

# Fysisk aktivitet som behandling

## Motion og Kost på Recept i Københavns Kommune

KIRSTEN KAYA ROESSLER, BJARNE IBSEN, BENGT SALTIN OG JAN SØRENSEN



## Fysisk aktivitet som behandling



Kirsten Kaya Roessler, Bjarne Ibsen, Bengt Saltin og Jan Sørensen

# Fysisk aktivitet som behandling

Motion og Kost på Recept  
i Københavns Kommune

Syddansk Universitetsforlag

© Forfatterne og Syddansk Universitetsforlag 2007  
Trykt og sat af Narayana Press  
Omslagsdesign af Anne Charlotte Mouret, UniSats

ISBN 978-87-7674-262-1

Omslagsfoto: Scanpix

Et resumé af nærværende publikation udsendes som  
*Motion og Kost på Recept i Københavns Kommune. Evalueringsresultater*  
(Syddansk Universitetsforlag 2007)

Evalueringen er finansieret af Sundheds- og Indenrigsministeriet  
og gennemført i samarbejde med Folkesundhed København



**KØBENHAVNS KOMMUNE**  
Sundheds- og Omsorgsforvaltningen  
Folkesundhed København

Bogen er udgivet med støtte fra  
Center for forskning i Idræt, Sundhed og Civilsamfund, SDU

Mekanisk, fotografisk, elektronisk eller  
anden mangfoldiggørelse af denne bog  
er kun tilladt med forlagets tilladelse eller  
ifølge overenskomst med Copy-Dan

Syddansk Universitetsforlag  
Campusvej 55  
5230 Odense M

Tlf. 66 15 79 99  
Fax 66 15 81 26

[www.universitypress.dk](http://www.universitypress.dk)

# Indhold

<b>1. Introduktion</b> . . . . .	9
<b>2. Resumé</b> . . . . .	11
<b>2.1. Rekruttering, gennemførelse og fortsættelse</b> . . . . .	11
Rekruttering . . . . .	12
Gennemførelse . . . . .	12
Fortsættelse . . . . .	13
Social lighed . . . . .	14
<b>2.2. Motivation, oplevelse og barrierer</b> . . . . .	14
Forventninger og motivation . . . . .	15
Oplevelser og fortællinger . . . . .	15
Barrierer . . . . .	16
Vurdering . . . . .	16
<b>2.3. Den sundhedsmæssige effekt</b> . . . . .	16
<b>2.4. Den sundhedsøkonomiske effekt</b> . . . . .	18
<b>2.5. Ideer til udvikling af programmet</b> . . . . .	19
<b>3. Metode</b> . . . . .	21
<b>3.1. Datagrundlag</b> . . . . .	21
Data fra lægen og fysioterapeuten . . . . .	21
Data fra spørgeskema . . . . .	22
Data fra den kvalitative undersøgelse . . . . .	23
<b>3.2. Problemer og usikkerheder ved de anvendte metoder</b> . . . . .	25
Frafald . . . . .	25
Datas gyldighed . . . . .	26
Pålidelighed . . . . .	26
<b>4. Rekruttering og fortsættelse</b> . . . . .	29
<b>4.1. Rekruttering til Motion og Kost på Recept</b> . . . . .	29
<b>4.2. Gennemførelse</b> . . . . .	38
<b>4.3. Fortsættelse og ændret motionsadfærd</b> . . . . .	45
<b>4.4. Organiseringsform</b> . . . . .	54
<b>4.5. Social ulighed i Motion og Kost på Recept</b> . . . . .	61

<b>5.</b>	<b>Motivation, oplevelse og barrierer</b>	67
5.1.	<b>Psykologiske faktorer i adfærdsændring</b>	67
	Motivation	67
	Barrierer og frafald	69
	Erfaringer fra andre lande	71
	Coping (mestring)	73
	Forandring	75
5.2.	<b>De kvalitative data sammenlignet med de kvantitative data</b>	77
	Alder, køn, skoleuddannelse og samliv	77
	Arbejdssituation og indkomst	78
	Ændringer i fysisk form, kondital og vægt	80
5.3.	<b>Analysen af de kvalitative data – relateret til spørgeguiden</b>	81
	Henvi sning	82
	Forventninger og motivation	83
	Oplevelser	83
	Barrierer	84
	Forandring	86
5.4.	<b>Analysen af de kvalitative data – relateret til patienternes eksistentielle narrativer</b>	88
	Angst, død og mening	89
	Ansvar, struktur og kontrol	90
	Succes og skuffelse	92
5.5.	<b>Diskussion og konklusion</b>	94
<b>6.</b>	<b>Sundhed</b>	97
6.1.	<b>Henvi sning til MKpR</b>	97
	BMI, vægt og taljemål	97
	Kondition	97
	Blodtryk	97
	Insulinresistens	98
	Blodlipider	98
	Blev de rigtige patienter henvi st til MKpR?	98
6.2.	<b>Den sundhedsmæssige effekt af de første fire måneder i MKpR</b>	100
	Fire måneders træning under ledelse af fysioterapeut	102
	Er sundhedseffekten tilfredsstillende?	104
6.3.	<b>Effekten af træning på egen hånd – opfølgning efter 8 måneder</b>	105
	Objektive mål	106
	Selvurderet helbred	106
	Langtidseffekt	107

---

<b>7. Økonomi</b> . . . . .	109
<b>7.1. Metode</b> . . . . .	109
Opgørelse af omkostninger ved programmet . . . . .	109
Top-down opgørelse . . . . .	110
Bottom-up opgørelse . . . . .	111
Gennemsnitlige omkostninger per patient . . . . .	112
Patienternes tidsforbrug . . . . .	112
Modellering af effekter i helbredsrelateret livskvalitet og afledt ressourceforbrug . . . . .	113
Modellering af cost-effectivness . . . . .	115
<b>7.2. Resultater</b> . . . . .	116
Top-down programomkostninger . . . . .	116
Bottom-up programomkostning . . . . .	119
<b>7.3. Vurdering af omkostninger per patient</b> . . . . .	120
<b>7.4. Patienternes tidsforbrug</b> . . . . .	121
<b>7.5. Vurdering af helbreds- og ressourcemæssige     konsekvenser af programmet</b> . . . . .	122
<b>7.6. Modellering af programmets cost-effectiveness</b> . . . . .	123
<b>7.7. Diskussion</b> . . . . .	125
<b>8. Konklusion og perspektivering</b> . . . . .	129
Afslutning . . . . .	135
<b>9. Litteratur</b> . . . . .	137
<b>10. Bilag</b> . . . . .	141
Bilag 1: Sammenligning af Motion og Kost på Recept i Københavns Kommune med Motion på Recept i Ribe Amt . . . . .	141
Bilag 2 Patientfordelingen i de kvalitative interviews . . . . .	142





# 1. Introduktion

Fysisk inaktivitet er relateret til en øget risiko for udvikling af livsstilssygdomme, som for eksempel hjertekarsygdomme, type 2-diabetes, fedme og forhøjet blodtryk. For at behandle og forebygge har adskillige undersøgelser vist den gavnlige effekt af fysisk aktivitet i forhold til disse livsstilssygdomme (Pedersen & Saltin 2003; Haskell et al. 2007; Nelson et al. 2007). Resultaterne er af største relevans, fordi det på baggrund af disse undersøgelser er muligt at forebygge og forbedre muligheden for helbredelse af disse sygdomme. Der er ligeledes international konsensus om, at træning sammen med kostomlægning er vigtig i behandlingen af de nævnte sygdomme. Af disse grunde er motion og kostvejledning taget i anvendelse som et forebyggelses- og behandlingstilbud. At ordinere motion på recept har den klare fordel, at patienten får en henvisning på en hensigtsmæssig form for motion i den rette dosis. Akkurat som ved enhver anden behandling.

Forskning viser imidlertid også, at det vanskelige er at fastholde deltagerne i en fysisk aktiv livsstil. Det er vigtigt at erkende, at adfærdsændring ikke udelukkende er et spørgsmål om hensigtsmæssige fysiske påvirkninger, men at deltagerens forandring af livsstil i høj grad også er forankret i en psykologisk og social kontekst.

I København er antallet af overvægtige siden 1991 steget med 33 pct. Det betyder, at hver tredje københavner er overvægtig. Behovet for at iværksætte en indsats vokser. Særligt i relation til forebyggelse og behandling af de overvægtsrelaterede sygdomme som type 2-diabetes, dyslipidæmi og hypertension. De praktiserende læger i Københavns Kommune efterlyste i flere år, at der bliver etableret adgang for almen praksis til at henvise til klinisk diætist. Lægerne var blandt andet inspireret af Motion på Recept i Ribe og Vejle Amt samt fysioteket i Malmø og foreslog derfor, at det tilsvarende blev muligt at henvise patienter til Motion på Recept i Københavns Kommune.

Sundheds- og Omsorgsudvalget vedtog den 24. april 2003 en »Folkesundhedsplan for kost«, og etableringen af et motions- og kosttilbud i Københavns Kommune indgik som en del af denne plan. Den 4. marts 2004 godkendte Sundheds- og Omsorgsudvalget den endelige udformning af Motion og Kost på Recept i Københavns Kommune.

Projektet blev etableret frem til 15. april 2004, hvor fem fysioterapi-klinikker (Brønshøj, Rigshospitalet, Amager, NordVest, Borgergade) tog imod de henviste patienter. Patienterne trænede i to måneder to gange om ugen og derefter i to måneder en gang om ugen. Samtidig fik de i løbet af den 12 måneders projektperiode 6 til 8 samtaler med en klinisk diætist, som omhandlede patienternes spise- og mo-

tionsvaner (se yderligere om projektets indhold og afvikling på [www.folkesundhed.kk.dk](http://www.folkesundhed.kk.dk)). I august 2004 blev der indgået aftale med Syddansk Universitet (SDU) om en forskningsbaseret evaluering, der blev afsluttet medio 2007.

Evalueringen af Motion og Kost på Recept er varetaget af lektor Kirsten Kaya Roessler og centerleder Bjarne Ibsen, Center for forskning i Idræt, Sundhed og Civilsamfund på Syddansk Universitet i samarbejde med professor Bengt Saltin, Center for Muskelforskning på Rigshospitalet, centerleder Jan Sørensen, Center for Anvendt Sundhedstjenesteforskning og Teknologivurdering på Syddansk Universitet og Folkesundhed København.

Evalueringen dokumenterer, om Motion og Kost på Recept fagligt virker tilfredsstillende, vurderer, om der opnås en længerevarende ændring af patienternes livsstil inden for kost og motion inden for et år og undersøger, hvilke faktorer der har betydning for, om patienten fortsætter efter endt behandlingsforløb, samt belyser tilbuddets sundhedsøkonomi.

Evalueringen fokuserer overordnet på følgende spørgsmål:

- Hvordan formår man at rekruttere patienter, gennemfører de træningen og fortsætter de efter endt behandlingsforløb? (kapitel 4 af Bjarne Ibsen)
- Hvilke psykologiske faktorer har betydning for patienternes motivation, barrierer og adfærdsendring? (kapitel 5 af Kirsten Kaya Roessler)
- Giver Motion og Kost på Recept bedre sundhed? (kapitel 6 af Bengt Saltin)
- Hvordan forholder den økonomiske indsats sig i forhold til den sundhedsmæssige gevinst? (kapitel 7 af Jan Sørensen)

## 2. Resumé

Formålet med evalueringen af Motion og Kost på Recept er at undersøge, a) om programmet fungerer fagligt tilfredsstillende, b) om der opnås en længerevarende ændring af patienternes livsstil inden for kost og motion inden for et år, c) hvilke faktorer der har betydning for, om patienten fortsætter efter endt behandlingsforløb samt d) programmets sundhedsøkonomi.

Evalueringen bygger på tre sæt af data, nemlig data fra lægen, der henviser patienter til Motion og Kost på Recept, data fra fysioterapi-klinikken, hvor patienten træner og modtager kostvejledning (bl.a. kondital og vægt) og data fra patienterne, som indhentes via en spørgeskemaundersøgelse og interviews.

Evalueringen af programmet bygger på 1156 patienter, som i perioden fra april 2004 til udgangen af januar 2006 er begyndt på træningen og kostvejledningen, og som samtidig har givet deres samtykke til at deltage i evalueringen. Indsamlingen af data sluttede i marts 2007, således at de patienter, der indgår i evalueringen, er blevet fulgt i et år.

I evalueringen skelnes der mellem to former for analyse:

Den *første* analyse (2.1. og 2.2.) handler om:

- i hvilket omfang programmet er lykkedes med at rekruttere patienter,
- i hvilken grad patienterne har gennemført de første fire måneders træning og kostvejledning,
- i hvilken grad patienterne fortsætter med at motionere, når de slutter med træningen på klinikken og
- i hvilken grad og hvorfor adfærdsændringen er lykkedes hhv. ikke lykkedes.

Den *anden* analyse (2.3. og 2.4.) handler om:

- hvilken effekt træningen og kostvejledningen har haft for patienternes sundhed, og hvilke økonomiske omkostninger og gevinster programmet har haft.

### 2.1. Rekruttering, gennemførelse og fortsættelse

Den første del af evalueringen vedrører fire mål for programmets succes:

- Rekruttering af 1100 patienter om året til træningen og kostvejledningen.
- En gennemførelse af de fire måneders træning og kostvejledning på 75 pct.

- En fastholdelse af et fysisk aktivitetsniveau et år efter, at patienten begyndte i programmet, som er højere end da patienten begyndte i programmet.
- At programmet medvirker til at formindske den sociale ulighed i sundheden.

### *Rekruttering*

Hvad angår rekrutteringen af patienter er det ikke lykkedes for programmet at rekruttere det antal patienter til træningen og kostvejledningen, som det var forventet, da programmet blev oprettet. Da programmet blev vedtaget forventedes et årligt optag på ca. 1100 patienter. Dette blev senere ændret til 790 patienter i 2005 og 2006. Alle årene har optaget imidlertid været mindre end det opsatte succesmål, og antallet af patienter har været faldende over de tre år. En del af årsagen til dette er økonomiske og organisatoriske forhold.

Der har været en meget stabil fordeling af patienterne, der tager imod tilbudet om træning og kostvejledning, mellem mænd og kvinder samt opdelt på alder, uddannelse, arbejdssituation, indkomst mv. Den eneste signifikante ændring er, at en stigende andel af borgere, som er født i et land uden for Europa, benytter sig af tilbuddet.

Det selvvalgte helbred og angivelsen af hvor fysisk aktive patienterne var i løbet af en uge har også været helt konstant gennem de to år, rekrutteringen til programmet er fulgt. Godt hver fjerde af patienterne havde ifølge deres egen vurdering et godt helbred, da de begyndte i Motion og Kost på Recept, mens knap hver femte af patienterne syntes, at deres helbred var dårligt. Godt hver fjerde patient levede ifølge dem selv op til anbefalingen om at være fysisk aktiv i mindst en halv time om dagen, mens mere end hver tredje patient kun sjældent var fysisk aktiv i mindst en halv time om dagen (højst en gang om ugen eller aldrig). I sammenligning med hele den københavnske befolkning, er andelen af patienterne, der højst én gang om ugen var fysisk aktiv i mindst en halv time, da de begyndte i programmet, dobbelt så høj som andelen i befolkningen som helhed i København, mens andelen der var fysisk aktiv hver dag i mindst en halv time, var 15 procentpoint lavere.

Da patienterne begyndte i MKpR svarede det store flertal, fire ud af fem, at de tidligere havde dyrket motion eller idræt. Primært i form af selvorganiseret motion, men hver tredje havde tidligere dyrket idræt og motion i en forening, og hver fjerde havde på et tidspunkt prøvet det i en aftenskole.

Rekrutteringsmønstret er næsten identisk med rekrutteringsmønstret i Motion på Recept i Ribe Amt.

### *Gennemførelse*

Det andet centrale mål for programmet var, at 75 pct. af patienterne gennemfører de fire måneders træning og kostvejledning. Evalueringen viser, at dette mål næsten er opnået. 70 pct. af patienterne mødte op til den afsluttende udslusningssamtale, to

måneder senere mødte 54 pct. op til den første opfølgningssamtale, og yderligere seks måneder senere mødte 44 pct. op til den sidste og afsluttende opfølgningssamtale. Undersøgelsen tyder dog på, at en del patienter har fulgt træningen og kostvejledningen uden at møde op til disse samtaler, og derfor er den reelle gennemførelse de første fire måneder højere end 70 pct.

De statistiske analyser viser, at gennemførelsen af træningen og kostvejledningen og deltagelsen i de opfølgende samtaler især hænger sammen med patienternes alder samt deres rygevaner, selvvalgte fysiske aktivitetsniveau og fysiske form, da de begyndte på programmet. Jo ældre patienterne er, jo større er andelen, som har gennemført forløbet. Patienter, som syntes, at de var i rimelig fysisk form, da de begyndte i Motion og Kost på Recept, har i højere grad gennemført forløbet end patienter, der ifølge eget skøn syntes, at de var i dårlig fysisk form. Endelig har patienter, som ikke røg dagligt, da de begyndte på programmet, i højere grad gennemført træningen og vejledningen, end de daglige rygere har.

### *Fortsættelse*

Det tredje centrale mål for programmet er, at patienterne fortsætter med at motionere og være fysisk aktive, efter at de stopper med træningen og kostvejledningen på klinikken. Et år efter at patienterne begyndte i Motion og Kost på Recept, angiver 33 pct. et fysisk aktivitetsniveau, som er højere end året før, og 18 pct. angiver et lavere fysisk aktivitetsniveau. 29 pct. svarer, at de er fysisk aktiv i mindst en halv time om dagen, hvilket er ca. 10 procentpoint lavere end i den voksne københavnske befolkning som helhed.

Næsten alle de tidligere patienter i Motion og Kost på Recept er fysisk aktiv under en eller anden form i løbet af en uge – et år efter at de begyndte træningen på klinikken. Decideret motion af mere regelmæssig, planlagt eller organiseret form er det dog kun mellem 40 og 50 pct., der praktiserer (med regelmæssig menes her i løbet af en uge).

Den dominerende motionsform er motion på egen hånd. Dernæst kommer motion i fitnesscenter, mens langt færre dyrker motion i en idrætsforening eller under andre organiseringsformer. De organiserede motionsformer benyttes især af kvinderne, de højere uddannede, patienter der fra starten havde et godt helbred samt patienter, der har gennemført hele trænings- og vejledningsforløbet gennem fire måneder. De selvorganiserede motionsformer benyttes i højere grad af de unge end af de ældre.

Det er patienter, der tidligere har dyrket idræt eller motion (før de begyndte i Motion og Kost på Recept), og selv mente, at de var forholdsvis fysisk aktive, da de begyndte i programmet, som er mest fysisk aktive et år efter. Der er endvidere en tendens til, at aktivitetsniveauet falder svagt med alderen, og at enlige er mere fysisk aktiv end samlevende.

Analysen viser endvidere, at patienter, som fulgte hele trænings- og vejledningsforløbet i Motion og Kost på Recept i fire måneder, i højere grad har øget den fysiske aktivitet, end de patienter, der ikke formåede at følge hele forløbet. Endvidere er der en svag tendens til, at jo ældre patienterne er, jo bedre formår de at fastholde det fysiske aktivitetsniveau.

Valget af motionsform er især bestemt af praktiske grunde og mulighederne for at dyrke den form for fysisk aktivitet, som pågældende er bedst tilpas med og har vænnet sig til under træningen på klinikken – især tilgængeligheden til træningsstedet og muligheden for at træne på det tidspunkt, som passer den enkelte bedst. Derimod spiller holdninger til den konkrete organiseringsform (fx holdning til 'forening' og 'kommerciel') en ubetydelig rolle, og prisen er heller ikke den væsentligste forhindring.

### *Social lighed*

Det fjerde mål for programmet er at medvirke til større social lighed i sundheden i Københavns Kommune. Undersøgelsen viser, at der er en relativ ligelig rekruttering til Motion og Kost på Recept fra kortere og længere uddannede. Vi ved imidlertid, at de tre diagnoser, som patienterne skal have for at blive henvist til Motion og Kost på Recept, i højere grad forekommer i gruppen af kortere uddannede end i gruppen af længere uddannede. Hvis rekrutteringen til Motion og Kost på Recept var ligelig i forhold til forekomsten af de tre diagnoser i forskellige befolkningsgrupper, skulle de lavere uddannedes andel af patienterne være højere end de lavere uddannedes andel af befolkningen i samme aldersgruppe i hele befolkningen.

Den sociale ulighed i rekrutteringen til programmet modvirkes imidlertid en smule gennem trænings- og vejledningsforløbet, fordi patienter med en gymnasial uddannelse i lidt mindre grad gennemfører forløbet end patienter med en kortere skoleuddannelse. Ser vi endelig på, hvem af patienterne der er fysisk aktiv på et niveau, som anbefales, og hvem der har øget det fysiske aktivitetsniveau gennem det år, patienterne er fulgt, så kan analysen ikke påvise signifikante forskelle mellem patienter med en kort uddannelse og patienter med en længere uddannelse.

## **2.2. Motivation, oplevelse og barrierer**

Denne del af evalueringen analyserer psykosociale faktorerens betydning for patienternes deltagelse i programmet. Analysen bygger på både kvalitative data (fra interviews) og kvantitative data (fra spørgeskemaerne). De psykosociale faktorer omhandler:

- Patienternes forventninger og motivation (kvalitative og kvantitative data).

- Patienternes oplevelser og fortællinger (kvalitative data).
- Patienternes barrierer (kvalitative og kvantitative data).

### *Forventninger og motivation*

Patienterne har store forventninger om at tabe sig og opnå et bedre helbred. Ni ud af ti forventer at tabe sig gennem Motion og Kost på Recept, og hver tredje forventer, at de får et bedre helbred. Vægttab er altså den helt centrale motivation for næsten alle patienter.

Dernæst er der forventninger om at få ændret motionsvaner og kostvaner og få mere viden om sund kost. Det er ca. halvdelen af patienternes forskellige forventninger, der er blevet opfyldt, bortset fra 'ændrede motionsvaner', hvor tre fjerdedele har fået opfyldt deres forventninger.

Patienterne vil gerne have en fast motionsgruppe eller makker og et fast tidspunkt, hvor de kan motionere. Derved adskiller denne gruppe sig fra den almindelige motionsudøver, der i stigende grad lægger vægt på fleksible tidspunkter og muligheder for at motionere.

Et problem med henblik på motivation er, at patienternes viden om fordele ved forandringen først og fremmest er kognitiv, mens en vedvarende motivation til forandringen skal være emotionel forankret. En række af de interviewede patienter forbliver derfor i op til flere år i et permanent stadie af en før-overvejelse til selve handlingsstadiet. Det »nye liv« skal altid startes på et tidspunkt i fremtiden, gerne fx efter jul eller efter sommerferie.

En vigtig motivationsfaktor for gennemførelsen af programmet er forpligtelse – både over for sig selv, men også over for andre. Især den sociale forpligtelse oplever mange af de interviewede patienter som en vigtig faktor i relation til deres deltagelse i Motion og Kost. En forpligtelse overfor en gruppe resulterer her i handling og adfærdsændring.

### *Oplevelser og fortællinger*

Det er især angst for alvorlig sygdom eller død, der motiverer til deltagelsen i Motion og Kost på Recept, samtidig med en viden om vigtigheden af kost og motion. Den akutte angst om livet taber dog under forløbet betydning som motivationsfaktor og erstattes af en øget tillid til medikamenternes behandlende funktion.

Patienterne oplever det som positivt, at programmet giver en mulighed for ekstern kontrol, hvor ansvaret er lagt over i strukturelle rammer (fx faste ugentlige træningstidspunkter), som hjælper dem at gennemføre træning og vejledning. I forhold til projektlængden angav en del af de interviewede patienter, at forløbet burde være længere end fire måneder og forsætte i de klinikker, hvor træningen forgik. Deltagerne ønsker dette især af motivationsmæssige årsager. Både fitnesscentre og foreninger virker uoverskuelige og afvisende, når de ikke har en fast træningsstruktur



eller en person, der kan rettes henvendelse til. »Udslusningen« efter kursusophør oplevedes som optimal de steder, hvor patienterne kunne fortsætte efter ophørt intervention.

### *Barrierer*

De centrale barrierer inden, under og efter forløbet er fysiske barrierer (f.eks. skader, operationer, blodprop), emotionelle barrierer (fx fornemmelsen at være dårlig til fysisk aktivitet, blufærdighed), motivationsbarrierer (fx manglen på interesse, magelighed) og strukturelle barrierer (fx manglen på tid, for stor afstand til træningssteder).

Det er vigtigt at være opmærksom på, at nye miljøer fremkalder barrierer, og de fleste deltagere vil kende det miljø, de fortsætter i efter træningsdelens ophør.

Adfærdsændring kræver en vurdering af omkostninger og fordele, og det har vist sig som problem, at fordelene ved forandringen ofte ikke virker tiltrækkende nok for patienterne. De ønsker et vægttab, som mange gange ikke indfinder sig på kort sigt.

At en person tager ansvar for eget liv, vil noget, forpligter sig til noget, beslutter noget og herefter handler, er en kompleks forandring, der kræver understøttelse. Denne komplekse proces lykkes for mange, men ikke for alle patienter.

### *Vurdering*

Motion og Kost på Recept haft et højt informationsniveau. Deltagerne vidste præcis, hvad der kom til at foregå og de følte sig velinformeret. Der er grundlæggende tilfredshed med fysioterapeuternes og diætisternes arbejde i Motion og Kost på Recept, og der eksisterer et udtalt ønske om at få mere tid til individuel vejledning, især af fysioterapeuten.

## **2.3. Den sundhedsmæssige effekt**

Det afgørende mål for Motion og Kost på Recept er, at patienterne forbedrer deres helbred ved at deltage i programmet. Før patienterne begyndte på træningen og kostvejledningen i MKpR, havde de fleste verificerede tegn på manifest eller begyndende sygdom, hvor forøget fysisk aktivitet – eventuelt kombineret med en vægtreduktion – vil kunne påvirke sygdomsforløbet i positiv retning.

Efter fire måneders træning og kostvejledning har patientgruppen i gennemsnit opnået signifikante forbedringer på de undersøgte mål for sundhedstilstanden:

- Vægten blev i gennemsnit reduceret med 3,4 kg (3,9 pct.), taljemålet med 4,7 cm (4,4 pct.), og Body Mass Index (BMI) reduceredes med 0,8 fra 32,4 til 31,6 (en normal BMI ligger mellem 20 og 25).
- Konditionen blev forøget med 18 pct. 40 pct. af denne forøgelse skyldes vægtreduktionen.
- Det systoliske blodtryk blev i gennemsnit reduceret med 5 mmHg til 136 mmHg (normalværdi 130 mmHg) og det diastoliske blodtryk med 4 mmHg til 82 mmHg (normalværdi 90 mmHg).
- Kolesterolniveauet blev reduceret med 0,3 mmol l<sup>-1</sup> til 5,4 mmol l<sup>-1</sup> (normalværdi < 5 mmol l<sup>-1</sup>), hvilket var relateret til en tilsvarende sænkning af LDL-kolesterol til 3,3 mmol l<sup>-1</sup> (normalværdi < 3 mmol l<sup>-1</sup>), og endelig blev både fasteglukose og HbA1C også positivt påvirket af patienternes deltagelse i programmet.

Parallelt med disse forbedringer vurderer patienterne generelt deres helbred som bedre, end da de begyndte i programmet, og det gælder især de patienter, som i udgangspunktet vurderede deres helbred mest negativt.

Der er en tendens til, at patienter, der i udgangspunktet havde en lav kondition (i forhold til gruppen som helhed), opnåede større procentuelle forbedringer i konditionen end patienter med en relativ bedre kondition i udgangspunktet. Derimod er der ingen forskel på forbedringerne i kondition og vægttab mellem patienter med relativ høj BMI og patienter med relativ lav BMI, da de begyndte i programmet.

Selvom de opnåede forbedringer er forholdsvis små i absolutte tal, så er der tale om en relativ stor forbedring i forhold til udgangspunktet, og gruppen har som helhed opnået et kondiniveau, som ligger tæt på det niveau som kan reducere risikoen for kronisk sygdom og død. Det skønnes endvidere, at de observerede positive forbedringer i blodtryk og blodvariable er på næsten samme niveau, som medikamental behandling ville have givet, og de opnåede forbedringer formindsker i væsentlig grad risikoen for stroke, iskæmisk hjertesygdom og alvorlige komplikationer som følge af dårlig blodsukkerkontrol.

En reduktion af det systoliske blodtryk med 5 mmHg beregnes til at formindske risikoen for *stroke* med 30 pct. og for iskæmisk hjertesygdom med 20 pct. På tilsvarende måde giver en sænkning af kolesteroltallet (total og LDL-kolesterol) på 0,2-0,3 mmol l<sup>-1</sup> en forventet reduktion i risiko for iskæmisk hjertesygdom på 20 pct.

Et år efter at patienterne begyndte i MKpR – efter otte måneder hvor de selv har haft ansvaret for at træne – har patienterne formået at fastholde de opnåede forbedringer, som de havde opnået efter de første fire måneders træning og vejledning. Endvidere har gruppen som helhed fastholdt det selvvalgte helbreds niveau, som gruppen havde opnået efter fire måneder i programmet.

## 2.4. Den sundhedsøkonomiske effekt

Den økonomiske analyse har til formål at vurdere omkostningerne ved at gennemføre programmet og vurdere dets cost-effectiveness. Analysen har fastlagt, at programmet med 1156 patienter koster mellem 8,4-9,3 mio. kr., svarende til 6.800-7.500 kr. pr. patient, der starter, hvoraf omkring 1,9 mio. kr. eller 1600 kr. udgør bidrag til programmets faste omkostninger.

De indsamlede data har vist, at omkring 70 pct. af patienterne gennemførte den 4 måneders intervention og blandt de, der gennemførte interventionen og returnerede tre spørgeskemaer, angav henholdsvis 87 og 81 pct. at være fysisk aktive »dagligt« eller »flere gange om ugen« efter 4 og 12 måneder.

Omkostninger per patient, der gennemfører programmets 4 måneders træning er 10-11.000 kr. Omkostningen per patient, der fortsat er fysisk aktiv efter 12 måneder er 12-13.500 kr. Hvis gennemførelsesprocenten var højere vil programmet være billigere per patient, der gennemfører programmet.

Ud fra en analyse af et repræsentativt fynsk datasæt er det antaget, at en adfærdsændring til at være fysisk aktiv kan give anledning til årlige besparelser i sundhedsvæsenet på mellem 760-1850 kr. per person. Hvis disse tal er korrekte, så vil det kræve at deltagere, der er fysisk aktive efter 12 måneder fortsætter med at være fysisk aktive i 6-7 år for at besparelsen opvejer omkostningen.

Fra analysen af de fynske data antages det endvidere, at deltagere, som bliver fysisk aktive som følge af programmet, vil opnå en forbedring i helbredsrelateret livskvalitet på mellem 0,02-0,05 på et skala, hvor 1 angiver godt helbred i et helt år og 0 angiver død.

I en simpel cost-effectiveness analyse beregnes forholdet mellem de inkrementale omkostninger og effekter i kvalitetsjusterede leveår (QALY) til henholdsvis 219.000 og 692.000 kr. per QALY over 12 måneder. Hvis tidshorisonten udvides til 5 år reduceres de to cost-effectiveness ratioer til henholdsvis 50.000 og 159.000 kr. per QALY. Sædvanligvis forventes det danske sundhedsvæsen at have en betalingsvillighed på omkring 300.000 kr. / QALY.

Den høje cost-effectiveness ratio (i et års analyseperspektiv) viser, at interventionens omkostninger er forholdsvis store i forhold til de (skønnede) effekter. Hvis analysens tidshorisont udvides forbedres interventionens cost-effectiveness. Følsomhedsanalyser har vist, at cost-effectiveness ratioen kan blive reduceret til omkring 50-80.000 kr., hvis fysisk aktivitet kan fastholdes i fem år efter interventionens start. Der er dog ikke indsamlet data, som viser, i hvor stor udstrækning dette er tilfældet.

Det skal yderligere understreges, at evalueringen ikke har indsamlet data, der direkte beskriver ændringer i deltagernes helbredsrelaterede livskvalitet – denne del af analysen er baseret på empiriske skøn fra et andet datamateriale.

Cost-effectiveness analysen har heller ikke taget højde for eventuelle gevinster i forventet levetid. Der findes analyser, der antyder, at fysisk aktive personer har længere forventet levetid end fysisk inaktive. Hvis dette er tilfældet, undervurderes QALY-effekterne i denne analyse, og cost-effectiveness ratioen undervurderer »value for money«.

Analysen har vist, at MKpR programmets omkostningseffektivitet er følsom overfor antallet af patienter, der gennemfører programmet og fortsætter en livsstil med øget fysisk aktivitet. Antagelsen om hvor stor gevinsten i helbredsrelateret livskvalitet er, har også betydning for cost-effektivitetens ratioen. Endelig har tids-horizonten og forventninger til programmets mulighed for at fastholde patienterne i en livsstil med fysisk aktivitet en væsentlig betydning for programmets værdi.

## 2.5 Ideer til udvikling af programmet

Det tager tid at udvikle og optimere et program som Motion og Kost på Recept, og derfor må der gives tid til over en længere periode at udvikle denne behandlingsform. Evalueringen viser, at det virker for størstedelen, men at der også er en del, der ikke får den glæde af tilbuddet, som var tiltænkt. Der er flere trin i programmet, som kan forbedres og effektiviseres.

For det første bør der gøres en større indsats for at opnå en mere ligelig social rekruttering, idet den sociale selektion i programmet næsten udelukkende sker ved rekrutteringen til træningen og kostvejledningen.

For det andet tyder evalueringen på, at træningen og vejledningen i højere grad skal indrette sig efter hver enkelt patients behov og motiver. Undersøgelser af 'best practise' vil kunne bidrage til en udvikling af træningen og vejledningen i Motion og Kost på Recept, der kan forbedre resultaterne af programmet.

For det tredje bør programmet arbejde på, at patienterne efter end træning på klinikkerne kan fortsætte under træningsformer, som de kender og er blevet fortrolige med, og som giver dem en struktur for deres træning.

For det fjerde bør programmet i højere grad forstå patienternes motiver for og barrierer mod denne behandlingsform. Vil man i fremtiden motivere denne målgruppe, så er det en god idé at »satse på tal« (fx opnåede værdier i træningsmaskiner, løbende kilometer eller øgning af styrkevægten), som giver et motiverende feed back til den trænende deltager. Det er samtidig en god idé at satse på en fast tids- og øvelsesstruktur og på gentagelsen af det samme (det gælder både for træningsøvelser, træningssted eller den person, der vejleder træningen).



## 3. Metode

Motion og Kost på Recept (MKpR) er et interventionsprojekt og ikke et forskningsprojekt. Det har forskningsmæssigt både fordele og ulemper. Fordelen er, at man kan følge en patientgruppe over en længere periode og løbende kan tage stilling til aspekter af undersøgelsen. Evalueringen er på denne måde også en procesevaluering. Ulempen er, at der ikke er en kontrolgruppe at sammenligne resultaterne med. Derved kan vi ikke med sikkerhed vide, om registrerede ændringer i patienternes fysiske form og helbred skyldes deltagelsen i programmet.

Til belysning af de spørgsmål, som skal besvares i evalueringen, er der indsamlet data og informationer fra forskellige kilder. Efter en kort gennemgang af metoderne redegøres for problemer og usikkerheder ved de anvendte metoder.

### 3.1. Datagrundlag

Evalueringen bygger på oplysninger om og svar fra 1156 patienter, som i perioden fra april 2004, da MKpR begyndte, til udgangen af januar 2006 er begyndt på træningen og kostvejledningen, og som samtidig har givet deres samtykke til at deltage i evalueringen. Indsamlingen af data sluttede i marts 2007, således at de patienter, der indgår i evalueringen, er blevet fulgt i ét år. Datagrundlaget omfatter:

- a) Data fra undersøgelser og test, som den henvisende læge og fysioterapeuten på klinikken har gennemført.
- b) Patienternes svar på spørgsmål i tre spørgeskemaer.
- c) Oplysninger fra i alt 30 patienter, der er interviewet tre gange, og interviews med involverede faggrupper.

#### *Data fra lægen og fysioterapeuten*

##### *Data fra lægen, der henviser patienter til Motion og Kost på Recept*

I den »Henvisning til motion og kost på recept«, som patienten får med fra lægen, er patientens diagnose oplyst. Med henvisningen følger en »logbog«, hvor blodtryk og diverse blodværdier, målt første gang da patienten fik henvisningen til programmet, er påført. Når patienten går til kontrol hos lægen, umiddelbart inden træningen og kostvejledningen i klinikken er afsluttet samt to og otte måneder derefter, fører lægen tallene for såvel blodtrykket som de målte blodværdier ind i samme logbog. Logbogen indeholder således tallene for blodtryk og diverse blodværdier fra fire besøg hos lægen. Under forløbet bliver alle disse data indført i en database,

så det er muligt at følge den enkelte patients udvikling (kun for patienter der har underskrevet samtykkeerklæringen).

#### *Data fra fysioterapi-klinikken*

Patienternes kondital bliver testet fire gange i løbet af et år (ved henvisning, ved afslutning af forløbet samt 6 og 12 mdr. efter forløbets begyndelse). Konditallet måles ved en et-punkts-test. Det er en sub-maksimal test, der har den fordel, at personen, der skal testes, ikke behøver at anstrenge sig meget. Desuden er testen nem og hurtig at gennemføre. Testens bestemmelse af den maksimale iltoptagelse er dog behæftet med nogen usikkerhed, men som metode til at måle ændringer i det enkelte individs kondition over tid er den anvendelig (se mere om et-punkts-testen på [www.motion-online.dk](http://www.motion-online.dk)). Patienternes vægt og taljemål måles ligeledes fire gange i løbet af det år, forløbet varer.

Sammen med diverse informationer om behandlingens forløb (start, evt. ud-meldelse, afslutning m.v.) indføres data fra test og målinger i logbogen, og for de patienter, der har underskrevet samtykkeerklæringen, indføres data også i databasen.

#### *Data fra spørgeskema*

I løbet af det år, hvor patienten har fulgt programmet, har alle patienterne, der har underskrevet samtykkeerklæringen, modtaget tre spørgeskemaer. Skemaerne er udviklet af Center for forskning i Idræt, Sundhed og Civilsamfund specielt for Motion og Kost på Recept (se skemaerne på [www.cisc.sdu.dk](http://www.cisc.sdu.dk)).

Det første skema blev besvaret af patienterne ved behandlingens påbegyndelse. Skemaet indeholdt nogle få basis-spørgsmål om patientens helbredstilstand, medicinforbrug, fysiske aktivitet, kostvaner, erfaring med fysisk aktivitet, forventninger til behandlingen samt social baggrund (uddannelse, arbejdsituation m.v.). Skemaet blev uddelt på klinikkerne, som også samlede dem sammen. Spørgeskema 1 blev udleveret til patienterne fra projektets start den 1. april 2004 til 1. februar 2006.

Det andet skema blev udsendt til alle patienter ved behandlingens afslutning. Skemaet blev også udsendt til patienter, der ikke fuldførte behandlingen. Skemaet indeholdt bl.a. spørgsmål om selvvurderet helbred, selvvurderet fysisk aktivitetsniveau, former for fysisk aktivitet i ugen før besvarelsen af skemaet, forventninger til MKpR, sundhedsadfærd samt vurdering af lægens, fysioterapeutens og diætistens betydning for patientens deltagelse i MKpR. Hvis patienten ikke havde besvaret skemaet ca. tre uger efter udsendelsen, blev pågældende kontakttet telefonisk.

Det tredje skema blev udsendt til alle patienter otte måneder efter endt behandling. Skemaet blev også sendt til de patienter, der ikke fuldførte træningen. Spørgeskemaet indeholdt bl.a. spørgsmål om medicinforbrug, rygevaner, selvvurderet helbred, selvvurderet fysisk aktivitetsniveau samt former for fysisk aktivitet, som

patienten havde udført ugen inden besvarelsen. Disse spørgsmål er gentagelser fra skema 1 og 2, så en eventuel ændring kan analyseres. Skemaet indeholdt endvidere spørgsmål om, hvor patienten dyrkede motion (fast gruppe, idrætsforening / aftenskole eller kommercielt fitnesscenter), og hvorfor patienten havde valgt denne form. Endelig indeholdt spørgeskemaet en række spørgsmål om, hvilken betydning MKpR havde haft for patienten. Hvis patienten ikke havde besvaret skemaet ca. tre uger efter modtagelsen, blev pågældende kontaktet telefonisk. Spørgeskema 3 blev således sendt til de patienter, som fik udleveret spørgeskema 1 og også fik tilsendt spørgeskema 2 – uanset om de havde besvaret de to første skemaer.

Besvarelsenerne af de tre spørgeskemaer blev fortløbende tastet ind i den til projektet oprettede database. De tre spørgeskemaer indeholder flere identiske spørgsmål, som gør det muligt at belyse ændringer i fx patienternes egen vurdering af fysisk aktivitet og helbred.

