæsenet i det at få denne hjertesygdom? Hvilke informationer har du fået, om fx livsstilsforandringer, forventelige psykologiske reaktioner?

<p>Behov og tilbud (eller mangel på samme)</p>	<p>Hvad kunne gøre dit liv med atrieflimren nemmere?</p> <p>Hvad kunne være hjælpsomt?</p>	<p>Mere information om sygdommen (fx hvad kan man forvente, hvis man har AF)?</p> <p>Mere hjælp til livsstilsforandringer?</p> <p>Afstresningsteknikker og afspændingsøvelser?</p> <p>Psykologisk behandling og vejledning fra en psykolog?</p> <p>Eksempelvis til at håndtere angst, bekymringer eller tyngden af at stå i en ny livssituation, hvor man måske ikke kan det samme som før.</p> <p>Andet?</p> <p>Hvordan vil du have det med at modtage psykologisk eller anden hjælp online/digitalt?</p>
<p>Behovsudvikling og timing</p>	<p>Hvordan har rækkefølgen og timingen været for evt. modtagelse af tilbud? (ikke medicinsk behandling)</p> <p>Har jeres behov for tilbud og støtte udviklet sig eller ændret sig over tid?</p>	<p>Hvornår og hvordan sættes ind med hvad?</p> <p>Hvilken rækkefølge og timing havde været/vil være den rette for dig?</p>

Bilag 6. Interviewguide fokusgruppeinterview: MediYoga

Interviewguide ved fokusgruppeinterview med fremmødegruppen:

Tak fordi I vil deltage i dette interview. Nu har I været igennem et fremmøde MediYoga-forløb, og nu vil jeg spørge lidt ind til, hvad I har fået ud af det, og hvordan I oplever MediYoga.

Der er afsat 45 minutter til interviewet. Det er igen vigtigt at pointere, at det, I siger, her er sagt i et fortroligt rum, og udtalelser, I kommer med, fremstilles i anonym form. Jeg vil forsøge at høre jer alle sammen, og I må gerne kommentere på hinandens udtalelser.

Er der nogen spørgsmål, inden vi går i gang?

Spørgsmål	Hjælpeord
Hvor mange gange om ugen har I gennemsnitligt lavet MediYoga? Og hvordan gennemførte I det?	Fremmøde, hjemmefra, specielt udvalgt sted?
Har I, og hvis ja, hvilke fysiske eller psykiske/mentale effekter eller påvirkninger har MediYoga haft på jer?	Vejrtrækning/Åndenød Hjertebanken Smerter Styrke (i ryggen) Stoppe AF-anfald Afstresning/afslapning Bekymringer Uro Angst Følelsesudbrud
I har jo været på fremmøde forløbet (så vidt muligt, trods COVID). Hvordan har det været? Hvad er fordelene ved fremmøde/ved at have instruktør i samme rum?	Ift. at få besvaret spørgsmål om øvelser eller lignende? Blive rettet i øvelser?
I har også haft mulighed for at bruge MediYoga Play app'en. Hvordan har det været/fungeret? Hvad fik I ud af det?	
Kunne I forestille jer, at MediYoga forløbet udelukkende skulle foregå online?	Enten 'live' som hvis I var blevet instrueret af instruktørerne online? Eller blot ved brug af app'en og den guidning der gives her?
Er der noget vigtigt, I tænker, man ikke får med ved udelukkende at gennemføre et online forløb?	Det kunne både være live og via app'en
Hvilke anbefalinger eller opmærksomhedspunkter kan I give os ift. at udbrede MediYoga i kommuner i Danmark?	Skal det være fremmødeforløb? Digitale forløb – hvordan? En kombination?
Er der andet I kan tænke jer at dele med mig og andre om MediYoga, eller andet I er kommet til at tænke på under denne snak?	

Interviewguide ved fokusgruppeinterview med den digitale gruppe:

Tak fordi I vil deltage i dette interview. Nu har I været igennem et digitalt MediYoga-forløb, og nu vil jeg spørge lidt ind til, hvad I har fået ud af det, og hvordan I oplever MediYoga.

Der er afsat 45 minutter til interviewet. Det er igen vigtigt at pointere, at det, I siger her, er sagt i et fortroligt rum, og udtalelser I kommer med fremstilles i anonym form. Jeg vil forsøge at høre jer alle sammen, og I må gerne kommentere på hinandens udtalelser.

