



# EVALUERING AF MOTION PÅ RECEPT I NORDJYLLAND 2007

Thomas Gjelstrup Bredahl

2008:5





# Evaluering af Motion på Recept i Nordjylland 2007

Thomas Gjelstrup Bredahl

## **Evaluering af Motion på Recept i Nordjylland 2007**

af Thomas Gjelstrup Bredahl

Evalueringsansvarlige:

Thomas Gjelstrup Bredahl og Lis Puggaard

Center for Anvendt og Klinisk Træningsvidenskab

Institut for Idræt og Biomekanik, Syddansk Universitet

Gengivelse af tekst, figurer og tabeller er kun tilladt efter aftale med

Thomas Gjelstrup Bredahl, Center for Anvendt og Klinisk Træningsvidenskab, Institut for Idræt og Biomekanik, Syddansk Universitet, Odense. Campusvej 55, 5230 Odense M, Telefon 65 50 34 27, e-mail: tbredahl@health.sdu.dk eller

Lars Lejbølle, Sundhedsfremmekonsulent, Praksissektoren, Region Nordjylland, Niels Bohrsvej 30, 9220 Aalborg Ø, Telefon 96 35 18 74 / 41 10 88 09, e-mail: ll@rn.dk, www.rn.dk.

Udgivet 2008

ISBN 978-87-90923-03-7

Serie: Movements, 2008:5

Serieudgiver: Institut for Idræt og Biomekanik

Forsidefoto: Scanpix/Masterfile

Forsidelayout: Anne Charlotte Mouret

Opsætning: Lone Bolwig

Tryk: Print & Sign, Odense

### **Læsevejledning**

Evalueringen er opbygget i to dele: Første del indeholder indledning, sammenfatninger og konklusioner. Anden del indeholder metodebeskrivelser og de enkelte analyser.

Del 1 kan læses selvstændigt, og den giver et overblik over effekten af Motion på Recept i Nordjylland. Ønskes et nærmere kendskab til resultaterne henvises til anden del af evalueringen.

Del 2 indeholder metodebeskrivelse og afsnit med de enkelte analyser. Analyserne kan læses selvstændigt og består af resultaterne efterfulgt af en opsummering og delkonklusion.

# Indholdsfortegnelse

|  |    |
|--|----|
| <b>Resumé</b> .....  | 5  |
| <b>Del 1</b> .....   | 6  |
| <b>Indledning</b> .....  | 6  |
| <b>Formål</b> .....  | 7  |
| <b>Sammenfatning, konklusion og perspektivering</b> .....                                  | 7  |
| <b>Del 2</b> .....   | 10 |
| <b>Metode</b> .....  | 10 |
| <b>Resultater</b> .....  | 12 |
| <b>Baselinebeskrivelse af deltagerne i MPR</b> .....                                       | 13 |
| Køn .....  | 13 |
| Alder .....  | 13 |
| Uddannelse .....   | 13 |
| Opsummering og konklusion - uddannelse .....   | 14 |
| Indtægt .....  | 15 |
| Opsummering og konklusion - indtægt .....  | 15 |
| <b>Selvurderede mål</b> .....  | 15 |
| BMI .....  | 15 |
| Opsummering og konklusion - BMI .....  | 16 |
| Selvurderet Helbred .....  | 16 |
| Opsummering og konklusion – selvurderet helbred .....                                      | 18 |
| Selvurderet fysisk form .....  | 18 |
| Opsummering og konklusion – selvurderet fysisk form .....                                  | 21 |
| Fysisk aktivitet .....   | 22 |
| Opsummering og konklusion – fysisk aktivitet .....   | 22 |
| Antal dage om ugen med fysisk aktivitet i 30 minutter .....                                | 24 |
| Opsummering og konklusion – antal dage om ugen med fysisk aktivitet<br>i 30 minutter ..... | 25 |

|  |    |
|--|----|
| <b>Psykologiske parametre</b> .....                      | 26 |
| Indstilling til Motion .....                             | 26 |
| Opsummering og konklusion – indstilling til motion ..... | 29 |
| <b>Deltagernes motionsaktiviteter</b> .....              | 30 |
| <b>Deltagernes tilfredshed med MPR</b> .....             | 30 |
| <b>Konklusion</b> .....                                  | 31 |
| <b>Anbefalinger</b> .....                                | 35 |
| <b>Bilag</b> .....                                       | 36 |
| Bilag 1: Resultattabeller .....                          | 36 |
| Bilag 2: Signaturforklaring .....                        | 45 |
| <b>Litteratur</b> .....                                  | 46 |

## Resumé

I denne evaluering indgår der i alt for Motion på Recept (MPR) 210 besvarelser fra før start på interventionen, 150 besvarelser fra efter interventionen, 91 besvarelser efter 10 måneder og 72 besvarelser efter 16 måneder. I alt havde der i evalueringsperioden i 2005 og 2006 deltaget cirka 800 – 900 deltagere i MPR. Antallet af besvarelser i analysen afspejler derfor ikke antallet af deltagere i projektet som helhed. De inkluderede deltagere i MPR består af 45 % mænd og 55 % kvinder. Gennemsnitsalderen er 62 år for deltagerne i MPR. Generelt er deltageres sundhedstilstand dårlig ved begyndelsen af MPR, hvilket blandt andet viser sig ved, at mange er overvægtige, har en dårlig selv vurderet fysisk form, et dårligt selv vurderet helbred og et lavt fysisk aktivitetsniveau.

Resultaterne for deltagelse i MPR peger på, at deltagerne øger deres forudsætninger for at føre et aktivt liv.

- MPR - deltagerne får mindsket deres BMI signifikant.
- MPR - deltagerne får forbedret deres selv vurderede helbred signifikant
- MPR - deltagerne vurderer generelt, at de får en bedre selv vurderet fysisk form.
- MPR - deltagerne forbedrer ikke deres fysiske aktivitet ved ”motion” og ”totalt” signifikant.
- MPR - deltagerne forbedrer ikke deres tro på, at de kan være fysisk aktive på trods af modgang
- MPR – deltagerne oplever generelt stor tilfredshed ved deltagelsen i projektet.

Samlet set er MPR i Nordjylland en succes for deltagerne, idet en stor del af deltagerne opnår bedre forudsætninger for at leve et fysisk aktivt liv. Der er klare resultater, der peger på, at deltagerne forbedrer deres selv vurderede helbred, deres fysiske form samt deres BMI.

Hermed er den endelige konklusion på evalueringen af MPR i Nordjylland, at MPR - projektet, i nogen grad er i stand til at påvirke deltagerne således, at målsætningerne opfyldes.