### *Data fra den kvalitative undersøgelse*

Til forskel fra andre undersøgelser af tilsvarende programmer giver evalueringen af MKpR mulighed for at kombinere kvalitative og kvantitative forskningsmetoder, dvs. man kan både skabe et samlet kvantitativt overblik og gå i dybden med udvalgte aspekter.

Kvalitative interviews er kendetegnede ved, at interviewereren gennem den interviewede forsøger at opnå øget viden om og forståelse af fænomener i individets livsverden ved at få den interviewede til detaljeret at beskrive, hvordan vedkommende føler og handler i forhold til de undersøgte fænomener. I denne undersøgelse skelnes der mellem de kvalitative interviews med de involverede faggrupper – læger, fysioterapeuter og diætister – og interviewene med patienterne. Mens patientinterviews især handler om deltagerens subjektive oplevelser, tager evalueringen af lægerne, fysioterapeuterne og diætisterne udgangspunkt i deres professionelle syn som behandlere. Lægerne, fysioterapeuterne og diætisterne i MKpR bliver inddraget som potentielle »medevaluatorer« af tilbuddet, samtidig med at de også selv bliver evalueret af patienterne gennem spørgeskemaundersøgelsen. Interviewene med diætisterne foregik i Folkesundhed Københavns lokaler, med fysioterapeuterne på de forskellige klinikker og med lægerne i deres klinikker. Disse interviews er beskrevet i midtvejsrapporten (Roessler & Ibsen 2006).

I de kvalitative patientinterviews er 30 patienter interviewet ved semi-strukturerede interviews over tre interviewrunder – i starten af forløbet, ved afslutningen af træningen og ca. et år efter, at patienten begyndte i MKpR. Det er altså i alt 90 interviews, som danner baggrund for denne del af evalueringen. De kvalitative interviews blev metodisk bearbejdet ved hjælp af et program til tekstanalyser (MAXqda2, 2004), som tillader at fortolke et stort datamateriale. Analysen foregår ved at kode samtlige tekster og finde frem til relevante emner i interviewene.



### *Interviewenes emner*

Den første interviewrunde handler hovedsagelig om patienternes egne forståelser og erfaringer med motion og kost, tidligere forsøg på vægttab og forventninger til forløbet. Anden runde drejer sig om oplevelsen af de ændrede kost- og motionsvaner og om vægttab eller manglen på samme. Det andet interview vender også tilbage til emner fra det første interview, såsom den interviewedes motionsvaner og barrierer. Ved at foretage flere interviews med hver informant vindes indblik i deres oplevelse af forløbet og mulighed for en langtidsundersøgelse. Ligeledes bliver det på denne måde muligt at vende tilbage og klargøre eller uddybe emner, der er blevet berørt i tidligere interviews. Interviewene er semistrukturerede og baseret på en interviewguide med en række overordnede emner.

### *Udvælgelse af interviewpersonerne*

Patienternes medvirken i interviewene var baseret på frivillighed. Der var dog et ønske om at interviewe både mænd og kvinder i forskellige aldre og bydele ud fra en forventning om, at køn og alder er faktorer, der har indflydelse på oplevelsen af motion og sundhedsvaner. Proportionelt set er der flere kvinder, hvilket svarer til fordelingen i Motion og Kost på Recept. De fleste interviewede var meget interesserede i at fortælle og viste stor tillid i deres svar. Enkelte patienter oplevede intervieweren som en del af »systemet« (Københavns kommune eller sundhedsvæsenet i det hele taget), hvilket enten førte til »politisk korrekte« svar eller til en udførlig klage over »systemet«.

Hovedparten af interviewene med patienterne foregik enten i fysioterapiklinikkerne (ofte førstegangsinterviews) eller i den interviewedes bolig. Interviewene gav informationer om patienternes liv uden for klinikkerne og deres opfattelser af forskellige forhold. De indsamlede data er primærdata, da alle interviews og observationer er blevet personligt udført. Efter pilotinterviews med patienterne blev der udarbejdet en spørgeguide til startinterviewet og slutinterviewet.

### *Videnskabsteoretisk baggrund*

Interviewenes hovedformål var at undersøge forholdet mellem individ og intervention.

Overordnet arbejdes der i denne del af evalueringen efter hermeneutiske forskningsprincipper med vægten på en eksistentiel tilgang. Mennesket står i centrum af undersøgelsen med dets muligheder for at vælge eller fravælge en bestemt adfærd. Det var et hovedmål for denne del at forstå patienternes motiver for deres motionsadfærd.

## 3.2. Problemer og usikkerheder ved de anvendte metoder

### Frafald

Undersøgelsens kvalitet afhænger i høj grad af, hvor mange af patienterne, det er lykkedes at få data og oplysninger fra. Frafaldet forekommer på fire måder:

For det første er det kun patienter, der har underskrevet en samtykkeerklæring, som der registreres data for, og som får udleveret / tilsendt de tre spørgeskemaer. 89 pct. af patienterne har givet deres samtykke til, at der indsamles og registreres oplysninger og data fra patienten. Det må betegnes som tilfredsstillende.

For det andet sker der et frafald ved, at der er patienter, som melder sig ud. I den undersøgte periode har 17 pct. af de patienter, der påbegyndte træningen og kostvejledningen, meldt sig ud. Dette betyder, at målinger og test 4 mdr., 6 mdr. og 12 mdr. efter påbegyndt træning og vejledning ikke er gennemført for disse patienter. Spørgeskema 2 og 3 blev dog også sendt til denne gruppe, men besvarelsesprocenten er betydeligt lavere i denne gruppe end i gruppen, som gennemførte hele træningsforløbet.

For det tredje mangler der data for de patienter, som ikke mødte op til test og målinger ved afslutningen af træningen og kostvejledningen, to måneder senere og igen otte måneder efter endt træning. Der findes således kun data på patienternes vægt for 69 pct. af patienterne ved den anden måling og 38 pct. ved den sidste måling. De tilsvarende tal for konditallet er 61 pct. og 30 pct. Først og fremmest pga. manglende fremmøde til disse test (tabel 3.1.).

For det fjerde har en faldende andel af patienterne besvaret de tre spørgeskemaer. Evalueringen beror på 1156 patienter, som har fået de tre spørgeskemaer til besvarelse. Af disse har 79 pct. besvaret det første spørgeskema, 66 pct. har besvaret det andet, og 60 pct. har besvaret det tredje skema (tabel 3.1.). Der er tale om en tilfredsstillende svarprocent.

Tabel 3.1. Andel af patienter i Motion og Kost på Recept (N = 1156), som er inkluderet i evalueringen, der er data for eller besvarelse af spørgeskema fra

DATA-TYPE	1. TEST (VED START)		2. TEST (VED AFSLUTNING AF TRÆNING PÅ KLINIK)		3. TEST (ET ÅR EFTER START)	
	N	Pct.	N	Pct.	N	Pct.
Vægt, BMI og taljemål	1153	99,7	792	68,5	441	38,1
Blodtryk	1078	93,3	612	52,9	313	27,1
Blodværdier	1085	93,9	733	63,4	380	32,9
Kondital	999	86,4	700	60,6	350	30,3
Besvaret spørgeskema	913	79,0	760	65,7	692	59,9

### *Datas gyldighed*

En forudsætning for evalueringens gyldighed er, at test og spørgsmål belyser det, vi ønsker at vide, og kan bruges til at belyse, om MKpR har den ønskede virkning.

Det antages, at lægens diagnose er gyldig for patientens sundhedstilstand, og at blodprøverne og konditionstesten er et gyldigt mål for kondition og sundhedstilstand i almindelighed.

Der er større usikkerhed ved gyldigheden af de subjektive vurderinger af patienternes fysiske aktivitetsniveau. Næsten to tredjedel af patienterne svarer, at de dyrker motion dagligt eller flere gange om ugen, og det forekommer at være et højt aktivitetsniveau i lyset af de relativt objektive mål for deres kondition. Spørgeskemaerne indeholder dog også en række spørgsmål, hvor patienterne skal svare på mere konkrete spørgsmål, der som oftest giver mere pålidelige svar. Spørgsmålene i spørgeskemaet er ikke valideret, men ved at sammenholde de forskellige svar (fx subjektive vurderinger af helbred og fysisk aktivitet med de mere objektive mål for sundhedstilstand) kan datas gyldighed og anvendelighed vurderes (se mere derom i kapitel 4).

### *Pålidelighed*

En afgørende forudsætning for undersøgelsens gyldighed er, at de indhentede data er pålidelige (metode-reliabilitet).

Det antages, at data fra lægen er relativt pålidelige. Der kan dog sættes spørgsmålstegn ved værdierne for blodtrykket, fordi måling deraf påvirkes af flere faktorer, fx vilkår under blodprøvetagning, og derfor er der en vis usikkerhed forbundet med de målte værdier. Det skønnes dog, at problemet ikke er stort i denne undersøgelse.

Der er endvidere en mindre usikkerhed ved målingen af konditallet. Dels pga. metoden, som er behæftet med en vis usikkerhed, dels fordi mange patienter har vanskeligt ved at gennemføre testen. Der er forsøgt taget højde for dette ved instruktion af fysioterapeuterne i, hvordan testen skal gennemføres, samt opfølgning på denne instruktion.

Endelig kan der opstå fejl ved aflæsning og indtastning af tallene i henvisningen, logbøgerne og spørgeskemaerne. Ved at kontrollere data for værdier, der ikke er realistiske, kan nogle af disse fejl fanges. I det anvendte database-system sker dette automatisk. Men hvis fejlene ligger inden for yderværdierne for den pågældende variabel, er det ikke muligt at fange fejlen. Motion og Kost på Receipt omfatter både en trænings- og en kostdel. Analysen kan ikke skelne mellem trænings- og kostdelens effekt.

#### KONKLUSION

Evalueringen af Motion og Kost på Recept anvender både et stort antal kliniske parametre (f.eks. blodværdier, BMI og kondital) og informationer fra spørgeskemaer og kvalitative interviews. Derved dækker undersøgelsen over et bredt metodisk spektrum, som oven i købet kan kobles sammen. F.eks. kan kliniske data sammenholdes med patienternes egen oplevelse af deres helbred.

Et bredt spektrum af metoder kan dog ikke forhindre, at der kan sættes spørgsmålstegn ved, om undersøgelsen måler realiteten tilfredsstillende. Her kan usikkerhed omkring målemetoder (f.eks. om der altid er de samme betingelser, når der måles blodtryk eller kondital), patienternes frafald gennem forløbet eller en manglende vilje til at besvare det tilsendte spørgeskema nævnes. Med disse kritiske bemærkninger og metodiske overvejelser in mente må evalueringens resultater betegnes som pålidelige.



## 4. Rekruttering og fortsættelse

I det kapitel skal belyses, i hvilket omfang det er lykkedes at rekruttere patienter til programmet, i hvilken grad patienterne har gennemført de første fire måneders træning og kostvejledning, og i hvilken grad patienterne fortsætter med at motionere, når de slutter med træningen på klinikken. I kapitel 6 analyseres, hvilken betydning træningen og kostvejledningen har haft for patienternes sundhed. Har de fået det bedre, er deres medicinforbrug reduceret, har de tabt sig, er konditionen forbedret osv.? Dette kapitel består af fem afsnit.

- I det første afsnit undersøges det, hvor mange og hvem det er lykkedes at rekruttere til Motion og Kost på Recept.
- Det andet afsnit indeholder en analyse af, hvor stor en del af de, som begyndte på programmet, der har gennemført træningen og kostvejledningen på klinikkerne.
- Det tredje afsnit belyser det for programmets succes afgørende spørgsmål, i hvilket omfang patienterne er fysisk aktive otte måneder efter, at de stoppede med den organiserede træning på klinikkerne.
- Fjerde afsnit ser nærmere på, under hvilke organiseringsformer patienterne dyrker motion.
- Endelig samles der i det sidste afsnit op på spørgsmålet om den sociale lighed eller ulighed i rekruttering til og gennemførelsen af programmet samt fastholdelsen af patienterne i fysisk aktiv livsstil.

### 4.1. Rekruttering til Motion og Kost på Recept

Da Motion og Kost på Recept blev planlagt, var der en forventning om et patientoptag på ca. 1100 om året. Dette tal har imidlertid været for optimistisk, da den organisatoriske kapacitet ikke har været stor nok til dette optag. I 2005 blev succeskriteriet derfor ændret til 790 patienter pr. år (940 patienter inklusiv 150 patienter i Motion på Recept for XL, som ikke indgår i denne evaluering).

Igennem de tre år, evalueringen har fulgt projektet, fra begyndelsen af april 2004 til udgangen af marts 2007, har 1901 patienter påbegyndt træning og kostvejledning i Motion og Kost på Recept i Københavns kommune. Siden projektets påbegyndelse er antallet af patienter, der hver måned er begyndt på træning og kostvejledning, faldet. I de første fire måneder af projektet – fra april 2004 til juli

2004 – begyndte 299 patienter på behandlingen, og dette niveau blev fastholdt i de efterfølgende fire måneder. Derpå faldt antallet af nye patienter, så der i perioden fra april 2005 til juli 2005 var lidt over halvt så mange, som begyndte i Motion og Kost på Recept, i sammenligning med samme periode i 2004. I den efterfølgende periode voksede antallet igen, men nåede ikke samme niveau som i samme periode i 2004. Fra december 2005 til marts 2006 var antallet af nye patienter i programmet imidlertid lidt højere end året før, men derpå faldt antallet igen stærkt til det laveste antal nye patienter under hele programforløbet. I august 2006 til november 2006 steg antallet igen til et niveau lidt lavere end antallet i den samme periode de to første år af projektet (tabel 4.1.)

Tabel 4.1. Antal patienter som gennem en periode på tre år har påbegyndt træning og kostvejledning i Motion og Kost på Recept i Københavns Kommune opdelt på perioder á 4 måneder

	N =	N =	Pct.	Pct.
<b>1. år af programmet</b>				
April 04 – juli 04	299	823	15,7	43,3
August 04 – november 04	304		16,0	
December 04 – marts 05	220		11,6	
<b>2. år af programmet</b>				
April 05 – juli 05	166	629	8,7	33,1
August 05 – november 05	229		12,0	
December 05 – marts 06	234		12,3	
<b>3. år af programmet</b>				
April 06 – juli 06	130	447	6,8	23,5
August 06 – november 06	199		10,5	
December 06 – marts 07 *	118		6,2	
Mangler oplysning om starttidspunkt	2	2		0,1
I alt	1901	1901	100	100

\* Da data sidst i marts 2007 blev udtrukket til analysen, var alle påbegyndte patienter i denne periode muligvis ikke registreret i databasen

Det første år af projektet er det således lykkedes at leve op til succesmålet for optaget af patienter, men de to efterfølgende år er antallet af patienter ikke nået det forventede, og antallet af nye patienter i projektet har været faldende år for år. Det er der flere forklaringer på. For det første kan det relativt højere optag af patienter

i den første periode skyldes »nyhedens interesse«, bl.a. som resultat af en stor reklameindsats. I 2005 og 2006 blev der informeret mindre om tilbuddet, fordi de fleste af klinikkerne ikke havde kapacitet til at tage nye patienter ind, da flere stod på venteliste (kun klinikken i Nordvest har ikke haft venteliste). For det andet har økonomien og organiseringen ikke rakt til et større optag. I 2005 og fremefter har diætisterne også skullet bruge tid på de opfølgende samtaler to måneder og otte måneder efter endt træning og kostvejledning. Dette resulterede i et stort arbejdspress, som førte til flere opsigelser blandt diætisterne. På en af klinikkerne var det årsag til en reduktion på 42 patienter i optaget i 2005. Endvidere har barselsorlov for tre af diætisterne haft indflydelse på optaget. For det tredje har lukningen af træningsstedet på Rigshospitalet pr. 1. september 2006 reduceret det potentielle optag med ca. 60 patienter. Tilsvarende er Amagerbro Klinik lukket som træningssted pr. 1. januar 2007, hvilket yderligere har reduceret det potentielle patientoptag i den sidste periode.

Fordelingen af patienterne mellem klinikkerne har været forholdsvis stabil. Gennem de tre år, projektet har varet, har klinikkerne i Borgergade og i Brønshøj haft flest patienter. Vesterbro Klinik lukkede efter kort tid som træningssted. Træningen på Rigshospitalet begyndte i august 2004, men fra midten af 2006 har dette træningssted også være lukket. I perioden, dette træningssted var åbent, var det dette sted, som flest patienter søgte til. Træningen er senere genoprettet på Bispebjerg Hospital.

I det følgende belyses det, hvem der er begyndt på Motion og Kost på Recept, og hvad der karakteriserer dem hvad angår bl.a. helbred, fysisk aktivitet og motionserfaring. Er der forskelle på rekrutteringen mellem mænd og kvinder, yngre og ældre samt længere og kortere uddannede? Hvordan vurderede patienterne deres helbred og fysisk aktivitetsniveau, da de begyndte? Hvilke motionserfaringer havde patienterne, inden de begyndte i programmet?

### *Rekruttering og social baggrund*

Det er først og fremmest kvinder og aldersgruppen 50 år og ældre, som har deltaget i programmet. To ud af tre af patienterne er kvinder, og denne kønsfordeling har under hele forløbet været konstant (tabel 4.2.). Alders- og kønsfordelingen er næsten identisk med fordelingen i det tilsvarende projekt, Motion på Recept, i Ribe Amt. De kvindelige patients gennemsnitsalder er dog lidt højere i København (se bilag 1). Hvad angår alder, er der gennem perioden sket en mindre ændring i aldersfordelingen. Det første år var halvdelen af patienterne 60 år og ældre, og kun omkring 15 pct. var yngre end 50 år. Det tredje år udgjorde den ældste gruppe omkring hver tredje patient, mens den yngste gruppe udgjorde omkring hver fjerde patient (tabel 4.2.). Patientgruppen er således blevet lidt »yngre« i løbet af de tre år, programmet har kørt.



Gennem hele perioden har fordelingen af patienterne på uddannelsesniveau også været forholdsvis stabil. Hver tredje patient har en studentereksamen (tabel 4.2.).

Omkring 40 pct. af patienterne er lønmodtagere, knap hver femte er selvstændig, godt hver tiende er førtidspensionist, en tilsvarende andel er efterlønsmodtager, og knap hver femte patient er folkepensionist. Der er små ændringer i denne fordeling gennem den undersøgte periode. Den lave andel af beskæftigede på arbejdsmarkedet skyldes til dels, at en stor del af patienterne er ældre end 64 år og derfor berettiget til folkepension. 68 pct. af patienterne, der er yngre end 60 år, er på arbejdsmarkedet eller studerende. I aldersgruppen 60 år og ældre er denne andel 25 pct. (tabel 4.2.).

Halvdelen af patienterne bor sammen med en ægtefælle eller fast partner. Denne andel har været konstant under hele programperioden. 35 pct. af patienterne har en husstandsindkomst på under 200.000 kr., mens 30 pct. har mere end det dobbelte. Der har ikke været signifikante ændringer i denne fordeling gennem den undersøgte periode (tabel 4.2.). Fordelingen svarer i store træk til fordelingen i den københavnske befolkning som helhed (tal for 2002. Ledelsesinformation, Københavns Kommune, TAL, nr. 2, 2005).

Det er derimod lykkedes at rekruttere et voksende antal patienter, som er født i et land uden for Norden og EU. De første fire måneder af projektet udgjorde denne gruppe kun 3 pct. Et år senere var andelen vokset til 8 pct., hvoraf patienter født i et land uden for Europa udgør 5 pct. (tabel 4.2.). I København udgjorde borgere i aldersgruppen 30 til 80 år, der er født i et andet land end Danmark, 18 pct. af befolkningen i 2006 fordelt på 6 pct. fra vestlige lande og 12 pct. fra ikke-vestlige lande (Danmarks Statistik, [www.dst.dk](http://www.dst.dk)).

Tabel 4. 2. Patienternes fordeling på køn, alder, uddannelse, arbejdssituation, husstandsindkomst og etnisk herkomst, opdelt på perioder á ét år fra april 2004 til marts 2007 (pct.)

	FØRSTE ÅR 1)	ANDET ÅR 2)	TREDJE ÅR 3)	ALLE PATIENTER
KØN *				
Kvinde	68	66	66	67
Mand	32	34	34	34
N =	821	629	446	1896
ALDER (ved start) *				
Under 40 år	5	11	12	9
40 til 49 år	11	18	21	15
50 til 59 år	31	33	34	33
60 til 69 år	38	30	26	33
70 år og ældre	15	9	7	11
N =	821	629	446	1896
				fortsættes på næste side

	FØRSTE ÅR 1)	ANDET ÅR 2)	TREDJE ÅR 3)	ALLE PATIENTER
UDDANNELSE **				
Op til 7 års skolegang	14	14		14
8 – 9 års skolegang	19	18		18
10 år skolegang	28	27		28
Studenter- eller HF eksamen	33	33		33
Andet	6	9		7
N =	493	340		833
ARBEJDSITUATION **				
Lønmodtager (inkl. orlov)	41	42		41
Selvstændig	4	3		4
Studerende	2	3		2
Arbejdsløs	6	7		6
På sygedagpenge	2	3		3
Kontanthjælp	2	19		2
Førtidspensionist	12	10		11
Efterlønsmodtager	13	11		12
Folkepensionist	18	19		18
N =	493	342		835
HUSSTANDSINDKOMST **				
Under 100.000 kr.	4	6		5
100.000 – 200.000 kr.	32	26		30
200.000 – 300.000 kr.	19	28		22
300.000 – 400.000 kr.	14	12		13
400.000 – 500.000 kr.	11	14		12
500.000 – 600.000 kr.	9	6		8
Over 600.000 kr.	11	9		10
N =	432	291		724
LAND PATIENTEN ER FØDT I **				
Danmark	95	87		92
Norden eller EU	3	4		3
Andet land	3	8		5
N =	494	342		836

1) april 2004 til marts 2005. 2) april 2005 til marts 2006. 3) april 2006 til marts 2007.

\* Baseres på oplysninger om køn og alder fra henvisningsblanketten

\*\* Bygger på patienternes besvarelse af det første spørgeskema. Da besvarelsen af dette spørgeskema sluttede ved udgangen af januar 2006, er der ikke oplysninger om patienternes uddannelse, arbejdsituation mv. fra det tredje år

*Helbred, fysisk aktivitet og rekruttering*

I det følgende belyses det først, hvilken diagnose patienterne mødte op til Motion og Kost på Recept med, og dernæst undersøges, hvordan patienterne selv vurderede deres helbred og fysiske aktivitetsniveau, da de begyndte i programmet.

Siden Motion og Kost på Recept blev påbegyndt, er der kun sket mindre ændringer i fordelingen af patienterne på de tre diagnoser, som kan »udløse« en recept på motion og kostvejledning.

- 39 pct. har diagnosen »diabetes type 2«, men det sidste af de tre år, projektet er gennemført, er denne patientgruppes andel faldet til 33 pct.
- 60 pct. af patientgruppen har diagnosen forhøjet kolesterol. Det sidste år af programmet er denne patientgruppes andel vokset til 66 pct.
- 63 pct. har forhøjet blodtryk, og denne andel har været forholdsvis stabil under hele projektperioden.
- 20 pct. har både diagnosen »diabetes type 2« og diagnosen »forhøjet kolesterol«, mens 22 pct. ikke har nogle af de to diagnoser.
- 21 pct. har både diagnosen »diabetes type 2« og diagnosen »forhøjet blodtryk«, mens 19 pct. ikke har nogle af de to diagnoser.
- 34 pct. har både diagnosen »forhøjet kolesterol« og diagnosen »forhøjet blodtryk«, mens 11 pct. ikke har nogle af de to diagnoser.
- 12 pct. har alle tre diagnoser.

Hvad angår patienternes egen vurdering af deres helbredstilstand, da de begyndte i programmet, svarede ganske få, 2 pct., at deres helbredstilstand var »virkelig god«. 27 pct. svarede »god«, mens lidt over halvdelen, 55 pct., svarede, at helbredet var »nogenlunde«. Henholdsvis 15 pct. og 1 pct. svarede »dårlig« og »meget dårlig«. Der har ikke været signifikante ændringer i denne fordeling af patienterne, siden programmet begyndte.

Sammenholdes patienternes selv vurderede helbred med hele den voksne københavnske befolknings vurdering af eget helbred, finder man markante forskelle. I en sundhedsundersøgelse, gennemført af Københavns Kommune i 2005, svarede hver femte københavnere, at de har et »virkelig godt« helbred. Blandt MKpR-patienterne er det kun 2 pct. Omvendt svarede 7 pct. af københavnere, at de har et »dårligt« eller »meget dårligt« helbred. Blandt patienterne i MKpR er andelen 16 pct.. Forskellene i vurderingen af helbredet mellem den københavnske befolkning som helhed og denne patientgruppe er størst blandt de unge og aftager med alderen (tabel 4.3). En sammenligning med patienternes svar i Motion på Recept i Ribe Amt viser en næsten helt identisk fordeling på de fem svarmuligheder vedr. selv vurderet helbred (se bilag 1).

Tablet 4.3. Selvvurderet helbred i København (2005) og blandt patienterne i Motion og Kost på Recept (da de begyndte i programmet) opdelt på køn og aldersgrupper (pct.)

KVINDER		VIRKELIG GODT	GODT	NOGEN- LUNDE	DÅRLIG	MEGET DÅRLIG	N =
16 – 24 år	Kbh.	34	53	13	<1	0	152
	MKpR	0	40	60	0	0	5
25 – 44 år	Kbh.	28	56	13	2,7	<1	790
	MKpR	1	22	57	21	0	83
45 – 64 år	Kbh.	12	47	30	9	2	394
	MKpR	<1	27	55	16	2	340
65 – 79 år	Kbh.	8	42	41	5	4	202
	MKpR	2	27	57	12	2	172
> 80 år	Kbh.	6	28	47	16	4	128
	MKpR	10	30	50	10	0	10
Alle	Kbh.	21	50	23	5	1	1666
	MKpR	1	27	56	15	1	610
MÆND							
16 – 24 år	Kbh.	35	55	9	2	0	101
	MKpR	0	0	0	0	0	0
25 – 44 år	Kbh.	30	52	15	3	<1	568
	MKpR	0	32	50	14	4	28
45 – 64 år	Kbh.	13	48	27	8	4	299
	MKpR	2	26	53	19	<1	159
65 – 79 år	Kbh.	13	40	33	11	2	123
	MKpR	4	29	57	8	2	90
> 80 år	Kbh.	12	29	36	14	10	42
	MKpR	0	50	50	0	0	2
Alle	Kbh.	23	49	20	5	2	1133
	MKpR	3	28	54	15	1	279

1) Særskilt analyse af data fra Københavns Kommunes undersøgelse af borgernes sundhed, som kommunen har stillet til rådighed. Om datagrundlag, metode mv. se Københavns Kommune (2005): Sundhedsprofil for Københavns Kommune 2005.

Selvom det må antages, at patienterne er blevet henvist til Motion og Kost på Recept, fordi de i samråd med lægen har erkendt, at mere motion og kostvejledning kan gavne deres helbred, så svarede 26 pct., da de begyndte på programmet, at de dagligt var fysisk aktive i mindst en halv time, og 35 pct. skønnede, at de var det flere gange om ugen. Hver tredje patient, 31 pct., svarede »højest én gang om ugen«, og kun 8 pct. svarede »aldrig«. Dette mønster har ikke ændret sig signifikant under forløbet.

Sammenholdes patienternes vurdering af, hvor ofte de er fysisk aktive, med det selv vurderede fysiske aktivitetsniveau blandt borgerne i København som helhed, ser man, at andelen, der svarer, at de aldrig er fysisk aktiv i mindst en halv time om dagen stort set er den samme blandt patienterne i Motion og Kost på Recept som i den voksne befolkning som helhed i København. Den store forskel finder vi i den anden ende af skalaen. Mens godt 40 pct. af borgerne i København svarer, at de dagligt er fysisk aktiv i mindst en halv time, er det som nævnt godt 25 pct. af patienterne i Motion og Kost på Recept, der svarede det samme, da de begyndte i programmet. Omvendt er andelen blandt patienterne, der højest én gang om ugen er fysisk aktiv i mindst en halv time, dobbelt så høj som andelen i befolkningen som helhed i København (tabel 4.4.).

Under 10 pct. af patienterne betegnede deres fysiske form som »god« eller »virkelig god«, da de begyndte på træningen og kostvejledningen i Motion og Kost på Recept, og halvdelen af patienterne syntes, at formen var »dårlig« eller »meget dårlig«. Dette mønster har også været konstant under hele forløbet. Sammenlignes svarene på dette spørgsmål mellem patienterne i Motion og Kost på Recept og patienterne i Motion på Recept i Ribe Amt ser man, at meget større andele af patienterne i København syntes, at de var i »god« eller »virkelig god« form, da de begyndte i programmet (ca. hver tredje mod hver tiende i Ribe Amt), selvom patienternes selv vurderede helbredstilstand er næsten identiske i de to projekter (se bilag 1).

Patienterne i Motion og Kost på Recept er typisk overvægtige. I gennemsnit havde denne patientgruppe et BMI på 32,5, da de begyndte i programmet, og kun 6 pct. et BMI under 25, mens 66 pct. kan betegnes som svært eller ekstremt overvægtige med et BMI over 30. Til sammenligning var det gennemsnitlige BMI i København i 2005 (16 år og ældre) 24,3, og kun 9 pct. var svært overvægtige (særskilt analyse af data fra Københavns Kommunes undersøgelse af borgernes sundhed, som kommunen har stillet til rådighed).

Da patienterne begyndte i Motion og Kost på Recept svarede 18 pct., at de aldrig havde gået til idræt eller motion, før de begyndte på træningen på klinikken. Den mest almindelige motionserfaring er uorganiseret motion, som 41 pct. på et tidspunkt har prøvet, før de begyndte i MKpR. 33 pct. har tidligere gået til idræt i en forening, 25 pct. i en aftenskole, 9 pct. på arbejdspladsen, mens 23 pct. angiver en anden sammenhæng. Denne fordeling har været relativt konstant over de to år, rekrutteringen til programmet er fulgt.

Tabel 4.4. Andel af borgere i København i 2005 og patienter i Motion og Kost på Recept (2004 – 2006), da de begyndte i programmet, som er fysisk aktiv i mindst en halv time om dagen – opdelt på køn og aldersgrupper (pct.)

MÆND		HVOR OFTE ER DU FYSISK AKTIV I MINDST EN HALV TIME?				
		Dagligt	Flere gange om ugen	Højest én gang om ugen	Aldrig	N =
16 – 24 år	Kbh.	39	47	12	2	100
	MKpR	0	0	0	0	0
25 – 44 år	Kbh.	41	38	17	5	570
	MKpR	11	40	39	11	28
45 – 64 år	Kbh.	41	36	17	6	300
	MKpR	24	39	32	6	162
65 – 79 år	Kbh.	54	31	7	8	127
	MKpR	31	33	26	10	90
> 80 år	Kbh.	49	30	7	14	43
	MKpR	0	100	0	0	2
Alle	Kbh.	42	37	15	6	1140
	MKpR	25	38	30	7	282
KVINDER						
16 – 24 år	Kbh.	45	41	10	3	152
	MKpR	0	40	40	20	5
25 – 44 år	Kbh.	41	38	17	4	794
	MKpR	26	34	29	11	85
45 – 64 år	Kbh.	47	33	16	5	397
	MKpR	27	32	34	7	346
65 – 79 år	Kbh.	46	32	13	9	209
	MKpR	29	41	24	6	175
> 80 år	Kbh.	34	24	16	26	123
	MKpR	18	27	36	18	11
Alle	Kbh.	43	35	15	6	1675
	MKpR	27	34	31	8	622

Særskilt analyse af data fra Københavns Kommunes undersøgelse af borgernes sundhed, som kommunen har stillet til rådighed. Se Københavns Kommune (2005): Sundhedsprofil for Københavns Kommune 2005.

## KONKLUSION

Analysen viser, at det ikke er lykkedes for programmet at få så mange patienter til Motion og Kost på Recept som oprindelig planlagt. Da programmet blev vedtaget, forventedes et årligt optag på ca. 1100 patienter. Dette blev senere ændret til 790 patienter i 2005 og 2006. Alle årene har optaget imidlertid været mindre end det opsatte succesmål, og antallet af patienter har været faldende over de tre år. En del af årsagen til dette er organisatoriske forhold. Deriblandt lukning af træning og vejledning på tre klinikker.

Der har været en meget stabil fordeling af patienterne, der tager imod tilbuddet om træning og kostvejledning, når man ser på fordelingen på køn, alder, uddannelse, arbejdssituation og indkomst. Den eneste signifikante ændring er, at en stigende andel af patienterne, som er født i et land uden for Europa, benytter sig af tilbuddet. I afsnit 4.5. analyseres den sociale ulighed i rekrutteringen til programmet.

Sundheds- og fysisk aktivitets-profilen har også været helt konstant gennem de to år, rekrutteringen til programmet er fulgt. Godt hver fjerde patient havde ifølge deres egen vurdering et godt helbred, da de begyndte i Motion og Kost på Recept, mens knap hver femte af patienterne syntes, at deres helbred var dårligt. Godt hver fjerde patient levede ifølge dem selv op til anbefalingen om at være fysisk aktiv i mindst en halv time om dagen, mens mere end hver tredje patient kun sjældent var fysisk aktiv i mindst en halv time om dagen (højest en gang om ugen eller aldrig).

Da patienterne begyndte i MKpR, svarede det store flertal, 82 pct., at de tidligere havde dyrket motion eller idræt. Primært i form af selvorganiseret motion, men hver tredje havde tidligere dyrket idræt og motion i en forening, og hver fjerde havde på et tidspunkt prøvet det i en aftenskole.

En sammenligning med patienterne i det tilsvarende program, Motion på Recept, i Ribe Amt viser et næsten helt identisk rekrutteringsmønster.

## 4.2. Gennemførelse

Det andet centrale kriterium for programmets succes er, at så mange som muligt gennemfører træningen og kostvejledningen gennem de fire måneder, forløbet varer. Succeskriteriet for MKpR er, at 75 pct. af patienterne, der påbegynder træningen og kostvejledningen, også gennemfører hele forløbet. I det følgende skal det først undersøges, hvor mange der har gennemført de fire måneders træning og kostvejledning, og derpå belyses, hvor mange af patienterne, der er mødt op til opfølgningssamtalerne seks og tolv måneder efter, at træning og kostvejledning begyndte på klinikken.

### *Gennemførelse af den organiserede træning og kostvejledning*

En opgørelse af antallet af patienter, der har gennemført træningen og kostvejledningen, viser, at 70 pct. har gennemført forløbet. 18 pct. er registreret som udmeldt

uden at have fået den sidste afsluttende samtale med diætisten (udslusningssamtalen). De resterende 12 pct. er blot udeblevet fra træningen og kostvejledningen. De 30 pct. inkluderer imidlertid også patienter, som har gennemført hele forløbet, men ikke er mødt frem til den afsluttende samtale. Den reelle frafaldsprocent er derfor givetvis lavere (tabel 4.5.).

Tabel 4.5. Patienternes gennemførelse af træningen og kostvejledningen i Motion og Kost på Recept (andel af patienter der påbegyndte træningen og kostvejledningen inden 1. februar 2006)

KLINIK	PÅBEGYNDT TRÆNING MV. FØR 1. 10. 2006	PATIENTER DER HAR GIVET SAMTYKKE	GENNEMFØRT TRÆNINGEN OG KOSTVEJLEDNINGEN	FRAFALDS-PROCENT
Amagerbro	198	177	129	27
Borgergade	308	251	172	32
Brønshøj	316	265	218	47
NordVest	208	188	113	40
Rigshospitalet	252	241	160	34
Vesterbro	34	33	18	46
Ikke oplyst	1	1	1	0
I alt	1317	1156	811	30
Pct.		100	70	30

I det andet spørgeskema, som patienterne fik tilsendt, når de havde afsluttet træningen og kostvejledningen, besvarede patienterne et spørgsmål om deres gennemførelse af forløbet. 50 pct. af dem, som har besvaret spørgeskemaet, svarer, at de har fulgt hele forløbet, og 33 pct. svarer, at de har gennemført træningen, men mangler den afsluttende samtale. 6 pct. svarer, at de sluttede efter ca. 1 mdr., 7 pct. efter ca. 2 mdr. og 4 pct. efter 3 måneder.<sup>1</sup>

To måneder efter afslutningen af træningen og kostvejledningen indkaldes patienterne til en opfølgningssamtale. 54 pct. af patienterne mødte op til denne samtale. I løbet af de to år er der et svagt fald i denne andel fra 58 pct. hos patienterne, der begyndte det første år af programmet, til 49 pct. hos patienter, der

1 Der er en klar sammenhæng mellem deltagelsen i den afsluttende udslusningssamtale (registreret på klinikken) og andelen, som i besvarelsen af spørgeskema 2 svarer, at de har gennemført hele forløbet. I gruppen af patienter, der ikke har afsluttet forløbet med en udslusningssamtale, svarer 12 pct., at de har fulgt hele forløbet, og 26 pct. svarer, at de har fulgt hele forløbet, men mangler den afsluttende samtale. Denne gruppe har imidlertid ikke besvaret spørgeskemaet i lige så høj grad som gruppen, der har fulgt hele forløbet.



begyndte i det andet år af programmet. Ses alene på de patienter, der gennemførte hele trænings- og vejledningsforløbet, mødte 76 pct. op til opfølgningssamtalen to måneder senere, mod 23 pct. af dem, som ikke mødte op til den afsluttende samtale efter endt træning og kostvejledning.

Yderligere seks måneder senere, dvs. et år efter at patienterne begyndte med træningen og vejledningen i Motion og Kost på Recept, indkaldes patienterne til den sidste opfølgningssamtale. 44 pct. af patienterne, der begyndte i MKpR i det første år af programmet, har været til denne sidste opfølgningssamtale, mens det kun gælder for 30 pct. af patienterne, der begyndte i programmet det andet år. Den lavere andel af patienter fra det andet år, der er mødt op til den sidste opfølgningssamtale, kan delvis forklares med, at nogle patienters forløb har trukket ud. Ses alene på de patienter, der fulgte hele trænings- og vejledningsforløbet, er andelen 55 pct.

- I det følgende sættes fokus på, hvem der (i højere grad end andre) har gennemført træningen og kostvejledningen:
- Er der en sammenhæng mellem patientens sociale baggrund (køn, alder, uddannelse m.v.) og gennemførelsen af træningen og kostvejledningen?
- Har patientens helbred og fysiske form, da træningen begyndte, indflydelse på gennemførelsen?
- Har patientens erfaring med motion, før træningen i Motion og Kost på Recept begyndte, betydning for gennemførelsen?
- Har graden af »form-forbedring« (kondition og BMI) betydning for gennemførelsen?

### *Gennemførelse og social baggrund*

Aldersgruppen 40 til 49 år skiller sig ud fra såvel de, der er yngre, og de som er ældre, ved i mindre grad at have gennemført hele trænings- og vejledningsforløbet de første fire måneder. Det gælder både andelen, som fik målt deres vægt i sammenhæng med udslusningssamtalen (som udtryk for at de har gennemført hele forløbet) og i svarene af spørgsmålet i spørgeskema 2, om de har fulgt hele trænings- og vejledningsforløbet de første fire måneder. Tilsvarende er der en meget klar sammenhæng mellem alder og fremmøde til såvel første som anden opfølgningssamtale. Jo ældre patienterne er, jo større er andelen, som er mødt op. Blandt patienter under 50 år er det kun omkring hver tredje patient, som er mødt op til den første opfølgningssamtale. I gruppen af patienter, der er 60 år eller ældre, er to ud af tre mødt op til samtalen.

Der er ligeledes et sammenfald mellem uddannelsesniveau og gennemførelse. Patienter med en gymnasial uddannelse har i lidt mindre grad end patienter med en kortere uddannelse gennemført hele forløbet, og de møder også i lidt mindre

grad op til såvel første som anden opfølgningssamtale. Det er dog et sammenfald, som hænger sammen med det forhold, at de ældre i højere grad end de unge gennemfører forløbet, og blandt de unge er der forholdsvis flere end blandt de ældre, som har en gymnasial uddannelse.

Opdeles patientgruppen efter deres arbejdssituation, da de begyndte i Motion og Kost på Recept, er der betydelige forskelle. Den højeste gennemførelsesprocent findes blandt efterlønsmodtagere og folkepensionister og derefter kommer lønmodtagere og arbejdsløse. Den laveste gennemførelse findes blandt selvstændige og patienter på sygedagpenge og på kontanthjælp. Dette mønster går igen, når man ser på andelen, som møder op til første og anden opfølgningssamtale.

Patienter, der bor sammen med ægtefælle eller partner, har i lidt højere grad end enlige gennemført hele trænings- og vejledningsforløbet, og de er også i højere grad mødt op til første og anden opfølgningssamtale.

Etnisk herkomst har heller ingen signifikant betydning for gennemførelsen af de første fire måneders træning og vejledning. Patienter, der er født i et land uden for Europa, møder imidlertid i meget mindre grad op til den anden opfølgningssamtale, end patienter født i Europa, som i lidt mindre grad møder op end patienter, der er født i Danmark.