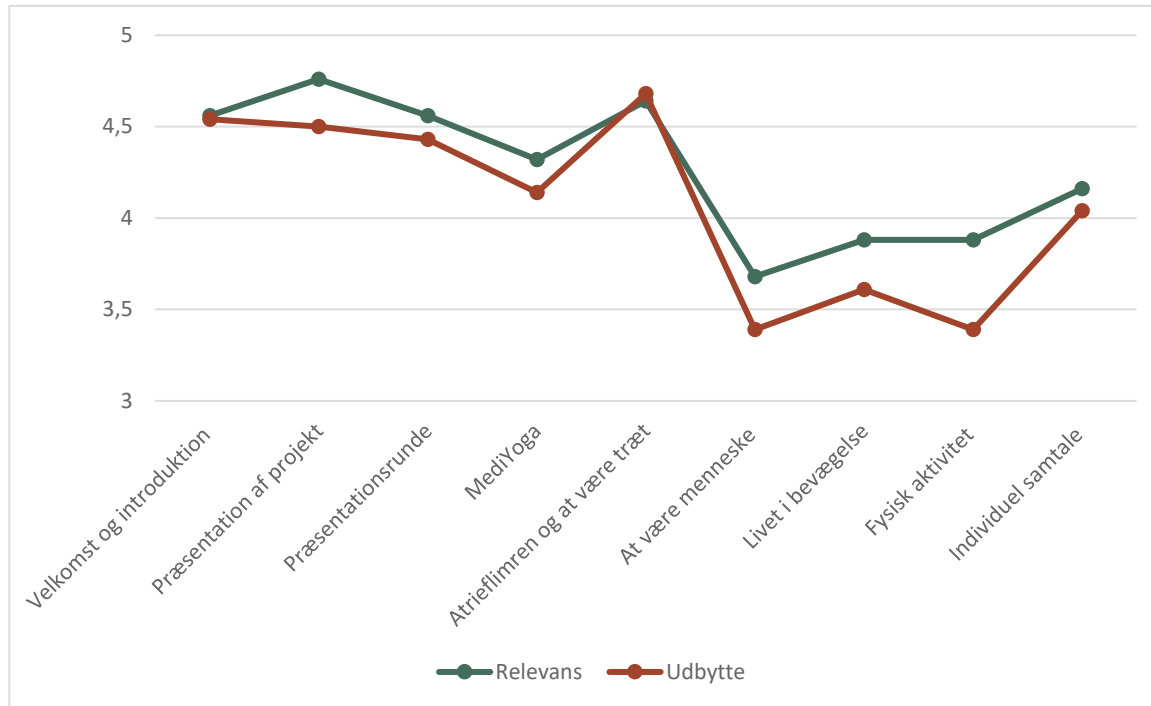
Er der nogen spørgsmål, inden vi går i gang?

Spørgsmål	Hjælpeord
Hvor mange gange om ugen har I gennemsnitligt lavet MediYoga? Og hvordan gennemførte I det?	Specielt udvalgt sted der hjemme? Alene? Mødt hinanden? Sammen med andre?
Har I oplevet fysiske eller psykiske effekter/påvirkninger af MediYoga? Og hvis ja, hvilke?	Vejrtrækning/Åndenød Hjertebanken Smerter Styrke (i ryggen) Stoppe AF-anfald Afstresning/afslapning Bekymringer Uro Angst Følelsesudbrud
I har jo været på det digitale forløb. Hvordan har det været? Hvad er fordelene/ulemperne ved det digitale, på den måde I har gennemført det, altså via app?	Hvis I ikke havde haft mulighed for at tale med instruktør en gang om ugen – tænker I så, at det digitale via app er en OK løsning? Motivation for at fortsætte?
I har jo så haft mulighed for at stille instruktørerne spørgsmål én gang om ugen i 30 minutter. Hvad har det tilført?	Var der tid nok? Blev I rettet i øvelser? Hvordan har I prioriteret jeres deltagelse i disse møder? Giver de motivation til at holde ved?
Kunne I forestille jer, at MediYoga forløbet udelukkende skulle foregå digitalt?	Enten blot ved brug af app'en og den guidning, der gives her? Evt. med mulighed for opsamlingsmøder. Eller som 'live'-forløb, hvis I var blevet instrueret af instruktørerne online?

Er der noget vigtigt, I tænker, man ikke får med ved udelukkende at gennemføre et online forløb sammenlignet med, hvis I havde været på et fremmødeforløb?	Det kunne både være live og via app'en
Hvilke anbefalinger eller opmærksomhedspunkter kan I give os ift. at udbrede MediYoga i kommuner i Danmark?	Skal det være fremmødeforløb? Digitale forløb – hvordan? En kombination?
Er der andet, I kan tænke jer at dele med mig og andre om MediYoga, eller andet I er kommet til at tænke på under denne snak?	

Bilag 7. Relevans og udbytte af indsatserne

Figur 7. Relevans og udbytte af indsatserne under opholdet



Vestergade 17
5800 Nyborg
21 81 10 11
rehpa@rsyd.dk
www.rehpa.dk

 www.facebook.com/rehpa.dk

 www.twitter.com/rehpa_dk

 <http://www.linkedin.com/company/rehpa>