På baggrund af de positive resultater præsenteret i denne evaluering af MPR, har konceptet et klart positivt potentiale og udviklingspotentiale, der synes brugbar i de nye kommuner og den nye regionsstruktur. Resultater fra evalueringer af MPR i Københavns Kommune, Frederiksberg Kommune, Ribe Amt, Fyns Amt samt Frederiksborg Amt viser lignende positive resultater i forhold til deltageres selv vurderede fysiske form, selv vurderede helbred og fysiske aktivitet. Resultaterne danner en god baggrund for at anbefale, at konceptet MPR tænkes ind i den videre udvikling af indsatser med fysisk aktivitet på forebyggelsesområdet.

## Del 1

### Indledning

Omkring halvdelen af den danske befolkning er ikke regelmæssig fysisk aktiv [1,2]. Internationale undersøgelser viser lignende tendenser for blandt andet den amerikanske samt hollandske befolkning [3]. Fysisk inaktivitet er relateret til en øget risiko for udvikling af eksempelvis hjertekarsygdomme, type-2 diabetes, fedme og forhøjet blodtryk [2]. Med viden om, at fysisk aktivitet har en sammenhæng med udvikling af livsstilssygdomme [4], er det oplagt at forsøge at få fysisk inaktive personer til at ændre livsstil for at forbedre folkesundheden. Livsstilsændringer er imidlertid ikke simple at foretage, hvorfor det er nødvendigt med støtte til at foretage disse ændringer.

#### **Beskrivelse af Motion på Recept konceptet**

Motion På Recept (MPR) er blevet foreslået som en måde at hjælpe en gruppe af inaktive personer til at blive mere fysisk aktive. Ribe Amt var i år 2002 de første til at afprøve en model med MPR. I de følgende år var der flere af de daværende amter og kommuner, som ligeledes igangsatte projekter med MPR [1]. I den danske version af MPR udskriver den praktiserende læge en recept på motion, som patienten indløser hos en MPR - udbyder. I de fleste af de danske projekter var MPR - forløbet superviseret træning over en periode på fire måneder hos en MPR – udbyder, kombineret med vejledning og rådgivning om implementering af fysisk aktivitet i hverdagen.

Internationalt anvendes MPR i en række lande (eksempelvis Sverige, Norge, England, Australien og New Zealand) med samme formål som i Danmark, dog med andre interventionsformer [5,6]. I forbindelse med ”Motion på Recept” har de første undersøgelser af denne behandlingsform vist fysisk aktivitets gavnlige effekt på livsstilssygdomme [1,2,7]. Resultaterne er af største relevans, idet det således er muligt at forebygge samt forbedre muligheden for helbredelse af disse. De samme undersøgelser viser imidlertid også, at det vanskelige er at fastholde deltagerne i en fysisk aktiv livsstil. Det kan derfor konkluderes, at for at udvikle og tilbyde mere succesfulde interventioner er det vigtigt at evaluere eksisterende tiltag grundigt.

#### **MPR i Nordjylland**

Fysisk aktivitet har vist sig som et anvendeligt værktøj til behandling af livsstilssygdomme. Det er derfor et område, som i høj grad er i fokus indenfor den sundhedsvidenskabelige debat og forskning. MPR i Nordjylland bygger på grundidéen fra MPR, men er delt op i to centrale områder: MPR og MPR Light.



- a) MPR har et behandlende sigte og er traditionelt rettet mod patienter med forhøjet blodtryk, forhøjet kolesterol, type - II diabetes og forstadier hertil, overvægt og hjertesygdom. I Nordjyllands projekt inkluderes dog udelukkende patienter med type – II diabetes. Det kræves desuden, at deltagerne er fysisk aktive mindre end 30 minutter dagligt, og at de ikke er for overvægtige (BMI skal være under 35). Herudover skal de være indstillet på en (begrænset) egenbetaling. Deltageren henvises til MPR efter visitation hos egen praktiserende læge. Efter indledende og motiverende samtale hos en fysioterapeut indgår deltageren i et intensivt struktureret træningsforløb på 4 måneder. Efter dette forløb overgår deltageren, via motiverende samtale hos en fysioterapeut, til selvstændig egenbetalt aktivitet i eksisterende idrætstilbud i nærmiljøet eller til fysisk aktivitet på egen hånd.
- b) MPR light har et sygdomsforebyggende sigte og er særligt rettet mod raske borgere, der er i risiko for at udvikle livsstilsrelaterede lidelser, som følge af for lavt fysisk aktivitetsniveau (under 30 minutter om dagen). MPR light er et tilbud, der fokuserer på en motiverende og rådgivende indsats via en motionsrådgiver, der skal hjælpe de pågældende med at finde en velegnet egenbetalt motionsform eksempelvis indenfor eksisterende idrætstilbud i nærmiljøet. Henvendelse til motionsrådgiveren kan ske på borgerens eget initiativ eller på opfordring fra de praktiserende læger, patientforeninger eller lignende. Tilbuddet er gratis.

## Formål

Evalueringsens formål er:

- At beskrive deltagerne i Motion på Recept ud fra sociodemografiske variable.
- At analysere hvorvidt Motion på Recept har effekt på deltageres selvvalgte helbred, selvvalgte fysiske form, fysiske aktivitetsniveau samt indstilling til motion.
- At beskrive deltageres motionsaktiviteter samt tilfredshed med at være en del af Motion på Recept.

## Sammenfatning, konklusion og perspektivering

Effekten af MPR er i denne slutevaluering vurderet ved hjælp af statistiske beregninger på forskelle i målingerne foretaget ved T=0, T=4, T=10 og T=16 måneder. Det belyser, hvorvidt deltagelse i MPR påvirker de valgte parametre.

I evalueringen indgår der i alt for MPR 210 T=0 spørgeskemaer, 150 T=4 spørgeskemaer, 91 T=10 spørgeskemaer og 72 T=16 spørgeskemaer. I alt havde der i evaluingsperioden i 2005 og 2006 deltaget cirka 800 – 900 deltagere i MPR. Antallet af besvarelser i analysen afspejler derfor ikke antallet af deltagere i projektet som helhed.

De inkluderede deltagere i MPR består af 45 % mænd og 55 % kvinder. Kønsfordelingen af deltagere i interventionerne er cirka samme fordeling af køn som i lignende sundhedsinterventioner i Danmark. Deltagerne i MPR havde en gennemsnitsalder på 62 år.

Generelt er deltagernes sundhedstilstand dårlig ved begyndelsen af MPR, hvilket blandt andet viser sig ved, at mange er overvægtige, har en dårlig selv vurderet fysisk form, et dårligt selv vurderet helbred og et lavt fysisk aktivitetsniveau.