Endelig har køn ingen signifikant betydning for, hvem der har gennemført trænings- og vejledningsforløbet de første fire måneder og er mødt op til opfølgningssamtalerne.

### *Gennemførelse, helbred og fysisk form*

Man kan forestille sig, at patientens helbredstilstand og fysiske form, da træningen i MKpR begyndte, har indflydelse på gennemførelsen af forløbet. Analysen viser, at der er små forskelle på gennemførelsesprocenten mellem de tre diagnosegrupper. Patienter med diabetes 2 har dog en lidt højere gennemførelsesprocent end de andre patientgrupper.

Der er derimod en sammenhæng mellem patientens helbredstilstand, da træningen og kostvejledningen begyndte, og gennemførelsen af de første fire måneder i Motion og Kost på Recept. Mens fire ud af fem af de patienter, der ved begyndelsen af forløbet svarede, at de havde en »god« eller »virkelig god« helbredstilstand i almindelighed, har gennemført forløbet, gælder det samme kun for 66 pct. af de patienter, der svarede, at de havde en »dårlig« helbredstilstand og 54 pct. af de, der svarede, at helbredstilstanden var »meget dårlig« (omfatter dog kun 13 patienter). Den samme sammenhæng findes mellem patientens vurdering af egen form, da hun begyndte i programmet, og gennemførelsen af de første fire måneder i programmet (tabel 4.6.).

Tilsvarende findes en tydelig sammenhæng mellem patientens selvvaluerede helbredstilstand og fysisk form, da træningen begyndte, og andelen som mødte op

til opfølgningssamtalerne to og otte måneder efter afslutningen af træningen på klinikken.

Patienter, som ved træningsforløbets påbegyndelse svarede, at de røg dagligt, har ligeledes i mindre grad end ikke-rygere gennemført hele forløbet (forskel på ti procentpoint). Det vil senere blive belyst, hvilken effekt programmet har haft på patienternes rygevaner.

Tabel 4.6. Andel af patienterne, som har gennemført træningen og kostvejledningen, opdelt efter deres vurdering af deres helbredstilstand og deres fysiske form, da de begyndte på forløbet i Motion og Kost på Recept (pct.)

HVORDAN SYNES DU DIN NUVÆRENDE HELBREDSTILSTAND ER I ALMINDELIGHED?	GENNEMFØRT HELE FORLØBET		N =
	Ja	Nej	
Virkelig god	80	20	15
God	83	17	239
Nogenlunde	77	23	489
Dårlig	66	34	133
Meget dårlig	54	46	13
Alle	77	23	889
p <.01			
HVORDAN VIL DU BETEGNE DIN NUVÆRENDE FYSISKE FORM?			
Virkelig god	75	25	133
God	84	16	183
Nogenlunde	84	16	280
Dårlig	70	30	244
Meget dårlig	51	49	51
Alle	77	23	891
p <.001			

Derimod er der kun en svag tendens til, at patienter, der ved begyndelsen af deres deltagelse i programmet svarede, at de aldrig var fysisk aktiv i mindst en halv time om dagen, i lidt mindre grad har gennemført de første fire måneders træning, end patienter der var mere fysisk aktive, før de begyndte i MKpR.

Der er også en svag tendens til, at patienter med et relativt lavt BMI på under

30 i højere grad har gennemført de fire måneders træning og kostvejledning end patienter med et højere BMI. Forskellene er imidlertid kun på 5-6 procentpoint. Der er ingen sammenhæng mellem kondital ved første test og gennemførelse af træningen og kostvejledningen.

#### *Gennemførelse og motionserfaring*

Man kan også forestille sig, at gennemførelsen af træningen afhænger af patientens lyst til at bevæge sig og tidligere erfaring med at motionere. Analysen viser da også, at de patienter, som i det første spørgeskema svarede, at de ikke bryder sig om at bevæge sig og være fysisk aktive, i noget mindre grad har gennemført træningen, end de der svarede, at de er glade for at bevæge sig.

Derimod har tidligere erfaring med idræt og motion ingen betydning for gennemførelsen. De, som tidligere har dyrket idræt i en forening, en aftenskole eller andet sted, har således ikke en højere gennemførelsesprocent end de, der i besvarelsen af det første spørgeskema svarede, at de aldrig har dyrket motion eller idræt.

#### *Forbedring af fysisk form og gennemførelse*

Endelig kan det også tænkes, at det især er de patienter, som taber sig og forbedrer deres kondition, som gennemfører de fire måneders træning og vejledning på klinikken og efterfølgende også møder op til samtalerne seks og tolv måneder efter, at de begyndte i programmet. Desværre kan evalueringen ikke sige ret meget om dette, fordi der typisk ikke er mål for vægt og kondition på de patienter, der er sluttet med træningen før tiden (og derfor ikke er mødt op til »udslusningssamtalen«, hvor bl.a. vægten bliver målt). Analyserne viser dog, at de patienter, som har taget på i vægt i løbet af de første fire måneder af programmet, i mindre grad mødte op til opfølgningssamtalerne efter afslutningen af træningen og vejledningen end patienter, der havde opnået et vægttab. Det kan skyldes deres oplevelse af, at træningen ikke har haft en effekt (tabel 4.7.).

Tabel 4.7. Andel af patienterne, som mødte op til samtale efter 12 måneder, opdelt efter hvor meget de har tabt sig de første fire måneder fra træningens begyndelse til træningens afslutning (pct.)

VÆGTFORSKEL FRA START TIL AFSLUTNING AF TRÆNINGEN	MØDTE OP TIL SAMTALEN	MØDTE IKKE OP TIL SAMTALEN	N = 100 PCT.
Vægttab: Mere end 5 kg.	45	55	244
Vægttab: mellem 2,5 og 5 kg.	51	49	277
Vægttab: mindre end 2,5 kg.	44	57	336
Taget på i vægt	34	66	186
Alle	44	56	1043
P <.01			

### *Samlet analyse*

Nogle af de ovenstående statistiske sammenhænge mellem patienternes gennemførelse af programmet og deres sociale baggrund samt helbredstilstand, fysiske form, motionserfaring m.v., da de begyndte i programmet, kan imidlertid skyldes, at der er en indbyrdes sammenhæng mellem to eller flere af disse forklarende variable. Fx er det tænkeligt, at den fundne negative sammenhæng mellem længden af patienternes uddannelse og gennemførelsen af træningen og kostvejledningen alene skyldes, at de ældre typisk har en kortere uddannelse end de midaldrende og yngre har – og de ældre har i højere grad end de unge gennemført forløbet. Sådanne sammenhænge kan man tage højde for i en såkaldt logistisk regressionsanalyse.<sup>2</sup>

Analysen viser, at gennemførelsen af træningen og kostvejledningen først og fremmest hænger sammen med

- patientens alder
- den selvvaluerede fysiske form, da patienten begyndte i programmet
- det selvvaluerede fysiske aktivitetsniveau, da patienten begyndte i programmet
- om patienten var daglig ryger, da træningen og kostvejledningen blev påbegyndt.

Øvrige bivariate sammenhænge, som blev præsenteret ovenfor, skyldes, at de undersøgte afhængige variables udfald hænger sammen med disse fire variable.

2 Da de afhængige variable (gennemførelsen af træningen og kostvejledningen samt kontrolbesøg efter 6 og 12 måneder) er dikotome kategoriske variable, er der gennemført en stepwise backward logistisk regression.

#### KONKLUSION

Analysen viser, at Københavns Kommunes eget mål for programmet med en gennemførelsesprocent på 75 næsten er opnået. 70 pct. mødte op til den afsluttende udslusningssamtale, to måneder senere mødte 54 pct. op til den første opfølgningssamtale, og yderligere seks måneder senere mødte 39 pct. op til den afsluttende opfølgningssamtale. Undersøgelsen tyder dog på, at en del patienter har fulgt træningen og kostvejledningen uden at møde op til disse samtaler, og derfor er den reelle gennemførelse de første fire måneder højere end 70 pct.

Den statistiske analyse viser, at gennemførelsen af træningen og kostvejledningen og deltagelsen i de opfølgende samtaler især hænger sammen med patienternes alder samt deres rygevaner, selvvrurdede fysiske aktivitetsniveau og fysiske form, da de begyndte på programmet. Jo ældre patienterne er, jo større er andelen, som har gennemført forløbet (baseret på fremmøde til udslusningssamtale og opfølgningssamtaler). Det er især de 40- til 49-årige, som ikke har gennemført de første fire måneders træning og kostvejledning.

Patienter, som syntes, at de var i rimelig fysisk form, da de begyndte i Motion og Kost på Recept, har i højere grad gennemført forløbet end patienter, der ifølge eget skøn syntes, at de var i dårlig fysisk form.

Endelig har patienter, som ikke røg dagligt, da de begyndte på programmet, i højere grad gennemført træningen og vejledningen, end de daglige rygere har.

### 4.3. Fortsættelse og ændret motionsadfærd

Det tredje centrale succeskriterium for programmet er, at patienterne fortsætter med at motionere og holde sig fysisk aktive, når de stopper med træningen på klinikken. I kapitel 6 ses nærmere på, om deltagelsen i programmet også har haft en sundhedsmæssig effekt.

Det er vanskeligt at foretage en præcis opgørelse af, hvor stor en andel af patienterne, der fortsætter med motion og anden form for fysisk aktivitet efter afslutningen af træningen og vejledningen på klinikkerne. For det første er motion og fysisk aktivitet relativt flydende begreber. Der kan således være store forskelle på, hvad forskellige patienter betragter som motion. For det andet er der store forskelle på, hvor ofte og med hvilken intensitet, den enkelte træner. For det tredje er det vanskeligt at afgøre, om den oplyste motions-aktivitet er større eller uændret, i forhold til før patienten begyndte i programmet, fordi der ikke er gode, præcise angivelser af, hvor meget patienten var motionsaktiv, før han begyndte på træningen på klinikken.

Med disse forbehold in mente skal forskellige mål for patienternes fysiske aktivitet 12 måneder efter påbegyndt træning i Motion og Kost på Recept analyseres. Analysen bygger udelukkende på patienternes egne subjektive oplysninger og

vurderinger fra deres svar på to spørgsmål i det tredje spørgeskema, som patienten modtog godt et år efter, at træningen og kostvejledningen sluttede.

De seneste år har anbefalingerne vedr. fysisk aktivitet lydt på, at alle voksne bør være fysisk aktive i moderat intensitet i mindst 30 minutter om dagen. Samtidig betones det, at den fysiske aktivitet kan være forbundet med transport og forskellige daglige gøremål som rengøring og havearbejde (se Sundhedsstyrelsens hjemmeside: [www.sst.dk](http://www.sst.dk)). For at belyse, i hvilken grad patienterne opfylder denne »norm« for fysisk aktivitet, har patienterne besvaret følgende spørgsmål: »Hvor ofte er du fysisk aktiv i mindst en halv time?«. Ca. et år efter at patienterne begyndte i Motion og Kost på Recept, svarede 29 pct., at de dagligt var fysisk aktiv i mindst en halv time, 52 pct. svarede, at de var det flere gange om ugen, mens 16 pct. højst var fysisk aktiv i mindst en halv time én gang om ugen. Kun 3 pct. svarede, at de aldrig var fysisk aktiv i mindst en halv time om dagen. Hver tredje, 33 pct., angav et højere aktivitetsniveau end året før, da de svarede på samme spørgsmål ved begyndelsen i Motion og Kost på Recept. Knap halvdelen, 49 pct., angav samme niveau, mens 18 pct. angav et aktivitetsniveau, der var lavere end året før. Fra afslutningen af træningen på klinikken til otte måneder senere er der en svag stigning i andelen, som højst motionerer en gang om ugen (tabel 4.8.).

Tabel 4.8. Patienternes fysiske aktivitetsniveau – ved programmets begyndelse, ved afslutningen af træningen på klinikken og et år efter, at patienten begyndte i MKpR (pct.)

TIDSPUNKT FOR BESVARELSE AF SPØRGSMALET	HVOR OFTE ER DU FYSISK AKTIV I MINDST EN HALV TIME?				N = 100 PCT.
	Dagligt	Flere gange om ugen	Højst en gang om ugen	Aldrig	
Ved begyndelsen af træningen på klinikken	24	37	32	7	498
Ved afslutningen af træningen på klinikken	27	58	12	2	498
Et år efter at patienten begyndte i MKpR	29	52	16	3	498

Analysen omfatter udelukkende patienter, der har besvaret spørgsmålet i alle tre spørgeskemaer

Disse tal giver umiddelbart indtryk af relativt små ændringer i patienternes daglige fysiske aktivitet, og patientgruppen har da heller ikke nået samme gennemsnitlige aktivitetsniveau, som københavnernes har i gennemsnit. Forskellen skyldes dog alene, at der er en højere andel af københavnernes, som dagligt er fysisk aktiv i mindst en halv time, mens MKpR-gruppen i højere grad end københavnernes i gennemsnit er fysisk aktiv i mindst en halv time »flere gange om ugen«. Et år efter at patienterne begyndte i MKpR, er der ingen signifikante forskelle mellem denne

gruppe og københavnere (i samme aldersgruppe), som aldrig eller højst en gang om ugen er fysisk aktive.

Svarene på dette spørgsmål kan dog ikke afdække mere kvalitative ændringer i patienternes motionsvaner, som måske i lige så høj grad som daglig fysisk aktivitet giver den ønskede sundhedsmæssige effekt. Det er fx tænkeligt, at nogle patienter nøjes med at motionere to gange om ugen, men til gengæld træner længere og med større intensitet, end de tidligere har gjort. I de officielle anbefalinger for fysisk aktivitet skelnes der da også mellem aktiviteter med moderat intensitet, der skal udføres i mindst 2½ time om ugen, og aktiviteter med høj intensitet, som udføres i betydeligt færre minutter i løbet af en uge. Undersøgelser har vist, at begge former for fysisk aktivitet har en sundhedsmæssig effekt (Motions- og Ernæringsrådet 2007: 19, 23). Denne undersøgelse sætter spørgsmålstegn ved, hvor validt ovenstående spørgsmål er til at belyse, hvor stor en andel af befolkningen, der er fysisk aktiv i et omfang og på et niveau, der har en sundhedsmæssig effekt. Tabel 4.9. viser, at der er små og ikke signifikante forskelle på det gennemsnitlige BMI og kondital mellem de patienter, som ved påbegyndelsen af træningen i MKpR svarede, at de dagligt er fysisk aktiv i mindst en halv time, og de patienter, som svarede, at de sjældent eller aldrig er det. Ser man på sammenhængen mellem selvrapporteret fysisk aktivitet og BMI i et repræsentativt udsnit af de voksne i København, finder man en meget svag, men signifikant, tendens til, at de mest fysisk aktive også har et lavere BMI end de mindre fysisk aktive, der bekræfter hvad andre undersøgelser har vist (Motions- og Ernæringsrådet 2007, 32).

Tabel 4.9. Patienternes BMI og kondital, da de begyndte i MKpR, opdelt efter hvor ofte de på dette tidspunkt var fysisk aktive mindst en halv time om dagen (selvrapporteret)

HVOR OFTE ER DU FYSISK AKTIV I MINDST EN HALV TIME?	BMI		KONDITAL	
	Gennemsnit	N	Gennemsnit	N
Dagligt	32,3	237	23,1	206
Flere gange om ugen	32,3	312	23,4	277
Højst én gang om ugen	32,7	272	21,9	245
Aldrig	32,7	65	21,4	60
Alle	32,4	886	22,7	788

Det er først og fremmest de patienter, der angav et lavt fysisk aktivitetsniveau, da de begyndte i MKpR, som et år senere angiver et højere aktivitetsniveau. 90 pct. af de patienter, der »aldrig« var fysisk aktive mindst en halv time om dagen, da de begyndte i programmet, angiver et år senere et højere aktivitetsniveau. Og i gruppen



af patienter, der »højest én gang om ugen« var fysisk aktive i mindst en halv time, da de begyndte i programmet, har 66 pct. nu angivet et højere aktivitetsniveau. 84 pct. af de patienter, der ved begyndelsen af deres deltagelse i programmet svarede, at de »flere gange om ugen« var fysisk aktive i mindst en halv time, har opretholdt eller øget dette aktivitetsniveau til »dagligt«, og 94 pct. af de patienter, der »dagligt« var fysisk aktive i mindst en halv time, er et år senere fortsat fysisk aktiv på samme niveau eller »flere gange om ugen«. Analysen viser altså en stor forbedring i aktivitetsniveauet blandt de patienter, som var mindst fysisk aktive, da de begyndte i programmet, mens de patienter, der allerede fra begyndelsen var forholdsvis fysisk aktiv, har opretholdt dette aktivitetsniveau. Svarene på dette spørgsmål i de tre spørgeskemaer tyder på, at det er noget tilfældigt, om patienten svarer, at hun »dagligt« er fysisk aktiv i mindst en halv time eller er det »flere gange om ugen«, og spørgsmålet er måske ikke særligt velegnet til at måle ændringer i det fysiske aktivitetsniveau på individniveau.

Tabel 4.10. Andel af patienterne, der er fysisk aktiv i mindst en halv time »dagligt« et år efter, at de begyndte i MKpR, opdelt efter hvor fysisk aktiv de var, da de begyndte i programmet (pct.)

	HVOR OFTE ER DU FYSISK AKTIV I MINDST EN HALV TIME? (BESVARET DA PATIENTEN BEGYNDTE I MKPR)			
	Dagligt	Flere gange om ugen	Højest én gang om ugen	Aldrig
Hvor ofte er du fysisk aktiv i mindst en halv time? (besvaret ca. et år efter at patienten begyndte i MKpR)				
Dagligt	56	18	20	13
Flere gange om ugen	38	68	46	44
Højest én gang om ugen	4	12	29	33
Aldrig	2	2	5	10
N = 100 pct.	145	215	179	39

Det andet mål for patienternes fysiske aktivitet er deres svar på, hvilken form for motion og fysisk aktivitet de lavede i ugen inden spørgeskemaets besvarelse. For hver ugedag skulle de svare på, om de havde udført en række fysiske aktiviteter (rask gang, cykling, svømning, motion hjemme, motion i forening, motion i fitnesscenter, motion i aftenskole, motion på arbejdspladsen, hårdt fysisk arbejde, havearbejde / rengøring eller anden form for motion). Spørgsmålet blev både besvaret ved afslutningen af træningen og kostvejledningen på klinikken (spørgeskema 2) og et år efter, at de var begyndt i MKpR (spørgeskema 3). I det følgende er »havearbejde / rengøring« udeladt fra analysen, fordi undersøgelser viser, at det har lille betydning for det fysiske aktivitetsniveau.

Et år efter at patienterne begyndte i Motion og Kost på Recept svarede halv-

delen, at de inden for den seneste uge havde gået en rask tur, og en tilsvarende andel havde cyklet én eller flere gange. Det er altså denne form for uorganiseret hverdagsmotion, som er mest almindelig. Den mere målrettede, organiserede og planlagte motionstræning er mindre udbredt. 31 pct. svarede, at de havde været i et motions- og fitnesscenter, og 17 pct. havde dyrket motion i en forening. 95 pct. af patienterne svarede, at de mindst én gang i løbet af ugen havde udført én af de i spørgeskemaet nævnte former for fysisk aktivitet. I gennemsnit havde de været fysisk aktiv knap syv gange (hvis personen fx har gået en rask tur to gange på samme dag tæller det kun med én gang).

Otte måneder tidligere, lige efter at træningen og kostvejledningen var afsluttet, besvarede patienterne et tilsvarende spørgsmål i spørgeskema 2. En sammenligning af svarene viser meget små gennemsnitlige ændringer. 42 pct. angav på dette tidspunkt et større antal fysiske aktiviteter i løbet af ugen forud for spørgeskemaets besvarelse, mens 43 pct. angav et lavere antal (tabel 4.11.).

Tabel 4.11. Andel af patienterne i Motion og Kost på Recept, som i løbet af en uge (før besvarelsen af spørgeskemaet) var fysisk aktiv i forskellige fysiske aktiviteter – Efter endt træning og kostvejledning (4 måneder) og efter 12 måneder (pct.)

	Rask gang	Cykling	Swømming	Motion hjemme	Motion forening	Motion fitness	Motion aftenskole	Motion arbejdsplads	Hårdt fysisk arbejde	Anden motionsform	Alle nævnte motionsformer	
<b>Efter 4 måneder (2. spørgeskema)</b>												
Mindst én gang i ugen før (pct.)	57	49	15	22	17	31	4	2	5	17	95	
Antal gange i gennemsnit	2,0	2,0	0,2	0,7	0,2	0,7	0,05	0,1	0,2	0,5	6,7	
<b>Efter 12 måneder (3. spørgeskema)</b>												
Mindst én gang i ugen før (pct.)	52	50	15	19	15	25	5	2	11	17	93	
Antal gange i gennemsnit	1,9	2,1	0,2	0,7	0,3	0,6	0,1	0,1	0,3	0,4	6,7	
<b>Forskel fra 4. til 12. måned</b>												
Ændring	Flere	28	27	10	13	10	12	4	2	10	14	42
	Uændret	42	48	80	72	79	68	95	96	87	72	16
	Færre	30	24	10	15	11	20	1	2	3	15	43
Ændring i gnmst.	-0,1	+0,1	0	0	0	-0,1	0	0	+0,1	0	-0,1	

Analysen omfatter de patienter, der har besvaret begge spørgeskemaer, i alt 579 patienter

I det følgende belyses det, hvem der har forøget omfanget af fysisk aktivitet, og hvem der har opretholdt et højt aktivitetsniveau:

- Er der en sammenhæng med patientens sociale baggrund (køn, alder, uddannelse m.v.)?
- Har patientens helbred og fysiske form, da træningen begyndte, indflydelse på, om patienten fortsætter med en fysisk aktiv livsstil?
- Har patientens erfaring med motion, før træningen i Motion og Kost på Recept begyndte, betydning for fastholdelsen?
- Har graden af »form-forbedring« (kondition og BMI) betydning for, om patienten fortsat er fysisk aktiv?

### *Social baggrund og fysisk aktivitetsniveau*

Køn, uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet samt etnisk herkomst gør ingen forskel for patienternes fysiske aktivitetsniveau ca. et år efter, at de begyndte i Motion og Kost på Recept. Der er imidlertid en tendens til, at patienter, der bor alene, er mere fysisk aktive (flere gange om ugen) end patienter, der bor sammen med en ægtefælle eller partner. Endvidere er der med stigende alder et svagt fald i antallet af gange om ugen, patienterne er fysisk aktive.

Tilsvarende har de sociale baggrundsvariable lille betydning for ændringer i den fysiske aktivitet gennem det år, patienterne har deltaget i Motion og Kost på Recept. Der er dog en svag tendens til, at jo ældre patienterne er, jo bedre formår de at fastholde det fysiske aktivitetsniveau (målt på antallet af gange patienten har været fysisk aktiv i ugen forud for spørgeskemaets besvarelse), som de havde, da de havde afsluttet træningen i MKpR.

### *Selvurderet helbred og fysisk aktivitetsniveau*

Ovenfor fremgik, at patienter, der ved påbegyndelsen af træningen i Motion og Kost på Recept oplyste et højt fysisk aktivitetsniveau (dagligt eller flere gange om ugen fysisk aktiv i mindst en halv time om dagen), i højere grad formåede at gennemføre træningen og kostvejledningen end de patienter, der oplyste et lavere fysisk aktivitetsniveau. Denne sammenhæng finder man også, når man ser på, hvor ofte patienterne er fysisk aktive et år efter, at de begyndte i Motion og Kost på Recept. De patienter, der var mest fysisk aktiv (mindst en halv time om dagen), da de begyndte på MKpR, er også mere fysisk aktiv et år senere, end de patienter, der ved begyndelsen af programmet angav et lavere fysisk aktivitetsniveau. Programmet har altså ikke udlignet denne forskel i fysisk aktivitetsniveau, som fandtes fra starten mellem patienterne. Hverken patienternes selvurderede helbredstilstand eller fysiske form, da de begyndte i programmet, har indvirkning på, hvor højt det fysiske aktivitetsniveau er et år senere. Dette gælder også for ændringer i det fysiske aktivitetsniveau. Patienterne, som ved begyndelsen af programmet vurderede, at

de var i god fysisk form, har således ikke ændret deres aktivitetsniveau mere end patienter, der i begyndelsen af programmet svarede, at de var i dårlig form.

Analysen viser imidlertid, at det fysiske aktivitetsniveau ved begyndelsen af programmet har betydning for, hvor stor en andel der har øget det fysiske aktivitetsniveau (patientens egen vurdering af hvor ofte hun er fysisk aktiv i mindst en halv time om dagen). Jo lavere aktivitetsniveauet var ved begyndelsen af træningen i MKpR, jo større er andelen, som omkring et år senere angiver et højere fysisk aktivitetsniveau. Og omvendt – jo højere aktivitetsniveauet var, da træningen begyndte, jo større er andelen, som et år senere angav et aktivitetsniveau, der var lavere end året før. Dette har dog den »naturlige« årsag, at patienter, der ved starten af træningen angav et lavt aktivitetsniveau, har lettere ved at opnå et højere niveau et år senere, end de patienter, der ved starten allerede var fysisk aktiv på det højeste niveau (som derfor ikke på dette mål kan angive et højere aktivitetsniveau). Bruger man imidlertid det andet mål for det fysiske aktivitetsniveau, så finder man en svag tendens til den omvendte sammenhæng. De patienter, der ved begyndelsen af træningen i MKpR svarede, at de hver dag eller flere gange om ugen var fysisk aktive i mindst en halv time, har et år efter, at de begyndte i træningen i MKpR, i lidt højere grad øget antallet af gange, hvor de i ugen inden besvarelsen af spørgeskemaet var fysisk aktive, end patienter der ved begyndelsen af træningen i programmet svarede, at de sjældent eller aldrig var fysisk aktiv (tabel 4.12.).

Tabel 4.12. Den gennemsnitlige ændring – fra fire måneder til tolv måneder efter at patienten begyndte i MKpR – i antallet af gange i løbet af en uge, at patienten dyrker motion – opdelt efter hvor fysisk aktiv patienterne efter egen vurdering var, da de begyndte i programmet (pct.)

HVOR OFTE ER DU FYSISK AKTIV I MINDST EN HALV TIME? (SVAR I SPØRGESKEMA 1)	GENNEMSNITLIG ÆNDRING I ANTAL MOTIONSGANGE I EN UGE	N =
Dagligt	1,0	109
Flere gange om ugen	-,1	179
Højest én gang om ugen	-,1	139
Aldrig	-,7	29
Alle	,1	456
P <.06		

### *Tidligere motionserfaring og fysisk aktivitetsniveau*

Det har også en vis betydning for patienternes motionsaktivitet, om de tidligere har dyrket idræt eller motion, før de begyndte i Motion og Kost på Recept. Patienter, der i det første spørgeskema svarede, at de ikke tidligere har dyrket idræt eller motion, svarer i noget højere grad end patienter, der tidligere har dyrket motion, at de

omkring et år efter, at de begyndte i MKpR, aldrig eller højest en gang om ugen er fysisk aktive (henholdsvis 41 pct. og 17 pct.). Trods dette synes patienterne uden motionserfaring i højere grad end patienterne med motionserfaring, at deres fysiske form er forbedret et år efter, at de begyndte i programmet. Motions- og idrætserfaring har derimod lille og ikke signifikant betydning for, om patienterne formår at øge deres fysiske aktivitetsniveau fra begyndelsen af programmet til et år efter.

#### *Gennemførelse af træningsforløbet og fysisk aktivitetsniveau*

Gennemførelsen af hele trænings- og vejledningsforløbet gennem fire måneder synes – som forventet – at have en vis indflydelse på, hvor fysisk aktive patienterne er otte måneder efter afslutningen af træningen og vejledningen. Blandt de, som ikke har fulgt træningen og kostvejledningen i alle fire måneder, er der forholdsvis flere, som aldrig eller højest en gang om ugen er fysisk aktive (40 pct.), end blandt de, som har fulgt helt forløbet (17 pct.). Tilsvarende er antallet af gange i løbet af en uge, hvor patienterne er fysisk aktive, markant lavere hos de patienter, som ikke gennemførte hele trænings- og vejledningsforløbet, end hos de som gennemførte hele forløbet (henholdsvis 6,2 og 7,0 gange i løbet af en uge i gennemsnit), og til forskel fra dem, der har gennemført hele træningsforløbet, er det gennemsnitlige antal gange i løbet af en uge, denne gruppe er fysisk aktiv, lavere, end da de svarede på det samme spørgsmål fire måneder efter, at de begyndte i MKpR. Der er dog tale om svage sammenhænge, som til dels udlignes, når der tages højde for samvariation med andre variable.

#### *Samlet analyse af fysisk aktivitetsniveau et år efter start i programmet*

Der skal også her samles op på denne analyse ved at se på, hvilke faktorer der har haft indvirkning på det fysiske aktivitetsniveau og ændringer i aktivitetsniveauet siden patienten begyndte i programmet, når der tages højde for de undersøgte variables indbyrdes sammenhæng. De multiple regressionsanalyser<sup>3</sup> viser, at patienternes fysiske aktivitetsniveau først og fremmest hænger sammen med patienternes

- selvopfattede fysiske aktivitetsniveau, da de begyndte i programmet
- motionserfaring fra tidligere
- alder
- civilstand.

3 Multipel lineær regression (backward) er benyttet til analysen af de kontinuerte variable:

- a) Det fysiske aktivitetsniveau målt på antallet af gange, patienten var fysisk aktiv i ugen inden spørgeskemaets besvarelse.
- b) Ændringerne i det fysiske aktivitetsniveau, målt ved ændringen i antallet af gange, patienten var fysisk aktiv i løbet af en uge.

Multipel logistisk regression (backward) er benyttet til analysen af det fysiske aktivitetsniveau målt ved patientens selvvalgte fysiske aktivitetsniveau (kategorisk variabel).

Ændringerne i det fysiske aktivitetsniveau er vanskeligere at forklare ud fra denne statistiske analyse. Der er således kun to faktorer, som i statistisk forstand har indvirkning på ændringer i det fysiske aktivitetsniveau, som hænger sammen med

- patienternes alder
- om patienterne har gennemført de første fire måneders trænings- og vejledningsforløb.

### *Kost og rygevaner*

Som afslutning på denne del skal programmets mulige indvirkning på patienternes kost- og rygevaner analyseres. Ved besvarelsen af det tredje spørgeskema, et år efter at patienterne begyndte med træningen og kostvejledningen, svarede 24 pct., at de havde fulgt egne mål for kostændringer, mens 55 pct. lidt mere forbeholdent svarede, at de delvist har fulgt deres mål. Der er små og ikke signifikante forskelle på dette mellem mænd og kvinder og mellem yngre og ældre patienter.

Siden patienterne begyndte i Motion og Kost på Receipt, er antallet af daglige rygere faldet fra 26 pct. (»dagligt« eller »ikke hver dag«) til 19 pct. Det er især patienter, som ikke røg hver dag, da de besvarede spørgeskemaet lige efter, at de var begyndt i MKpR, som helt er stoppet med at ryge. Hele 72 pct. af denne gruppe røg ikke mere, da de besvarede det tredje spørgeskema et år efter, at de var begyndt i programmet. I gruppen af daglige rygere (da de begyndte i MKpR) er det kun 17 pct., som helt er stoppet med at ryge. Patienternes deltagelse i MKpR er med stor sandsynlighed forklaringen på denne ændring. I den københavnske befolkning som helhed faldt antallet af rygere fra 1999 til 2004 med kun to procentpoint. I det tredje spørgeskema kunne rygerne angive, om de ønskede gratis hjælp til rygeafvænning. Patienter, der har svaret dette, blev derpå kontaktet af Københavns Kommune med tilbud om hjælp til rygeafvænning. 39 pct. af alle rygerne svarede, at de var interesseret i denne hjælp. Hjælpen blev imidlertid tilbudt efter, at patienterne besvarede det tredje spørgeskema, og derfor er dette tilbud ikke forklaringen på det forholdsvis store fald i antallet af rygere i patientgruppen. Det er af den grund også sandsynligt, at endnu flere af rygerne vil stoppe med at ryge, når de har modtaget kommunens hjælp til rygeafvænning. Der er ikke signifikante forskelle på andelen, der er stoppet med at ryge, mellem mænd og kvinder, yngre og ældre, kortere uddannede og længere uddannede, de som har gennemført de første fire måneder i programmet og de som ikke har, osv.

## KONKLUSION

Et år efter at patienterne begyndte i Motion og Kost på Recept angiver 33 pct. et fysisk aktivitetsniveau, som er højere end året før, mens 18 pct. angiver et lavere fysisk aktivitetsniveau. 29 pct. svarer, at de er fysisk aktiv i mindst en halv time om dagen, hvilket er ca. 10 procentpoint lavere end i den voksne københavnske befolkning som helhed. Undersøgelsen viser imidlertid, at tre ud af fire af de patienter, som var mindst fysisk aktive, da de begyndte i programmet, har øget deres aktivitetsniveau, mens de patienter, der allerede fra begyndelsen var forholdsvis meget fysisk aktive, har opretholdt dette aktivitetsniveau.

Næsten alle de tidligere patienter i Motion og Kost på Recept er fysisk aktive under en eller anden form i løbet af en uge – et år efter at de begyndte træningen på klinikken. Decideret motion af mere regelmæssig, planlagt eller organiseret form er det dog kun mellem 40 og 50 pct., der praktiserer (med regelmæssig menes her i løbet af en uge). Den almindeligste form for motion er selvorganiseret fysisk aktivitet – især gang og cykling – og dernæst kommer motion i et motions- og fitnesscenter. En forholdsvis lille andel af patienterne har fundet vej til en idrætsforening. Der er små forskelle på dette mønster mellem unge og ældre, mænd og kvinder, højt uddannede og lavt uddannede, folk i beskæftigelse og folk der ikke er på arbejdsmarkedet og mellem patienter af anden etnisk herkomst og patienter af dansk herkomst.

Det er patienter, der tidligere har dyrket idræt eller motion (før de begyndte i Motion og Kost på Recept), og selv mente, at de var forholdsvis fysisk aktive, da de begyndte i programmet, som er mest fysisk aktive et år efter. Der er endvidere en tendens til, at aktivitetsniveauet falder svagt med alderen, og at enlige er mere fysisk aktiv end samlevende.

Analysen viser endvidere, at patienter, som fulgte hele trænings- og vejledningsforløbet i Motion og Kost på Recept i fire måneder, i højere grad har øget den fysiske aktivitet, end de patienter, der ikke formåede at følge hele forløbet. Endvidere er der en svag tendens til, at jo ældre patienterne er, jo bedre formår de at fastholde det fysiske aktivitetsniveau.

Endelig viser undersøgelsen et fald i andelen af rygere fra 26 pct. til 19 pct. i løbet af det år, patienterne har deltaget i programmet.

## 4.4. Organiseringsform

I det følgende belyses det, hvilke organiseringsformer patienterne dyrker motion i ét år efter, at de begyndte i Motion og Kost på Recept. Spørgsmålet er af flere grunde relevant. For det første kan svarene vise, hvilke organiseringsformer man især skal satse på i bestræbelsen på at få flest mulige patienter fra Motion og Kost på Recept til at fortsætte med at motionere. For det andet kan svarene også fortælle, hvilke organiseringsformer der skal udvikles for at bidrage til programmets succes. For det tredje kan patienternes svar på, hvorfor de foretrækker – og ikke foretrækker – den ene og den anden organiseringsform vise, hvilke forhold der har betydning for, at patienterne går til motion.

I det tredje spørgeskema, besvaret ca. et år efter at patienten begyndte i Motion og Kost på Recept, svarede patienterne bl.a. på følgende spørgsmål. »Har du inden for det sidste halve år motioneret i en af følgende sammenhænge? («Alene / på egen hånd«, »med fast makker / gruppe«, »i idrætsforening«, »i et motions- og fitnesscenter«, »på et hold i en aftenskole« eller »andet sted«). Den dominerende motionsform er motion på egen hånd, som 24 pct. svarer, at de har udøvet inden for den seneste uge, og 51 pct. har deltaget i denne form for motion inden for det sidste halve år forud for skemaets besvarelse. Af de mere organiserede former er motion i et fitnesscenter det mest brugte blandt patienterne. 14 pct. svarer, at de har været i et motionscenter inden for den sidste uge, og 34 pct. har været det inden for det sidste halve år. Langt færre dyrker motion i en idrætsforening. 6 pct. inden for den sidste uge og 12 pct. inden for det sidste halve år (tabel 4.13.).

Tabel 4.13. Andelen af patienterne i Motion og Kost på Recept, som et år efter påbegyndt deltagelse i programmet dyrker motion i forskellige sammenhænge (pct.)

	JA, DEN SIDSTE UGE	JA, DEN SIDSTE MÅNED	JA, DET SIDSTE HALVE ÅR	NEJ	N =
Motioneret alene/på egen hånd	24	8	19	49	690
Motioneret med en fast makker/gruppe	8	3	9	80	690
Motioneret i en idrætsforening	6	2	4	89	690
Motioneret i et motions- og fitnesscenter	14	5	16	66	690
Motioneret på et hold i en aftenskole	3	2	2	93	690
Motioneret et andet sted	7	1	5	87	690
Mindst én af de nævnte former	43	40		17	690

Alle respondenter, der har svaret på mindst et af de seks spørgsmål, er medtaget i analysen. Hvis en respondent ikke har besvaret et spørgsmål betragtes det som et NEJ.

Kvinderne deltager i højere grad end mændene i forskellige organiserede motionsformer. Det gælder både motion på en aftenskole, motion i fitnesscenter og motion i en idrætsforening. Ikke mindst det sidste er interessant, eftersom det blandt almindelige idrætsaktive især er mændene, der dyrker idræt i en forening (Ottesen og Ibsen 1999). Der er dog tale om små forskelle mellem mænd og kvinder på deltagelsen i de forskellige organiseringsformer.



Alder spiller en vis rolle for, om patienterne dyrker idræt og motion under selvorganiserede former. Jo yngre de er, jo større er andelen, som inden for den seneste uge har dyrket denne form for motion. Derimod er der ikke større forskelle på deltagelsen under mere organiserede former, hvad enten det drejer sig om en idrætsforening, et motions- og fitnesscenter eller noget helt tredje (tabel 4.14).

Tabel 4.14. Andelen af patienterne i Motion og Kost på Recept, som et år efter påbegyndt deltagelse i programmet dyrker motion i forskellige sammenhænge, opdelt efter alder (pct.)

	DYRKET MOTION I DEN SIDSTE UGE					
	Alene / på egen hånd	Med en fast makker / gruppe	I en idrætsforening	I et motions- og fitnesscenter	På et hold i en aftenskole	Et andet sted
Yngre end 40 år	32	7	5	17	2	2
40 til 49 år	30	5	6	11	2	3
50 til 59 år	24	7	4	14	2	6
60 til 69 år	24	9	7	12	5	9
70 år og ældre	19	6	6	17	5	11
Alle	24	8	6	14	3	7
N =	689	689	689	689	689	689
P <	.05	.05	.3	.2	.7	.4

Patienternes uddannelsesniveau har en vis betydning for, hvor de foretrækker at motionere. Mens 12 pct. af patienterne uden en studentereksamen svarer, at de har dyrket motion i et motions- og fitnesscenter inden for den seneste uge, svarer 20 pct. af patienterne med en studentereksamen, at de har gjort det. Den væsentligste årsag til denne forskel skal dog findes i det forhold, at de unge i meget højere grad end de ældre har en studentereksamen. Sidstnævnte gruppe dyrker også i højere grad motion på egen hånd, end patienter uden en studentereksamen gør.

Civilstand (om patienten bor sammen med ægtefælle / fast partner eller ej) og husstandsindkomst har ingen signifikant betydning for, hvor patienterne er motionsaktive. Patienter, der er født i et land uden for Norden eller EU, er mere tilbøjelige til at dyrke motion alene, end patienter med dansk baggrund er. Men der

er ikke forskel mellem de to grupper på, hvor mange der er motionsaktive under organiserede former.

De patienter, som ved besvarelsen af det tredje spørgeskema svarer, at de er i virkelig god eller god helbredstilstand, er meget mere motionsaktive i et motions- og fitnesscenter end de patienter, der svarer, at de har et nogenlunde eller dårligt helbred. Denne forskel findes imidlertid ikke, når man ser på andre organiseringsformer og mere selvorganiserede motionsformer.

Trænings- og vejledningsstedet (den klinik træningen foregik i) har ingen signifikant betydning for, om patienterne bagefter er motionsaktive, og hvor fysisk aktive de er, men det har øjensynligt betydning for, om patienterne efter de fire måneder fortsætter med træning i et motions- og fitnesscenter. Det er især de tidligere patienter fra klinikkerne på Amagerbro og i Brønshøj, som et år efter endt træning benyttede et motionscenter. Det er i disse to klinikker, at patienterne mod betaling kan træne videre efter tilbuddets ophør.

Gennemførelsen af træningen og udslusningen i Motion og Kost på Recept har endvidere indflydelse på, hvilke organiseringsformer patienterne er motionsaktive i. Ca. et år efter, at patienten begyndte i Motion og Kost på Recept, svarer en større andel af de, som har fulgt hele forløbet, end andelen af de som stoppede før tiden, at de dyrker motion i et motions- og fitnesscenter.

#### *Begrundelser for at dyrke motion under forskellige organiseringsformer*

I det tredje spørgeskema blev patienterne spurgt, om de »for tiden« motionerer i en fast gruppe, går til motion i en forening eller på en aftenskole, eller om de motionerer i et motions- og fitnesscenter. For hver af disse tre organiseringsformer har patienterne angivet deres begrundelser for, at de har valgt eller ikke valgt den pågældende motionsform (faste svaralternativer). Hvad angår »motion i en fast gruppe« svarer mere end halvdelen af dem, der dyrker motion i en sådan gruppe, at *»de gerne vil motionere sammen med andre, som jeg kender godt«*, og hver tredje svarer, at *»den form for motion, som jeg foretrækker, kan vi selv finde ud af at organisere«*. Derimod synes udgifterne ved at gå til mere organiseret motion at spille en forholdsvis lille rolle. Kun hver femte svarer, at de dyrker motion i en fast gruppe, fordi de synes, at det er for dyrt at gå til motion i en forening eller et motionscenter. Hos den store gruppe af patienter, som ikke motionerer i en uformel fast gruppe, er den væsentligste begrundelse for dette valg, at de foretrækker at gå til motion i en forening eller et motionscenter, eller fordi de har brug for hjælp og vejledning af en instruktør, når de motionerer. Endvidere svarer hver fjerde, at det skyldes, at de ikke har fundet sammen med andre om at motionere (tabel 4.15.). Der er ingen statistisk signifikante forskelle på dette svarmønster mellem mænd og kvinder og mellem yngre og ældre.

Tabel 4.15. Andel af patienterne, som motionerer i EN FAST GRUPPE, der selv planlægger træning og motion, ca. et år efter, at patienten begyndte i Motion og Kost på Recept, samt deres begrundelser for hvorfor de motionerer / ikke motionerer i en fast gruppe (pct.)

JA, motionerer i en fast gruppe	16	NEJ, motionerer <u>ikke</u> i en fast gruppe	84
HVORFOR? (pct. andel af de der har svaret Ja)		HVORFOR? (pct. andel af de der har svaret Nej)	
Det skyldes en tilfældighed	14	Det skyldes en tilfældighed	13
Jeg bryder mig ikke om at gå til motion i en forening, motionscenter eller andet organiseret motion	6	Jeg foretrækker, at gå til motion i en forening eller et motionscenter	34
Jeg synes ikke, at de tilbud, som foreninger og motionscentre har, passer mig	10	Jeg har brug for hjælp og vejledning af en instruktør, når jeg motionerer	24
Jeg vil gerne motionere sammen med andre, som jeg kender godt	56	Jeg har ikke fundet sammen med andre om at motionere	25
Det er for dyrt at gå til motion i en forening eller et motionscenter	19	Jeg vil gerne møde nye mennesker	11
Den form for motion, som jeg foretrækker, kan vi selv finde ud af at organisere	30	Jeg får for lidt ud af at motionere, hvis vi selv skal finde ud af det	15
Jeg får kun motioneret, hvis jeg ved, at der er nogle, der venter på mig	23		
Andre grunde – skriv hvilke	31	Andre grunde – skriv hvilke	32
N =	99	N =	526

De væsentligste begrundelser for at dyrke motion i en forening eller en aftenskole er, at »den pågældende forening / aftenskole har et særligt tilbud«, som passer den enkelte (57 pct.), og at patienten »foretrækker at gå til motion på et fast tidspunkt om ugen« (58 pct.). Endelig spiller det også en vis rolle, at stedet ligger tæt på, hvor patienten bor (43 pct.). Hver tredje svarer også, at de går til idræt i en forening, fordi det er billigere end andre steder (30 pct.). Derimod tillægges foreningernes særlige kvaliteter ikke større betydning for valget. Kun hver femte svarer, at de har valgt denne motionsform, fordi man lettere kommer ind i et fællesskab i en forening eller aftenskole, og kun 6 pct. svarer, at de »foretrækker en forening / aftenskole i stedet for et kommercielt eller kommunalt tilbud«. Som nævnt svarer tre ud af fire, at de »for tiden« ikke dyrker motion i en forening eller aftenskole. Den væsentligste begrundelse for dette er af praktisk karakter. 30 pct. svarer ganske enkelt, at »andre muligheder passer mig bedre«, og 20 pct. svarer, at »i en forening / aftenskole kan jeg ikke selv bestemme, hvornår jeg vil motionere«. Det er dog en forholdsvis lav andel, som angiver dette som begrundelse i sammenligning med den store andel af de foreningsaktive, som netop angav faste træningstidspunkter som en begrundelse for at gå til motion i en forening (tabel 4.16.).

Tabel 4.16. Andel af patienterne, som motionerer i EN IDRÆTSFORENING ELLER EN AFTENSKOLE ca. et år efter, at patienten begyndte i Motion og Kost på Recept, samt deres begrundelser for hvorfor de motionerer / ikke motionerer i en forening eller aftenskole (pct.)

JA, motionerer i forening eller aftenskole	23	NEJ, motionerer <u>ikke</u> i forening eller aftenskole	77
HVORFOR (pct. andel af de der har svaret Ja)		HVORFOR (pct. andel af de der har svaret Nej)	
Det skyldes en tilfældighed	6	Jeg har ikke lyst	18
Det blev anbefalet af én, som selv går til motion i foreningen / aftenskolen	21	Andre muligheder passer mig bedre	30
Jeg har tidligere motioneret i en forening / aftenskole	32	Jeg har aldrig før gået til motion i en forening / aftenskole	11
Den pågældende forening / aftenskole har et særligt tilbud, som passer mig	57	Jeg har for mange fysiske skavanker	14
Jeg har mulighed for at dyrke motion tæt på, hvor jeg bor	43	En idrætsforening / aftenskole er mest for »de unge« og »dygtige«	6
I en forening/aftenskole kommer jeg lettere ind i et fællesskab	20	Det koster for meget at gå til motion i en forening / aftenskole	19
Det er billigere at gå til motion i en forening end andre steder	30	Der er ingen foreninger / aftenskole tæt på, hvor jeg bor, som har et tilbud	6
Jeg vil gerne gå til motion på et fast tidspunkt om ugen	58	Det siger mig ikke noget, at det er en forening	7
Jeg foretrækker en forening / aftenskole i stedet for et kommercielt eller kommunalt tilbud	6	I en forening / aftenskole kan jeg ikke selv bestemme, hvornår jeg vil motionere	20
Andre grunde	14	Andre grunde	21
N =	146	N =	498

Den mest almindelige organiserede motionsform er motion i et motions- og fitnesscenter. 35 pct. har svaret, at de »for tiden« dyrker motion et sådant sted. Den vigtigste begrundelse for dette er den frihed, træning i et motionscenter normalt giver den enkelte til selv at bestemme, hvornår hun vil motionere. To ud tre svarer, at de dyrker motion i et motionscenter, fordi man der kan træne på forskellige tidspunkter i løbet af ugen, og godt halvdelen svarer, at »i et motionscenter kan jeg bedre selv træne, som det passer mig«. En tilsvarende andel svarer, at de godt kan lide at træne i motionsredskaber eller –maskiner (se også kapitel 5). Halvdelen svarer endvidere, at motionscenteret giver mulighed for at dyrke motion tæt på boligen. Den væsentligste begrundelse for ikke at dyrke motion i et motionscenter er prisen. 40 pct. svarer, at »det koster for meget at gå til motion i et motionscenter«. Dernæst svarer hver fjerde, at »andre muligheder passer mig bedre«. Derimod er det forholdsvis få, som angiver mere holdningsmæssige grunde til ikke at benytte et motionscenter.

15 pct. tilslutter sig udsagnet, at »et motionscenter er mest for de unge og smarte«, og kun 6 pct. svarer, at de ikke bryder sig om, at det er kommercielt (tabel 4.17.).

På alle tre deltagelses- og organiseringsformer er der kun få signifikante forskelle mellem mænd og kvinder og mellem yngre og ældre patienter. Det er dog interessant, at selvom det især er kvinderne, som benytter en forening eller en aftenskole til at motionere, så er det især mændene (blandt de som benytter forening eller aftenskole), der svarer, at de benytter denne organiseringsform, fordi de foretrækker den frem for et kommercielt eller kommunalt tilbud, eller fordi de mener, at de lettere kommer ind i et fællesskab i en forening eller aftenskole. Blandt dem, som motionerer i et motionscenter, begrundes det i højere grad af de yngre (< 50 år) end de ældre (60 år og ældre) med, at de tidligere har motioneret i et motionscenter, og fordi de i et sådant center bedre kan træne, som det passer dem, og endelig også fordi de dér kan træne på forskellige tidspunkter i løbet af ugen.

Tabel 4.17. Andel af patienterne, som motionerer i ET MOTIONS- OG FITNESSCENTER ca. et år efter, at patienten begyndte i Motion og Kost på Recept, samt deres begrundelser for hvorfor de motionerer / ikke motionerer i et motions- og fitnesscenter (pct.)

JA, motionerer i et motions- og fitnesscenter	35	NEJ, motionerer <u>ikke</u> i et motions- og fitnesscenter	65
HVORFOR (pct. andel af de der har svaret Ja)		HVORFOR (pct. andel af de der har svaret Nej)	
Det skyldes en tilfældighed	4	Jeg har ikke lyst	21
Det blev anbefalet af én, som selv går til motion i et motionscenter	13	Andre muligheder passer mig bedre	24
Jeg har tidligere motioneret i et motionscenter	35	Jeg har aldrig før gået til motion i et motionscenter	11
Det pågældende center har et særligt tilbud, som passer mig	35	Jeg tror ikke, at jeg passer ind i et motionscenter	11
Jeg har mulighed for at dyrke motion tæt på, hvor jeg bor	52	Et motionscenter er mest for »de unge« og »smarte«	15
I motionscenteret kan jeg bedre selv træne, som det passer mig	57	Det koster for meget at gå til motion i et motionscenter	39
Jeg får god vejledning og hjælp i et motionscenter	42	Der er ikke et motionscenter tæt på, hvor jeg bor, som har et tilbud	4
I et motionscenter kan jeg træne på forskellige tidspunkter i ugen	64	Jeg bryder mig ikke om, at det er kommercielt	6
Jeg kan godt li' at træne i motions-redskaber / maskiner	55	Jeg kan ikke li' at træne i motions-redskaber / maskiner	12
Andre grunde	25	Andre grunde	24
N =	227	N =	424

#### KONKLUSION

Den dominerende motionsform er motion på egen hånd. Dernæst kommer motion i fitnesscenter, mens langt færre dyrker motion i en idrætsforening eller under andre organiseringsformer. De organiserede motionsformer benyttes især af kvinderne, de højere uddannede, patienter der fra starten havde et godt helbred samt patienter, der har gennemført hele trænings- og vejledningsforløbet gennem fire måneder. De selvorganiserede motionsformer benyttes i højere grad af de unge end af de ældre.

Valget af motionsform er især bestemt af praktiske grunde og mulighederne for at dyrke den form for fysisk aktivitet, som pågældende er bedst tilpas med og har vænnet sig til under træningen på klinikken – især tilgængeligheden til træningsstedet og muligheden for at træne på det tidspunkt, som passer den enkelte bedst. Prisen spiller endvidere en vis rolle for, at nogle foretrækker at dyrke motion i en forening og andre afstår fra at motionere i et motionscenter. Derimod spiller holdninger til den konkrete organiseringsform (fx holdning til »forening« og »kommerciel«) en ubetydelig rolle.

## 4.5. Social ulighed i Motion og Kost på Recept

Det er et centralt mål for Københavns Kommunes sundhedspolitik at formindske den sociale ulighed i sundheden (Bonde og Schmidt 2005). Motion og Kost på Recept blev bl.a. påbegyndt med sigte på at bidrage til dette. Det skal her belyses, i hvilken grad programmet er lykkedes hermed.

Med social ulighed i sundhed menes forskelle i levetid og forekomst af sygdom mellem sociale grupper. I denne evaluering baseres analyserne primært på patienternes fordeling på uddannelse, som patienterne har oplyst i besvarelsen af det første spørgeskema. Der er hovedsageligt tale om en opsamling af analyser tidligere i dette kapitel.

Den sociale ulighed i sundheden belyses på tre niveauer:

- Ulighed i rekrutteringen til programmet i relation til forekomsten af de helbredsrisici, der kan udløse en henvisning til at deltage i Motion og Kost på Recept.
- Ulighed i gennemførelsen af programmet.
- Ulighed i programmets effekt, dvs. den virkning programmet har haft for forskellige grupper i form af øget fysisk aktivitet og bedre helbred.

### *Ulighed i rekrutteringen*

I det første spørgeskema oplyste patienterne, hvilken skoleuddannelse og socioøkonomiske status de havde, da de begyndte i MKpR. Disse svar kan sammenlignes

med uddannelsesniveaue og den socioøkonomiske status i samme aldersgruppe i Københavns Kommune. Sammenligningen viser, at andelen af patienterne i Motion og Kost på Recept, som har en gymnasial uddannelse og / eller en videregående uddannelse, næsten svarer til andelen i hele befolkningen i samme aldersgruppe i Københavns Kommune (tabel 4.18.). Der er dog en svag tendens til, at der blandt de midaldrende patienter (40 til 59 år) i Motion og Kost på Recept er en lidt lavere andel og blandt de ældste patienter en lidt højere andel, der har en gymnasial uddannelse eller videregående uddannelse, end i den københavnske befolkning som helhed i samme aldersgruppe. Sammenlignes den socioøkonomiske status, ser man, at der i aldersgruppen 30 til 59 år er forholdsvis lidt færre blandt patienterne i MKpR, som er i beskæftigelse (lønmodtager, selvstændig eller studerende) end i den tilsvarende aldersgruppe i hele København (henholdsvis 68 pct. og 75 pct.). Ser man imidlertid på aldersgruppen 60 til 66 år er det lige omvendt. I denne aldersgruppe er der forholdsvis flere blandt patienterne i MKpR, som er i beskæftigelse, end i samme aldersgruppe for hele København (henholdsvis 40 og 31 pct.).

Der er således en relativ ligelig rekruttering til Motion og Kost på Recept fra kortere uddannede og længere uddannede (i forhold til fordelingen i Københavns Kommune i samme aldersgruppe) og fra socioøkonomiske grupper med en lille tendens til, at patienterne, der er 60 år og ældre, har et lidt højere uddannelsesniveau og i højere grad fortsat er i beskæftigelse end i samme aldersgruppe i København som helhed. De tre diagnoser, som patienterne skal have for at blive henvist til Motion og Kost på Recept, forekommer imidlertid i højere grad i gruppen af kortere uddannede end i gruppen af længere uddannede (Rugulies, Aust & Syme 2004; Lynch & Kaplan 2000; Kunst et al. 1998; Adler et al. 1994). Statens Institut for Folkesundheds seneste sundheds- og sygelighedsundersøgelse fra 2005 viser således, at diabetes forekommer næsten dobbelt så ofte blandt kortere uddannede (kortere end 10 års skolegang) end blandt længere uddannede (15 år og længere), og tilsvarende har kortere uddannede i højere grad end længere uddannede forhøjet blodtryk (Ekholm et al. 2006).

Hvis rekrutteringen til Motion og Kost på Recept var ligelig i forhold til forekomsten af de tre diagnoser i forskellige befolkningsgrupper, skulle de kortere uddannedes andel af patienterne være højere end de kortere uddannedes andel af befolkningen i samme aldersgruppe i hele befolkningen.

Ser man på etnisk herkomst, er andelen af patienter af anden etnisk baggrund i Motion og Kost på Recept noget lavere end i den voksne befolkning som helhed i Københavns Kommune. I 2006 udgjorde borgere, der er født i et andet vestligt land end Danmark (i aldersgruppen 30 til 80 år), 6 pct. og borgere fra ikke-vestlige lande 12 pct. I Motion og Kost på Recept er de tilsvarende andele 3 og 5 pct.

Tabel 4.18. Patienternes fordeling på skoleuddannelse og socioøkonomisk status, opdelt på aldersgrupper, sammenholdt med fordelingen i Københavns Kommune pr. 1. januar 2004 (40 – 66 år) (pct.)

Uddannelse	PATIENTERNES ALDER					HELE BEFOLKNINGEN I KØBENHAVNS KOMMUNE 4)	
	Yngre end 40 år	40 til 59 år	60 til 66 år	Ældre end 66 år	Alle	Mellem 40 og 59 år	Mellem 60 og 66 år
7. – 10. klasse / grundskole og erhvervsfaglig uddannelse 1) 2)	45	64	70	76	67	60	76
Gymnasial uddannelse og / eller videregående uddannelse	55	36	30	24	32	40	24
N = 100 pct.,	60	353	219	190	822	111.829	25.200
Socioøkonomisk status	< 40 år	40-59 år	60 – 66 år	Ældre end 66 år	Alle	40 – 59 år	60 – 66 år
Lønmodtager (inkl. orlov)	45	61	38	5	41	69	26
Selvstændig	0	4	2	3	4	5	4
Studerende	27	3	0	<1	2	1	<1
Arbejdsløs	9	9	6	<1	6	5	1
På sygedagpenge	0	5	<1	0	3	<1	<1
Kontanthjælp / bistandshjælp	9	4	0	0	2	4	2
Førtidspensionist	9	11	17	4	11	6	25
Efterlønsmodtager	0	1	32	14	12	0	36
Folkepensionist	0	1	5	73	18	0	0
Andet 3)						9	3
N = 100 pct.	11	410	223	191	835	212.427	25.015

1) Inklusiv de som har sat kryds ved 'Andet' i spørgeskemaet til patienter i Motion og Kost på Recept.

2) Inklusiv uoplyst uddannelse for hele befolkningen i Københavns Kommune.

3) Inkluderer personer på særlig aktivering, aktiveringsydelse, ledighedsydelse, arbejdsmarkedsorlov, barselsdagpenge, overgangsydelse samt 'øvrige voksne uden for arbejdsstyrken'.

4) Kilde: Ledelsesinformation, Københavns Kommune: TAL, nr. 2, 2005.



### *Ulighed i gennemførelsen*

Den sociale ulighed i rekrutteringen til programmet modvirkes imidlertid en smule gennem trænings- og vejledningsforløbet, fordi patienter med en gymnasial uddannelse i lidt mindre grad gennemfører forløbet end patienter med en kortere skoleuddannelse, og de møder også i lidt mindre grad op til såvel første som anden opfølgningssamtale. Der er dog tale om forholdsvis små forskelle, og det hænger især sammen med, at de ældre i højere grad end de unge gennemfører træningen og kostvejledningen.

I forhold til beskæftigelse og arbejdssituation finder man den højeste gennemførelsesprocent blandt »efterlønsmodtagere« og »folkepensionister«, og derefter kommer »lønmodtagere« og »arbejdsløse«. Den laveste gennemførelse finder man blandt selvstændige samt patienter på sygedagpenge og på kontanthjælp. Dette mønster går igen, når man ser på andelen, som møder op til første og anden opfølgningssamtale.

Etnisk herkomst har ingen signifikant betydning for gennemførelsen. Patienter, der er født i et land uden for Europa, møder dog i meget mindre grad op til den anden opfølgningssamtale, end patienter født i Europa, som i lidt mindre grad møder op end patienter, der er født i Danmark, gør.

### *Ulighed i fastholdt fysisk aktivitet*

Ser man endelig på, hvem af patienterne der er fysisk aktiv på det af Sundhedsstyrelsen anbefalede niveau (mindst en halv times fysisk aktivitet om dagen), og hvem der har øget det fysiske aktivitetsniveau gennem det år, patienterne er fulgt, så kan analysen ikke påvise signifikante forskelle mellem patienter med en kort uddannelse og patienter med en lang uddannelse. Der er heller ingen signifikante forskelle mellem de to grupper på andelen, som er blevet mere fysisk aktiv under forløbet.

Uddannelsesniveaulet har imidlertid indflydelse på, hvilke organiseringsformer patienterne benytter, og det kan tænkes at have betydning for fastholdelsen på længere sigt. Andelen af patienter med en studentereksamen, der dyrker motion i et fitnesscenter, er således næsten dobbelt så stor som andelen af patienterne med en kortere skoleuddannelse. De længst uddannede er også mere tilbøjelige til at dyrke selvorganiseret motion end patienter med en kortere uddannelse. Den væsentligste årsag til denne forskel skal dog findes i det forhold, at de unge i meget højere grad end de ældre har en studentereksamen, og det er især de unge, der dyrker selvorganiseret motion og motion i fitnesscenter.

#### KONKLUSION

Motion og Kost på Recept formår i lidt højere grad at tiltrække patienter med en længere skoleuddannelse end patienter med en kortere skoleuddannelse. Den sociale ulighed i rekrutteringen til programmet modvirkes imidlertid en smule gennem trænings- og vejledningsforløbet, fordi patienter med en gymnasial uddannelse i lidt mindre grad gennemfører forløbet end patienter med en kortere skoleuddannelse. Ser man endelig på, hvem af patienterne der er fysisk aktiv på et niveau, som anbefales, og hvem der har øget det fysiske aktivitetsniveau gennem det år, patienterne er fulgt, så kan analysen ikke påvise signifikante forskelle mellem patienter med en kort uddannelse og patienter med en lang uddannelse.



# 5. Motivation, oplevelse og barrierer

Dette kapitel omhandler de psykosociale aspekter af programmet Motion og Kost på Recept. Denne del af evalueringen baseres både på resultater fra den kvantitative og kvalitative undersøgelse. Informationer fra spørgeskemaundersøgelsen indgår især i afsnit 5.1., mens resultaterne fra den kvalitative undersøgelse især indgår i afsnit 5.3. og 5.4. Afsnit 5.2. sammenligner patienterne fra den kvalitative undersøgelse med alle patienter i evalueringen.

## 5.1. Psykologiske faktorer i adfærdsændring

### Motivation

*»Jeg har diabetes. Det fik jeg konstateret efter den anden graviditet, og under graviditeten havde jeg også taget en del på. Og det første års tid efter, da tabte jeg de første 10-12 kg sådan rimeligt nemt. Og de der sidste 5-10 kg kunne jeg ikke tabe. Og jeg kunne se, at min vægt stagnerede fuldstændig med en tendens til at være lidt stigende igen, og så bliver jeg jo helt panikslagen. Så tænker jeg, et eller andet må jeg jo gøre« (kvinde, 34 år).*

At analysere patienternes motivation i Motion og Kost på Recept kræver en diskussion af motivationsforskningens centrale spørgsmål: »Hvorfor handler mennesker, som de gør?«

Motivationsteori arbejder med tre teoretiske tilgange (Koester og Frandsen 1998), som ser motivation som drift eller instinkt, som del af personligheden eller som en social kognition.

### *Motivation som drift, forventning eller kognition*

Den historisk ældste ansats søger årsagerne for menneskelig handling i drift, behov eller motiver. Primære motiver er sult, tørst, søvn, ilt, men også nysgerrighed eller ønsket om at undgå smerte. Sekundære motiver er præstationsmotivet eller sundhedsmotivet.

En anden tilgang prøver på at forklare handlingens målretning. Mellem en tilstræbt og aktuel tilstand er en afstand. At overvinde afstanden er årsag for adfærdsændringen.

fx.

aktuel tilstand	107kg	⇓	eller	30 cigaretter per dag	⇓
tilstræbt tilstand	95kg			10 cigaretter per dag	

Adfærden skal forstås som bevidst fokus på et mål fx pga. fornuft eller pga. sygdom. Motiverne er her ikke drifter men forsøg på at regulere handlingen. Man taler ikke længere om drift eller instinkt i forbindelse med motivation. I dag arbejdes der mest med teorier, som kobler kognitive og emotionelle processer, fx med personlige målsætninger.

Med henblik på sundhedsadfærd angiver mennesker mange grunde til, hvorfor de dyrker motion, bl.a. vægtkontrol, afspænding, social anerkendelse, fornøjelse, naturoplevelse, udseende, personlig udvikling, bekræftelse, sundhedsprofylakse, fitness eller stressreduktion (Biddle & Mutrie 2005).

Motiverne for fysisk aktivitet kan sammenfattes i tre overordnede kategorier:

- præstationsmotiver (konkurrence eller udfordring)
- fitness- eller sundhedsmotiver (fysisk eller psykisk velbefindende)
- sociale motiver (samvær)

I programmet Motion og Kost på Recept lægges hovedvægten på de *kognitive* aspekter af motivationen. Som hovedmotiv for deltagelsen i Motion og Kost angives sundhedsmotiver.

#### *Patienternes motivation og forventninger til Motion og Kost på Recept*

Patienternes hovedmotivation ifølge spørgeskemaundersøgelsen var først og fremmest at tabe vægt, forbedre deres helbred og blive mere fysisk aktive i dagligdagen (tabel 5.1.). Men de ønskede også at få struktur over træningen og hjælp af fysioterapeuten og diætisten. De væsentligste forventninger til MKpR var altså helbredsmæssig karakter.

Der var derimod kun få deltagere, der havde forventning i forhold til det sociale element. Derved adskiller disse deltagere sig markant fra de mange idræts- og motionsdyrkere i Danmark, som tillægger det sociale stor betydning (Ottesen & Ibsen 1999).

Efter endt forløb er det især forventningerne om viden om sund kost, glæden ved bevægelse, et bedre helbred og kendskab til andre mennesker, som er gået i opfyldelse.

Tabel 5.1. Patienternes forventninger til Motion og Kost på Recept, da de begyndte i programmet, og andelen af patienterne, som har fået opfyldt deres forventninger et år efter (pct. andel af patienter, der har besvaret begge spørgeskemaer).

	Forventninger ved start	Opfyldte forventninger
At få et bedre helbred	52	58
At få nedsat mit kolesterol	35	45
At få mit blodtryk sænket	40	42
At få stabiliseret mit blodsukker	25	29
At ændre mine motionsvaner / dyrke mere motion	41	58
At tabe mig	60	52
At opleve glæden ved motion	27	65
At få viden om sund kost	31	67
At ændre mine kostvaner	43	57
At lære andre mennesker at kende	11	40
Jeg har fået nedsat mit medicinforbrug	Ikke spurgt	11
Jeg kan overkomme mere	Ikke spurgt	44
Andet	3	46
N = 587		

### Barrierer og frafald

Motivationsforskningen beskæftiger sig også med spørgsmålet om tab af motivationen, som kan vise sig som frafald eller *drop out*-problemet. Her i undersøgelsen kan der ud fra spørgeskemaundersøgelsen nævnes fire overordnede kategorier af barrierer:

- fysiske barrierer (f.eks. skader, operationer, blodprop)
- emotionelle barrierer (fx fornemmelsen at være dårlig til fysisk aktivitet)
- motivationsbarrierer (fx manglen på interesse, magelighed)
- strukturelle barrierer (fx manglen på tid, for stor afstand til træningssteder)

Som beskrevet kan der konstateres et vist frafald fra projektet. Vi skal her se på, om der er forskel på gruppen af patienter, som ikke gennemfører hele forløbet med træning og kostvejledning, og gruppen der fuldfører forløbet. En sammenligning viser, at de frafaldne ikke skiller sig ud, hvad angår køns- og aldersfordeling, uddannelse, familiesituation og sociale kontakter. Derimod er der forholdsvis flere blandt de frafaldne, som er på sygedagpenge, er kontanthjælpsmodtagere eller er førtidspensionister.

Der er heller ingen signifikante forskelle på blodtryk, kondital og på de undersøgte blodværdier. Deres vurdering af eget helbred, hvor ofte de er fysisk aktive (før de begyndte på MKpR) og deres lyst til fysisk aktivitet, adskiller sig heller ikke fra gruppen, der gennemfører træningen og kostvejledningen. Til gengæld synes deres oplevede form at have en betydning. De patienter, som er i dårlig eller meget dårlig form (da de begyndte i MKpR), gennemfører i mindre grad end dem der er i bedre form (se kapitel 4).

### *Barrierer først og sent i forløbet*

I starten af undersøgelsen blev patienterne spurgt om, hvad der forhindrer dem i at være mere fysisk aktive (tabel 5.2.). Vi skal her se på, hvilke barrierer, de selv mener er de vigtigste, og om der er forskel på svarene hos de, der stoppede i MKpR før tiden og de der har gennemført hele forløbet.

Tabel 5.2. Patienternes barrierer

	Procent
Jeg har ikke lyst	13
Jeg har ikke tid	15
Jeg bruger tiden på mit arbejde	23
Jeg bruger tiden på min familie	24
Jeg bruger tiden på andre fritidsinteresser	19
Jeg kan ikke få det indpasset i min hverdag	24
Jeg har et dårligt helbred	13
Jeg er i for dårlig form til det	28
Jeg har aldrig været god til idræt	19
Jeg har ingen erfaringer med at dyrke idræt eller motion	12
Det koster for meget	23
Jeg har for langt til et sted, hvor jeg gerne vil gå til motion	2
Jeg mangler nogle at motionere sammen med	29
Jeg ved ikke, hvordan jeg kommer i gang	14
Jeg mangler et sted, hvor jeg kan gå til idræt eller motion	5
Der er ikke nogen af de idrætsgrene og motionsformer, jeg gerne vil gå til, i nærheden af hvor jeg bor	2
Andre grunde	30
N = 565	

Patienterne havde 16 valgmuligheder plus en åben svarkategori, som 397 patienter udfyldte med individuelle svar. Begrundelserne er mangfoldige, fx:

- Jeg blev afvist fra roklub, da jeg er for langsom
- Der bliver røget cigaretter i det fitnesscenter, jeg bruger
- Jeg er meget inaktiv om vinteren – både i hoved og krop

Overordnet understøtter de individuelle svar i den åbne svarkategori i spørgeskemaet dog det mønster, at barriererne enten omfatter manglende motivation (mange kalder sig selv dovne, magelige mev.), helbredsproblemer (fx skader, smerter mev.) eller familiære opgaver (fx syge familiemedlemmer).

Ifølge patienterne er altså de væsentligste barrierer for at være fysisk aktiv:

- at de prioriterer at bruge tiden på arbejde, familie og andre fritidsinteresser
- at de synes, de er i for dårlig form og har dårligt helbred
- at de mangler nogen at motionere sammen med
- at det koster for meget.

I det tredje og sidste spørgeskema har patienterne kunnet svare på følgende spørgsmål: *»Hvis du ikke motionerer regelmæssigt efter deltagelsen i Motion og Kost på Recept, hvad er årsagerne?«*.

Ifølge patienterne selv er de væsentligste barrierer for ikke at komme i gang med at motionere regelmæssigt:

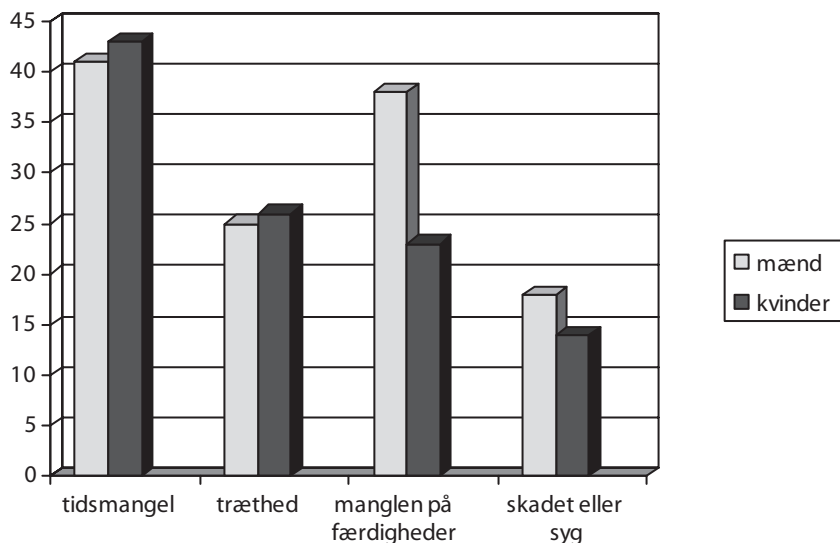
- at træningsperioden på klinikken var for kort (35 pct.)
- at de efter kort tid er faldet tilbage i gamle vaner (26 pct.)
- at det er for dyrt at gå til motion (23 pct.)
- at de »blev syg« (20 pct.)
- at de fik »en skade« (20 pct.)
- at de ikke finder en passende motionsform (18 pct.)
- at de mangler tid (16 pct.)
- at der var for få samtaler (13 pct.).

Endvidere har hver tredje af de, der har besvaret spørgsmålet, angivet andre grunde end de svarmuligheder, der var angivet i spørgsmålet.

### *Erfaringer fra andre lande*

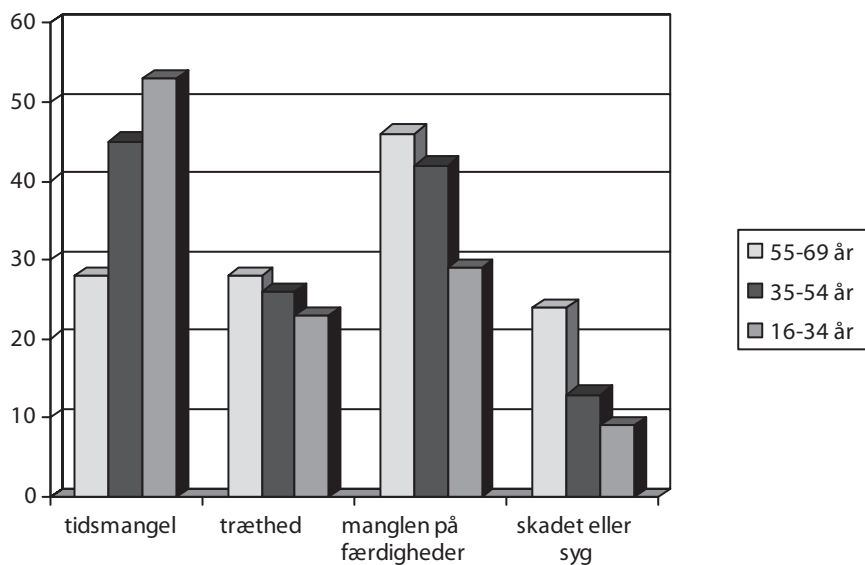
En stor engelsk undersøgelse, Allied Dunbar National Fitness Survey (Biddle & Mutrie 2005, 36), understøtter de her præsenterede resultater. 4000 voksne fra 30 engelske regioner angiver næsten de samme årsager for ikke at være fysisk aktive: De mangler tid, interesse, er for trætte eller har fysiske problemer.



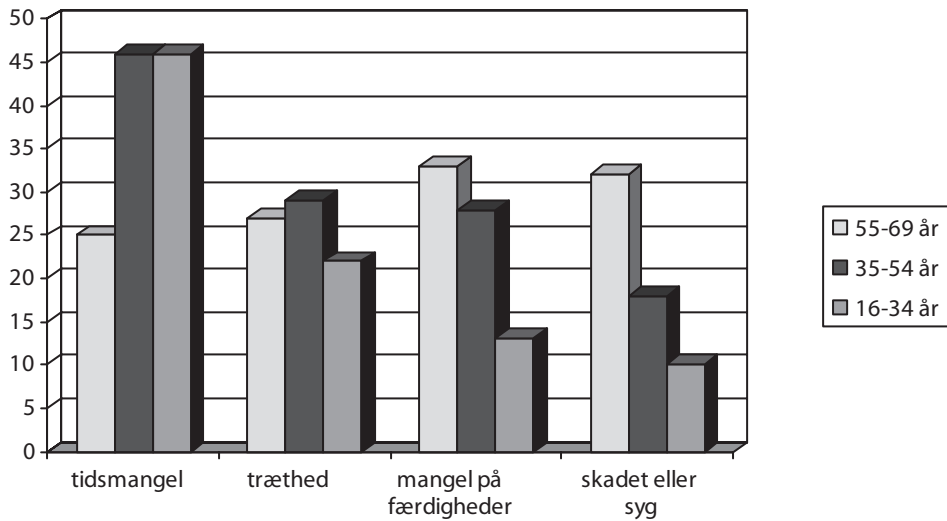


Figur 5.1. Barrierer for fysisk aktivitet (Biddle & Mutrie 2005)

En opdeling efter alder og køn viser, at den manglende tid har stor betydning især for yngre kvinder (se figur 5.2.), mens det for ældre kvinder ofte er den manglende kunnen, som er årsag til inaktivitet. Det samme gælder også for yngre og ældre mænd (se figur 5.3.). Jo yngre man er, jo mere spiller tiden en rolle, mens det med tiltagende alder især er de fysiske problemer eller manglende færdigheder, der synes at spille en rolle.



Figur 5.2. Kvindelige barrierer, opdelt efter alder (Biddle & Mutrie 2005)



Figur 5.3. Mandlige barrierer, opdelt efter alder (Biddle & Mutrie 2005)

Erfaringerne fra de engelske undersøgelser henviser altså til de samme barrierer som erfaringerne fra Motion og Kost på Recept. Det må dog siges, at Motion og Kost på Recept først og fremmest inddrager aldersgruppen over 50 år.

### Coping (mestring)

Motion og Kost på Recept virker ikke kun fysiologisk, men også psykisk. Mennesker, som starter med at være fysisk aktive, oplever på mange måder at have mere energi i dagligdagen til at mestre livet. At mestre udfordrende opgaver i hverdagen betegnes også som coping (Lazarus & Folkman 1984).

Ikke alle mennesker oplever situationer på samme måde. At give udtryk for, at man ikke »magter« eller »orker« noget, er ofte en beskrivelse for en manglende evne til at cope eller mestre situationer. Dette gælder for mange patienter i MKpR. Richard Lazarus, den amerikanske psykologiprofessor og stressforsker, arbejder med en procesorienteret tilgang til coping, hvor individet gennemløber tre faser:

- Anticipation
- Konfrontation
- Post-Konfrontation

Motion og Kost på Recept kan ses som en copingstrategi for at mestre helbredsproblemer i forbindelse med forskellige medicinske diagnoser.

I *anticipationsfasen* vurderer individet, hvilke konsekvenser en adfærdsændring vil have.

»Dertil skal så siges, at for tyve år siden og længere tilbage, der var jo ikke nogen der sagde, at cigaretter var farlige, eller at fedtet det var farligt. For sådan noget vidste man ikke noget om, vel. Det er jo først her i de sidste ti år, der er kommet rigtigt god information om sådan noget, og så er det op til en selv at sige »Hov, du må lige skære lidt af det væk«. Så kan jeg have 10 gode år i den sidste ende i stedet for måske at ende i en gyngestol eller kørestol« (mand, 63 år).

Anticipationsfasen indeholder også tanker om, hvordan belastninger kan undgås og en kognitiv vurdering af situationen. Her kan situationen stadig forandres og informationer kan inddrages.

I *konfrontationsfasen* er man bevidst om problemets fulde omfang og skal forbedre situationen. Man prøver at vurdere situationen på ny.

»Andre de tager stoffer, og nogen de ryger. Vi har jo alle sammen et eller andet, og så har jeg måske taget af småkagerne, da jeg holdt op med at ryge for 15 år siden i 1990. Ja, det er så 15 år siden. Så er der så roget småkager ind i stedet for smøgerne og så 15 kg taget på her. Jeg har smidt halvdelen af det nu« (kvinde, 53 år).

I *post-konfrontationsfasen* vurderer individet, om problemet kunne løses. Individet vurderer situationen i bakspejlet og ser, om der er mere handlingsbehov.

»Jeg har ikke taget på eller tabt noget. Men effekten har været, at man ser alvoren i det og holder sig i gang og tænker på, hvad man spiser, og hvad man skal have« (kvinde, 45 år).

De tre faser behøver ikke at foregå i denne rækkefølge. Efter en akut sygdom starter man fx nogle gange midt i konfrontationsfasen. Kendetegnende for mange patienter i Motion og Kost på Recept er, at de ofte nærmest stivner i anticipationsfasen. De går meget længe og overvejer, at de vil ændre adfærd på et tidspunkt. Det er bare tidspunktet på starten af konfrontationen, der gang på gang bliver udskudt.

### *Emotionsorienteret og problemorienteret coping*

Udfordrende situationer kan løses på to forskellige måder: Ved at lave om på situationen eller ved at lave om på følelserne. Det kaldes hhv. problemorienteret og emotionsorienteret coping.

Man kan ikke altid undgå eller forandre potentielle stressende situationer. Har man ikke muligheder for at forandre selve situationen, så er en anden mulighed at bearbejde og forandre de følelser, som er knyttet til en stressende situation.

Emotionsorienteret coping, som er fokuseret på emotionerne, handler mest om at bearbejde de følelser, som opstår i forbindelse med situationen. Patienterne i MKpR laver en form for problemorienteret coping ved at indløse deres recept

og ved at deltage i programmet. Data fra den kvalitative undersøgelse viser dog, at især deres emotionelle coping ikke er tilfredsstillende nok. Der findes meget aktive patienter, som har organiseret sig i træningsgrupper eller har aktivt opsøgt miljøer for udslusning. Men mange har svært ved at definere eller afgrænse årsagerne til deres spise- eller motionsadfærd. De afprøver måske forskellige strategier i tankerne, men forbliver i deres praksis i de samme levemåder. De bearbejder heller ikke problemet følelsesmæssigt. Mange beskriver det som positivt, at programmet har givet dem et »spark« eller mere »energi«. Men deres beskrivelse er ikke bearbejdet.