Analyserne i denne evalueringsrapport kan give et bud på, om deltagernes forudsætninger for at føre et mere aktivt liv forbedres gennem MPR. Forudsætningerne for at føre et fysisk aktivt liv sidestilles i denne evaluering med godt selv vurderet helbred, god selv vurderet fysisk form, normalt BMI samt en mere positiv indstilling til at være fysisk aktiv. Om deltagerne opnår dette besvares ved at sammenholde deltagernes aktivitetsniveau samt andre selv vurderede data fra 0-4, 0-10 og 0-16 måneder. De selv vurderede variable er et udtryk for deltagernes egen opfattelse. Nogle svarkategorier er begrænset til 3-5 svarmuligheder, hvilket betyder, at der rent talmæssigt kan forventes en begrænset ændring. Det betyder, at selv små ændringer kan være udtryk for en positiv eller negativ udvikling.

#### **Er deltagerne i stand til at føre en mere aktiv tilværelse?**

Resultaterne for deltagelse i MPR synes at pege på, at deltagerne øger deres forudsætninger for at føre et aktivt liv. Deltagerne i MPR mindsker deres BMI signifikant. MPR – deltagerne oplever, at de har fået et bedre selv vurderet helbred og bliver i bedre selv vurderet fysisk form.

#### **Bliver deltagerne mere fysisk aktive?**

Resultaterne for deltagelse i MPR viser, at deltagerne ikke øger deres fysiske aktivitetsniveau. Resultaterne viser ligeledes, at deltagerne ikke er fysisk aktive et øget antal dage om ugen i forhold til sundhedsstyrelsens anbefalinger om 30 minutters fysisk aktivitet om dagen.

#### **Ændres deltagernes psykologiske forudsætninger for at blive mere fysisk aktiv?**

Resultaterne for deltagernes psykologiske forudsætninger for at blive mere fysisk aktiv viser, at deltagerne i MPR ikke ændrer deres samlede indstilling til fysisk aktivitet.

#### **Tilfredshed med MPR**

Det kan konstateres, at der er stor tilfredshed blandt deltagerne i forhold til deres deltagelse i MPR. Tilfredsheden gælder i forhold til de sundhedsprofessionelles indsats, såvel undervejs i forløbene som i projektets overgange, men også i forhold til projektet generelt.

#### **Konklusion og Perspektivering**

Samlet set er MPR i Nordjylland en succes for deltagerne, idet en stor del af deltagerne opnår bedre forudsætninger for at leve et fysisk aktivt liv. Der er klare signifikante resul-

tater og i flere tilfælde tendentielle resultater, der peger på, at deltagerne forbedrer deres selvvurderede helbred, deres selvvurderede fysiske form og deres BMI. Derimod forandrer deltagerne ikke deres selvrapporterede fysiske aktivitetsniveau og deres psykologiske indstilling til at blive mere fysisk aktiv.

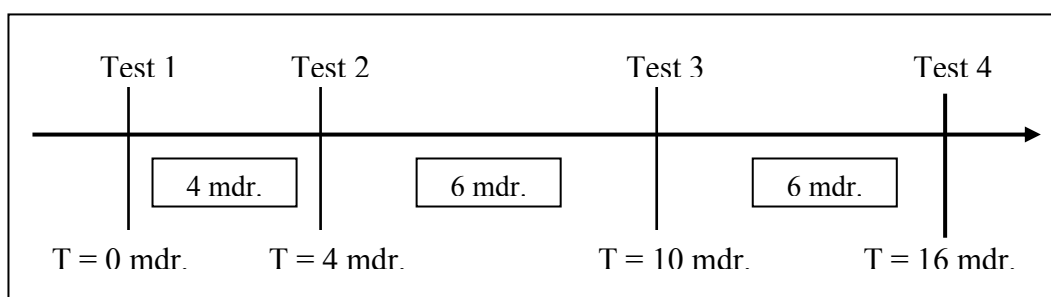
Hvis evalueringen læses i sin helhed, er det tydeligt, at der overordnet er tale om en positiv udvikling for deltagerne. Hermed synes MPR i nogen grad, at kunne påvirke deltagerne således, at målsætningerne for MPR opfyldes.

På baggrund af de positive resultater præsenteret i denne evaluering af MPR's indflydelse på deltagernes BMI, selvvurderede helbred, selvvurderede fysiske form, fysiske aktivitetsniveau samt psykologiske forudsætninger for at føre et aktivt liv, har konceptet et klart positivt potentiale og udviklingspotentiale, der synes brugbar i kommende sundhedsfremmende tiltag, der omhandler fysisk aktivitet i Region Nordjylland. Resultater fra andre nationale evalueringer af MPR viser lignende positive resultater i forhold til deltagerne fysiske aktivitet, fysiske form og selvvurderede helbred [8-10]. Derfor anbefales det at tænke koncepter som MPR ind i fremtidige sundhedsaftaler.

## Del 2

### Metode

Evalueringsens målsætning er at konstatere hvorvidt interventionen har den ønskede sundhedsfremmende effekt hos deltagerne i Motion på Recept (MPR). Dataindsamling baseres på en spørgeskemaundersøgelse, der foretages ved inklusion (T=0), ved ophør af fire-måneders træningsforløbet i MPR, samt 6 (T=10) og 12 måneder efter (T=16). Denne endelige evaluering analyserer og sammenligner deltagernes værdier før start på interventionen (T=0), umiddelbart efter (T=4), efter 6 (T=10) og 12 måneder (T=16).



Tabel 1. Testtidspunkter for MPR.

### Spørgematerialet

Spørgeskemaerne er udleveret og indsamlet via fysioterapeuterne samt evalueringsansvarlig i Nordjylland. Sociale og demografiske baggrundsoplysninger registreres via en lettere modificeret udgave af den indledende del af det standardiserede spørgeskema, der anvendes i forbindelse med den nationale undersøgelse: Sundhed og Sygelighed i Danmark [11].

Selvvurderet helbred registreres med den danske version af Short Form (SF)-12 [12]. Det har længe været anerkendt, at pålideligheden af selvrapporeret fysisk aktivitet via spørgeskema generelt er lav i sammenligning med subjektive målinger af andre adfærdforhold af relevans for sundhed [13]. Derfor tages der i denne evaluering udgangspunkt i et spørgeskema vedrørende fysisk aktivitet og sundhed udviklet ved Karolinska Institutet i Sverige. Dette skema er kortfattet og har generelt vist sig at være brugbart [14]. Det kortfattede spørgeskema er oversat og valideret til dansk og benyttes sammen med udvalgte spørgsmål vedrørende fysisk aktivitet fra SF-12. På baggrund af registreringerne beregnes den fysiske aktivitet i MET. 1 MET er det energiforbrug, der kræves for at sidde stille, hvilket svarer til 3,5 ml O<sub>2</sub>/(kg\*min) [15]. I den svenske undersøgelse viste spørgeskemaet en korrelation med en dagbogsregistrering af fysisk aktivitet på 0,56, samt en korrelation på 0,65 mellem to udfyldninger af spørgeskemaet. Spørgsmålene vedrørende selvvurderet fysisk form er indhentet fra den nationale SUSY – undersøgelse [11]. Det

samlede spørgeskema indeholder ligeledes spørgsmål relateret til motivation og fastholdelse i forhold til vigtige psykosociale og organisatoriske kontaktområder, som eksempelvis den praktiserende læge og andre sundhedsprofessionelle. Disse områder er netop belyst som afgørende for compliance i MPR [1].