### *Forandring*

Hvordan kan menneskelig adfærd på længere sigt forandres? Sundhedsforskning tilbyder flere modeller til forklaringen, meget populær i øjeblikket er den transteoretiske model (Prochaska & DiClemente 1984), som forbinder forskellige teoretiske tilgange. Den transteoretiske model, også kaldt *stages of change*, blev oprindeligt udviklet til at arbejde med rygestop. Efter nogle år med forskning om undgåelsen af negativ adfærd (rygning, alkohol) har Prochaska og DiClemente arbejdet med at stræbe mod en positiv adfærd, fx en aktiv livsstil. I Motion og Kost på Recept bliver diætisterne, som tager sig af motionsrådgivningen, uddannet i modellen.

Forandringen af adfærd foregår i forskellige faser:

- Førovervejelse
- Overvejelse
- Forberedelse
- Handling
- Vedligeholdelse

I *før-overvejselsfasen* har mennesker ingen intentioner om at ændre adfærd inden for de næste seks måneder. Enten, fordi de ikke er klar over følgerne, eller fordi de ikke tror, de har muligheden for at forandre noget.

I *overvejselsfasen* starter man med at tænke over adfærdsændringen og vil gerne ændre sin adfærd inden for de næste seks måneder. Denne fase kan dog vare op til to år, da individerne i denne fase ser fordele og ulemper ved en adfærdsændring, men er ambivalente med henblik på forandring.

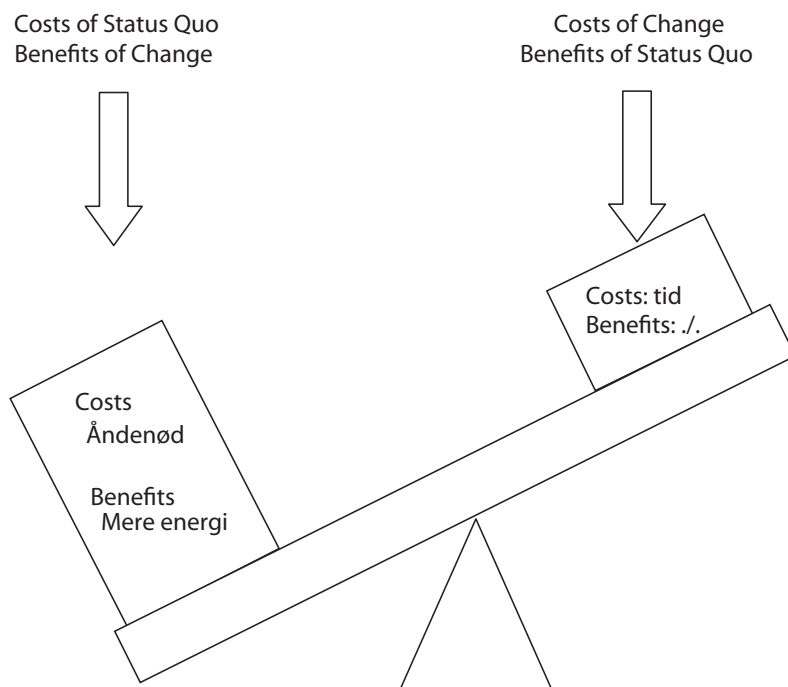
I *forberedelsesfasen* skal en ændring inden for en måned tages, enten ved fx at tilmelde sig et rygestopkursus eller ved at dyrke motion i et fitnesscenter.

I *aktionsfasen* starter så den nye adfærd. Cigaretterne bliver reduceret eller de første træningstimer starter. I denne fase sker der mest, og fasen varer op til seks måneder.

*Vedligeholdelsesfasen* starter seks måneder efter handlingsfasen og er kendetegnet ved, at individet skal bruge færre kræfter for at bibeholde den nye adfærd.

Der går altså lang tid, før en ny adfærd er etableret. *Vedligeholdelsesfasen* starter først seks måneder efter handlingsfasen og er kendetegnet ved, at individet skal bruge færre kræfter for at bibeholde den nye adfærd. Hvor længe denne fase varer, før der kan tales om en varig forandring, er omstridt. Prochaska foreslår fem år, andre taler om et år (Prochaska & Marcus 1994). Især ved rygning er et år ofte for kort til at forudsige noget, her er det kun 15-17 pct., hvor adfærdsændring er 100 pct. stabil.

For at træffe en beslutning, laves en indre pro og contra regning for at finde en beslutningslignevægt (*decisional balance*). Hvad giver den nye adfærd mig (fx anerkendelse fra andre), hvad er omkostningerne (fx at opgive vaner, at køre efter arbejdet til fitnesscenter)? Især med henblik på mulige tilbagefald skal man give overvejelsesfasen tilstrækkelig tid (Prochaska & Marcus, 1994, 164). Jo bedre beslutningen for en ny adfærd er planlagt, jo bedre er chancen for at bibeholde en ny adfærd. Derfor fører spontane nytårsforsæt sjældent til succes.



Figur 5.4. Decisional balance Vægtning af fordele og ulemper (Miller & Rollnick 2002, 15)

## 5.2. De kvalitative data sammenlignet med de kvantitative data

Der er i perioden september 2004 til juli 2006 gennemført 90 patientinterviews med i alt 30 patienter. 69 interviews blev gennemført af Kaya Roessler, og 21 interviews blev gennemført af Kristine Wagner i forbindelse med hendes specialeprojekt. Efter fem pilotinterviews blev der udarbejdet en spørgeguide til startinterviewet, halvvejsinterviewet og slutinterviewet. Der blev til evalueringen valgt en forholdsvis stor population for en kvalitativ analyse, som tillader en grundig fortolkning af materialet. Samtidig giver databasen mulighed for at sammenligne de interviewede patienter med den samlede population i Motion og Kost på Recept.

### *Alder, køn, skoleuddannelse og samliv*

Alders- og kønsfordelingen, skoleuddannelse og samliv med partner hos interviewpersonerne svarer til fordelingen i den samlede population i Motion og Kost på Recept. Alle tre henvisningsdiagnoser var repræsenteret, og der blev lagt vægt på, at patienter fra alle fysioterapiklinikker var repræsenteret i den kvalitative undersøgelse.

Tabel 5.3. Sammenligning af de interviewede patienter med alle patienter mhp. køn, alder, uddannelse og samliv (pct.)

	INTERVIEWEDE PATIENTER N= 30	ALLE PATIENTER
KØN		
kvinder	75	67
mænd	25	33
ALDER		
25-44	7	15
45-67	59	67
67-79	33	17
SKOLEUDDANNELSE		
7.-10. klasse	68	67
Gymnasial uddannelse	32	33
Bor sammen: ja	68	67
Nej	32	33

### *Arbejdssituation og indkomst*

Med henblik på arbejdssituation og indkomst svarer de interviewede patienter til alle undersøgte patienter.

Tablet 5.4. Sammenligning af de interviewede patienter med alle patienter mhp. arbejdssituation og indkomst (pct.)

	INTERVIEWEDE PATIENTER	ALLE PATIENTER
Lønmodtager	53	41
Arbejdsløs	5	6
Førtidspensionist	11	11
Pensionist	26	18
INDKOMST		
< 100.000	6	5
100.000 til 200.000	25	30
200.000 til 300.000	19	23
300.000 til 400.000	6	14
400.000 til 500.000	13	12
500.000 til 600.000	13	8
Over 600.000	19	10

### *Gennemførelse, selvvurderet helbred og fysisk form*

Tablet 5.5. Sammenligning af de interviewede patienter med alle patienter mhp. gennemførelse, selvvurderet helbred og fysisk form (pct.)

	INTERVIEWEDE PATIENTER	ALLE PATIENTER
<b>Gennemført træning</b> og kostvejledning		
Ja	82	56
Nej	19	44
<b>Selvvurderet helbred</b> (start)		
Virkelig god	0	2
God	32	27
Nogenlunde	53	55
Dårlig	16	15
Virkelig dårlig	0	2
<b>Fysisk form</b> (start)		
Virkelig god	0	15
God	11	21
Nogenlunde	26	32
Dårlig	63	27
Virkelig dårligt	0	5

Med henblik på vurdering af deres helbred svarer de interviewede patienter til den samlede population. Over 80 pct. af både de interviewede og alle patienter synes, at de har det nogenlunde eller bedre.

Til gengæld er der store forskelle med hensyn til den fysiske form og gennemførelsen af trænings- og vejledningsperioden. De interviewede patienter har en klart dårligere selvvurdering af deres fysiske form end alle patienter samlet. Til gengæld gennemfører de træning og vejledning i en betydelig højere grad end alle patienter. Det hænger muligvis sammen med, at patienterne vidste, at de vil blive interviewet igen efter træningen og endnu engang et år senere.



### Ændringer i fysisk form, kondital og vægt

Table 5.6. Sammenligning af de interviewede patienter med alle patienter mhp. fysisk form, kondital og vægt (pct.)

	INTERVIEWEDE PATIENTER	ALLE PATIENTER
<b>Fysisk form</b> (1 til 3.skema)	7	27
dårligere		
uændret	27	29
bedre	67	44
<b>Kondital</b> (slut)	77	77
Bedre		
Dårligere	24	23
<b>Vægt</b>	18	24
> 5 kg tab		
0-5 kg tab	46	59
Taget på i vægt	36	17

De interviewede patienter synes i langt højere grad end den samlede gruppe, at de har forbedret deres fysiske form gennem Motion og Kost på Recept. Deres kondital er forbedret hos tre ud af fire, hvad der næsten præcist svarer til den samlede gruppe patienter. Til gengæld taber patienterne sig ikke så meget i gruppen af de interviewede, og der er tilsvarende flere, der tager på i vægt. Det kan forklare en del utilfredse stemmer blandt de interviewede patienter.

#### KONKLUSION

En analyse af de interviewede patienter sammenholdt med resten af patienterne viser både ligheder og forskelle. Der er en ens fordeling på køn, alder, uddannelse, indkomst og samliv med en partner eller familie. Også på helbreds vurderingen ligner de to grupper hinanden, og forbedringen af konditallet efter træningsperioden er næsten ens.

Til gengæld er gennemførelsen af trænings- og vejledningsperioden markant højere hos de interviewede, hvad der kan hænge sammen med en forventning om de fremtidige interviews efter fire og tolv måneder.

De interviewede patienter har ved programmets start en meget mere negativ vurdering af deres fysiske form end hele patientgruppen. Til gengæld synes en større andel end i hele patientgruppen, at de har forbedret deres fysiske form. Det understøtter resultaterne fra kapitel fire, som viser, at jo dårligere udgangsformen er, jo bedre bliver den opnåede forbedring.

Med hensyn til vægt taber de interviewede mindre end den samlede gruppe, hvilket kan være med til at forklare udtryk for skuffelser blandt de interviewede patienter.

Sammenligningen viser, at de interviewede patienter på de undersøgte områder svarer til den samlede patientgruppe. Derfor er det sandsynligt, at resultaterne fra den kvalitative undersøgelse gælder for hele patientgruppen.

### 5.3. Analysen af de kvalitative data – relateret til spørgeguiden

Fremstillingen af de kvalitative resultater deles op i en analyse, som er relateret til spørgeguiden og en analyse, der er mere relateret til overordnede eksistentielpsykologiske emner, som patienterne kommer med.

Interviewene gav informationer om patienternes liv uden for klinikkerne og deres opfattelser af forskellige forhold. Der henvises til interviewene i analysen. De relevante emner er:

- Barrierer (økonomi, partner/familie, helbred)
- Eksistentielle emner (angst, ansvar)
- Faggrupper (læger, fysioterapeuter, diætister)
- Motivation og forventning (vægt, helbred)
- Oplevelser og forandring (vægt, kost, partner, gruppe, kriser)
- Positive forandringer (energi, bevægelighed, succes, selverkendelse)
- Negative forandringer (tilbagefald, skuffelse)
- Udslusning

Spørgeguiden til de kvalitative interviews arbejder med seks overordnede evalueringsemner, nemlig henvisning, forventninger, oplevelser, barrierer, forandring og vurdering.

Spørgeguide til det første patientinterview (baseline)	Evalueringsstemaer
1. Introduktion– Hvor er informationen kommet fra?– Hvem har bedt om henvisningen? (Patienten eller lægen) 2. Forventninger– Hvad er din hovedmotivation?– Hvad er dine forventninger?– Hvilken rolle spiller økonomien? 3. Mad og Motionsbiografi– Tidligere idrætserfaringer?– Tidligere erfaringer med kost?	<b>Henvisning</b> <b>Forventninger</b>
Spørgeguide til det andet og tredje patientinterview (efter 4 + 12 måneder)	Evalueringsstemaer
1. Situationsvurdering– Status quo?– Opfyldning af forventningerne 2. Oplevelser og barrierer undervejs– Hvad var godt, hvad var dårligt (oplevelser, tidspunkt etc.)?– Hvor ligger dine barrierer? 3. Ændringer i dit liv. Hvad har ændret sig i dit liv? (i kontakt til lægen, i kontakt til andre mennesker og i livskvalitet) 4. Vurdering– Hvad kan forbedres?	<b>Oplevelser og indtryk</b> <b>Barrierer</b> <b>Forandring/</b> <b>Udslusning</b> <b>Vurdering</b>

### Henvisning

Mange deltagere havde hørt om Motion og Kost på Recept, inden de henvendte sig til deres læge. Flere deltagere var gået til lægen med klare ideer om, at – og hvorfor – de ville starte i MKpR. Andre blev henvist af deres læge til projektet. De fleste så Motion og Kost på Recept som en understøttelse og motivationshjælp til deres planer.

»Det var mig, der spurgte lægen« (kvinde, 57 år).

»Jeg opfordrede lægen. Jeg så et opslag, da jeg gik til fysioterapi, og så opfordrede jeg min læge« (kvinde, 63 år).

»Det var min læge, der sagde, hvis jeg havde lyst til det, kunne vi prøve. Det er jo svært at komme i gang selv« (kvinde, 63 år).

»Jeg fik at vide, at der var kost og motion. Og det har jeg så valgt, da jeg indtil videre har tabt 10 kg på egen hånd, men mangler støtte som det her projekt kan give mig« (kvinde, 35 år).

Især i starten af undersøgelsen var der mange patienter, der selv henvendte sig til lægen. Det kan være pga. medieopbakning omkring projektet, hvor alle »ville gerne være med« (se kapitel 4). Efter Motion og Kost på Recept havde været i gang et stykke tid, blev det oftere lægen, der i stigende grad henviste.

### Forventninger og motivation

Motivationen for at deltage i Motion og Kost på Recept var hovedsagligt præget af et ønske om fysiske ændringer, især vægttab, desuden ønsker om at opnå en bedre kondition og ernæring. Men også psykologiske forventninger om at få et »spark« eller en psykologisk motivation spillede en rolle.

Størstedelen af patienterne er meget bevidste om deres overvægt, og deres hovedmotivation for at deltage i programmet er et ønske om at tabe sig og derved opnå større helbredsgevinster.

*»Min hovedforventning er vægttab, men selvfølgelig også bedre kondition og at få det bedre psykisk« (kvinde, 57 år).*

*»Jeg har de forventninger, at det jo ikke kan skade. Det kan kun blive godt – bedre« (kvinde, 64 år).*

*»Det var måske diætisten der trak. Fordi jeg ville godt spise på en anden måde« (kvinde, 73 år).*

Mange patienter havde store forhåbninger til programmet. De ser Motion og Kost på Recept som en mulighed for at forandre noget i deres dagligdag. Mange bruger udtrykket om »at komme i gang« eller »at få et spark«.

*»Det er for at få et spark til at komme i bedre form og få en mere balanceret livsstil. Jeg håber, jeg får en følelse af balance mellem at bruge hovedet og kroppen« (kvinde, 31 år).*

*»Min hovedmotivation var at komme i gang med motion, fordi jeg har svært ved at holde mig selv fast i det« (kvinde 45 år).*

### Oplevelser

Patienterne har både haft positive og negative oplevelser med MKpR. Det må dog siges, at det klart er de positive oplevelser, der dominerer billedet i de kvalitative interviews. Mange patienter fremhæver den positive betydning af kombinationen mellem kost og motion. For de fleste var vægttabet en af hovedforventningerne til programmet, og det er især krop og vægtens forandring, der for patienterne afgør, om MKpR har været en succes eller et mislykket tiltag.

*»Man føler sig bedre tilpas – tøjet strammer ikke alle vegne og dellerne vælter ikke ud« (kvinde, 67år).*

*»Man har det godt bagefter. Man har det på en anden måde« (mand, 71 år).*

»Jeg synes, det var godt at arbejde med en madbog, at dele med et andet menneske, når jeg ændrer min madplan. At finde ud af, at jeg er magtesløs over for mad, og at jeg på daglig basis kan få hjælp og styrke til at blive fri« (kvinde, 60 år).

Der er også en del negative stemmer og oplevelser, som ofte er knyttet til, at det forventede vægttab ikke har indfundet sig og til kursuslængden, som næsten gennemgående beskrives som for kort.

»Det, jeg har lært er, at 4 mdr. er for lidt tid. Det er efter 3 mdr. man kan se resultat, men så skal man stoppe. Det vil få mange til at aldrig komme videre« (mand, 62 år).

»Jeg vidste alt om kost og motion. Og regnede med, at jeg kunne få lagt et individuelt motionsprogram, men der var ikke tid med 10 andre personer. Jeg synes, det var meget dårligt arrangeret. I dette forløb har man glemt en meget vigtig del, det psykiske, det er vigtigt, at man er i balance med sig selv, jeg vil råde til, man tænker på det.« (kvinde, 46).

»Den første gang havde jeg det ikke godt, man glemte, at vi ikke var 20-årige, der var til fitness. Det var, som om de sagde: 'Nu skal I trække maven ind, fordi I har fået MKpR'. Så var jeg lige ved at sige, jeg har altså også betalt 750 Kroner for det« (kvinde, 73 år).

Familien og partneren spiller en vigtig rolle, både som understøttelse undervejs og som fremtidig idrætspartner. Familiemedlemmer er ofte vigtige informanter for patienterne.

»Min datter har gået dernede på Nygårdsvej, og der er også nogle hold for ældre.« (kvinde, 70år).

»Jeg har en mand, som godt kan lide det der lidt gammeldags. Men jeg laver alligevel om på det, uden at jeg siger det til ham og bruger sådan andre krydderier og sådan noget, så er det straks mere spændende« (kvinde, 63 år).

»Nej. Min mand er ikke så overvægtig, det er han ikke. Men før i tiden har vi jo ikke kunnet gå tur sammen, men det kan vi nu« (kvinde, 52 år).

### Barrierer

Motion og Kost har en patientandel på 750 kr. Efter de fire måneder skal patienterne finde eksterne motionstilbud og selv finansiere fortsættelsen. For nogle giver det problemer, mens det for andre er til at overkomme.

»Men som jeg sagde til hende: hvis jeg skulle fortsætte deroppe, så skulle jeg give 45 kr. pr. gang, og det syntes jeg var for dyrt« (kvinde, 72 år).

»Nå jamen, jeg synes ikke, det er dyrt at træne deroppe. Nu har jeg ikke betalt noget endnu, fordi jeg er bare fortsat, og det er der, jeg skal betale. Men jeg er medlem af Danmark, så for mit vedkommende bliver det ikke voldsomt dyrt« (kvinde, 67 år).

Mange patienter beskriver kropslige symptomer som en forhindring for at være mere fysisk aktive, selv om mange anerkender gevinsten af fysisk aktivitet. Men spurgt efter barriererne, er sygdom og skavanker ofte en hindring.

»Jeg har en kold skulder fra engang, hvor jeg var ved at falde ned med hovedet først. Jeg har altid haft et problem med den skulder lige siden – eller den arm« (mand, 56 år).

»Jeg har en del smerter, det har også taget lidt af energien« (mand, 56 år).

Nogle mennesker er ikke interesserede i at være fysisk aktive. De foretrækker at sidde hjemme, bevæge sig så lidt som muligt, og har det fint med det. Ganske mange angiver denne manglende lyst eller dovenskab som forhindring for at være mere fysisk aktiv.

»Jeg har altid været magelig. Fysisk har jeg ikke kunne lide at blive anstrengt og for tyve år siden var der jo ikke nogen, der sagde, at cigaretter var farlige« (mand, 63 år).

Også partner og familien spiller en vigtig rolle for oplevelsen af programmet eller med henblik på barriererne. Det er svært at forandre sit liv og sine motionsvaner, når partneren derhjemme ikke synes, det er en god idé. At forandre kostvaner og lave om på fysiske vaner er en svær proces, og der skal ikke meget til, før man falder tilbage.

»Jeg har haft nogle diskussioner med min kæreste derhjemme, hvad man må spise og ikke spise. Men vi er for gode til at åbne en flaske vin. Alkohol er jo også meget hyggeligt« (kvinde, 53 år).

»Min mand støtter mig ved at sidde hjemme og se fjernsyn. Jeg har en rigtig sød mand, men han er meget inaktiv. Han er simpelthen ikke til at hive ud af stolen. Han er også overvægtig, hvad han ikke har været før, fordi han har været postbud i 35 år, og så har han rendt på trapperne.« (kvinde, 63 år).

Til at ændre adfærd har man brug for en partner at træne med og til at leve sammen med. Ikke alle partnere i MKpR bakker op på samme måde, selv om mange patienter beskriver anerkendelsen fra familien, når de taber sig i vægt.

### *Forandring*

Det er især patienternes erfaringer med at satte sig personlige og konkrete mål og oplevelsen af at have mere energi, som har givet selverkendelse til at forandre adfærdsvaner.

*»Jeg har lært, at jeg er god nok, at jeg kan nå de mål, jeg sætter mig« (kvinde, 35 år).*

*»Jeg har lært, at det er meget energiskabende at træne systematisk« (mand, 62 år).*

*»Jeg skal motionere samt holde kostplanen for ikke 'at falde ned i kælderen igen'« (kvinde, 35 år).*

*»At der skal meget mere motion til, end jeg overhovedet kunne forstille mig« (mand 56).*

*»At det kun er mig selv, der kan ændre tingene og holde mine mål« (mand 63 år).*

I dag efterspørges ofte større fleksibilitet hvad angår arbejdsliv og fritid. Patienterne i Motion og Kost på Recept efterspørger dog det modsatte. De vil gerne have en struktur, som de skal overholde. For at opretholde adfærdsændringer, som er opnået i træningsperioden, er det vigtigt at have et meget organiseret liv.

*»Jeg har fundet ud af, at jeg er nødt til at have et mere struktureret liv for at kunne indfri min målsætning« (kvinde, 60 år).*

*»Motion skal for mit vedkommende være sat i system: faste tidspunkter på hold, hvor jeg føler mig godt tilpas og tryk« (kvinde, 52 år).*

*»Jeg har lært at strukturere min hverdag bedre, så tilberedningen af maden får lov at tage længere tid, så det er blevet til sundere retter i stedet for fastfood (kvinde, 57 år).«*

Adspurgt om deres planer for fremtiden, deler patienterne sig i to grupper. Den ene gruppe er glad for fitnesscenter, kondicykler og de andre træningsmaskiner, som de i de sidste fire måneder har stiftet bekendtskab med. De nyder, at maskinerne er kendte, overskuelige og gode til at registrere fremskridt. Den anden gruppe er ikke særligt vild med disse redskaber og fortrækker andre former for motion, såsom gang, dans, ridning osv.

*»Jeg har jo som ung gået meget til gymnastik og dans. Egentlig kunne jeg godt tænke mig også at gå til noget dans« (kvinde, 67 år).*

*»Jeg tænkte, jeg skulle ride. For jeg kan mærke, at jeg har brug for sjove ting også – ikke bare sidde på en kondicykel« (kvinde, 45 år).*

*»Og så i den roklub er der romaskiner, og der har jeg sommetider taget en tur. Men der har jeg så tænkt mig, at inden jeg er færdig her, nu begynder rosæsonen igen, altså man kan komme der hele året; men rosæsonen begynder her 1. april, og da har jeg aftalt med en veninde, at vi går ned i klubben« (kvinde, 73 år).*

Overordnet er patienterne meget tilfredse med MKpR. De synes, de har fået en god kostvejledning og nogle måneder med fysisk aktivitet under supervision. De har næsten alle accepteret træningsfaciliteterne, men også givet udtryk for, at det ikke er alle, der var vilde med »maskinrummet«. Især de ældre kvinder gav ofte udtryk for, at der var »ok« med maskinerne, men at de langt hellere ville bevæge sig anderledes, fx ved at gå tur eller lave noget i frisk luft.

Mange giver udtryk for, at træningsperioden er alt for kort for at skabe en varig forandring i levevaner.

*»Jeg tror, det er fordi, det er for kort. Man når ikke at blive så motiveret. Nu kan jeg ikke huske, det var tre måneder, så vidt jeg husker. Men det er for kort tid for mit vedkommende i hvert fald. Jeg er for gammel, jeg ved det ikke, hvad det er, der er årsagen« (kvinde, 73 år).*

En særlig kritik kom fra en gruppe patienter fra Brønshøj. De ville nemlig alle gerne have en fedtmåler til at dokumentere deres individuelle vægttab.

*»Hvor er det ærgerligt, vi ikke har en fedtmåler, fordi netop jeg, i gåseøjne, ikke taber mig på vægten, men i taljemål. Så siger diætisten: 'Der vil man jo kunne måle hvor meget din fedtprocent er faldet'. Men de har ikke sådan en der« (kvinde, 63 år).*

For at uddybe de resultater, som kom frem i den systematiske analyse af besvarelser, er desuden fortaget en narrativ analyse af de kvalitative data. Her bliver det forsøgt at fortolke patienternes svar i en mere overordnet eksistentiel sammenhæng.



#### KONKLUSION

- *Henvielse:* Halvdelen af de interviewede patienter er henvist af deres egen læge, mens den anden halvdel selv har opfordret lægen til at henvise dem til Motion og Kost på Recept. Det svarer til resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen.
- *Motivation:* De interviewede patienter nævner to hovedmotiver for at deltage i Motion og Kost på Recept. Det første motiv er et fysisk sundhedsmotiv, først og fremmest om at tabe vægt, det andet motiv er et psykologisk sundhedsmotiv. Her ses programmet som en mulighed for at få et »spark« eller ekstern motivation for at komme i gang med en større livsforandring.
- *Oplevelser:* Det er de positive oplevelser, der dominerer billedet, især oplevelsen af øget energi og oplevelsen af at arbejde med en struktureret motionsplan. Negative oplevelser er mestendels knyttet til en udeblivelse af det forventede vægttab.
- *Barrierer:* De interviewede patienter angiver magelighed og manglende lyst, problemer med deres helbred, som fx skader og økonomiske problemer med deltagerbetaling. Det understøtter resultaterne til spørgeskemaundersøgelsen.
- *Forandring:* Patienterne får mange erkendelser undervejs i forløbet, især en øget selverkendelse om deres egen rolle og ansvar i processen og den betydning, som struktur har for opretholdelsen af en fysisk aktiv livsstil. Med henblik på vedvarende fysisk aktivitet er det 75 pct. af de interviewede som gerne vil træne videre i den klinik, hvor de trænede i interventionsperioden. En mindre del af især de ældre kvindelige patienter bryder sig generel ikke om motion i klinikker/fitnesscenter og vil snarere satse på andre bevægelsesformer i fremtiden.

## 5.4. Analysen af de kvalitative data – relateret til patienternes eksistentielle narrativer

Den her beskrevne fortolkning belyser de eksistentielle fortællinger, som gemmer sig bag patienternes historier. Der spørges efter barriererne, efter de personlige historier, efter årsagerne til patienternes problemer. Der søges en forståelse for de problemer, som er forbundet med ændringen af en aktiv livsstil. Metodisk vælges til dette afsnit en narrativ tilgang. Fortællingen som metode har fået tiltagende betydning i socialvidenskab, især i sundhedsforskningen (Lieblich et al. 1998, Riessman 1998, Sparkes 2005).

I analysen af eksistentielle emner tages udgangspunkt i emnerne *angst, død, ansvar og mening*. Disse emner relateres til deltagerens barrierer for og motivation til fysiske aktivitet.

Deltagerne i Motion og Kost på Recept har forskellige erfaringer med henblik på motion. En del har tidligere dyrket meget idræt, andre har aldrig lavet noget som helst. Den følgende del af evalueringen fokuserer på de eksistentielle temaer. Patienterne i Motion og Kost på Recept har ofte været i berøring med livstruende situationer. En del har oplevet blodprop i hjertet og i hjernen, mange er belastet af kroniske smerter på grund af deres overvægt. Død, angst, ensomhed eller mening

er centrale emner, som dog sjældent bliver berørt af sundhedsforskningen. Den amerikanske læge og psykiater Irving Yalom (2003) viser, hvordan disse eksistentielle grundemner manifesterer sig såvel i den normale udvikling som i psykopatologien.

### *Angst, død og mening*

Den medicinsk-kliniske tilgang af Motion og Kost på Recept tager udgangspunkt i praktisk handling. Der spørges, hvor ofte patienterne bevæger sig, der måles blodværdier før og efter interventionen (se Roessler & Ibsen 2006). Men hvorfor taber mennesker den indre balance, hvad skjuler sig bag symptomerne? Livet er en eksistentiel udfordring, og problemer som overvægt eller afhængighed er ikke medfødt, de er resultat af individets konfrontation med eksistentielle udfordringer.

Angsten er et centralt tema i en eksistentiel tilgang til forståelse af menneskets adfærd. For deltagerne på Motion og Kost på Recept er angst et centralt emne. Bevidstheden om eksistentielle livstemaer skaber angst hos mennesker (Yalom 2003), og angst for døden kan spores hos mange patienter, der alle i en eller anden grad er blevet konfronteret med sygdomsoplevelser og advarsler fra lægen.

*»Jeg fik det pludselig dårligt. Jeg er ellers ikke syg. Så er jeg gået til lægen, som har konstateret for højt blodtryk, 225 over 150 dengang. Så er jeg med det samme flyttet fra mit sommerhus til byen, og vi er begyndt med behandlingen. Efter tre måneder havde vi klaret problemet. For havde jeg det jo fint, jeg vejede bare for meget, nemlig 115 Kilo. Men så blev jeg pludselig klar over: Det her handler om liv og død!« (kvinde, 56 år).*

*»Jeg havde hele tiden mavekramper og kastede op, jeg kunne næsten ikke gå. Jeg havde så ondt i min hals og alle sener og muskler gjorde ondt. Så havde jeg en blodprop i hjertet!« (kvinde, 63 år).*

*»Det handler om liv og død. Vi er en patientgruppe, hvor der skal tages specielt hensyn til os« (mand, 63 år).*

*»Mange af patienterne her er i akut livsfare« (kvindelig fysioterapeut).*

*»For tre års siden lå jeg dødsenssyg på Bispebjerg. Jeg havde haft 4 blodpropper i hjertet og fik blodfortyndende medicin. Og mit kolesterol var for højt. Og min læge spurgte hver gang: Nu bevæger du dig, ikke?« (kvinde, 52 år).*

Mange af patienterne i Motion og Kost på Recept er konfronteret med en sundhedstilstand, som er potentielt livstruende. På grund af deres inaktivitet og deres overvægt er risikoen for blodprop i hjertet eller i hjernen ekstremt forhøjet, og

mange patienter har allerede oplevet en eller flere infarkter. Angsten er en væsentlig faktor og kan også afholde en fra at komme i gang med motion.

*»Jeg var bange for at starte med motion, fordi dengang, da jeg fik blodproppen i hjertet, da skete det efter jeg har været til motion. Jeg havde virkelig knoklet rundt på sådan et motionshold, og så blev jeg pludselig dårlig. Så havde jeg en blodprop i hjertet! Måske har jeg derfor ubevidst fået en skræk for at yde for meget« (kvinde, 63 år).*

Men for de fleste af de interviewede patienter er angsten en del af drivkraften og motivet bag ønsket om en mere aktiv tilværelse.

Et centralt spørgsmål for mange patienter er spørgsmålet efter meningen. Når man alligevel skal dø, hvorfor skal man så gøre så stor en indsats fx for at tabe vægt? Mange patienter fortæller om depressioner og om problemer med at se meningen med den kæmpe indsats, et vægttab kræver.

*»Der er mange ensomme. De har sgu ikke noget liv ved siden af, det tror jeg ikke. Det kan jeg jo også se, når jeg ser mig selv i bakspejlet, at jo tungere man bliver, jo mere er man alene. Altså, jeg startede med 148 kilo, og nu er jeg på 125!« (mand, 63 år).*

For de fleste patienter spiller angsten for døden en rolle, inden de starter på Motion og Kost på Recept. Mange har levet intetanende om deres tilstand eller har ignoreret de fysiske sygdomssymptomer. Det er med angst som motiv, at patienterne starter Motion og Kost på Recept-forløbet. Men angsten er et motiv, der tilsyneladende ikke er holdbart i relation til at fortsætte en fysisk aktiv livsstil efter Motion og Kost på Recept. Patienternes angst mindskes med tiden, men forsvinder ikke helt. Det er vigtigt for patienterne at finde en tryghed mod angsten for sygdom, men denne tryghed findes snarere i medicinen end i at være fysisk aktiv.

### **Ansvar, struktur og kontrol**

Et andet eksistentielt emne er ansvar. Patienterne er som individer fri til at tage et ansvar.

*»Vi er eneansvarlige for vores eget liv, ikke blot for det vi gør, men også for det, vi undlader at gøre.« (Yalom 2003; 233)*

At være et frit menneske medfører et ansvar, blandt andet for eget liv og egne handlinger. Det er dybt skræmmende at være sig sit ansvar bevidst og således erkende, at man skaber sig selv og sin verden (Yalom 2003; 234). Denne angst kan medføre ansvarsundvigelse eller eksistentiel skyldfølelse. For patienterne er ansvar et centralt emne, da de ofte bliver konfronteret med angst eller eksistentiel skyldfølelse. Ansvar-

sundvigelse eller ansvarsforskydning er relevante i analysen af deltagernes udsagn. I første interviewrunde giver angsten for sygdom nogle af interviewpersonerne en ansvarsfølelse i relation til at påbegynde Motion og Kost på Recept-forløbet. Men det er et ansvar, som ofte »tillægges« en autoritet. Man bliver nødt til at gøre noget, fordi lægen har sagt det.

Mange patienter i Motion og Kost på Recept har rigtig megen tid, da de enten er pensionerede eller sygemeldte. Men det er ofte disse patienter, som har problemer med at finde »tid« til fysisk aktivitet, til at tage ansvar for deres sundhed. Deres tidsmæssige frihed og fleksibilitet betyder også, at strukturer i livet mangler, og derfor efterspørger disse patienter meget struktur. Ligeledes en form for eksternt ansvar.

*»Man kan jo spørge sig selv: Har voksne mennesker virkelig brug for at blive taget i hånden? Men det har voksne mennesker rent faktisk behov for, hvis nu motion er sådan en hurdle i deres liv. Så kan det være godt at blive taget i hånden og fulgt af sted, som om man var et barn faktisk.«* (kvinde, 57 år)

*»Man tænker bare ikke, om man går eller ikke går til træning. I øjeblikket, hvor man skal og ved, at de andre også kommer, går man. Det er fint med struktur i træningen. Man sveder, og vi er en gruppe. Det motiverer meget«* (kvinde, 58 år).

*»Motionscenteret er utrolig dyrt. Men hvis man sagde til mig: 'B., du kommer mandag og torsdag', som jeg gør nu, så vil det være rigtig, rigtig godt«* (kvinde, 63 år).

Mange patienter kan ikke finde motivationen i sig selv, og vi har angivet en række grunde til det (fx ingen tid, ingen lyst). Disse patienter spørger derfor efter en overordnet struktur. En mere rigid struktur, som lægges over dagens forløb, vil hjælpe patienterne med at afgive en del af ansvaret til en ekstern struktur, fx faste træningstider om ugen.

En anden form for struktur byder træningsmaskinerne. Maskinerne leverer tal, der kan registreres, og det virker som om disse tal har en stor motiverende effekt, især på de mandlige patienter. Maskinerne byder på kontrol, og kontrol kædes til følelsen af at kunne styre eget liv. Yalom henviser til begreberne *intern locus of control* og *ekstern locus of control*. Hvor personen med en *intern locus of control* vil opleve at have kontrol over hændelser i eget liv, vil personen med *ekstern locus of control* opleve at hændelser i livet sker uafhængigt af egne handlinger (Yalom 2003; 170). Mennesker med en indre styret kontrol er bedre til at mestre omgivelser, tilegne sig information og kontrollere egen verden, mens mennesker med en ydre styret kontrol være mindre udholdende og mere tilbøjelige til at nedgøre sig selv og søge hjælp fra andre (Yalom 2003).

## Succes og skuffelse

*»Jeg er total vild med træningsmaskinerne, især med romaskinen. Jeg vil ikke tabe mod den. Når jeg kommer derover, specielt om tirsdagen, hvor jeg er helt oppe at køre i det røde felt, så tonser jeg bare derudad. Og så når vi sådan sidder fem minutter bagefter, så falder jeg sammen, og så falder blodtrykket – altså efter 1½ time, hvor jeg simpelthen fyrer det hele af!« (mand, 63 år).*

Meget påfaldende er i det hele taget patienternes begejstring for tallene, som bliver brugt som en ekstern orientering og som strukturerende element. Især mænd udtaler sig positivt om denne form for ekstern feedback, som maskinerne giver.

*»Så skal jeg komme på min ideelle BMI, den kommer ned på 26-27« (mand, 62 år).*

*»Jeg har tabt 25 kilo« (kvinde, 64 år).*

Mette (navn opfundet), en kvindelig patient var i over 25 år ansat på universitetet. Nu er hun førtidspensioneret pga. sygdom. Hun er begejstret for Motion og Kost på Recept.

*»Alt er gået så perfekt. Egentlig havde doktor G. sagt, at jeg skulle begynde på en kolesterolbehandling; men værdierne var sådan lige, lige på vippen. Så siger han så, at jeg skal tage de piller alligevel!. 'Gu vil jeg ej!'; sagde jeg så, 'Neh, jeg skal prøve at se om Kost og Motion giver et resultat'. Det syntes han jo så var en god idé. Jeg er jo ikke meget overvægtig med 75 kg. Og jeg har gået meget. Jeg kan gå Damhussoen og engen rundt og hjem, og det er 12 km. Jeg kan gå og gå og gå og gå. Og jeg bor også på 3. sal, det hjælper jo også til styrketræning. Så har jeg fået pulstræning på centeret. Og det har så givet 6 cm i taljen på tre måneder. Det var jo tallene, laboratorietallene, jeg kom for. Det er dem, der er vigtige, altså det er det jo. Så det andet, det er jo lidt tilfældigheder. Det er tallene, der er det vigtigste!*

*Vi griner meget og har det sjovt. Vi går meget op i hinanden og støtter hinanden osv. Jamen jeg danser jo nærmest, når jeg går hjem. Jeg giver mig til at støvsuge, når jeg kommer hjem. Altså hele ens energitærskel, den er jo blevet helt vild! De kloge påstår, at i hjernen – siger doktor G., bliver udløst nogen endorfiner, når man bevæger sig på den facon der, som gør, at man får et ordentligt kick bagefter.«*

Mette er begejstret i de første to interviews. Men samtalen efter et år bringer frem, at det ikke var en varig succes. Mette går lige så meget som før, men hendes »tal« har ikke forbedret sig. Hun har opgivet at træne i klinikken, især pga. af sommer-tiden, men også fordi hendes kolesterolværdier ikke er blevet bedre.

Alle patienter er henvist til Motion og Kost på Recept på grund af en af de tre diagnoser hypertension, forhøjet kolesterol eller type 2-diabetes. Alle er blevet testet

fra begyndelsen, og deres motivation til at forbedre deres værdier eller tabe vægt var stor. Men når disse mål ikke bliver opfyldt, så er skuffelsen stor. Her forsættelsen af Mette's historie:

*»Jeg ved heller ikke, hvorfor jeg er stoppet i klinikken. De var alle søde, og projektet har været rigtig, rigtig godt. Og det har også sat en masse i gang. Jeg går jo mine gode ture, rigtig lange ture, 10 km af gangen. Men min vægt er ikke gået ned, og mine tal er ikke gået ned, desværre. Og det var ligesom mit mål. Så har jeg tabt motivationen. Så har jeg sagt til min læge, at min bevægelsesmotivation er ligesom død. Så har jeg ikke lavet noget i to uger, og hvad er der sket? Jeg har tabt to kilo! Det er dog til at grine af. Men måske starter jeg om vinteren igen i fitnessstudiet, de cykler, de havde, var fede, sådan med computer og intervaller og tal. Men altså, hvis jeg skal vælge mellem at gå en tur og motionere i studiet, så vælger man en tur. Vejret har jo været bragende godt. Og når man har gået 10 km, har man jo ikke lyst til at gå op og svede, som jeg ved ikke hvad på en motionscykel. Men det var især, at mine tal ikke blev bedre, så taber man jo motivationen, det var skuffende.«*

Patienternes skuffelse har to årsager: enten har træningen ikke givet nok resultater, eller man er skuffet over sig selv, da man ikke har kunnet tage sig sammen. Man »har en aftale med lægen, men ikke med sig selv« beskriver en patient fra Amager problemet. Viden er der, men omsætningen i praksis er et problem.