Ved at gennemføre evalueringen via en spørgeskemaundersøgelse er resultaterne baseret på selvrapporterede variable. Selvrapporterede variable kan, i forhold til kliniske målinger af eksempelvis helbred, være forbundet med usikkerhed, idet resultatet afspejler deltagerens egen vurdering og ikke den faktiske sandhed. Undersøgelser har dog vist, at der i forhold til eksempelvis selvurderet helbred er god overensstemmelse imellem individets bedømmelse og kliniske resultater [16,17]. Denne problematik er metodisk forsøgt imødekommet ved at udvælge nationale og internationale anvendte og validerede spørgeapparater for at opnå et så præcist resultat som muligt. SF-12, der giver et mål for deltagerens selvurderede helbred, har vist sig som et nationalt og internationalt pålideligt redskab til at vurdere helbredet hos individer [16]. Resultaterne fra analyserne af selvurderet helbred giver derfor et godt billede af deltagerne og udviklingen i deres helbred. Som beskrevet i ovenstående afsnit har spørgeskemaer til vurdering af fysisk aktivitetsniveau generelt en moderat overensstemmelse med virkeligheden og selvom der i denne evaluering er forsøgt at tage højde for dette ved metodisk udvælgelse af spørgeapparatet, kan resultaterne i nogen grad afspejle denne problemstilling. Spørgsmålene til fysisk aktivitet har dog en rimelig god korrelation på 0.65 mellem flere udfyldninger af skemaet. Det betyder, at resultaterne måske ikke udtrykker virkeligheden præcist, men i rimelig grad er i stand til at dokumentere en udvikling over tid. Derfor kan resultater, der viser udvikling i deltagerens fysiske aktivitet, betragtes som valide.

Spørgsmålene, der belyser deltagerens indstilling til motion er taget fra internationalt validerede spørgeapparater udarbejdet af forskere fra Cancer Prevention Research Center i USA [18,19]. Idet spørgsmålene fra disse skemaer relaterer sig til følelsesmæssige og private forhold hos det enkelte individ, skal læseren være opmærksom på, at deltagerens svar fra gang til gang kan variere. Dette skyldes, at svarene er afhængige af individets følelsesmæssige tilstand. Derfor skal både signifikante og ikke – signifikante resultater i evalueringen betragtes med forbehold.

### **Svarprocent og frafald**

Alle indsendte skemaer indgår i evalueringen, men kun komplette datasæt indgår i analyser mellem tidspunkterne. Det vil sige, at kun de, der har svaret begge gange til eksempelvis T=0 og T=4, indgår i sammenligningen mellem disse. Det samme gælder for analyserne mellem T=0 – T=10 og T=0 – T=16. Hvis der registreres manglende udfyldning eller fejl i besvarelsen af enkelte spørgsmål i skemaet, udelukkes disse fra analysen. Desuden har der over evalueringsperioden været et stort frafald af deltagere. For MPR – gruppen har der været et frafald på 29 % fra T=0 til T=4 og et frafald på 39 % fra T=4 til T=10 samt et frafald fra T=10 – T=16 på 21 %. Det svarer til et frafald på i alt 66 % over 16 måneder.

Derfor vil der gennem evalueringen være et varierende antal (n), der indgår i de enkelte analyser.

Grunden til det store frafald før evalueringen og undervejs kan skyldes flere faktorer. Inklusionsperioden til evalueringen har været kortere end projektets løbetid. Desuden er deltagerne i MPR og generelt personer, der i forvejen er presset på deres helbred. Desuden stiller spørgeskemaet, fordi det er omfattende og spørger til mange forskellige livsområder, krav til deltagernes læse – og forståelsesevne samt vilje til at svare på personlige forhold. Selvom der indledningsvis er gennemført afprøvning af skemaets anvendelighed på lignende målgrupper, forventes det, at de forholdsvis store krav, som skemaet stiller til deltagerne kan være en forklaring på det store frafald undervejs. Idet det er frivilligt for deltagerne i MPR at deltage i evalueringen, kan det forventes, at de personer der accepterer at deltage, er de individer, der i udgangspunktet har flest ressourcer. Med ressourcer menes her, at de har overskud til foruden at deltage i MPR, at være en del af en omfattende spørgeskemaundersøgelse. Derfor kan det forventes, at resultaterne i evalueringen via den automatiske selektion giver et analytisk billede af de stærkeste deltagere i MPR. Det kan forventes, at de deltagere, der svarer på spørgeskemaet til T=16, er de deltagere, der fra start har haft flest ressourcer og derved de bedste forudsætninger for at klare sig godt. Det er derfor muligt, at resultaterne havde været anderledes, hvis alle deltagere i projekterne havde gennemført spørgeskemaundersøgelsen. Når evalueringens analyser læses, er det vigtigt at være opmærksom på disse forhold.

### **Statistik**

Anvendelsen af statistik i projektet er både analytisk og deskriptiv i forhold til præsentation af data. Det forventes, at data i projektet ikke er normalfordelte, hvorfor der benyttes non-parametriske statistiske tests, herunder Wilcoxon Rang Sum test [20].  $P < 0.05$  accepteres som statistisk signifikans. Signifikante såvel som ikke-signifikante resultater præsenteres som gennemsnit  $\pm$  standardafvigelsen med p-værdien efterfølgende. N (n) angiver antallet af inkluderede cases i analysen. Ved angivelse af resultater i evalueringen er der afrundet til nærmeste hele tal eller decimal.

## **Resultater**

Databehandling er foretaget på grundlag af de indsamlede og tilsendte spørgeskemaer. Der var en klar skæv fordeling imellem deltagerne i MPR og MPR ligt. Ved T=0 var der kun 14 evalueringsdeltagere i MPR Light. For at kunne lave meningsfulde statistiske analyser kræves der et større antal deltagere. Derfor er samtlige efterfølgende analyser udelukkende lavet på MPR gruppen. I evalueringen indgår der i alt for MPR 210 T=0, 150 T=4, 91 T=10 og 72 T=16 spørgeskemaer. Indledningsvis vil evalueringen præsentere en grundlæggende baselinebeskrivelse af målgruppen på afgørende parametre. Efterfølgende vil gruppernes værdier i forhold til de i formålet nævnte parametre blive sammenlignet

fra T=0 - T=4, T=0 - T=10 og T=0 - T=16. Afslutningsvis vil der ud fra resultaterne blive konkluderet.

## Baselinebeskrivelse af deltagerne i MPR

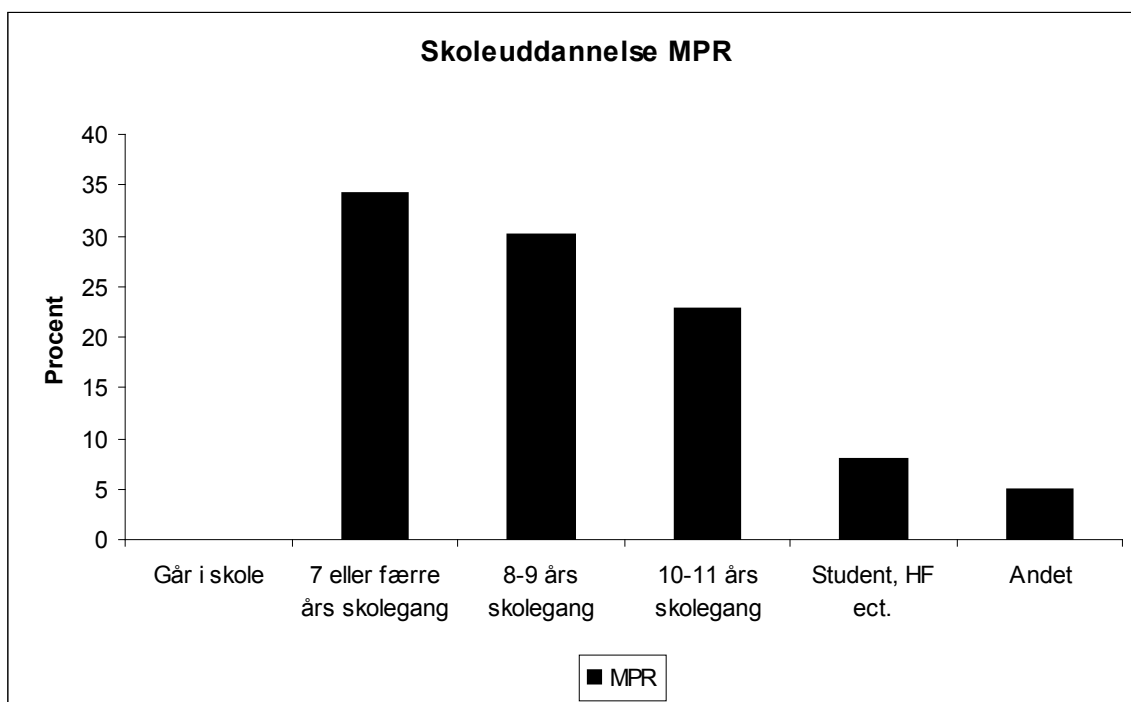
### Køn

Fordelingen af mænd og kvinder i MPR - gruppen var 45 % mænd og 55 % kvinder. Det kan generelt konkluderes at, MPR ligesom andre tilbud indenfor sundhedsvæsenet tiltrækker flest kvinder. Det virker det dog til, at MPR - tilbuddet i højere grad end i traditionelle interventioner fra sundhedsvæsenet er i stand til at tiltrække mændene [21].

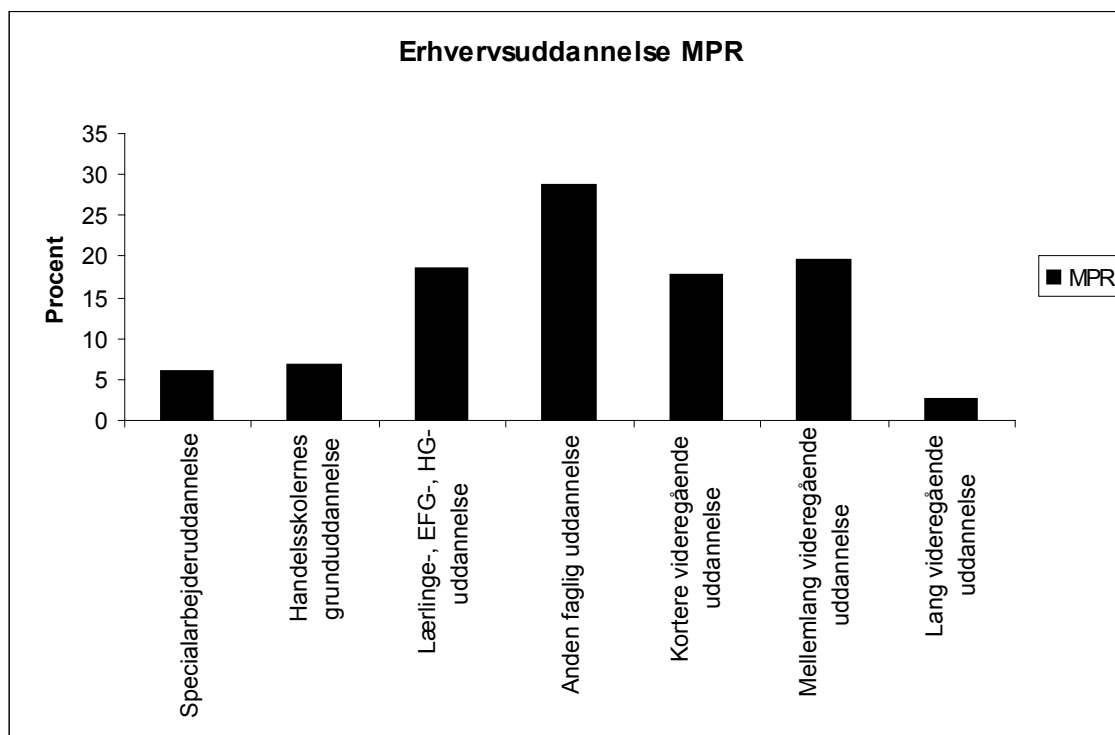
### Alder

Gennemsnitsalderen i MPR - gruppen var 62 år med en spredning fra 29 år til 82 år. Generelt kan det konkluderes, at de personer, der deltager i MPR, har en meget varierende alder. Dog er der en klar vægning af deltagere på omkring 62 år.

### Uddannelse



Figur 1. Skoleuddannelse MPR.