For at forstå, hvorfor mennesker tager op til 50 kilo på, må man spørge efter årsagerne. For nogle har overvægten været en livsvarig proces, for andre er det begyndt efter en graviditet. Andre har først i høj alder fået helbredsproblemer. Men næsten alle patienter beskriver, at deres spiseadfærd hænger sammen med manglende kontrol, især i forbindelse med hygge eller træthed efter en lang dag. For at føle, at sund mad eller bevægelse er til nytte i ens liv, må man være overbevist om meningen og må have opfattet de emotionelle og fysiske gevinster af bevægelse.

#### KONKLUSION

- Angst og død: Angst for svær sygdom eller død er ofte et startmotiv eller drivkraft for patienterne for at skifte livsstil og starte med Motion og Kost på Recept. Der ses en overordnet mening med projektet. Med tiden taber angsten betydning, og patienterne knytter deres tillid til medikamenterne, som giver mere tryghed.
- Ansvar og struktur: I starten tillægges ansvar for sundheden enten lægen eller det egne over-jeg (jeg burde, jeg skulle). Det lykkes dog for en del af patienterne at internalisere ansvaret og opleve motion som eget projekt. En fast struktur opleves i denne sammenhæng som støttende, da den forbinder selvansvar med et eksternt ansvar.
- Succes og skuffelse: For de interviewede patienter skifter oplevelsen ofte mellem succes, som oftest beskrevet som vægttab, men også som øget energi. Skuffelsen til gengæld er næsten altid knyttet til øgning af udgangsvægten.

## 5.5. Diskussion og konklusion

At en person tager ansvar for eget liv, vil noget, forpligter sig til noget, beslutter noget og herefter handler, er en kompleks forandring, der ofte kræver understøttelse. I forhold til Motion og Kost på Recept fungerer denne komplekse proces kun delvis, hvilket er forståeligt, da det ikke er nemt at ændre sit liv grundlæggende. Et vigtigt hjælpemiddel til at ændre holdning og handling er forpligtelse – både over for sig selv og også her især over for andre. Især den sociale *forpligtelse* oplever mange af de interviewede patienter som en vigtig faktor i relation til deres deltagelse i Motion og Kost på Recept. Selv om det ikke i egentlig forstand er en forpligtelse over for en selv, så er her dog tale om en forpligtelse (over for andre), der kan resultere i handling og adfærsændring.

Patienterne kom med store *forventninger* til Motion og Kost på Recept. De fleste (ni ud af ti) forventede at tabe sig og opnå et bedre helbred, og mange ville ændre deres motionsvaner og kostvaner og få mere viden om sund kost. Der er mange af patienternes oprindelige forventninger, som er blevet opfyldt. Næsten halvdelen af patienterne oplevede en forbedring af deres helbred i løbet af perioden med Motion og Kost på Recept. Patienterne er ifølge deres egen vurdering også blevet mere fysisk aktive. Måske ikke i det omfang, der var nødvendigt for at ændre blodværdierne drastisk, men der er kommet en del mere rask gang, havearbejde og cykling ind i patienternes liv.

De *sociale aspekter* viste sig at spille en større rolle, end der blev forventet fra starten. At træne fire måneder i en gruppe har haft meget positive sideeffekter, som rækker fra fælles oplevelser til en uvurderlig hjælp til motivation.

Patienterne har haft forskellige *oplevelser* med henblik på motion, afhængig af deres tidligere erfaringer, deres helbredstilstand og deres lyst. En del af patienterne er

i risikogruppen med svære sundhedsmæssige problemer eller er belastet af kroniske smerter på grund af deres overvægt. Evalueringen af det selvoplevede helbred i starten af undersøgelsesperioden viser, at flertallet af patienterne synes, deres helbred er godt eller nogenlunde. Efter fire måneder er det selvoplevede helbred endnu bedre. Mange oplever sig altså subjektivt ikke som dårlige eller syge. Men den kvalitative analyse viser, at angst (fx for at få en ny blodprop) eller spørgsmålet efter mening alligevel er centrale emner for patienterne.

Især spørgsmålet om *meningen* bliver i mange interviews fremført. Hvorfor skal man gøre så stor en indsats for at tabe vægt? Mange patienter fortæller om depressioner og om problemer med at se meningen med den store personlige indsats, et vægttab kræver. Patienterne er i en ond cirkel, hvor et depressivt adfærdsmønster bestemmer deres hverdag. De føler sig ikke gode nok og ved, at de burde gøre noget. Samtidig mangler de energi til at tage sig sammen, ofte fordi et vægttab på mange kilo virker uoverskueligt. De undgår at lave noget, og der sker ingen forandring. For at bryde denne depressive cirkel er det vigtigt, at beslutningen om at forandre noget opleves som individuel målsætning, noget, den enkelte tager ansvar for. En vigtig faktor er derfor beslutningen, opstarten, eller som patienterne kalder det, at »tage sig sammen« og »komme i gang«. Mange fortæller, at de har problemer med at finde eller tage sig »tid« til fysisk aktivitet. Ofte på trods af, at de er pensionerede eller sygemeldte. Et centralt element er her manglen på *struktur* i hverdagen.

Motion og Kost på Recept har i fire måneder budt på denne strukturering af tiden og aktiviteten, hvad der er blevet oplevet som givtigt. De fleste beskriver de fire måneder som en alt for kort periode til varig adfærdsændring. For målgruppen i Motion og Kost på Recept er det især en fast struktur i kendte omgivelser, som danner grundlaget for en varig forandring af livsstilen. Den faste tidsstruktur har hjulpet patienterne med at »afgive« en del af ansvaret. Strukturen i denne forstand aflaster patienterne. Struktur består ikke kun i motion som en del af dagens skema. Også selve træningsmaskinen byder på struktur. Maskinerne leverer tal, der kan registreres, og det virker, som om disse tal har en stor motiverende effekt. Det skal dog også siges, at tallene både har en positiv og en negativ effekt. Alle patienter er blevet testet fra begyndelsen, og deres motivation til at forbedre deres værdier eller tabe vægt var stor. Men når deres forventede mål ikke bliver opfyldt, så er skuffelsen lige så stor. Patienternes skuffelse har to årsager: Enten har træningen ikke givet nok resultater. Eller man er skuffet over sig selv, fordi man ikke har kunnet tage sig sammen. Man »*har en aftale med lægen, men ikke med sig selv*« beskriver en patient problemet. Viden er der, men omsætningen til praksis er et problem.

En vigtig del af evalueringen har prøvet at forklare, hvorfor nogle patienter falder fra, mens andre »holder fast« og fortsætter. Spørger man patienterne, så angiver de en bred vifte af helbredsmæssige, arbejdsmæssige og private faktorer, som afholder dem fra at være mere fysisk aktive. Mange deltagere i Motion og Kost på Recept



har haft helbredsmæssige problemer pga. deres overvægt og deres startdiagnoser. Det kan for eksempel være besvær med bevægeapparatet såsom smerter i hofter eller knæ, det kan også være problemer efter fald eller operationer. For nogle af de yngre patienter er det ofte problemer med at forbinde arbejde, familieliv og fysisk aktivitet i hverdagen, som har skabt en mangel på bevægelse og sund kost. Andre angiver, at de bare er for magelige til at bevæge sig.

Patienterne har også svaret på, hvad der vil hjælpe dem til at komme i gang med at motionere. Halvdelen svarer, at en fast motionsgruppe eller makker vil hjælpe, og en lige så stor del vil gerne have et fast tidspunkt, hvor de kan motionere. Derved adskiller denne gruppe sig fra den almindelige motionsudøver, der i stigende grad lægger vægt på fleksible tidspunkter og muligheder for at motionere.

Motion og Kost på Recept tilbyder en behandling af sundhedsmæssige problemer gennem kostvejledning og fysisk aktivitet. Når man træner regelmæssigt, sker der noget både i krop og sind. Det afspejler sig såvel i de fysiologiske som i de psykologiske parametre. Et år med fire måneders træning, tests og opfølgende samtaler med en diætist kan give anledning til at skifte adfærd på lang sigt. Motion og Kost på Recept kan ikke løse eksistentielle problemer, men kan byde på en korrigerende oplevelse, som sætter en positiv proces i gang.

Motion og Kost på Recept er et gennemtænkt og velstruktureret projekt. Lykkes det, så udgør det en *korrigerende erfaring* for at leve livet, som forhåbentlig holder ved i fremtiden. Men projektet kan ikke udføre mirakler gennem så kort en tidsperiode. Her kan de bedste »motiverende samtaler« (som både diætister og fysioterapeuter bliver uddannet til) ikke hjælpe. Der er mange årsager til, at man bliver overvægtig. Det kan være af helbredsmæssige årsager, men også traumatiske oplevelser eller andre psykiske oplevelser kan spille en rolle. Det er ofte disse eksistentielle oplevelser, som gør en længerevarende forandring kompliceret. Men når det virker, så er motivationen stor.

*»Jeg har smidt mit gamle tøj ud. Der skal ikke være nogen vej tilbage. Det er da også lige en ting, man skal få sig til at overveje, det her slipper jeg da aldrig ud af. Det tror jeg sgu ikke. Men det har jeg det meget godt med lige nu. Jeg bliver da nødt til at fortsætte, fordi jeg skal ikke tilbage, det skal jeg ikke« (Mand, 63 år).*

## 6. Sundhed

I dette kapitel belyses to spørgsmål. Først undersøges det, om det er den rigtige patientgruppe, der er blevet henvist til MKpR. Dernæst analyseres det, hvilken effekt deltagelsen i MKpR har haft på patienternes sundhed. Først efter fire måneders træning på en klinik og dernæst efter yderligere otte måneder, hvor patienten selv har været ansvarlig for træningen.

### 6.1. Henvisning til MKpR

For at blive henvist til MKpR skulle patienten som udgangspunkt være diagnosticeret med en eller flere af de faktorer, der kendetegner det metaboliske syndrom: høje blodlipider, insulinresistens og forhøjet blodtryk. Med henblik på vægt fastsattes en grænse på BMI  $<35$ , fordi erfaringer fra Motion på Recept i Ribe Amt havde vist, at forskellige praktiske forhold begrænsede de stærkt overvægtiges mulighed for at deltage i gruppemotion. Her følger en beskrivelse af, hvordan hele patientgruppen, samt forskellige undergrupper, tegnede sig ved henvisning til MKpR.

#### *BMI, vægt og taljemål*

I gennemsnit for gruppen lå BMI på 32,4, og vægt og taljemål var henholdsvis 92,5 kg og 106,1 cm. Der var kun lille variation i BMI mellem kvinder og mænd og mellem forskellige aldersgrupper, hvilket også reflekteres i vægt og taljemål, med en tendens til at de yngste kvinder ( $<40$  år) var noget mere overvægtige (BMI 33,7) end de øvrige deltagere.

#### *Kondition*

Middelværdien for kondition i den samlede gruppe var 22,6 ml  $\text{kg}^{-1} \text{min}^{-1}$  med meget små differencer mellem kvinder og mænd og mellem de yngste og de ældste. Igen afveg de yngre kvinder med et noget højere kondital på trods af deres relativt høje vægt.

#### *Blodtryk*

Det systoliske blodtryk var i gennemsnit 141 mmHg og det diastoliske 86 mmHg. Hos kvinderne sås en sammenhæng mellem alder og systolisk blodtryk, men ikke hos mændene. For det diastoliske blodtryks vedkommende kunne der ikke påvises nogen relation til køn eller alder.

### *Insulinresistens*

Middelværdien for fastblodsukker var 6,5 mmol l<sup>-1</sup> og det glykosylerede hæmoglobin (HbA1C) lå også i gennemsnit på 6,5 pct. Ingen af disse variable kunne relateres til alder, men mændenes fastblodsukkerværdi var 0,8 mmol l<sup>-1</sup> højere end kvindernes.

### *Blodlipider*

Kolesteroltallet lå i gennemsnit på 5,7 mmol l<sup>-1</sup> med en tendens til en noget højere værdi hos kvinderne og hos patienter under 40 år uanset køn. LDL-kolesterol fulgte totalcholesterol niveauet med en værdi på 3,5 mmol l<sup>-1</sup> i gennemsnit for hele gruppen. Tallet var ca. 0,5 mmol l<sup>-1</sup> højere for kvinder og de højeste værdier blev fundet hos de yngste kvindelige patienter. HDL-kolesterol fulgte et lignende mønster. Middelværdien for hele gruppen var 1,36 mmol l<sup>-1</sup>; kvindernes værdi lå ca. 0,2 mmol l<sup>-1</sup> højere men uden nogen aldersrelateret forskel. Relationen mellem det »dårlige« og det »gode« kolesterol (LDL-/HDL-kolesteroloratio) var i gennemsnit 2,6; kvinderne havde et noget lavere niveau, og den laveste ratio sås hos de, der var under 40 år.

Middelværdien for blodets triglyceridniveau var 1,9 mmol l<sup>-1</sup> med ret stor variation mellem mænd og kvinder og mellem aldersgrupper. Mænd over 40 år havde en middelværdi, der var ca. 0,5 mmol højere end hos kvinderne, og den højeste værdi på 0,7 mmol l<sup>-1</sup> over hele gruppens middeltal kunne noteres hos mænd mellem 40 og 59 år.

### *Blev de rigtige patienter henvist til MKpR?*

Hovedkriterierne for henvisning til MKpR var relateret til en eller flere af de diagnoser, der indgår i det metaboliske syndrom, dvs. forhøjet blodtryk, høje blodfedtværdier og insulinresistens, ofte kombineret med et højt BMI. Det er let at konstatere, at de patienter, der blev henvist til og som startede på MKpR, opfylder disse kriterier. Gruppen har endvidere et lavt konditionsniveau, som er lige udtalt uanset alder og køn. Variationen omkring middelværdien for den lave kondition er stor, men ca. 95 pct. af de til MKpR henviste patienter har en kondition, der er så lav, at det indebærer en forøget risiko for præmatur kronisk sygdom (Pedersen & Saltin 2006, Haskell et al. 2007; Nelson et al. 2007). Det gælder for begge køn, uanset alder og uddannelse. Sammenhængen mellem kondition og det af patienterne angivne selvopfattede fysiske aktivitetsniveau, samt hvordan de vurderer deres egen fysiske kapacitet, er lille. I lyset af, hvor mange der angiver, at de rimeligt opfylder sundhedsanbefalingerne, burde hverken gennemsnitsværdien for kondition eller antallet af de patienter, der i relation til alder har et normalt niveau, være så lavt. Måske kan den skævhed, vi kan notere, ses som et udtryk for, at i dagens samfund kan hverdagsaktiviteterne udføres af de

fleste, uden at der stilles særlige krav til fysisk belastning. Dermed følger, at man let overvurderer sine egne fysiske evner.

Kropsvægten indgår i beregningen af konditallet (maksimal iltoptagelse;  $l \text{ min}^{-1} / \text{vægt}$ ;  $\text{kg} = \text{kondital}$ ). Det medfører, at gruppens lave middelværdi for kondital til dels kan forklares med deres overvægt. Ligeså klart er det dog, at hvis gruppen havde været normalvægtig ( $\text{BMI} < 25$ ), så havde konditionen alligevel været lav. Det gælder specielt for den yngre del af gruppen, dvs. de, der er under 55-60 år. En analyse på individniveau forstærker dette billede. Ganske vist er de patienter, der har den laveste kondition, også kraftigt overvægtige, men selv når der korrigeres for dette, så er det absolutte niveau for aerob kapacitet (maksimal iltoptagelse uden hensyntagen til vægt) lavt eller endog meget lavt hos de fleste af disse patienter. Yderligere belæg for, at det ikke kun er patienternes overvægt, der forårsager deres lave kondition, kommer fra det faktum, at de patienter, der har et BMI på over 32 ganske vist har en signifikant lavere kondition, men forskellen i middelværdi var kun  $3 \text{ ml kg}^{-1} \text{ min}^{-1}$ . Det kan også bemærkes, at de, der havde et BMI på under 32 også havde en så lav kondition som  $\sim 25 \text{ ml kg}^{-1} \text{ min}^{-1}$ . Da de patienter, der blev henvist til MKpR, var af normal højde i relation til køn og alder, så betyder det, at BMI værdien er et udtryk for en kropssammensætning med et højt fedtindhold. Det høje tal på taljemål underbygger denne antagelse og angiver også, at fedme på maven var almindeligt forekommende, og det gælder i alle aldre og for begge køn. Der synes ikke være en relation mellem disse forhold og patienternes socio-økonomiske forhold eller uddannelsesmæssige baggrund.

For de kliniske variables vedkommende (blodtryk, blodfedter, fasteglukose / HbA1C) medfører de valgte grænseværdier, at gruppen er heterogen, med et stort antal personer, der har høje værdier og en restgruppe i normalområdet. Dog er antallet af patienter med værdier øverst i normalområdet eller over den fastlagte øvre grænse for normalområdet stort, fordi andelen af patienter, der har dobbelt eller tredobbelt diagnose er meget stor ( $> 85 \text{ pct.}$ ). Det skal samtidigt påpeges, at der er få personer med exceptionelt høje værdier. Det er naturligt og kan forklares med, at de patienter, der f.eks. har en nyligt diagnosticeret hypertoni med markant forhøjet blodtryk, primært vil blive behandlet med farmaka. Lignende forhold gælder for de to andre diagnoser (høje blodfedtniveauer / insulinresistens).

En analyse af kondition og kropssammensætning for de tre diagnoser viser, at patienter med forhøjet blodtryk ( $> 140 \text{ mmHg}$ ) havde samme kondition og vægt, som patienterne med lavere blodtryk. I gruppen med insulinresistens var konditionen noget lavere ( $22,5 \text{ vs } 24,3 \text{ ml kg}^{-1} \text{ min}^{-1}$ ) og vægten var højere ( $94,5 \text{ vs } 89,0 \text{ kg}$ ) sammenlignet med patienter uden insulinresistens. Der var også forskelle at notere for disse variable mellem de patienter, der havde forhøjede kolesteroltal ( $> 5 \text{ mmol l}^{-1}$ ) og de patienter, der lå under denne grænseværdi, men differenserne var mindre og ikke signifikante. Konditionen var hos sidstnævnte grupper  $24,2$

sammenlignet med  $23,1 \text{ ml kg}^{-1} \text{ min}^{-1}$  og vægten var  $90,0$  sammenlignet med  $91,9 \text{ kg}$ .

På spørgsmålet om, hvorvidt den rigtige patientgruppe er blevet henvist til MKpR, må svaret ubetinget være ja. Alle har verificerede tegn på begyndende sygdom eller har manifest sygdom, hvor forøget fysisk aktivitet – eventuelt kombineret med en vægtreduktion – vil kunne påvirke sygdomsforløbet i positiv retning (Pedersen & Saltin, 2006)

## 6.2. Den sundhedsmæssige effekt af de første fire måneder i MKpR

I det følgende gennemgås først effekterne af de fire måneder med kostvejledning og træning under ledelse af en fysioterapeut. I det efterfølgende afsnit belyses det, hvordan det så ud et år efter, at patienten var begyndt i MKpR, dvs. efter i ca. 8 måneder selv at have haft ansvaret for at træne.

Efter de første fire måneder er der testresultater for ca.  $2/3$  af de patienter, der startede på MKpR. Selvom frafaldet var stort, så er der komplette datasæt for lidt over 1000 personer. Patientgruppen, der også har gennemført den afsluttende test, er væsentligt mindre, fordi en betydelig del af patienterne ikke møder op til den sidste test (se tabel 3.1.). Frafaldet vanskeliggør analysen, men når det gælder om at vurdere de sundhedsmæssige effekter, er problemet begrænset. Det skyldes, at de patienter, der forbliver i undersøgelsen efter 4 og 12 måneder til forveksling ligner den gruppe, der initialt indgik i MKpR projektet. Dette gælder både for alle de variable, som var diagnosekriterier, og for kropssammensætning og kondition (tabel 6.1.)

Tabel 6.1. Sammenligning af BMI, vægt, taljemål, kondition, blodtryk og blodværdier ved (1) patienternes start i MKpR, (2) ved afslutningen af træningen på klinikken og (3) et år efter start for A) alle de patienter, som startede på MKpR og dem der gennemførte testen efter 4 måneder, samt B) de patienter, som fuldførte testen efter 12 måneder med angivelse af deres middelværdier efter 0, 4 og 12 mdr. (angivet som middelværdi  $\pm$ SD)

		1. test (ved start)	2. test (ved afslutning af træning på klinik 4 mdr. efter start)	3. test (et år efter start)
<b>BMI</b>				
A	n	1684	1034	
	middelværdi	$32,4 \pm 5,3$	$31,6 \pm 5,1$	
B	n	445	445	445
	middelværdi	$31,8 \pm 5,3$	$30,7 \pm 5,1$	$30,5 \pm 5,1$

		1. test (ved start)	2. test (ved afslutning af træning på klinik 4 mdr. efter start)	3. test (et år efter start)
<b>Vægt, kg</b>				
A	n	1686	1034	
	middelværdi	92,5±18,1	89,1±17,2	
B	n	445	445	445
	middelværdi	90,7±18,1	87,3±17,2	87,4±17,4
<b>Taljemål, cm</b>				
A	n	1676	1003	
	middelværdi	106,1±13,6	101,4±12,8	
B	n	423	423	423
	middelværdi	105,2±14,0	100,3±12,9	100,4±13,4
<b>Kondition, ml kg<sup>-1</sup> min<sup>-1</sup></b>				
A	n	1486	918	
	middelværdi	22,6±7,5	26,7±8,8	
B	n	340	340	340
	middelværdi	23,6±8,0	28,2±9,2	26,8±9,3
<b>Systolisk blodtryk, mmHg</b>				
A	n	1596	796	
	middelværdi	141±17,0	136±16,4	
B	n	296	296	296
	middelværdi	142±14,9	137±14,2	136±14,4
<b>Diastolisk Blodtryk, mmHg</b>				
A	n	1596	793	
	middelværdi	86±10,6	82±9,9	
B	n	296	296	296
	middelværdi	86±9,2	82±9,8	82±8,8
<b>HbA1C, %</b>				
A	n	1149	698	
	middelværdi	6,5±1,4	6,2±1,0	
B	n	218	218	218
	middelværdi	6,7±1,1	6,4±1,0	6,3±1,0

		1. test (ved start)	2. test (ved afslutning af træning på klinik 4 mdr. efter start)	3. test (et år efter start)
<b>Fasteglukose, mmol l<sup>-1</sup></b>				
A	n	1473	851	
	middelværdi	6,5±2,6	6,1±1,6	
B	n	295	295	295
	middelværdi	6,4±1,8	6,0±1,5	6,1±1,6
<b>Totalkolesterol, mmol l<sup>-1</sup></b>				
A	n	1585	936	
	middelværdi	5,7±1,2	5,4±1,2	
B	n	364	364	364
	middelværdi	5,8±1,3	5,4±1,2	5,3±1,1
<b>LDL kolesterol, mmol l<sup>-1</sup></b>				
A	n	1484	885	
	middelværdi	3,5±1,0	3,3±1,0	
B	n	320	320	320
	middelværdi	3,5±1,1	3,3±1,0	3,2±1,0
<b>Triglycerider, mmol l<sup>-1</sup></b>				
A	n	1535	902	
	middelværdi	1,9±1,2	1,7±1,2	
B	n	338	338	338
	middelværdi	1,9±1,3	1,7±1,4	1,6±0,8

### *Fire måneders træning under ledelse af fysioterapeut*

I løbet af de første fire måneder med træning under ledelse af en fysioterapeut og kostvejledning af en diætist blev patienternes vægt i gennemsnit reduceret med 3,4 kg (3,9 pct.) og taljemålet med 4,7 cm (4,4 pct.) Opgjort i BMI svarer det til en reduktion fra 32,4 til 31,6. Den maksimale iltoptagelse blev i gennemsnit forøget fra 2,09 til 2,38 l min<sup>-1</sup>, svarende til 11 pct.. Konditionen blev dermed forøget med 4,1 til 26,7 ml kg<sup>-1</sup> min<sup>-1</sup> eller med 18 pct. Differensen mellem forøgelsen på hhv. 11 pct. og 18 pct. skyldes vægtreduktionen. Ovennævnte forandringer var i samme størrelsesorden for begge køn og variationen i relation til alder var minimal.

I gennemsnit blev det systoliske blodtryk reduceret med 5 mmHg til 136 mmHg og det diastoliske blodtryk med 4 mmHg til 82 mmHg. Kvinder og mænd opnåede samme forandring, og effekten på blodtrykket var den samme i de forskellige aldersgrupper. Der var en klar tendens til en større reduktion hos de, der initialt havde de højeste blodtryksværdier. De patienter, der i starten havde et systolisk blodtryk på over 140 mmHg, fik i gennemsnit reduceret deres systoliske blodtryk med 9 mmHg, og de, der startede med et diastolisk blodtryk over 90 mmHg, opnåede en gennemsnitlig reduktion på 6 mmHg. Patienterne med forhøjet blodtryk havde initialt ensartede vægt og kondition, og de reducerede deres vægt og forhøjede deres kondition på ensartet vis, dvs. at denne undergruppe alene adskilte sig fra hele patientgruppen hvad angår blodtryk.

Både fasteglukose og HbA1C blev positivt påvirket af MKpR. Mændenes værdier var initialt lidt højere for disse variable end kvindernes, og de opnåede også en lidt større reduktion på 0,5 sammenlignet med 0,3 mmol l<sup>-1</sup> for kvinder, hvilket medførte, at mændene kom ned på 6,4 mmol l<sup>-1</sup> og kvinderne kom under 6,0 mmol l<sup>-1</sup>. Mønsteret gentager sig for HbA1C, hvor mændene opnåede en reduktion på 0,5 pct. til 6,6 pct. og kvinderne i gennemsnit reducerede deres værdi med 0,3 pct. til 6,2 pct.. Både mænd og kvinder med insulinresistens reducerede deres vægt og forbedrede deres kondition i samme størrelsesorden som hele gruppen (3,0/3,4 kg og 4,4/4,5 ml kg<sup>-1</sup> min<sup>-1</sup>). Der var en tendens blandt mændene til, at de patienter, der initialt havde de højeste værdier for HbA1C (>7,0) og fasteglukose (>6,5 mmol l<sup>-1</sup>) opnåede en større reduktion, men forskellen var lille (0,60 vs 0,45 og 0,55 vs 0,40) og ikke relateret til en større vægtreduktion eller en større stigning i kondition.

På samme måde blev blodlipid-niveauet påvirket af MKpR. Kolesterolniveauet blev reduceret med 0,3 mmol l<sup>-1</sup> til 5,4 mmol l<sup>-1</sup>, hvilket var relateret til en tilsvarende sænkning af LDL-kolesterol til 3,3 mmol l<sup>-1</sup> og et uforandret HDL-kolesterol (1,35 mmol l<sup>-1</sup>). På trods af kvindernes initialt noget højere kolesteroltal, så opnåede begge køn en ensartet reduktion, uanset alder. LDH-/HDL-ratio blev reduceret fra 2,6 til 2,4 og igen var nedgangen den samme for kvinder og mænd. De små differenser, der sås i starten af MKpR forløbet mellem de patienter, der havde et kolesteroltal på henholdsvis over og under 5,0 mmol l<sup>-1</sup>, kunne også observeres efter 4 måneders træning. Det betyder, at de opnåede forandringer i kondition og vægt var ensartede og af samme størrelsesorden som for resten af patientgrupperne. Tilsvarende opretholdt mændene deres lidt højere TG koncentration efter træningsperioden, idet både kvinder og mænd reducerede deres TG værdier med 0,3 mmol l<sup>-1</sup> til hhv. 1,5 og 1,9 mmol l<sup>-1</sup>.

Afslutningsvis skal vi se på, hvordan de patienter, der initialt lå henholdsvis lavt i kondition og højt i vægt i forhold til hele gruppens middelværdi, udviklede sig i løbet af de fire måneder. Gruppen med en kondition på <23 ml kg<sup>-1</sup> min<sup>-1</sup>



havde som middelværdi en kondition på  $17,8 \text{ ml kg}^{-1} \text{ min}^{-1}$ , hvilket de forøgede til  $22,6 \text{ ml kg}^{-1} \text{ min}^{-1}$  (26 pct.). Gruppen med det bedre udgangspunkt (en kondition på  $>23 \text{ ml kg}^{-1} \text{ min}^{-1}$ ) forbedrede sig fra  $29,8$  til  $32,5 \text{ ml kg}^{-1} \text{ min}^{-1}$  (9 pct.). Anderledes ser det ud for de, der initialt havde høj BMI/vægt. Patienterne med en BMI  $>32$  fik en vægtreduktion på  $3,4 \text{ kg}$ , dvs. identisk med den gennemsnitlige vægtreduktion for hele gruppen. På tilsvarende vis var der ingen difference i størrelse på den opnåede konditionsforøgelse, uanset om BMI lå over eller under 32. Konditionsforøgelse var i gennemsnit på lidt over  $4 \text{ ml kg}^{-1} \text{ min}^{-1}$  også for patienter med højt BMI.

### *Er sundhedseffekten tilfredsstillende?*

Resultaterne af MKpR efter 4 måneder med træning under ledelse af en fysioterapeut er entydige. De patienter, der gennemfører programmet, forøger deres kondition og reducerer deres vægt. Samtidig sænkes blodtryk, blodsukkerniveau og HbA1C værdien. Sidstnævnte variabel reflekterer glukoseniveauet i den sidste del af træningsperioden. Også blodlipidniveauet påvirkes positivt, idet værdierne for både kolesterol, LDL-kolesterol og TG reduceres noget.

To spørgsmål, som kan stilles er 1) om de registrerede effekter er i den forventede størrelsesorden, og 2) om de er af betydning for deltagernes sundhed.

Først skal det bemærkes, at vægtreduktion ikke var et mål i sig selv i MKpR projektet, hvorimod en forbedring af deltagernes kondition var en defineret målsætning. En gennemsnitlig forøgelse i kondition på  $4 \text{ ml kg}^{-1} \text{ min}^{-1}$  lyder ikke af meget, men den relative forøgelse på 18 pct. må bedømmes som værende højst acceptabel over en så kort periode som 4 måneder. Det skal tages i betragtning, at de allerfleste patienter var helt uden træningserfaring. For manges vedkommende gik de første uger med almen bevægelsestræning, og da der var tale om gruppetræning, så skete individualiseringen af træningen og forøgelsen af intensitetsniveau kun gradvist under forløbet.

Projektet havde ikke defineret et nøjagtigt mål for forbedring af kondition, men det er fastslået i epidemiologiske studier, at risikoen for kronisk sygdom og død er lav ved en kondition på  $>28-30 \text{ ml kg}^{-1} \text{ min}^{-1}$  (Blair et al., 1996). Gruppen nåede tæt på dette niveau, men ikke helt der op. De manglende 2 til  $3 \text{ ml kg}^{-1} \text{ min}^{-1}$  kan delvis tilskrives aldersfordelingen i gruppen (en stor andel af patienterne var over 60 år). Det skal understreges, at en del af den opnåede forbedring i kondition skal tilskrives deltagernes vægtreduktion. Således kan forbedringen i kondition for 60 procents vedkommende tilskrives en reel forøgelse i den aerobe kapacitet og for 40 procents vedkommende den opnåede vægtreduktion.

Sværere er det at angive den relative rolle, som henholdsvis konditionsforøgelse og vægtreduktion har spillet for de observerede forbedringer i de undersøgte sundhedsvariable. Blodtryksænkningen var formentlig primært en funktion af træning

og den forbedrede kondition. Vægtreduktionen er derimod en vigtig forklaringsfaktor for forandringerne i blodlipid- og blodsukkerniveau. Det er svært at angive graden af betydningen af vægtreduktionen i eksakte tal, men den må antages at være af mindst samme størrelsesorden som betydningen af forøgelsen i aerob kapacitet. I denne sammenhæng er det vigtigt at notere sig, at taljemålet reduceres. Det antyder, at abdominalfedt har bidraget til reduktionen i vægt, som så efterfølgende får konsekvens for hormonbalance og stofskifte.

De observerede forandringer i blodfedter og blodglukoseniveau kan synes små, men igen skal den relativt korte træningstid tages i betragtning. For at forbedre insulinresistens og blodlipidniveau kræves der en omstilling af stofskiftet. Det sker først, når træningen (og en bedre kost) har haft en effekt på bl.a. skeletmuskulaturens enzymer og transportproteiner. Det er en proces, som tager uger eller mere. Da træningen for de fleste patienters vedkommende er startet langsomt op, vil en adaptation af skeletmuskulaturen sandsynligvis først være af funktionel betydning efter 2-3 måneder. I det perspektiv har et ændret stofskifte på kort tid »nået« i markant grad at påvirke blodlipid- og blodglukoseniveauer.

Det andet vigtige spørgsmål er så, om de observerede positive forandringer i blodtryk og blodvariable har en sundhedsmæssig effekt. Det skal dog først konstateres, at en medikamentel behandling over samme tidsperiode muligvis ville have resulteret i en større effekt, men den ville ikke have været markant større (Knowler et al. 2002; Fagard 2006; Pedersen & Saltin 2006). En reduktion af det systoliske blodtryk med 5 mmHg beregnes til at formindske risikoen for *stroke* med 30 pct. og for iskæmisk hjertesygdom med 20 pct. (Lewington et al. 2002; Cornelissen & Fagard 2005). På tilsvarende måde giver en sænkning af kolesteroltallet (total og LDL-kolesterol) på 0,2-0,3 mmol l<sup>-1</sup> en forventet reduktion i risiko for iskæmisk hjertesygdom på 20 pct. (Pedersen & Saltin 2006; Slentz 2007). Samtidig skal det understreges, at en reduktion af HbA1C til under 7,0 markant formindsker risikoen for alvorlige komplikationer som følge af dårlig blodsukkerkontrol (Lindström et al. 2006; Lindgren et al. 2007).

### 6.3. Effekten af træning på egen hånd – opfølgning efter 8 måneder.

For at MKpR skal være af værdi for individet og samfundet er det helt afgørende, at træningen er vedvarende. Effekten af træning er nemlig ikke vedvarende. Hvis ikke aktivitetsniveauet opretholdes, så forsvinder effekten af at være fysisk aktiv i løbet af nogle måneder. Langtidseffekten af MKpR kan derfor kun vurderes, fordi ca. 400 af de patienter, der startede på MKpR, også gennemførte den afsluttende test ca. et år efter, at de var startet i programmet. Det betyder, at middelværdien for de forskellige variable kan adskille sig fra de værdier, der redegjordes for ved start

og afslutning af de 4 måneders træning under ledelse af fysioterapeut. Differenserne er dog små og mønstret for ændringer fra 0 til 4 måneder og fra 4 til 12 måneder påvirkes ikke (tabel 6.1).

### *Objektive mål*

Ingen af målene for kropssammensætning (BMI, vægt, taljemål) ændrede sig i perioden fra 4 til 12 måneder. Den opnåede vægtreduktion blev dermed opretholdt. Konditionen ændrede sig heller ikke yderligere og var i gennemsnit  $\sim 27$  ml  $\text{kg}^{-1}$   $\text{min}^{-1}$  efter 12 måneder. Blodtrykket fulgte samme mønster, dvs. middelværdien for både det systoliske og det diastoliske blodtryk var i normalområdet og var uændret sammenlignet med umiddelbart efter de fire måneders træning. Fastebloodsukker og HbA1C fulgte samme mønster. I princippet var der heller ingen ændringer i de forskellige blodlipidvariable, men der var en svag tendens til, at kolesterol/LDL-kolesterol og TG var lavere efter 12 måneder sammenlignet med efter 4 måneders testen ( $0,1$  mmol  $\text{l}^{-1}$ ). HDL-kolesterol, som initialt var  $1,36$  mmol  $\text{l}^{-1}$  var uændret over hele observationsperioden. For de stofskifte-relaterede variable betyder det, at de forbedringer, der blev opnået i de første 4 måneder, blev opretholdt og var om noget yderligere forbedrede. En majoritet af patienterne var dermed nær grænseværdierne eller under disse efter et år.

### *Selvvrurderet helbred*

Til slut skal det her belyses, hvordan patienterne selv vurderer deres helbred et år efter, at de begyndte i MKpR. I kapitel 4 blev det beskrevet, at patienterne i MKpR som helhed betegnede deres helbred dårligere, da de begyndte i programmet, end den alderssvarende københavnske befolkning gør. Fire måneder senere er andelen, som betegner deres helbred som 'god' eller 'virkelig god', fordoblet, og dette niveau bevares et år efter start i Motion og Kost på Recept (tabel 6.2.). Andelen, som vurderer deres helbred som 'dårligt' eller 'meget dårligt', svarer til andelen i den københavnske befolkning som helhed. Andelen som vurderer deres helbredstilstand som 'virkelig god' er dog fortsat halvt så stor som i befolkningen som helhed. Denne forskel skyldes udelukkende, at de unge i Motion og Kost på Recept vurderer deres helbred væsentligt dårlige end jævnaldrende i København som helhed, mens der ikke er signifikante forskelle mellem de ældre i denne patientgruppe og de ældre københavnere. Det er især de unge og midaldrende, som selv mener, at deres helbred er bedre end året før. Derimod har køn, uddannelse og andre socioøkonomiske forhold ingen betydning for ændringerne i selvvrurderet helbred.

Tabel 6.2. Patienternes selvvaluerede helbredstilstand – ved programmets begyndelse, ca. fire måneder senere og et år efter, at patienten begyndte i Motion og Kost på Recept (pct.)

Tidspunkt for besvarelsen af spørgsmålet:	Hvordan synes du din nuværende helbredstilstand er i almindelighed?					N=
	Virkelig god	God	Nogenlunde	Dårlig	Meget dårlig	
Ved begyndelsen af træningen på klinikken	2	30	54	14	1	505
Ved afslutningen af træningen på klinikken	7	54	34	5	0	507
Et år efter at patienten begyndte i Motion og Kost på Recept	8	49	38	5	<1	506

Analysen omfatter udelukkende patienter, der har besvaret spørgsmålet i alle tre spørgeskemaer

Det er de patienter, som vurderede deres helbred mest negativt, da de besvarede spørgsmålet lige efter, at de var begyndt i MKpR, som et år senere vurderer det mere positivt. Mere end 80 pct. af de patienter, der syntes, at deres helbredstilstand var 'dårlig' eller 'meget dårlig', da de begyndte i MKpR, betegnede et år senere deres helbred som bedre, og halvdelen af dem, der i det første spørgeskema betegnede deres helbred som 'nogenlunde', angav et år senere, at deres helbredstilstand var 'god' eller 'virkelig god'. I gruppen af patienter, der gav denne positive betegnelse af deres helbredstilstand, da de blev spurgt første gang, angav langt de fleste fortsat denne positive vurdering, da de et år senere vurderede deres helbred. 43 pct. af patienterne angav en bedre vurdering af deres helbred, end de gjorde, da de lige var begyndt i MKpR, 48 pct. angav den samme vurdering og 9 pct. angav en lavere vurdering (typisk i den positive ende af skalaen).

Der er en stærk sammenhæng mellem ændringer i selvvalueret fysisk form og ændringer i selvvalueret helbredstilstand. Patienter der angiver en mere positiv vurdering af deres fysisk form end året før, er også meget mere tilbøjelig til at vurdere deres helbred mere positivt end året før, end patienter der ikke synes, at de er kommet i bedre form.

### Langtidseffekt

Der tegner sig et meget tydeligt billede. De patienter, der møder op til den afsluttende test, har opretholdt de forbedringer i kondition, vægt, og andre sundhedsvariable, som de opnår ved fire måneders træning under ledelse af en fysioterapeut

og med samtidigt tilbud om kostvejledning. Ligeledes er deres vurdering af deres helbred for langt hovedpartens vedkommende på samme niveau, som efter fire måneder i programmet, hvor det selvvalgte helbred var markant højere end ved starten af deres deltagelse i programmet.

For denne gruppe angives omfanget af fysisk aktivitet i de 8 måneder til nærmest daglig fysisk aktivitet på linie med Sundhedsstyrelsens anbefaling af 30 min daglig motion. At konditionsniveauet er det samme og måske også det faktum, at vægten er uændret, tyder på, at den livsstil, som patienterne har indarbejdet i de første fire måneder, er blevet bevaret, men ikke yderligere udviklet. Denne konklusion understøttes af stabiliteten i forandringerne i blodtryk og de forskellige blodvariable.

#### KONKLUSION

Analysen af patienternes kondition, BMI, blodtryk og blodværdier, før de begyndte på træningen og kostvejledningen i MKpR viser, at patienterne havde verificerede tegn på begyndende sygdom eller allerede havde manifest sygdom, hvor forøget fysisk aktivitet – eventuelt kombineret med en vægtreduktion – vil kunne påvirke sygdomsforløbet i positiv retning. Den henviste patienter har således opfyldt kriterierne for at kunne deltage i programmet.

Efter fire måneders træning og kostvejledning har patientgruppen i gennemsnit opnået signifikante forbedringer på alle de undersøgte variable. Der er endvidere en tendens til, at patienter, der i udgangspunktet havde en lav kondition (i forhold til gruppen som helhed), opnåede større procentuelle forbedringer end patienter med en relativ bedre kondition i udgangspunktet. Derimod er der ingen forskel på forbedringerne i kondition og væggtab mellem patienter med relativ høj BMI og patienter med relativ lav BMI i udgangspunktet. Selvom de opnåede forbedringer er relativt små i absolutte tal, så er der tale om en relativ stor forbedring i forhold til udgangspunktet, og gruppen har som helhed opnået et konditionsniveau, som ligger tæt på det niveau, som kan reducere risikoen for kronisk sygdom og død. Det skønnes endvidere, at de observerede positive forbedringer i blodtryk og blodvariable er på næsten samme niveau, som medikamentel behandling ville have givet, og de opnåede forbedringer formindsker i væsentlig grad risikoen for stroke, iskæmisk hjertesygdom og alvorlige komplikationer som følge af dårlige blodsukkerkontrol. Parallelt med disse forbedringer vurderer patienterne generelt deres helbred som bedre, end da de begyndte i programmet, og det gælder især de patienter, som i udgangspunktet vurderede deres helbred mest negativt.

Et år efter at patienterne begyndte i MKpR – efter otte måneder hvor de selv har haft ansvaret for fysisk træning – har patienterne formået at fastholde de opnåede forbedringer efter de første fire måneders træning og vejledning. Endvidere har gruppen som helhed fastholdt det selvvalgte helbreds niveau, som gruppen havde opnået efter fire måneder i programmet.

# 7. Økonomi

Dette kapitel indeholder en økonomisk analyse af MKpR-programmet og en vurdering af dets omkostningseffektivitet (cost-effectiveness). Kapitlet har til formål at:

- Beskrive og analysere driftsomkostningerne ved MKpR-programmet i 2004 og 2005 og beregne de gennemsnitlige omkostninger per patient
- Vurdere omkostninger per patient, der gennemfører 4 måneders træningsforløb, og per person, som fortsat er fysisk aktiv efter 12 måneder
- Vurdere patienternes tidsforbrug til fysisk aktivitet ved at følge programmet og fortsætte med at være fysisk aktive i 12 måneder
- Vurdere sandsynlige effekter fra programmet i forhold til ressourceforbrug i sundhedsvæsenet og helbredsrelateret livskvalitet til brug for den efterfølgende cost-effectiveness analyse
- På baggrund af de observerede omkostninger og andele af patienter, som forbliver fysisk aktive efter programmet, samt de skønnede besparelser i sundhedsvæsenet og gevinster i helbredsrelateret livskvalitet at vurdere programmets cost-effectiveness i forhold til kvalitetsjusterede leveår (QALY), som er et effektmål, der søger at tage højde for forbedringer i helbredsrelateret livskvalitet.

## 7.1. Metode

### *Opgørelse af omkostninger ved programmet*

For at beskrive omkostningerne ved at gennemføre MKpR-programmet anvendes to forskellige metodiske tilgange: en top-down tilgang og en bottom-up tilgang. I top-down tilgangen tages udgangspunkt i programmets samlede omkostninger, som fordeles i forhold til deltagerantal. I bottom-up tilgangen tages udgangspunkt i et gennemsnitligt forløb, hvor forbruget af de forskellige ressourcer fastlægges for henholdsvis et fuldt gennemført forløb og for forløb, hvor der justeres for, at nogle patienter stopper uden at have gennemført hele forløbet. Ved at multiplicere omkostningerne for et gennemsnitligt forløb med deltagerantallet opnås en opgørelse over programmets samlede omkostninger. De to tilgange skulle gerne give et nogenlunde samstemmende billede af både programmets samlede omkostninger og de gennemsnitlige omkostninger per deltager, men vil sjældent være identiske, fordi de er baseret på forskellige baggrundsuplysninger og antagelser. Forskellen mellem de to opgørelsesmetoder viser noget om usikkerheden i opgørelsen.

Opgørelsen af programmets omkostninger har været afgrænset til det ressour-

ceforbrug, som har været afholdt af Københavns Kommune og Sygesikringen, samt patienternes egenbetaling. Omkostningerne er opgjort dels som de samlede programomkostninger og som de langsigtede gennemsnitsomkostninger (inklusive bidrag til faste omkostninger) og kortsigtede variable omkostninger (uden bidrag til faste omkostninger) per patient.

Når omkostningerne ved MKpR-programmet opgøres, er det væsentligt at udelade det ressourceforbrug, der er relateret til programmets evaluering. Omkostninger til evalueringen er ikke relevant for en vurdering af, hvad det har kostet at gennemføre programmet. Hvis evalueringsomkostningerne medregnes bliver programmets omkostninger overvurderet.

Nærværende evaluering er finansieret af en bevilling fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet og administreres på særskilte konti af Københavns Kommune og Syddansk Universitet. De fleste evalueringsomkostninger er således ikke indeholdt i programmets regnskab, hvilket gør adskillelsen ukompliceret. Der findes dog en række aktiviteter, som har været nødvendige at udføre i forbindelse med evalueringen, og som er finansieret af programmet – fx indsamling af kliniske parametre, konditionstest mv. Det kan naturligvis diskuteres, i hvor stor udstrækning sådanne målinger af fysiologiske forhold og kondition virker motiverende for programmets deltagere, og som derfor udgør en del af selve programmet. I de tilfælde, hvor det har været muligt, er opgørelsen af programmets omkostninger rensset for evalueringsomkostninger.

### *Top-down opgørelse*

Programomkostningen vedrører ressourceforbrug i forbindelse med drift og planlægning af programmet. Omkostningen til planlægning af programmet er i stor udstrækning uafhængig af programmets deltagerantal (men afhænger selvfølgelig af programmets kapacitet) og betragtes som programmets faste omkostninger, der ikke varierer i forhold til, hvor mange personer, der deltager i programmet. De faste omkostninger omfatter uddannelse og vejledning af de involverede fysioterapeuter og diætister, udarbejdelse af informationsmateriale, etablering af nødvendige faciliteter ved de enkelte klinikker, samt andre omkostninger i forbindelse med interventionens tilrettelæggelse og gennemførelse. En del af de faste omkostninger er engangsomkostninger og vil ikke skulle afholdes fremover.

Herudover er der et ressourceforbrug, som kan relateres til hver enkelt deltager i programmet. Disse omkostninger betragtes som programmets variable omkostninger og omfatter den deltagerrelaterede indsats fra de medvirkende fysioterapeuter, diætister og praktiserende læger.

I top-down tilgangen er programomkostningerne fastlagt ud fra regnskabsopgørelser for 2004 og 2005 fra Københavns Kommune og ud fra oplysninger om Sygesikringens udgifter og deltagernes egenbetaling. Den anvendte kontoplan for

Københavns Kommune opgør afholdte udgifter i forhold til projektledelse, markedsføring og informationsmateriale, uddannelse, etablering og drift. De konterede udgifter antages som udgangspunkt at give en korrekt beskrivelse af ressourceforbruget. Når der har været konkret viden om ikke-relevante eller forkerte posteringer, er der foretaget en justering med udgangspunkt i de faktiske forhold.

Udgifterne for Sygesikringen ved de praktiserende lægers henvisning til programmet og kvartalsvise opfølgning er opgjort ud fra optælling af det aktuelle antal blodtryksmålinger, der er gennemført for patienterne i 2004 og 2005. Det antages, at hver konsultation aflønnes som en forebyggende konsultation (kode 0103: 86,00 kr. april 2004, 87,00 kr. april 2005) med udtagning af blodprøve, som honoreres med 86,94 kr. (april 2006) per gang.

Det er dog besluttet, at de praktiserende lægers indsats ikke er relateret til selve MKpR-programmet. Den konsultation, hvor patienten henvises til MKpR-programmet ville have fundet sted under alle omstændigheder, mens de efterfølgende konsultationer, hvor der blandt andet måles blodtryk, gennemføres som en del af effektevalueringen, og som sådan ikke bør indgå i opgørelsen af programmets omkostninger. For at vise størrelsesordenen af disse omkostninger er der dog medtaget en opgørelse af honorarudbetalingen til praktiserende læger.

Patienternes egenbetaling er opgjort ud fra en optælling af personer, der starter programmet og en egenbetaling på 750 kr. per deltager, der betales i forbindelse med første træningssession.

Ud fra de samlede programomkostninger beregnes de langsigtede gennemsnitsomkostninger og de variable omkostninger per person, der starter programmet. Forskellen mellem de langsigtede og variable omkostninger angiver bidrag til de faste omkostninger, der fordeles blandt deltagere, der starter programmet i regnskabsåret. Hvis de faste omkostninger afholdes ujævnt over projektperioden (dvs. mange faste omkostninger i det første år og få i de efterfølgende år), så fordeles de faste omkostninger ikke proportionalt og kan give et misvisende indtryk af variation over tid i omkostninger. Derfor beregnes programmets faste omkostninger også i forhold til det samlede antal, der starter programmet. I denne beregning fordeles de faste omkostninger ud på alle de personer, der har deltaget i programmet. Dette beløb anses for at være det mest rimelige udtryk for de gennemsnitlige faste omkostninger, men afhænger naturligvis af deltagerantallet.

### *Bottom-up opgørelse*

Omkostningerne i bottom-up opgørelsen beskriver ressourceforbruget i forhold til udbetalinger til fysioterapiklinikker og diætister for hver enkelt deltager. Opgørelsen tager udgangspunkt i et fuldt forløb, der betales for hver enkelt deltager og beskriver ressourceforbruget og omkostningerne forbundet hermed. Der inkluderes ressourceforbrug i fysioterapiklinikkerne og hos diætisterne samt bidrag til faste



omkostninger fra top-down opgørelsen. Som en supplerende beskrivelse indgår omkostning ved konsultationer hos praktiserende læger.

Omkostningen per patient multipliceret med antallet af patienter angiver programmets totale omkostninger, hvis alle patienter gennemførte hele programmet. Analysen af de indsamlede data har dog vist, at der er et vist frafald undervejs, således at programmets faktiske omkostninger bliver noget mindre.

Forskellen mellem bottom-up opgørelsen og top-down opgørelsen kan skyldes, at nogle patienter ikke gennemfører hele programmet (således at de faktiske omkostninger per forløb er mindre end bottom-up opgørelsen) eller at det faktiske patientantal er anderledes end forudsat.

### *Gennemsnitlige omkostninger per patient*

De gennemsnitlige omkostninger per patient, der starter programmet sættes i relation til andelen af patienterne, som gennemfører hele programmet og som er fysisk aktive efter 12 måneder.

### *Patienternes tidsforbrug*

I en samfundsøkonomisk analyse kan det være relevant at opgøre patienternes tidsforbrug. For at illustrere konsekvenserne af MKpR-programmet for patienternes fritid er der foretaget en bottom-up opgørelse af tidsforbruget for en gennemsnitlig deltager, som har gennemført hele programmet og som er fysisk aktiv i 12 måneder. I opgørelsen indgår dog ikke tidsforbrug i forbindelse med omlægning af kostvaner (fx et behov for mere tid til forberedelse af måltider). Opgørelsen er baseret på konkrete skøn over antallet af ugentlige træningssessioner og deres varighed.

I en samfundsøkonomisk analyse udgør deltagerens tidsforbrug en central omkostning, fordi anvendelsen af tid til fysisk aktivitet er forbundet med en »alternativ omkostning« (dvs. den nytte man kunne have opnået, hvis man havde brugt tiden anderledes). Deltagelse i fysisk aktivitet er således forbundet med et fravalg af andre aktiviteter. I stedet for at deltage i motionsforeningen kunne man eksempelvis have valgt at deltage i en anden form for foreningsliv, som ikke er forbundet med fysisk aktivitet.

Ud fra et samfundsøkonomisk produktionsperspektiv kunne værdisætningen af deltagerens tidsforbrug sættes i forhold til den produktion, de ville have oppebåret, hvis de (over)arbejdede i stedet for at bruge tiden til fysisk aktivitet. Dette princip anvendes ved opgørelser efter Human Kapital Metoden. Hvis der er tale om personer, som på grund af sygdom eller af andre årsager står uden for arbejdsmarkedet, så vil værdien af tiden brugt til fysisk aktivitet være 0 kr. per time, mens værdien for personer på arbejdsmarkedet svarer til de pågældendes bruttotimeløn.

En cost-benefit analyse kunne også tage udgangspunkt i deltagerens perspektiv, hvor de brugte deres fritid til fysisk aktivitet. Her ville man typisk værdisætte del-

tagernes tidsforbrug med en værdi svarende til deltagerens nettotimeindkomst efter skat. Deltagerne kunne nemlig som alternativ til at være fysisk aktive i fritiden påtage sig (ekstra) erhvervsarbejde, hvor deltagerens nytteværdi ville svare til nettolønnen efter skat. Det faktum, at deltagerne ikke vælger at bruge tid til erhvervsarbejde, kan understøtte en vurdering af, at deltagerens værdi af at bruge fritiden til at være fysisk aktiv, er større end indkomsten efter skat.

Da perspektivet for den økonomiske analyse er afgrænset til Københavns Kommune, indgår deltagerens tidsforbrug kun som en supplerende beskrivelse, og der er ikke forsøgt at give en værdisætning af tidsforbruget.

Tilsvarende er patienternes omkostninger i forbindelse med deltagelse i programmet (ud over deltagergebyret, som er medtaget under programmets omkostninger) ikke indregnet. Det kunne være ekstra omkostninger til udstyr, vask og transport. Desuden kunne der være omkostninger ved omlægning af kosten, som heller ikke er medtaget her.

### *Modellering af effekter i helbredsrelateret livskvalitet og afledt ressourceforbrug*

Til analyse af programmets cost-effectiveness er det nødvendigt at kende interventionens omkostninger, de afledte ressourcemæssige konsekvenser som følge af interventionen (fx mindre forbrug i sundhedsvæsenet), samt de opnåede effekter i forhold til forbedret livskvalitet og/eller vunden levetid. Ideelt bør sådanne konsekvensvurderinger baseres på prospektive, kontrollerede undersøgelser, hvor patienternes ressourceforbrug og helbredsrelateret livskvalitet vurderes på forskellige tidspunkter før, under og efter interventionen for både en interventionsgruppe og en relevant kontrolgruppe. Da evalueringsdesignet ikke omfatter en kontrolgruppe, kan dette ideal ikke opfyldes, og det er nødvendigt at ekstrapolere eller modellere programmets konsekvenser, som bedste skøn for programmets effekt.

Da der ikke er indgået helbredsrelateret livskvalitet i dataindsamlingen, har det været nødvendigt at foretage et skøn over, hvor meget effekt i helbredsrelateret livskvalitet, der potentielt kan opnås ved en adfærdsændring fra at være fysisk inaktiv til at være fysisk aktiv.

Dette skøn er i denne analyse baseret på tilgængelige data, der er egnede som grundlag for modellering af de afledte konsekvenser. Der har været søgt alternative datakilder og modeller, men det har ikke været muligt at opnå tilgang til sådanne data. Analyserne anvender et individbaseret datasæt, som udmærker sig ved at have forskellige mål for fysisk aktivitet og helbredsrelateret livskvalitet, og hvor der er indsamlet oplysninger om ressourceforbrug i sygehus, sygesikring og receptpligtige lægemidler 12 måneder før og efter interviewtidspunktet.

Datasættet stammer fra Fyns Amt og er opbygget af Center for Anvendt Sundhedstjenesteforskning og Teknologivurdering ved Syddansk Universitet med tilskud

fra Fyns Amts Forebyggelsesudvalg. I 2001 blev 5000 tilfældigt udvalgte fynboer kontaktest telefonisk af Socialforskningsinstituttets interviewerkorps med henblik på at besvare en række spørgsmål omkring livsstil. Omkring 3400 af de udvalgte personer (ca. 67 pct.) besvarede spørgsmålene. Vedrørende fysisk aktivitet anvendtes Saltin et al.'s (1968) kategorisering i 4 grupper. Desuden blev respondenterne bedt om at angive, hvor mange minutter de i en gennemsnitlig uge var fysisk aktive. Disse data er grupperet i forhold til daglig fysisk aktivitet i mere eller mindre end 30 minutter.

Respondenterne besvarede ligeledes spørgsmål om deres nuværende helbredsforhold ud fra to generiske instrumenter til måling af helbredsrelateret livskvalitet (SF-36 og EQ-5D). SF-36 er et generelt helbredsstatusmål, som omfatter 36 spørgsmål med definerede svarkategorier. Svarene kan grupperes til at beskrive helbredsstilstand i forhold 8 sub-skalaer og kan endvidere aggregeres til en score for fysisk og mentalt helbred. Som en del af instrumentet indgår et spørgsmål om overordnet helbredsstatus, som kan beskrives i forhold til 5 kategorier (virkelig god, god, nogenlunde, dårlig, meget dårlig). Dette spørgsmål er i analysen anvendt som udtryk for nuværende helbredstilstand og indgår som en variable i analysen. EQ-5D (EuroQol) er et kortfattet, generelt helbredsstatusmål, der med udgangspunkt i fem dimensioner (bevægelighed, personlig pleje, sædvanlige aktiviteter, smerter/ubehag og angst/depression) beskriver tilstande, der inden for hver dimension kan karakteriseres som ingen problemer, nogle problemer og alvorlige/mange problemer. Instrumentet er specielt designet til at udtrykke præferenceværdier, og der anvendes danske vægte, som kan konvertere svarene til ét index fra 0-1, hvor 1 angiver værdien for bedste helbredstilstand, og 0 angiver værdien af død. Der findes forskellige vægte, og i denne analyse anvendes danske vægte, som er indsamlet i et stort dansk studie (Pedersen et al. 2003) med anvendelse af 'time trade-off' metoden (TTO).

Ressourceforbrugsuplysninger 12 måneder før og efter dataindsamlingstidspunktet er indsamlet ved at samkøre patienterne fra interviewundersøgelsen med relevante administrative registre. Ressourceforbrug i hospitalsvæsenet vedrører indlæggelser, ambulante kontakter og skadestuebesøg, som er opgjort ved hjælp af det danske DRG-systems omkostninger. Det danske DRG-system vedligeholdes af Sundhedsstyrelsen og kan anvendes til at beskrive de gennemsnitlige omkostninger ved hospitalskontakter eksklusiv bidrag til faste omkostninger. Forbruget i sygesikringen er opgjort i forhold til udbetalte honorarer ud fra data fra sygesikringsregisteret, og forbrug af tilskudsberettiget, receptpligtige lægemidler er indhentet fra den fynske OPED-database.

Til modellering af ændring i helbredsrelateret livskvalitet anvendes EQ-5D TTO score (d.v.s. EQ-5D beskrivelsen, som er omsat til et index mellem 0 og 1 med anvendelse af den danske algoritme baseret på 'time trade-off' metoden). Til at beskrive omfanget af fysisk aktivitet er der anvendt to forskellige variable: Fysisk

inaktiv/fysisk aktiv (dvs. en forsimpning af de traditionelle 4 niveauer for fysisk aktivitet) og daglig fysisk aktivitet mindre end 30 min. (ud fra en åben angivelse af, hvor mange minutter, der anvendes til fysisk aktivitet i løbet af en uge). Som confounding variable anvendes: alder, kvinde, daglig ryger, samt kategorier for nuværende helbredstilstand (første spørgsmål fra SF-36). Det blev afprøvet, om der kunne findes en ikke-lineær sammenhæng mellem EQ-5D TTO og alder (ved indføjelse af  $\text{alder}^2$ ), men dette forbedrede ikke modellens beskrivende egenskaber. Det blev også testet, om modellen kunne forbedres ved indføjelse af oplysninger om skoleuddannelse, men dette var ikke tilfældet. Et alkoholforbrug over sundhedsstyrelsens retningslinier gav en lille forbedring af modellen, men da denne variable ikke har været indsamlet i Motion og Kost-programmet, er denne variabel ikke medtaget i modellen.

Det forudsættes, at effekten fra øget fysisk aktivitet afledt af MKpR-programmet kan beskrives som forskellen i helbredsrelateret livskvalitet for personer, der er henholdsvis fysisk inaktive og fysisk aktive. Den estimerede model beskriver en gennemsnitlige gevinst i EQ-5D TTO ved øget fysisk aktivitet. Ved at omregne den opnåede gevinst i EQ-5D TTO i forhold til en 12 måneders periode kan gevinsten omsættes i kvalitetsjusterede leveår.

På tilsvarende måde er de ressourcemæssige konsekvenser analyseret ud fra datasættet fra Fyns Amt. Der fandtes en signifikant ikke-lineær sammenhæng mellem omkostninger i sundhedsvæsenet og alder, som derfor er indarbejdet i modellen. Derudover indgår de samme confounding variable, som i modellen af helbredsrelateret livskvalitet.

### *Modellering af cost-effectivness*

For at modellere programmets cost-effectiveness tages der udgangspunkt i antagelser om omkostninger, effekter og besparelser i sundhedsvæsenet, samt andelen af deltagere, der gennemfører det fulde 4 måneders program, og andelen af deltagere, som har gennemført programmet og selv oplyser at være fysisk aktive efter 6 og 12 måneder.

Ved simpel algebra beregnes det samlede antal måneder, hvor der er opnået helbredsmæssig forbedring, som følge af programmet. Det antages, at der i disse måneder opnås en gevinst i helbredsrelateret livskvalitet svarende til den estimerede forskel mellem fysisk aktive og fysisk inaktive i Fyns Amts datasættet, og en tilsvarende estimeret besparelse i sundhedsvæsenet.

Programmets samlede nettoomkostninger (dvs. programomkostninger – besparelser i sundhedsvæsenet) beregnes og sættes i forhold til programmets samlede gevinst i QALY i en såkaldt cost-effectiveness ratio, der angiver programmets omkostning (de inkrementale omkostninger) per QALY. Deltagernes tidsomkostninger og øvrige omkostninger (ud over deltagergebyret) er ikke medtaget i analysen. Hvis

disse omkostninger inddrages, vil programmets gennemsnitlige omkostninger per deltager øges. Gevinster i forventet levetid indregnes heller ikke i analysen. Andre analyser har vist, at øget fysisk aktivitet har positive konsekvenser for den forventede levetid. Udeladelsen af potentielle levetidsgvinster undervurderer således programmets effekter.

Beregningen foretages på to måder, der anvender henholdsvis Fyns Amts datasættets kategoriske angivelse af fysisk aktivitet (fysisk inaktiv) og angivelse af ugentlig tid til fysisk aktivitet (under 30 min. per dag).

Ved at sammenligne programmets inkrementale omkostning per QALY på tværs af forskellige programmer eller i forhold til en erklæret betalingsvillighed per QALY kan det vurderes, om programmet er omkostningseffektivt. Hvis der eksempelvis er en værdisætning på 86.000 kr./QALY, så vil en cost-effectiveness ratio, der er mindre, angive at programmet er omkostningseffektivt (dvs. giver 'good value for money'), og en højere værdi vil indikere, at programmet ikke er omkostningseffektivt. Traditionelt forventes det danske sundhedsvæsen at have en betalingsvillighed på omkring 300.000 kr./QALY.

I følsomhedsanalyser ekstrapoleres de opnåede effekter over 2, 3 og 5 år, hvor det antages at alle, der var blevet fysisk aktive fortsætter med at være fysisk aktive i hele perioden, og hvor det antages, at 25 pct. af dem, der var fysisk aktive i det tidligere år, ophører med at være aktive. I disse beregninger anvendes en årlig diskonteringsrate på 3 pct.

## 7.2. Resultater

### *Top-down programomkostninger*

Top-down programomkostninger søger at beskrive omkostningerne ved programmet ud fra aggregerede regnskabsoplysninger, som fordeles ud på alle deltagere, og hvor der beregnes en gennemsnitlig omkostning per person, der deltager i programmet. Ved at multiplicere de beregnede gennemsnitsomkostninger per deltager med deltagerantallet opnås programmets samlede omkostninger.

Tabel 7.1. viser MKpR-programmets omkostninger i 2004 og 2005. I begge år udgjorde driftsomkostningerne omkring 4,0 mio. kr. De faste omkostninger udgjorde henholdsvis 27 pct. og 20 pct. i de to år.

Tabel 7.1. Omkostninger til 'Motion og kost' programmet (kr. årets priser, inklusiv moms)

	2004	2005	Begge år
<b>Faste omkostninger (Kbh. Kom.)</b>			
Markedsføring og information	309,313	175,089	
Uddannelse af fysioterapeuter og dietister	91,389	8,315	
Etablering dietister	100,451	2,812	
Etablering fysioterapeuter	55,560	9,226	
Udslusning	-	48,121	
Projektledelse	529,364	559,453	
<b>I alt</b>	<b>1,086,077</b>	<b>803,016</b>	<b>1,889,093</b>
<b>Driftsomkostninger</b>			
Dietist (Kbh.Kom.)	1,173,479	1,584,275	
Fysioterapeuter (Kbh. Kom.)	1,315,884	1,377,436	
Fysioterapeuter (deltagerbetaling) (1)	459,000	465,000	
- Driftsomk. vedr. 60 XL. patienter (2)		(250,000)	
<b>I alt (Kbh. Kom.)</b>	<b>2,948,363</b>	<b>3,176,711</b>	<b>6,125,074</b>
<b>Afholdte omkostninger i alt</b>	<b>4,034,440</b>	<b>3,979,727</b>	<b>8,014,167</b>
<b>Faste omkostninger som % af afholdte omk.</b>	<b>27%</b>	<b>20%</b>	<b>24%</b>
Driftomkostning pr. patient, der starter (3)	4,771	5,688	5,206
Totalomkostning pr. patient, der starter (3)	6,528	7,126	6,812
Proportional fordeling af fastomkostninger pr. patient			1,610
<b>Programomkostninger for 1156 patienter</b>			<b>8,378,602</b>
<b>Honorar til praktiserende læger (4)</b>	<b>124,171</b>	<b>243,690</b>	<b>367,861</b>

Noter:

(1): Der startede 618 og 620 patienter i 2004 og 2005

(2): Omkostninger vedrørende et træningsprogram for meget overvægtige (XL) blev regnskabsmæssigt bogført på programmets konti, men vedrører ikke programmet. Disse omkostninger trækkes derfor fra i opgørelsen

(2): Justeret for, at der i 4. kvartal 2005 startede 123 patienter, som delvis træner i 2006

(3): Praktiserende læger foretog i 2004 og 2005 718 og 1401 blodtryksmålinger.

Omkostningerne for 2005 indeholder også træning af 60 patienter, som har deltaget i et supplerende XL-program. Da disse patienter ikke vedrører MKpR-programmet er omkostningerne reduceret med 250.000 kr., svarende til knap 4200 kr. per deltager.

I tabellens udregning af gennemsnitsomkostninger per patient er der foretaget en justering af omkostningerne for 123 patienter, der har påbegyndt programmet i fjerde kvartal 2005. Interventionen for disse patienter har fortsat ind i første kvartal 2006. Halvdelen af omkostningerne for disse patienter er medregnet i gen-

nemsnitsoomkostningen. Hvis der ikke foretages en justering, vil de gennemsnitlige omkostninger være for lave.

Det har ikke været muligt at give en præcis vurdering af projektlederens indsats i evalueringen. Planlægningen af programmet blev påbegyndt i november-december 2003 med en indsats svarende til ét månedsværk. I 2005 brugte projektlederen arbejdstid til at videreudvikle programmet, men det er vanskeligt præcist at bedømme, hvor meget tid, der kan henføres til dette udviklingsarbejde. Det anses for sandsynligt, at den omkostning, som ikke er medtaget for 2003, nogenlunde svarer til omkostningen af programmets videreudvikling i 2005. Herudover er der muligvis tale om en indsats til drøftelse og udarbejdelse af materiale til evalueringen, som svarer til ca. 10 pct. af projektledernes arbejdstid. Der er dog ikke foretaget en justering herfor, hvilket kan betyde, at omkostningsvurderingen af denne grund er overvurderet.

Patienternes kontakt til de praktiserende læger har udgjort en væsentlig del af programmets aktiviteter, og det kan ikke afvises, at denne kontakt har været med til at fastholde motivationen til at gennemføre programmet og fortsætte med træning på egen hånd efter programmets afslutning. De praktiserende lægers indsats antages dog at udgøre en del af evalueringen og er derfor ikke indregnet i programomkostningen. I tabellen er antallet af blodtrykmålinger i 2004 og 2005 opgjort til henholdsvis 718 og 1401. Sygesikringens standardhonorar hertil svarer til omkring 175 kr. per patient. Sygesikringens samlede honorarudgifter hertil beløber sig til omkring 368.000 kr.

Herudover har praktiserende læger også haft konsultationer med patienter, som har fået en henvisning til MKpR-programmet, men som aldrig har »indløst« recepten. Det skønnes at dreje sig om mellem 825 og 1857 patienter svarende til en udgift på omkring 144-325.000 kr.

Programmets diætister har også deltaget i programmets dataindsamling med henblik på evaluering og har haft telefonisk og personlig opfølgning med patienterne efter det egentlige 4 måneders programs afslutning. Kontakterne vurderes dog at udgøre centrale elementer i programmet, og de forbundne omkostninger er ikke ekskluderet.

En stor del af de faste omkostninger vedrører etablering af programmet inklusiv uddannelse af fysioterapeuter og diætister. Disse omkostninger var høje i programmets første år, men reduceres i de efterfølgende år. En væsentlig årsag til yderligere faste omkostninger er, når nyt personale skal uddannes og yderligere informationsmateriale udarbejdes. Herudover var der i 2005 nye faste omkostninger i forhold til udvikling af udslusningen af programmets patienter. Hvis de faste omkostninger i 2004 og 2005 fordeles proportionalt i forhold til patienterne i de to år, vil de faste omkostninger udgøre omkring 1.610 kr. per patient. Hvis programmet skal

fortsætte ud over projektperioden vil de faste omkostninger reduceres yderligere, fordi de så bliver fordelt ud på flere patienter.

Hvis programmet indføres permanent, må der fortsat forventes faste omkostninger til blandt andet vedligeholdelse og nyuddannelse af de deltagende fysioterapeuter og diætister. Der vil også være omkostninger til trykning og distribution af informationsmateriale til både patienter og læger. I en driftsfase vil det næppe være nødvendigt med en projektleder, hvorfor de faste omkostninger må forventes at kunne reduceres med omkring 0,5 mio. kr. årligt.

Et rimeligt skøn over de gennemsnitlige omkostninger per patient, der starter programmet, er således omkring 6.800 kr., svarende til 5.200 kr. i variable omkostninger og 1.610 kr. som bidrag til faste omkostning. Med omkring 1156 patienter skønnes programmets samlede omkostninger således til omkring 8,4 mio. kr. (inklusive justering for træning i 2006 af personer, som startede et forløb i fjerde kvartal 2005).

### *Buttom-up programomkostning*

I buttom-up analysen vurderes de gennemsnitlige omkostninger per deltager ud fra konkret viden om programmets indhold. Herefter multipliceres de gennemsnitlige omkostninger med deltagerantallet til de samlede programomkostninger.

Deltageromkostningerne fremgår af tabel 7.2 og viser, at omkostningerne ved et fuldt forløb svarer til omkring 7.860 kr. Omkostningerne til fysioterapiklinikkerne svarer til de aftaler, som Københavns Kommune har indgået herom. De første 10 timers træning honoreres med 1.507 kr. samt patienternes egenbetaling. De efterfølgende 24 timers træning honoreres med 1.507 kr. (2006-priser).

En del af patienterne ophørte programmet efter de første 10 timers træning. Andelen er opgjort til omkring 9 pct. Når patienter stopper med programmet, betaler Københavns Kommune ikke 2. rate.

Diætistfunktionen er arrangeret med fast ansættelse af diætister. I hvert forløb indgår 8 timers konsultation, som værdisættes med udgangspunkt i en timesats, der er beregnet ud fra en gennemsnitlig bruttoløn og med antagelse om, at 60 pct. af diætisters arbejdstid kan relateres til direkte arbejde med individuelle klienter.

Bidraget til programmets faste omkostninger er baseret på den tidligere beregning med top-down tilgang.

Omkostningerne ved et gennemsnitligt forløb er ved buttom-up metode beregnet til omkring 7.560 kr. per patient. Ca. 45 pct. af de samlede omkostninger vedrører ressourceforbrug i fysioterapiklinikkerne, 36 pct. diætistkonsultationer, og de resterende 19 pct. vedrører bidrag til programmets faste omkostninger afholdt af Københavns Kommune. Hvis alle 1156 patienter gennemførte programmet, ville de samlede omkostninger være knap 9,3 mio. kr. (2006-priser).



Tabel 7.2. Marginale omkostninger per patient (2006-priser)

	Omk. ved et fuldt forløb (kr.)	Andel forløb	Gns. omk. pr. forløb
Fysioterapiklinikker (1)			
10 timers holdtræning	1,507	100%	1,507
24 timers holdtræning	1,507	91%	1,370
Deltagerbetaling	750	100%	750
Dietist			
8 timers konsultation (2)	2,484	87%	2,320
Driftsomkostninger i alt	6,248		5,947
Bidrag til programmets faste omkostninger			
Kbh. Kommunes udgifter	1,610		1,610
<b>I alt</b>	<b>7,858</b>		<b>7,557</b>

Noter:

(1): Fast aftalt honorar/betaling

(2): Beregnet i forhold til den gennemsnitlige bruttoårløns for en diætist (354.000 kr.) og 1520 arbejdstimer, samt at ca. 75 pct. af arbejdstiden anvendes til klientkontakt

### 7.3. Vurdering af omkostninger per patient

I tabel 7.3 er de gennemsnitlige omkostninger ved MKpR-programmet sat i forhold til andelen af patienter, der gennemfører programmets 4 måneders træning og andelen, der er fysisk aktive efter 12 måneder. Med en gennemførelsesprocent på 69 pct. koster det mellem 10.000 og 11.000 kr. at få en ekstra person til at gennemføre programmet. Hvis det antages, at 81 pct. af dem, der gennemfører programmet (dvs. 56 pct. af dem der starter), fortsat er fysisk aktive efter 12 måneder, så er omkostningerne for at få en borger til at være fysisk aktiv mellem 12.000 og 13.500 kr. Hvis gennemførelsesprocenten er højere, er det billigere at have en ekstra deltager, der gennemfører programmet og herved bliver mere fysisk aktiv efter 12 måneder.

Tabel 7.3. Omkostninger per patient, der starter programmet, gennemfører programmet og er fysisk aktiv efter 12 måneder

Omkostning per patient: (kr.)	Top-down tilgang	Bottom-up tilgang
som starter program	6.812	7.557
som gennemfører program	9.872	10.952
som er fysisk aktiv ved 12 md.	12.188	13.521

## 7.4. Patienternes tidsforbrug

Patienternes tidsforbrug er vurderet som et supplement til den gennemførte omkostningsbeskrivelse. Beskrivelsen er specielt relevant for en samfundsøkonomisk analyse, hvor alt ressourceforbrug, uanset hvor det optræder, skal indgå. Analysen er her begrænset til et opgørelse af den forventede anvendte tid til fysisk aktivitet, som programmets deltagere forventes at anvende. Der gives ikke en værdisætning af den brugte tid.

Tidsforbruget for de patienter, som har gennemført programmet og efterfølgende fortsætter med egen træning er vurderet i tabel 7.4. Disse patienter vil i gennemsnit anvende omkring 225 timer i en 12 måneders periode, hvoraf ca. 4 timer vedrører tid i forbindelse med programmets evaluering. Dette svarer til 15 pct. af en fuld-tidsstilling eller 2,5 pct. af den tilgængelige tid på et år.

Tabel 7.3. Patienternes tidsforbrug

	Varighed (minutter)	I alt (minutter)	I alt (timer)
<b>Første 2 måneder</b>			
2 ugentlige træning	60	120	
2 ugl. forberedelse/afslutning	20	40	
4 ugl transport (enkeltture)	15	60	
1 ugl. egentræning inkl. forbered.	80	80	
i alt pr uge		300	
<b>I alt 2 måneder (8,7 uger)</b>		2610	43,5
<b>Næste 2 måneder</b>			
1 ugl. træning	60	60	
1 ugl. forberedelse/afslutning	20	20	
2 ugl. transport (enkeltture)	15	30	
2 ugl. egentræning inkl. forbered.	80	160	
i alt pr uge		270	
<b>I alt 2 måneder (8,7 uger)</b>		2349	39,2
<b>Efterfølgende 8 måneder</b>			
3 ugl. egentræning inkl. forbered.	80	240	
<b>I alt 8 måneder (34,7 uger)</b>		8328	138,8
<b>Patienternes tidsforbrug til evaluering</b>			
4 konditests	15	60	
4 konsultationer hos prakt. læge	30	120	
3 spørgeskemaer	15	45	
<b>I alt evaluering</b>		225	3,8
<b>Patienternes tidsforbrug i alt</b>			225,2

## 7.5. Vurdering af helbreds- og ressourcemæssige konsekvenser af programmet

For at give et skøn over de helbreds- og ressourcemæssige konsekvenser af MKpR-programmet er der gennemført en række statistiske analyser af et tværsnitsdatasæt, hvor 3600 repræsentative respondenter har oplyst deres niveau for fysisk aktivitet og helbredsstatus. I datasættet er fysisk aktivitet beskrevet både kategorisk (fysisk inaktiv/fysisk aktiv) og i forhold til varighed af fysisk aktivitet (mere/mindre end 30 min. fysisk aktiv dagligt). Begge beskrivelser er anvendt i analysen og giver forskellige resultater. De to analyser kan således sige noget om usikkerheden i vurderingen af de opnåede effekter.

Regressionsanalysen viser, at den helbredsrelaterede livskvalitet er statistisk signifikant mindre hos fysisk inaktive personer i forhold til fysisk aktive efter at der er justeret for alder, køn helbredsstatus og rygning. Med anvendelse af de kategoriske data om fysisk aktivitet viser modellen, at fysisk inaktive scorer 0,054 mindre ( $p < 0.001$ ) på EQ-5D TTO (0-1 indeks for helbredsrelateret livskvalitet) end fysisk aktive. I modellen, hvor respondenterne er opdelt efter, om de i gennemsnit har mere eller mindre end 30 minutters daglig fysisk aktivitet, scorer de patienter, som har mindre end 30 minutters daglig aktivitet, i gennemsnit 0,019 mindre ( $p < 0.001$ ) end dem, der er fysisk aktive i mere end 30 minutter dagligt.

For alle deltagere i den fynske undersøgelse er der indhentet oplysninger om ressourceforbrug i sundhedsvæsenet (sygehus, primærsektor og receptpligtig lægemidler), som er aggregeret til en gennemsnitlig omkostning 12 måneder før og efter interviewtidspunktet. Data om de aggregerede omkostninger i 24 måneder er anvendt til analysen af de ressourcemæssige konsekvenser.

Regressionsanalysen viser, at ressourceforbruget i sundhedsvæsenet har en tendens (men ikke signifikant) til at være relateret til niveauet af fysisk aktivitet. Analysen viser, at med fysisk aktivitet beskrevet ved hjælp af kategorier har fysisk inaktive et øget ressourceforbrug i sundhedsvæsenet på omkring 3.700 kr. (over 2 år), efter justering for køn, alder, rygeadfærd og nuværende helbredstilstand. I modellen, hvor fysisk aktivitet beskrives i forhold til gennemsnitligt 30 min. daglig aktivitet, har fysisk inaktive et øget ressourceforbrug på omkring 1.500 kr. (over 2 år) efter justering for køn, alder, rygeadfærd og nuværende helbredstilstand. De estimerede omkostningsforskelle er dog ikke signifikante. Det formodes, at der er stærk sammenhæng mellem nuværende helbredstilstand og fysisk aktivitet, og at sammenhængen mellem fysisk aktivitet og ressourceforbruget bliver svagere, når både fysisk aktivitet og nuværende helbredstilstand inddrages som forklarende variable.

## 7.6. Modellering af programmets cost-effectiveness

Der er opbygget en simpel cost-effectiveness model, hvor programmets netto-omkostninger (interventionsomkostninger og konsekvenser i forhold til ressourceforbrug) sammenstilles med de opnåede (inkrementale) effekter omregnet til QALY.

Den gennemførte analyse af programmets ressourceforbrug har vist, at de gennemsnitlige omkostninger for en person, der starter programmet er omkring 6.810 kr. ved en top-down tilgang og 7.560 kr. ved en bottom-up tilgang (jf. tabel 7.1. og 7.2.). Hvis der ses bort fra bidrag til de faste omkostninger, reduceres marginalomkostningen per person, der starter programmet, til henholdsvis 5.200 kr. og 5.950 kr.