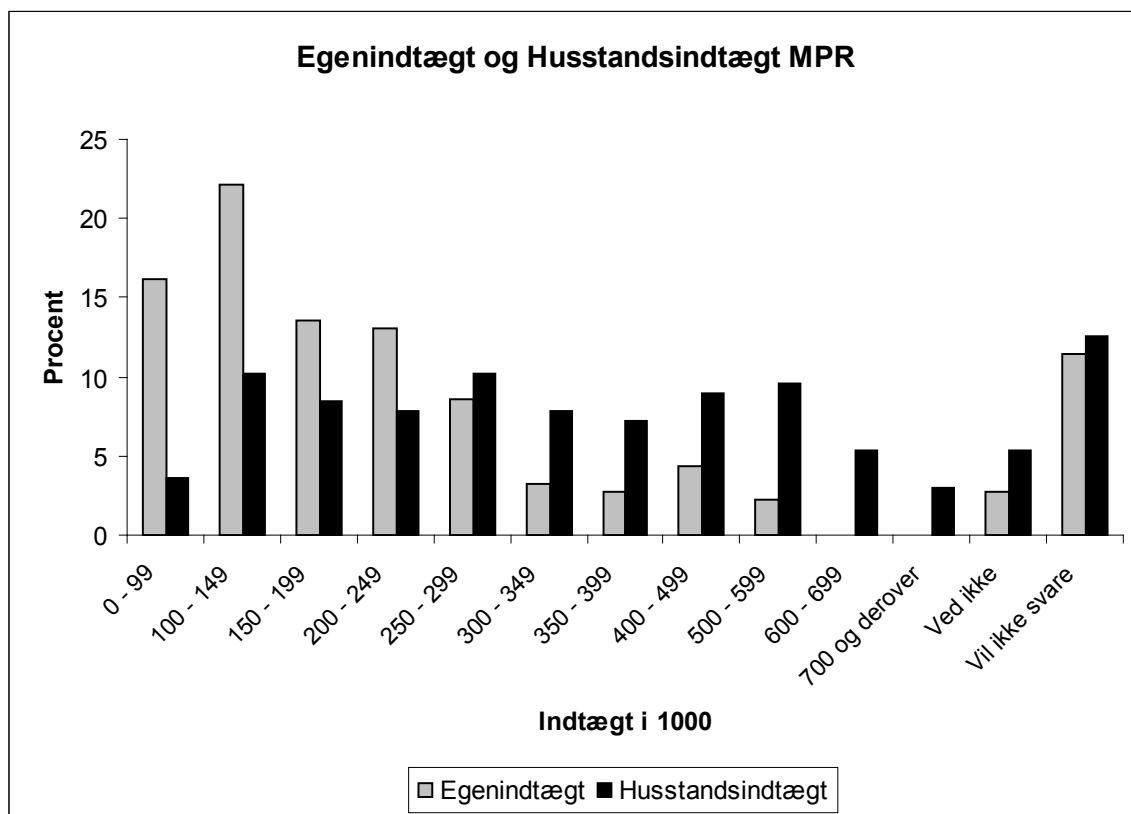
Figur 2. Erhvervsuddannelse MPR.

### Opsummering og konklusion - uddannelse

I forhold til gruppernes uddannelsesniveau generelt kan det tillægges MPR- gruppen, at der er en stor andel af disse personer, der har en korterevarende skoleuddannelse. Det vil sige en skoleuddannelse på 10-11 år eller mindre (figur 1). I forbindelse med deltagerne erhvervsuddannelse tilkendegiver 69 %, at de har fuldført en erhvervsuddannelse og 31 %, at de ikke har. I forhold til deres erhvervsuddannelsesniveau er det det samme billede som ved skoleuddannelsen, der gør sig gældende. En stor del af deltagergruppen har en korterevarende erhvervsuddannelse. Betragtes MPR - gruppens uddannelsesniveau i forhold til den generelle befolkning i Nordjylland i alderen 55-69 år, kan det konkluderes, at deltagerne i projektet generelt har samme uddannelsesniveau som den almene befolkning [22]. Undersøgelser viser, at høj uddannelse og socialklasse giver de bedste forudsætninger for at træffe hensigtsmæssige sundhedsfremmende valg [23]. Ud fra den store procentdel af deltagerne i MPR med lavere uddannelsesniveau lader det til, at inklusionen til projektet virker efter hensigten, idet der inkluderes en stor del af de, der blandt andet på grund af et lavere uddannelsesniveau, har et øget behov for støtte og vejledning til at foretage en ændring (figur 1 og 2 samt bilag 1, tabel 1 og 2).



## Indtægt



Figur 3. Egenindtægt og Husstandsindtægt MPR.

### Opsummering og konklusion - indtægt

I forhold til indtægt kan det generelt konkluderes, at en stor del af deltagerne i MPR har en lavere indtægt end den gennemsnitlige indtægt for befolkningen i Nordjylland i alderen 55-69 år [24]. Dette gælder for såvel egenindtægten som husstandsindtægten. En mulig forklaring på dette kan være, at en del af deltagerne i projektet er pensionister, førtidspensionister eller efterlønsmodtagere. Resultaterne viser, at MPR - gruppen har en gennemsnitlig egenindtægt på cirka 230.000 kr. og en husstandsindtægt på cirka 347.000 kr. Generelt kan det ud fra indtægt konkluderes, at MPR - projektet inkluderer en stor procentdel af de rette personer, der på baggrund af en lavere indtægt har et øget behov for støtte (figur 3 samt bilag 1, tabel 3).

## Selvurderede mål

### BMI

BMI er et udtryk for personens vægt i forhold til højde og er udregnet ved hjælp af formlen  $BMI = \text{vægt} / (\text{højde} * \text{højde})$ , hvor vægt angives i kilo og højde i meter. Ved at anvende

BMI er det muligt at sammenligne vægten mellem personer af forskellig højde og dermed vurdere hvorvidt en person er overvægtig eller ej (tabel 2).

| Normalvægt      | Let overvægt  | Moderat overvægt | Svær overvægt |
|-----------------|---------------|------------------|---------------|
| BMI = 18,5 - 25 | BMI = 25 - 30 | BMI = 30 - 35    | BMI > 35      |

Tabel 2. Definition af BMI og vægt [2].

MPR - gruppen har ved T=0 et gennemsnitlig BMI på 33 med en spredning fra 18 til 57. Det betyder, at MPR - gruppen er placeret i BMI-kategorien ”moderat overvægtig” (tabel 2). Resultaterne viser, at der for MPR – gruppen kunne registreres en signifikant nedgang i BMI fra baseline til samtlige tidspunkter (bilag 1, tabel 4). Ved T=4 svarer nedgangen i BMI, for en kvinde med en højde på 165 cm, til et vægttab på 2,5 kilo. Ved T=10 og T=16 svarer det, for samme kvinde, til et vægttab på henholdsvis 4,1 kilo og 0,8 kilo.