Programmets resultatparametre i forhold til fysisk aktivitet er vurderet ud fra deltagerens selvrapporterede aktivitet. En angivelse af fysisk aktivitet dagligt eller flere gange om ugen defineres her som fysisk aktiv. Andelen af patienter, som ikke har gennemført programmet, men som på trods heraf angiver at være fysisk aktive i alle tre spørgeskemaer, er optimistisk sat til omkring 15 pct. Denne procent antages at være den andel af deltagerne, som spontant ville ændre adfærd og blive mere fysisk aktive (dvs. uden intervention). Blandt de, som starter programmet, gennemfører omkring 69 pct. (jf. tabel 4.15.). Efter 4 måneder angiver 87 pct. af de, der har gennemført programmet og har svaret på alle tre spørgeskemaer, at de fortsat er fysisk aktive. Efter 12 måneder reduceres andelen til 81 pct. (jf. Tabel 4.18.).

I cost-effectiveness modellen beregnes programmets samlede omkostninger og effekter i QALY. Programmets omkostninger modelleres ud fra den gennemsnitlige interventionsomkostning multipliceret med antallet af personer, der starter programmet (dvs. »intention to treat«). Herfra skal fratrækkes besparelser i forbrug af sundhedsvæsenet hos de, som er mere fysisk aktive, og som derfor oplever en helbredsrelateret forbedring.

Gevinsten i QALY beregnes i forhold til antallet af personer, som har gennemført programmet og som efter henholdsvis 4 og 12 måneder har angivet, at de er fysisk aktiv. I modelleringen af både omkostninger og effekter gennemføres beregningen for de angivne tidsintervaller og aggregeres til omkostninger/effekter over 12 måneder. Desuden er der gennemført følsomhedsanalyse, hvor det antages, at alle der er fysisk aktive efter 12 måneder fortsætter med at være fysisk aktive i henholdsvis 24, 36 og 60 måneder. I en supplerende analyse er det antaget, at der er et årligt frafald af fysisk aktive på 25 pct. frem til 5 år.

Tabel 7.4. Cost-effectiveness regnemodel

Forudsætninger (gns./pers.)	Model 1	Model 2
Interventionsomkostning (kr.)	6.800	7.500
Besp. i shv. per 12 md (kr.)	1.850	760
Gevinst i QoL per 12 md	0,054	0,019
	%	Antal personer
<b>Patienter</b>		
Antal der starter		1000
Antal der gennemfører prog.	69%	690
Antal, der er FA ved 6 md.	87%	600
Antal, der er FA ved 12 md.	81%	559
NNT for en der er FA i 12 md.		1,79
Antal, der er FA uden interv.	15%	
<b>Effekt af interventionsprogrammet</b>		
	Model 1	Model 2
Inkremental nettoomk. (kr.)	5.727.925	7.059.580
Inkremental QALY/12 md	25,7	9,0
Netto-omk. pr. patient: (kr.)		
som starter program	5.728	7.060
som gennemfører program	8.301	10.231
som er FA ved 12 md.	10.247	12.629
Inkremental cost/QALY (12 md)		
	222.795	780.418
Omk/QALY (24 md)	117.106	410.206
Omk/QALY (36 md)	80.726	282.773
Omk/QALY (60 md)	51.239	179.482
25% reduktion hvert år		
Omk/QALY (60 md)	81.087	284.036

Tabel 7.4. viser, at med 1000 deltagere er programmets nettoomkostninger i model 1 (top-down omkostning & kategorisk angivelse af fysisk aktivitet) omkring 5,7 mio. kr. og den beregnede inkrementale effekt 26 QALYs i løbet af de første 12 måneder. Dette giver en omkostning på omkring 223.000 kr. per QALY. I model 2 (bottom-up omkostning & tidsmæssig angivelse af fysisk aktivitet) er de beregnede omkostninger lidt højere (7,0 mio. kr.), mens den beregnede effekt er noget mindre omkring 9 QALYs. Dette giver en omkostning på omkring 780.000 kr. per QALY i løbet af de første 12 måneder.

Hvis der ikke indregnes bidrag til faste omkostninger i interventionsomkostningerne, reduceres cost-effectiveness ratioen til 161.000 kr. per QALY i model 1 og 604.000 kr. per QALY i model 2.

Hvis andelen af deltagere, der gennemfører programmet, er større end antaget i modellen – fx 75 pct. i stedet for de antagede 69 pct. – så reduceres cost-effectiveness ratioen til henholdsvis 202.000 og 714.000 kr. per QALY. Hvis det antages, at 10 pct. og ikke kun 15 pct. af målgruppen spontant ændrer adfærd og bliver mere fysisk aktive uden at deltage i programmet, så reduceres programmets cost-effectiveness ratio til henholdsvis 208.000 og 728.000 kr./QALY

Som det fremgår, er programmets cost-effectiveness meget følsom over for modellens forudsætninger.

## 7.7. Diskussion

Analysen har fastlagt, at programmet med 1156 patienter koster 8,4-9,3 mio. kr., svarende til 6.800-7.500 kr. per patient, der starter. Heraf er omkring 1,9 mio. kr. eller 1.600 kr. per patient bidrag til programmets faste omkostninger.

Analysen af de indsamlede data har vist, at ca. 81 pct. af de patienter, der har gennemført programmet, fortsætter med at være fysisk aktiv 12 måneder efter programmets start. Herudfra kan det beregnes, at nettoomkostningen per patient, der er fysisk aktiv 12 måneder efter programmet, er mellem 12.000 og 13.500 kr.

Da der ikke er indsamlet data omkring sundhedsmæssige effekter, har det været nødvendigt at foretage et skøn over de potentielle effekter fra programmet. Hertil er anvendt et eksisterende datasæt fra Fyns Amt, som viser, at personer, som er fysisk aktive, har et mindre forbrug i sundhedsvæsenet end fysisk inaktive. Hvis det antages, at der opstår en besparelse på 760-1.850 kr. per person, der er fysisk aktiv, så vil programmets netto-omkostninger nedbringes med mellem 0,9 og 2,3 mio. kr. Programmets netto-omkostninger, dvs. interventionsomkostninger – afledte besparelser kan således beregnes til mellem 6,1 og 8,4 mio. kr. (2006- priseniveau). Dette svarer til en nettoomkostning mellem 5.000 og 6.800 kr. per person, der starter programmet.

Med en antaget årlig besparelse på 1.850 kr. per patient vil besparelsen modsvare omkostningerne til interventionen, hvis patienten, som er fysisk aktiv i 12 måneder, fortsætter med at være fysisk aktiv i 6-7 år (beregnet med en diskonteringsrate på 3 pct.).

For at vurdere de helbredsmæssige konsekvenser har der været anvendt en modelbaseret tilgang, hvor data fra Fyns Amt har været analyseret i forhold til forskelle mellem grupper, der er fysisk aktive og fysisk inaktive. I de anvendte modeller har der været justeret for væsentlige confounding faktorer, men der kan være flere grunde til, at disse data ikke giver en tilstrækkelig beskrivelse af deltagernes helbredsmæssige gevinster.

Eksempelvis stammer datamaterialet fra Fyns Amts fra en repræsentativ stikprøve

af den generelle befolkning. Respondenterne i den fynske undersøgelse vil ikke umiddelbart være sammenlignelige med deltagerne i Motion og Kost-programmet, der er selekteret på grund af type 2-diabetes, dyslipidæmi og/eller hypertension. Det er dog uklart, om der er tale om en under- eller overvurdering af de helbredsmæssige effekter.

De helbredsmæssige konsekvenser er skønnet til at være i en størrelsesorden mellem 0,054 og 0,018 i EQ-5D TTO værdi ud fra en beregning af forskellen mellem en fysisk aktiv og fysisk inaktiv person. Hvis varigheden af forbedringen i helbredsrelateret livskvalitet antages at være i 12 måneder skønnes programmet at give mellem 0,05 og 0,02 QALY per person, der er fysisk aktiv 12 måneder efter programmets start.

Med disse antagelser er programmets omkostningseffekt ratio udregnet til 223.000 kr. per QALY, hvis fysisk aktivitet udtrykkes kategorisk og til 780.000 kr. per QALY, hvis fysisk aktivitet kategoriseres i forhold til 30 min. daglig aktivitet.

Umiddelbart antyder disse cost-effectiveness ratioer, at Motion-og-kost-programmet giver en forholdsvis lav »value for money« ud fra en sammenligning med andre interventioner og en sædvanlig betalingsvillighed for en QALY. Der findes dog eksempler på interventioner, som anvendes i det danske sundhedsvæsen, som er forbundet med en endnu større cost-effectiveness ratio (fx visse kræftbehandlinger), men der er også mange eksempler på interventioner, som har bedre cost-effectiveness ratioer. Den høje cost-effectiveness ratio viser, at interventionens omkostninger er forholdsvis store i forhold til de (skønnede) effekter. Det skal dog understreges her, at evalueringen ikke har indsamlet data, der direkte beskriver ændringer i deltagernes helbredsrelaterede livskvalitet – denne del af analysen er baseret på empiriske skøn fra et andet datamateriale. Desuden indgår eventuelle produktionsgevinster som følge af at flere kan fastholdes på arbejdsmarkedet heller ikke.

Cost-effectiveness analysen er som udgangspunkt gennemført med en observationsperiode på 12 måneder. Interventionen har til formål at fastholde patienternes aktivitetsniveau over en længere tidshorisont. Hvis patienterne som følge af deltagelse i programmet fastholdes i at være fysisk aktive ud over 12 måneder, skal disse effekter naturligvis indregnes i cost-effectiveness analysen. Dette er søgt gjort i forskellige følsomhedsanalyser, som alle viser, at hvis tidshorisonten udvides ud over de 12 måneder, bliver interventionen cost-effective. Datagrundlaget for at vurdere, hvor mange deltagere der er fysisk aktive efter 12 måneder, har ikke været indsamlet i denne evaluering, så enhver udvidelse af tidshorisonten bygger på antagelser.

Cost-effectiveness analysen har heller ikke taget højde for eventuelle gevinster i forventet levetid. Der findes analyser, der viser, at fysisk aktive personer har længere forventet levetid end fysisk inaktive (Juel et al. 2006). Hvis dette er tilfældet, undervurderes QALY-effekterne i denne analyse og cost-effectiveness ratioen undervurderer »value for money«.

---

Fremtidige analyser bør indeholde en eksplicit vurdering af ændringer i helbredsrelateret livskvalitet og analyse af gevinster i forventet levetid. Sådanne analyser kræver en lang observationsperiode og et design, hvor der indgår en sammenlignelig kontrolgruppe. Fremtidige analyser bør også fokusere på interventionernes muligheder for at fastholde patienter i at være fysisk aktive på længere sigt.





## 8. Konklusion og perspektivering

Evalueringen har belyst forskellige aspekter af programmet Motion og Kost på Recept i Københavns Kommune. For det første er rekrutteringen af patienter, deres gennemførelse af træningen og kost- og motionsvejledningen, samt deres fortsættelse med at motionere efterfølgende undersøgt. For det andet er de psykologiske faktorer, der har betydning for patienternes motivation, oplevelse og barrierer, analyseret. For det tredje er programmets sundhedsmæssige og sundhedsøkonomiske effekt undersøgt. I dette sidste kapitel samles op på og perspektiveres evalueringens mange resultater.

1. I løbet af de tre år programmet er fulgt – fra april 2004 til marts 2007 – har godt 1900 patienter deltaget i træningen og kost- og motionsvejledningen. Dette tal er mindre end oprindelig forventet, og trods en mindre nedjustering i det forventede årlige optag, har optaget i alle tre år været mindre end det opsatte succesmål. Antallet af patienter har desuden været faldende over de tre år. Den væsentligste årsag til dette er organisatoriske forhold, deriblandt lukning af træning og vejledning på tre klinikker, som har forhindret et større optag. På flere af klinikkerne har der under hele forløbet været ventelister.
2. Evalueringen viser, at Københavns Kommunes eget mål for programmet med en gennemførelsesprocent på 75 næsten er opnået, men det har knebet med at få patienterne til at møde op til opfølgningssamtalerne. 70 pct. mødte op til den afsluttende udslusningssamtale, men undersøgelsen tyder på, at en del af de patienter, der ikke mødte op til denne samtale, har gennemført hele eller det meste af træningsforløbet. To måneder senere mødte 54 pct. op til den første opfølgningssamtale, og yderligere seks måneder senere mødte 39 pct. op til den sidste og afsluttende opfølgningssamtale.
3. Et år efter at patienterne begyndte i Motion og Kost på Recept svarer næsten alle, at de er fysisk aktiv under en eller anden form i løbet af en uge. Decideret motion af mere regelmæssig, planlagt eller organiseret form er det dog kun mellem 40 og 50 pct., der praktiserer (med regelmæssig menes her i løbet af en uge), og 29 pct. svarer, at de er fysisk aktiv i mindst en halv time om dagen, hvilket er ca. 10 procentpoint lavere end i den voksne københavnske befolkning som helhed, mens 52 pct. svarer, at de er det flere gange om ugen. Evalueringen viser endvidere, at tre ud af fire af de patienter, som var mindst fysisk aktiv, da de begyndte i programmet, har øget deres aktivitetsniveau, mens de patienter, der allerede fra begyndelsen var forholdsvis meget fysisk aktiv, har opretholdt

dette aktivitetsniveau. Den almindeligste form for motion er selvorganiseret fysisk aktivitet – især gang og cykling – og dernæst kommer motion i et motions- og fitnesscenter. En forholdsvis lille andel af patienterne har fundet vej til en idrætsforening. Valget af motionsform er især bestemt af praktiske grunde og mulighederne for at dyrke den form for fysisk aktivitet, som pågældende er bedst tilpas med og har vænnet sig til under træningen på klinikken. Især tilgængeligheden til træningsstedet og muligheden for at træne på det tidspunkt, som passer den enkelte bedst, viser sig at være vigtig.

4. Under hele forløbet har der været en meget stabil rekruttering af patienterne på køn, alder, uddannelse, arbejdssituation, indkomst, civilstand og etnisk herkomst. To ud af tre af patienterne er kvinder, tre af fire er over 50 år, og halvdelen af gruppen bor sammen med ægtefælle eller partner. Omkring 40 pct. af patienterne er lønmodtager, knap hver femte er selvstændig, godt hver tiende er førtidspensionist, en tilsvarende andel er efterlønsmodtager, og knap hver femte patient er folkepensionist. 8 pct. af patienterne har andet oprindelsesland end Danmark. Der er en relativ ligelig rekruttering fra længere og kortere uddannede, men tager man i betragtning, at det især er personer med en kort uddannelse, som får de diagnoser, som kan udløse en recept på motion og kostvejledning, er der en overvægt i rekrutteringen af patienter med en længere uddannelse. Den sociale ulighed i rekrutteringen til programmet modvirkes en smule gennem trænings- og vejledningsforløbet, fordi patienter med en gymnasial uddannelse i lidt mindre grad gennemfører forløbet end patienter med en kortere skoleuddannelse. En sammenligning med patienterne i det tilsvarende program, Motion på Recept, i Ribe Amt viser et næsten helt identisk rekrutteringsmønster.
5. Gennemførelsen af træningen og vejledningen på klinikken de første fire måneder af programmet og fastholdelsen af en mere fysisk aktiv livsstil derefter er påvirket af flere forhold og karakteristika ved patienterne.
  - *Alder*: Jo ældre patienterne er, jo større er andelen, som gennemfører de første fire måneders træning og vejledning. Der er endvidere en svag tendens til, at ældre patienter i højere grad end yngre formår at fastholde det fysiske aktivitetsniveau. Et år efter deres start i programmet er de ældre dog lidt mindre fysisk aktive end de yngre er.
  - *Rygevaner*: Patienter, som ikke røg dagligt, da de begyndte på programmet, har i højere grad gennemført træningen og vejledningen, end de daglige rygere har.
  - *Fysisk form og fysisk aktivitetsniveau fra start*: Patienter, der inden de begyndte i Motion og Kost på Recept syntes, at de var i rimelig fysisk form og fysisk aktiv flere gange om ugen, har i højere grad gennemført hele forløbet end patienter, der syntes, at de var i dårlig fysisk form og sjældent var fysisk aktiv før de begyndte i programmet.

- *Gennemførelse af de første fire måneders træning og vejledning:* Patienter, som har fulgt hele trænings- og vejledningsforløbet, har i højere grad øget den fysiske aktivitet, end de patienter, der ikke har fulgt hele forløbet.
  - *Motionserfaring:* Patienter, der har dyrket idræt eller motion før de begyndte i Motion og Kost på Recept, er mere fysisk aktiv et år efter end patienter uden motionserfaring.
  - *Civilstand:* Et år efter patienterne meldte sig til programmet, var enlige mere fysisk aktiv end samlevende.
6. Mangel på en vedvarende motivation er kendetegnede for en stor del af patienterne, som dog oplever en øget motivation under og lige efter træningsforløbet. Patienterne nævner to hovedmotiver for at deltage i Motion og Kost. Det første er et fysisk sundhedsmotiv, der først og fremmest handler om at tabe i vægt. Det andet er et psykologisk sundhedsmotiv. Her ses programmet som en mulighed for at få et »spark« eller en ekstern motivation for at komme i gang med en større livsforandring.
7. De centrale barrierer for deltagerne er fysiske barrierer (f.eks. skader, operationer, blodprop), emotionelle barrierer (fx fornemmelsen at være dårlig til fysisk aktivitet), motivationsbarrierer (fx manglen på interesse, magelighed) og strukturelle barrierer (fx manglen på tid, for stor afstand til træningssteder). Mange af patienterne har det fysisk dårligt. Deres motivation i forhold til at blive aktive er derfor ofte begrænset. Men de fleste har oplevet, at det giver mere energi og overskud at motionere og spise sundt.
8. For at ændre adfærd skal omkostningerne ved at deltage i programmet vægtes i forhold til fordele ved status quo. Der skal træffes en beslutning. Problemet med patienterne i Motion og Kost på Recept er, at fordelene ved forandringen ikke virker tiltrækkende nok for mange patienter. En forandring af sin leve-måde kræver en stor indsats, og selvom fordelene ved denne indsats er kendt, betyder det ikke, at adfærden ændrer sig. Problemet er, at viden om fordele ved forandringen først og fremmest er kognitive, mens oplevelsen af forandringen er både fysisk og emotionel.
- Mange patienter befinder sig vedvarende i en ond emotionel cirkel. De har et lav selvværd pga. deres overvægt, synes ikke de kommer i gang og bekræfter sig selv i dette billede ved ikke at gøre noget. En omstrukturering skal arbejde med at få etableret både kognitive og følelsesmæssige mål, som er i overensstemmelse med patientens overordnede målsætning.
- Mange patienter forbliver i lang tid i et stadie af en før-overvejelse til selve handlingsstadiet. Derfor skal et »nyt liv« altid starte på et nøje fastlagt tidspunkt i fremtiden, fx den 1.januar eller efter sommerferien.
9. I starten tillægges ansvaret for sundheden enten lægen eller Overjeget (jeg burde, jeg skulle..). Det lykkes dog for en del af patienterne at internalisere ansvaret og

opleve motion som eget projekt. En fast struktur opleves i denne sammenhæng som støttende, da den forbinder selvansvar med et eksternt ansvar. Det er derfor vigtigt for denne patientgruppe, at der er en klar struktur både under forløbet og til fastholdelse af nye vaner og netværk. I forhold til projektlængden mener patienterne, at forløbet burde være længere end fire måneder. Patienterne ønsker dette især af motivationsmæssige årsager. For at sikre at nye vaner bibeholdes kræves ligeledes en stærk forankring i lokalmiljøet. Samarbejdet med lokale idrætsforeninger, fitnesscentre og lignende har ikke fungeret tilfredsstillende. Nye miljøer fremkalder barrierer. De fleste patienter vil kende det miljø, de fortsætter i efter træningsdelens ophør. Både fitnesscentre og foreninger virker uoverskuelige og afvisende, når de ikke har en fast træningsstruktur eller en person, der kan rettes henvendelser til.

10. Evalueringen af den sundhedsmæssige effekt viser fremgang og 'gevinst' af programmet på såvel den selvvalgte helbredstilstand som de mere objektive mål for helbredet. I løbet af de første fire måneder med træning under ledelse af en fysioterapeut og kostvejledning af en diætist forbedrede patientgruppen sig på alle de undersøgte sundhedsrelaterede variable:

- Vægten blev i gennemsnit reduceret med 3,4 kg (3,9 pct.).
- Taljemålet reduceredes med 4,7 cm (4,4 pct.).
- BMI reduceredes med 0,8 fra 32,4 til 31,6.
- Den maksimale iltoptagelse blev i gennemsnit forøget fra 2,09 til 2,38 l min<sup>-1</sup>, svarende til 11 pct.. Konditionen blev dermed forøget med 4,1 til 26,7 ml kg<sup>-1</sup> min<sup>-1</sup> eller med 18 pct. Differensen mellem forøgelsen på hhv. 11 pct. og 18 pct. skyldes vægtreduktionen.
- Det systoliske blodtryk blev i gennemsnit reduceret med 5 mmHg til 136 mmHg og det diastoliske blodtryk med 4 mmHg til 82 mmHg. Der var en klar tendens til en større reduktion hos de, der initialt havde de højeste blodtryksværdier.
- Både fasteglukose og HbA1C blev positivt påvirket af MKpR.
- Kolesterolniveauet blev reduceret med 0,3 mmol l<sup>-1</sup> til 5,4 mmol l<sup>-1</sup>, hvilket var relateret til en tilsvarende sænkning af LDL-kolesterol til 3,3 mmol l<sup>-1</sup> og et uforandret HDL-kolesterol (1,35 mmol<sup>-1</sup>).

Patienter, der i udgangspunktet havde en lav kondition (i forhold til gruppen som helhed), opnåede større procentuelle forbedringer end patienter med en relativ bedre kondition i udgangspunktet.

Et år efter at patienterne begyndte i MKpR – efter otte måneder hvor de selv har haft ansvaret for fysisk træning – har patienterne formået at fastholde de opnåede forbedringer efter de første fire måneders træning og vejledning.

Endvidere har gruppen som helhed fastholdt det selvvalgte helbreds-niveau, som gruppen havde opnået efter fire måneder i programmet. Et år efter

at patienterne begyndte i programmet vurderer 8 pct., at deres helbredstilstand i almindelighed er virkelig god og 49 pct. synes, at den er god, mens 6 pct. enten svarer dårlig eller meget dårlig. I sammenligning med et år tidligere, da patienterne begyndte i programmet, er andelen som synes, at deres helbredstilstand er god eller virkelig god, forøget med 25 pct., og andelen som svarer, at de har et dårligt eller meget dårligt helbred er ikke større end i den alderssvarende københavnske befolkning.

Selvom de opnåede forbedringer er relativt små i absolutte tal, så er der tale om en relativ stor forbedring i forhold til udgangspunktet, og gruppen har som helhed opnået et konditionsniveau, som ligger tæt på det niveau, som kan reducere risikoen for kronisk sygdom og død. Det skønnes endvidere, at de opnåede forbedringer formindsker i væsentlig grad risikoen for stroke, iskæmisk hjertesygdom og alvorlige komplikationer som følge af dårlige blodsukkerkontrol.

11. En økonomisk analyse af programmet viser, at de samlede udgifter per patient, der *starter* i Motion og Kost på Recept, er 6.800-7.500 kr. Omkostninger per patient, der *gennemfører* programmets fire måneders træning er mellem 10-11.000 kr. Omkostningen per patient, der fortsat er fysisk aktiv efter 12 måneder er mellem 12-13.500 kr. Interventionens omkostninger er forholdsvis store i forhold til de skønnede økonomiske gevinster. Hvis analysens tids-horisont udvides, forbedres interventionens cost-effectiveness. Programmets omkostningseffektivitet er følsom overfor antallet af personer, der gennemfører programmet og fortsætter en livsstil med øget fysisk aktivitet.

Vi skal her afslutte evalueringen med nogle perspektiver for og forslag til udvikling af programmet.

- A. Vi ved, at fysisk aktivitet og motion har en forebyggende og behandlende effekt i forhold til en række sygdomme. I sammenligning med traditionelle medicinske behandlingsformer forudsætter fysisk aktivitet som behandling imidlertid både en betydelig personlig involvering og motivation og en velfungerende og effektiv organisering af tilbuddet. Det tager tid at udvikle og optimere dette, og derfor må der gives tid til over en længere periode at udvikle denne behandlingsform. Evalueringen viser, at det virker for mange, men at der også er (for) mange, der ikke får den glæde af tilbuddet, som var tiltænkt. Der er flere trin i programmet, som kan forbedres og effektiviseres.
- B. Den første forudsætning for at programmet er en succes er, at programmet rekrutterer patienter, som træningen og kostvejledningen kan gavne. Under hele programperioden er forholdsvis få mænd (i forhold til kvinder), patienter med en kort skoleuddannelse (i forhold til diagnosernes fordeling på uddannelses-grupper) og patienter med anden etnisk herkomst rekrutteret til programmet,

- og bortset fra en svag vækst i andelen af patienter fra et ikke-vestligt oprindelsesland, er der ikke sket ændringer i dette rekrutteringsmønster. Denne sociale skævhed i rekrutteringen finder vi imidlertid ikke i gennemførelsen af programmet og fortsættelsen med en fysisk aktiv livsstil. De største selektionsmekanismer finder altså sted ved rekrutteringen til programmet. Desværre har evalueringen ikke undersøgt, hvor selektionen finder sted. Er det lægerne, som i mindre grad udskriver en recept på motion og kostvejledning til de nævnte grupper, eller skyldes det at disse grupper i højere grad undlader at 'indløse' recepten? Kommende undersøgelser bør fokusere på dette. Evalueringen viser endvidere, at patienternes egen vurdering af deres fysiske form og aktivitetsniveau samt erfaring med motion fra tidligere har en betydelig indflydelse på deres gennemførelse af programmet og fortsættelse med fysisk aktivitet. Ud fra økonomiske betragtninger bør det derfor overvejes, om dette i stærkere grad skal indgå i lægernes vurdering af, hvem der skal have en recept på fysisk aktivitet.
- C. Den anden forudsætning for programmets succes er, at 'behandlingen' er effektiv. Dels at patienterne gennemfører programmet, dels at de bliver mere fysisk aktiv og opnår et bedre helbred. Evalueringen viser, at der er store variationer i dette. Men evalueringen har ikke kunnet påvise, at de almindelige sociale karakteristika (køn, alder, uddannelse mv.) har væsentlig betydning for, hvem der gennemfører programmet, og hvor meget de forøger det fysiske aktivitetsniveau. Det tyder på, at denne behandlingsforms succes i høj grad handler om psykologiske faktorer og patienternes erfaring med fysisk aktivitet og motion – derunder hvilken form de selv synes de er i, når de begynder på træningen. Og det peger på, at træningen og vejledningen i endnu højere skal forsøge at indrette sig efter hver enkelt patients behov og motiver. Den træning, der tilbydes på klinikkerne, er relativt ensartet, men den motion, patienterne efterfølgende vælger at gå til, varierer meget. Måske skal den træning, der tilbydes de første måneder, være lige så varieret. Selvom evalueringen ikke har kunnet påvise større forskelle på 'resultaterne' mellem træningsklinikkerne, så tror vi, at grundige undersøgelser af 'best practise' vil kunne bidrage til en udvikling af træningen og vejledningen i Motion og Kost på Recept, der kan forbedre resultaterne af programmet.
- D. Den tredje og afgørende forudsætning for programmets succes er, at patienterne fortsætter med at være fysisk aktiv (og spise sundt), når den ugentlige, strukturerede træning på klinikken hører op efter fire måneder. Evalueringen peger på, at det har betydning for patienternes fortsættelse med målrettet træning, at de kan fortsætte under træningsformer, som de kender og er blevet fortrolige med, og som giver dem en struktur for deres træning. Mange patienter giver udtryk for, at de gerne ville fortsætte med træning på klinikken i en længere periode. Den mest valgte organiserede træningsform er træning i motionscenter, som må formedes at ligne den træning, de har deltaget i på klinikken, mest. Samtidig har

det også betydning, at det ikke bliver for besværligt at gå til motion. Selvom der er gjort en stor indsats for at informere patienterne om, hvor patienterne kan motionere, når træningen på klinikken holder op, og der også er taget initiativ til særlige motionstilbud for denne gruppe, så er der øjensynligt et behov for flere, relativt lokale tilbud, som er målrettet mod denne gruppe. Det kunne fx være særlige hold for denne målgruppe i de større gymnastikforeninger i byen, særlige 'motion som behandling foreninger' (svarende til 'Ældre i bevægelse foreningerne'), særlige tilbud indrettet efter denne gruppes behov i motionscentre, eller tilbud om motion på de klinikker, hvor patienterne trænede de første fire måneder.

- E. Endelig er det en forudsætning for programmets succes, at man i højere grad forstår patienternes motiver for og barrierer mod denne behandlingsform. Vil man i fremtid motivere denne målgruppe, så er det en god idé at »satse på tal« (fx opnåede værdier i træningsmaskiner, løbede kilometer eller øgning af styrkevægten), som giver et motiverende feed back til den trænende patient. Det er samtidig en god idé at satse på en fast tids- og øvelsesstruktur og på gentagelsen af det samme (det gælder både for træningsøvelser, træningssted eller den person, der vejleder træningen). At træne i kendte omgivelser giver fornemmelsen af at vinde kontrol over træningsprocessen, samtidig med at det mindsker blufærdigheden for at udsætte sig nye blikke og nye omgivelser. Fysioterapeuten og diætisten har fungeret som eksterne omsorgspersoner. Selv om denne systemomsorg gerne skulle overtages af patienternes egenomsorg, så er en opfølgning ca. én gang om måneden efter endt trænings- og projektperiode at anbefale. Til sidst foreslås det ud fra et motivationssynspunkt, at man altid iværksætter sundhedskampagner efter en ferieperiode, fx. efter jul eller sommerferie, da det mindsker muligheden for afbrydelser.

## Afslutning

I gennem de sidste ti år er der blevet gennemført et meget stort antal interventionsstudier for at vurdere, om livsstilsændringer kan forbedre menneskers sundhed og reducere risikoen for, at man tidligt i livet udvikler kroniske sygdomme, som leder til døden (Schnohr et al. 2003). I flere af disse studier har fokus været på fysisk aktivitet og på bedre kost (Haskell et al. 2007; Nelson et al. 2007). Resultaterne har i mange af studierne været over forventning positive, fx hvad angår forsøg på at forhindre type 2 diabetes i at indtræffe (Lindgren et al. 2007) og hvad angår sækning af blodtryk (Fagard 2006).

Udfordringen for samfundet i dag er at implementere denne viden i menneskers dagligdag. Motion og Kost på Recept er et forsøg på at gå bredt ud i en storby



og via den praktiserende læge at påvirke patienters sygdom med fysisk aktivitet og kostvejledning. De logistiske og psykologiske problemer er mange. Ikke alle patienter, som ville have nytte af en ændret livsstil på det aktuelle område, kan nå eller er parate til at gå i gang. Imidlertid har Motion og Kost i København vist, at de patienter, der tager imod tilbuddet, fuldfører programmet og kan motivere sig selv til at fortsætte, opnår et positivt resultat.

## 9. Litteratur

- Adler, N. E., Boyce, T., Chesney, M. A., Cohen, S., Folkman, S., Kahn, R. L., & Syme, S. L. (1994). Socioeconomic status and health. The challenge of the gradient. *American Psychologist*, 49(1), 15-24.
- Agency for Healthcare Research and Quality (2002). *Physical Activity and Older Americans: Benefits and Strategies*. <http://www.ahrq.gov/ppip/activity.htm>.
- Biddle, S. (2000). *Physical Activity and Psychological Well-Being*. Routledge.
- Biddle, S. & Mutrie, N. (2005). *The Psychology of Physical Activity. An Evidence Based Approach*. Routledge.
- Blair S.N., Kampert J.B., Kohl H.W. 3rd, Barlow C.E., Macera C.A., Paffenbarger R.S. Jr, Gibbons L.W. (1996). Influences of cardiorespiratory fitness and other precursors on cardiovascular disease and all-cause mortality in men and women. *JAMA* 276, 205-210.
- Bonde, A. & Pedersen Schmidt, R. (2005). *Evaluering af social ulighed i sundhed som tværgående aspekt i Folkesundhed Københavns projekter*. Folkesundhed København, Københavns Kommune.
- Cornelissen V.A., Fagard R.H. (2005). Effects of endurance training on blood pressure, blood pressure-regulating mechanisms, and cardiovascular risk factors. *Hypertension* 46, 667-675.
- Eckholm, O., Kjøller, M., Davidsen, M., Hesse, U., Eriksen, L., Illemann Christensen, A. & Grønbæk, M. (2006). *Sundhed og sygelighed i Danmark & udviklingen siden 1987*. Statens Institut for Folkesundhed.
- Elsass, P. (1994). *Sundhedspsykologi. Et nyt fag mellem humaniora og naturvidenskab*. København: Gyldendal.
- Fagard R.H. (2006). Exercise is good for your blood pressure: effects of endurance training and resistance training. *Clin Exp Pharmacol Physiol* 33, 853-856.
- Haskell W.L., Lee I-M., Pate R.R., Powell K.E., Blair S.N., Franklin B.A., Macera C.A., Heath G.W., Thompson P.D., Bauman A.(2007). Physical activity and public health. Updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation* 116; 000-000, published online August 1.
- Juel, K., Sørensen J. & Brønnum-Hansen, H. (2006). *Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark*. Statens Institut for Folkesundhed.
- Knowler W.C., Barrett-Connor E., Fowler S.E., Hamman R.F., Lachin J.M., Walker E.A., Nathan D.M.(2002). Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Eng J med* 346, 393-403.

- Kunst, A.E., Groenhouf, F., Mackenbach, J.P., & The EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. (1998). Occupational class and cause specific mortality in middle aged men in 11 European countries: comparison of population based studies. EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. *British Medical Journal*, 316(7145), 1636-1642.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Lewington S., Clarke R., Qizilbash N., Peto R., Collins R.(2002). Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet* 360, 1903-1913.
- Lieblich, A., Tuval-Mashiach & Zilber, T. (1998). *Narrative Research: Reading, Analysis, and Interpretation*. London: Sage.
- Lindgren P., Lindström T., Tuomilehto J., Uusitupa M., Peltonen M., Jonsson B., de Faire U., Hellenienius M.L.(2007). DPS Study Group. Lifestyle intervention to prevent diabetes in men and women with impaired glucose tolerance is cost-effective. *Int J Technol Assess Health Care* 23, 177-183.
- Lindström J., Ilanne-Parikka P., Peltonen M., Aunola S., Eriksson J.G., Hemio K., Hamalainen H., Harkonen P., Keinane-Kiukaanniemi S., Laakso M., Louheranta A., Mannelin M., Paturi M., Sundvall J., Valle T.T., Uusitupa M., Tuomilehto J. (2006). Finnish Diabetes Prevention Study Group. Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: follow-up of the Finnish Diabetes Prevention Study. *Lancet* 368, 1673-1679.
- Lynch, J. W., & Kaplan, G. A. (2000). Socioeconomic position. In L. F. Berkman & I. Kawachi (Eds.), *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press, 13-35.
- MAXqda2 (2004). *Einführung in das Textanalysesystem qualitative Datenanalyse*. VERBI software. Berlin.
- Nelson M.E., Rejeski W.J., Blair S.N., Duncan P.W., Judge J.O., King A.C., Macera A., Castaneda-Sceppa C. (2007). Physical activity and public health in older adults. Recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation* 116, 000-000, published online 1.August 2007.
- Ottesen, L. og Ibsen, B. (1999). *Idræt, motion og hverdagsliv*. Institut for Idræt, Københavns Universitet.
- Pedersen, B.K. & Saltin, B. (2003). *Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling*, Sundhedsstyrelsen: Center for Forebyggelse.
- Pedersen B.K. & Saltin, B. (2006). Evidence for prescribing exercise as therapy in chronic disease. *Scand J Med Sci Sports* 16 (suppl 1): 3-63.

- Pedersen, K.M., Wittrup-Jensen, K., Brooks, R., Gudex, C. (2003). *Værdisætning af sundhed. Teorien om kvalitetsjusterede leveår og en dansk anvendelse*. Syddansk Universitetsforlag.
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Prochaska, J.O. & Marcus, B. (1994). The Transtheoretical Model: Applications to Exercise. In: Dishman, R. *Advances in Exercise Adherence*. Champaign Il.: Human Kinetics, 161-180.
- Riessman, C. (1993). *Narrative Analysis*. London: Sage.
- Roessler, K. K. & Ibsen, B. (2006). Midtvejsrapport »Motion og Kost på Recept«, Upubliceret rapport, University of Southern Denmark.
- Rugulies, R., Aust, B., & Syme, S. L. (2004). The epidemiology of health and illness. A socio-psycho-physiological perspective. In S. Sutton, A. Baum & M. Johnston (Eds.), *The Sage handbook of health psychology* (pp. 27-68). London: Sage Publishers.
- Saltin, B. & Grimby, G. (1968). Physiological analysis of middleaged and old former athletes – comparison with still active athletes of same age. *Circulation*, 38(6), 1104-8
- Schnohr P., Scharling H. & Jensen J.S. (2003). Changes in leisure-time physical activity and risk of death: an observational study of 7,000 men and women. *Am J Epidemiol* 158, 639-644.
- Slentz C.A., Houmard J.A. & Kraus W.E. (2007). Modest exercise prevents the progressive disease associated with physical inactivity. *Exerc Sport Sci Rev* 35, 18-23.
- Sparkes, A. (2005). Narrative analysis: exploring the whats and hows of personal stories. In: Holloway, I (Ed.). *Qualitative Research in Health Care*. Open University Press, 193-209.
- Yalom, Irving (2003). *Eksistentiel psykoterapi*. København: Hans Reitzel.



# 10. Bilag

## *Bilag 1: Sammenligning af Motion og Kost på Recept i Københavns Kommune med Motion på Recept i Ribe Amt*

	KØBENHAVN		RIBE AMT(N=316)*	
<b>Køn og alder</b>	MAND	KVINDE	MAND	KVINDE
Kønsfordeling	33	67	32	68
Alder	57	56	56	51
<b>Gennemførelse</b>				
Første fire måneder (pct.)	73	69	75	73
Opfølgningssamtale – 6/7 mdr.	56	54	52	
<b>Selv vurderet helbred ved start</b>				
Virkelig godt	3	1	2	3
Godt	28	27	32	28
Nogenlunde	54	55	56	50
Dårligt	15	16	8	17
Meget dårligt	1	2	2	2
<b>Selv vurderet fysisk form ved start</b>				
Virkelig god	16	14	0	0
God	21	20	9	7
Nogenlunde	33	31	40	41
Dårlig	26	28	41	34
Meget dårlig	4	7	10	18
<b>Kondital (gennemsnit)</b>				
Kondital ved start	23,2	22,3	22,3	19,0
Ændring – 0-4 mdr.	+3,8	+3,9	+3,7	+2,0
Ændring – 4-6/7 mdr.	+0,8	+0,2	-0,4	-0,3

<b>Vægt og BMI</b>				
Vægt ved start, kg	102,0	87,8	98,6	90,4
BMI ved start, kg/cm <sup>2</sup>	32,32	32,41	31,39	32,7
Ændring – 0-4 mdr.	-1,08	-1,01	-,2	-,4
Ændring – 4-6/7 mdr.	-,05	-0,05	-,01	-,03

\* Kilde: Henry Jensen, Rolf Jakobsen, Lis Puggaard og Jes Bak Sørensen (2006). Statusrapport. Motion på recept i Ribe Amt 2004 og 2005.

### *Bilag 2 Patientfordelingen i de kvalitative interviews*

KLINIK	PATIENTER (I ALT)	KVINDER (ALDER VED DET 1. INTERVIEW)	MÆND (ALDER VED DET 1. INTERVIEW)
Amager	4	3 (56, 57, 78 år)	1 (63 år)
NordVest	7	6 (35, 45, 63, 64, 73, 73 år)	1 (71 år)
Brønshøj	10	7 (41, 46, 52, 62, 63, 67, 72 år)	3 (56, 59, 63 år)
Rigshospitalet	5	5 (31, 36, 57, 67, 70 år)	0
Borgergade	4	3 (58, 60, 73 år)	1 (62 år)
I alt	30	24	6







Fysisk aktivitet kan forbedre menneskers sundhed og reducere risikoen for, at man tidligt i livet udvikler kroniske sygdomme som for eksempel hjerte-kar-sygdomme, type-2 diabetes, fedme og forhøjet blodtryk. Motion og Kost på Recept i Københavns Kommune er et forsøg på via den praktiserende læge at påvirke patienters diagnose med fysisk aktivitet og kostvejledning.

Evalueringen viser, at fysisk aktivitet som behandling virker. Patienterne opnår et forbedret blodtryk, taber vægt og får mere kondition samtidig med, at de oplever sig selv som mere energiske og sundere.

Det viser sig imidlertid også, at en forandring af livsstilen ikke udelukkende er et spørgsmål om hensigtsmæssige fysiske påvirkninger, men i høj grad også er forankret i en psykologisk og social kontekst.

I tilknytning til *Fysisk aktivitet som behandling. Motion og Kost på Recept i Københavns Kommune* udsendes hæftet *Motion og Kost på Recept i Københavns Kommune. Evalueringens resultater* med evalueringens hovedkonklusioner (Syddansk Universitetsforlag 2007).