### Opsummering og konklusion - BMI

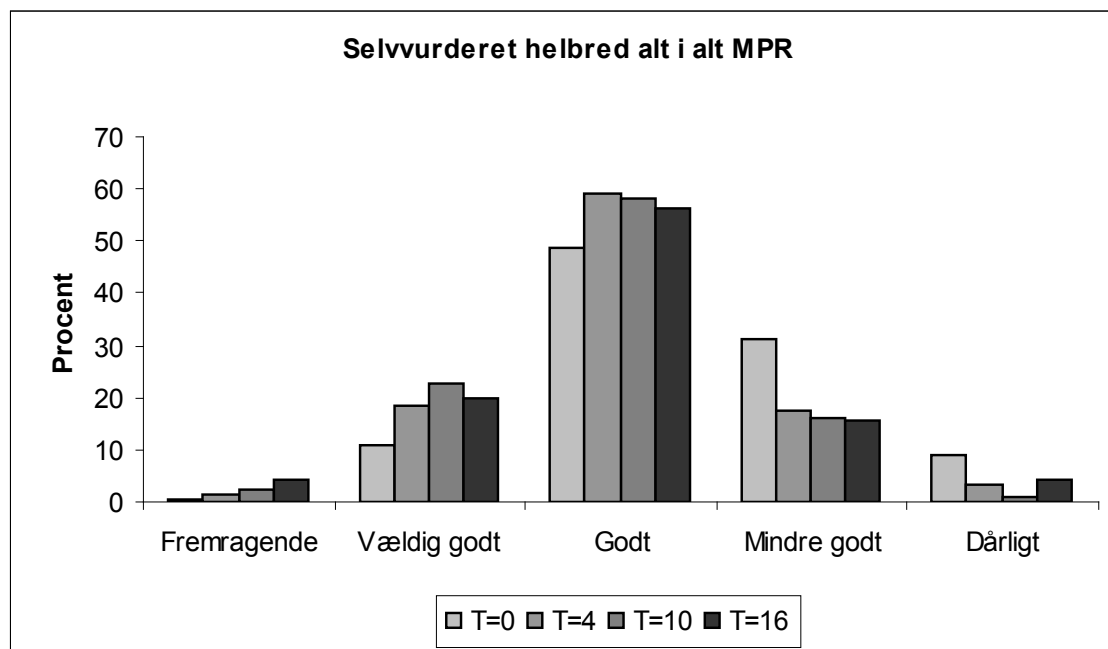
Generelt kan det konkluderes, at der inkluderes deltagere til MPR - projektet med et markant højere BMI end den gennemsnitlige danske befolkning [25]. Resultaterne viser en positiv nedgang i deltageres BMI. Det er positivt, selvom interventionernes primære målsætning ikke er vægttab hos deltagerne. MPR sigter imod, at deltagerne bliver aktive 30 minutter om dagen. I forbindelse med fysisk aktivitet kan der ske en positiv vægtøgning, hvis deltagerne øger deres muskelmasse. Et eventuelt fald i fedtmasse vil derfor ikke blive så tydeligt i BMI beregningen, fordi vægten ikke ændres markant. Selv et mindre fald i BMI er dog en positiv udvikling, idet det øger deltageres forudsætning for at leve et aktivt liv. Opsummerende er udviklingen i BMI positiv. Det betyder, at gruppen på trods af omfordeling af fedtvæv til muskelmasse har opnået et reelt vægttab. Faldet i BMI vil kunne bidrage til at skabe forudsætningerne for en mere aktiv og sundhedsfremmende hverdag. Ligeledes vil et fald i BMI kunne bidrage med positive kliniske effekter i forhold deltageres livsstilssygdomme. Det vil eksempelvis have en positiv effekt på Type II – diabetes og forhøjet blodtryk [2].

### Selv vurderet Helbred

#### *Helbred alt i alt*

Betragtes figur 4 er det tydeligt, at der sker en udvikling med deltagerne i MPR. Generelt stiger procentdelen af deltagere, der vurderer deres helbred som ”godt”, ”vældigt godt” eller ”fremragende”. Den største udvikling sker fra T=0 – T=4, hvor 18 % flere vurderer, at deres helbred er ”fremragende”, ”vældigt godt” eller ”godt”. Procenttallene viser, at den positive udvikling bibeholdes over tid og fastholdes til T=16. På samme måde sker der et procentvis fald i andelen af MPR – deltagere, der vurderer deres helbred som ”mindre godt” eller ”dårligt”. 19 % færre deltagere vurderer deres helbred som ”mindre godt” el-

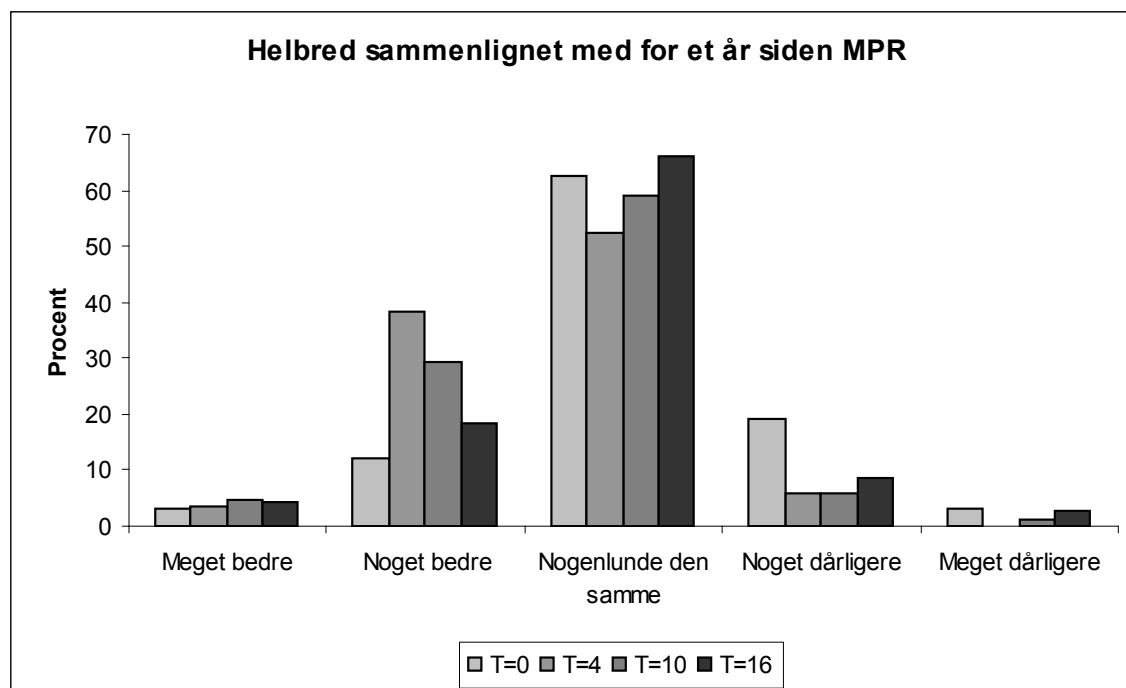
ler dårligt (figur 4). Resultaterne viser, at der kunne registreres en signifikant forbedring i selv vurderet helbred fra T=0 - T=4, fra T=0 - T=10 og fra T=0 - T=16 (bilag 1, tabel 5). Resultaterne viser, at deltagerne ved T=4 i gennemsnit forskyder sig 0,3 kategori imod et bedre helbred, og ved T=10 og T=16 er forskydningen henholdsvis 0,4 og 0,2 kategori.



Figur 4. Helbred alt i alt MPR.

#### *Sammenlignet med for et år siden, hvordan er dit helbred alt i alt nu?*

Figur 5 viser, at der sker en positiv udvikling af MPR - deltagerne vurdering af deres helbred over tid. Generelt sker der en stigning i procentantallet, der oplever, at deres helbred bliver "noget bedre" eller "meget bedre" sammenlignet med for et år siden. I de to kategorier er der tilsammen en 27 % stigning fra T=0 - T=4. En udvikling, der falder over tid, men fastholdes således at forskellen ved T=10 er 19 % og ved T=16 er 7 %. Ligeledes sker der et 17 % fald i procentdelen af deltagere, der vurderer deres helbred som "noget dårligere" og "meget dårligere" sammenlignet med for et år siden (figur 8). Den positive udvikling fastholdes over tid, men falder dog således, at forskellen ved T=10 er 15 % og ved T=16 11 %. Resultaterne viser, at der kunne registreres en signifikant forbedring fra T=0 - T=4 og fra T=0 - T=10 men ikke fra T=0 - T=16 (bilag 1, tabel 5). Resultaterne viser, at deltagerne ved T=4 i gennemsnit forskyder sig 0,4 kategori imod et bedre helbred, og ved T=10 er forskydningen 0,3 kategori.



Figur 5. Selvvurderet helbred sammenlignet med for et år siden MPR.

### Opsummering og konklusion – selvvurderet helbred

Generelt kan det konkluderes, at en stor del af deltagerne i MPR ved T=0 vurderer deres helbred som dårligt. Dette resultat virker troværdigt, idet MPR netop henvender sig til en del af befolkningen, hvor helbredet er truet. Det kan samtidig konkluderes, at projektet netop får fat i de personer, der på grund af dårligt helbred har brug for MPR. I forhold til helbred alt i alt er det tydeligt, at MPR – gruppen oplever en forbedring i helbredet. Gruppen oplever deres selvvurderede helbred signifikant forbedret både 4, 10 og 16 måneder efter interventionsstart. Hvad angår selvvurderet helbred for MPR – gruppen i forhold til for et år siden ved T=4, er det troværdigt, at 22 % vurderer deres helbred som dårligere end for et år siden. Idet deltagerne i MPR - gruppen lider af forskellige livsstilssygdomme, vil det være naturligt for en stor andel at opleve en tilbagegang i deres tilstand. Formålet med MPR er blandt andet at påvirke dette forløb, enten ved at stoppe eller ved at sænke hastigheden på udviklingen. Det kan konkluderes, at MPR påvirker deltagernes helbreds-vurdering positivt.

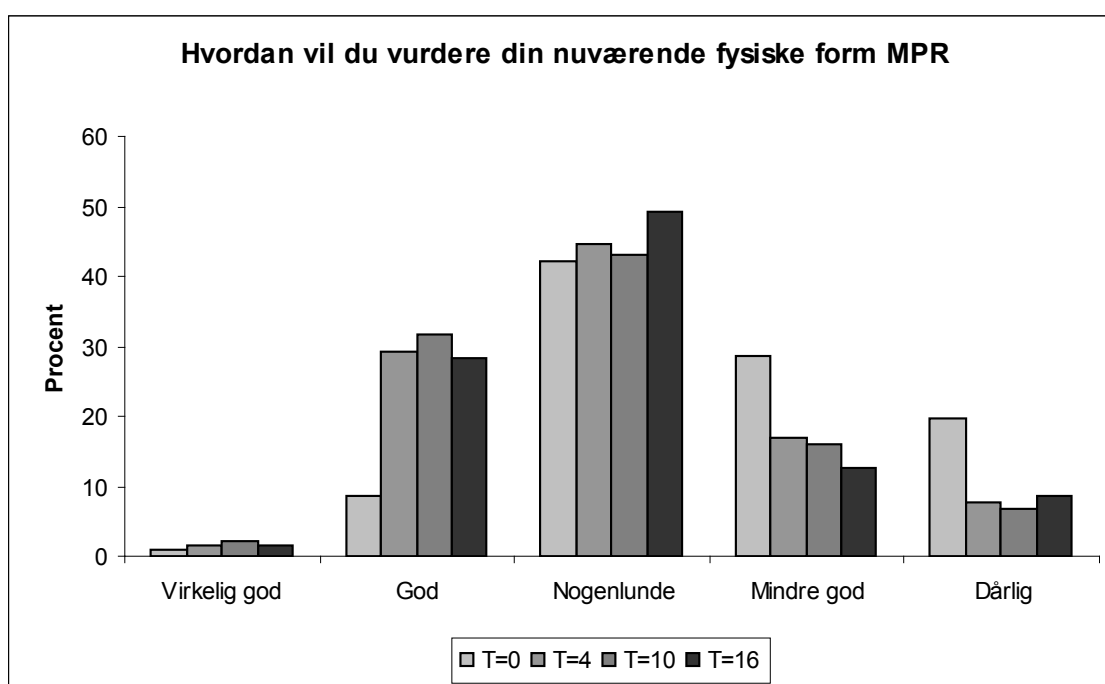
### Selvvurderet fysisk form

For alle gennemsnitlige værdier angivet i dette afsnit gælder det, at jo lavere værdien er, jo bedre vurderer deltagerne deres fysiske form.

#### *Nuværende fysiske form*

Resultaterne for nuværende selvvurderede fysiske form for MPR – gruppen viser, at MPR – deltagerne generelt oplever en positiv udvikling. 21 % flere oplever ved T=4, at deres

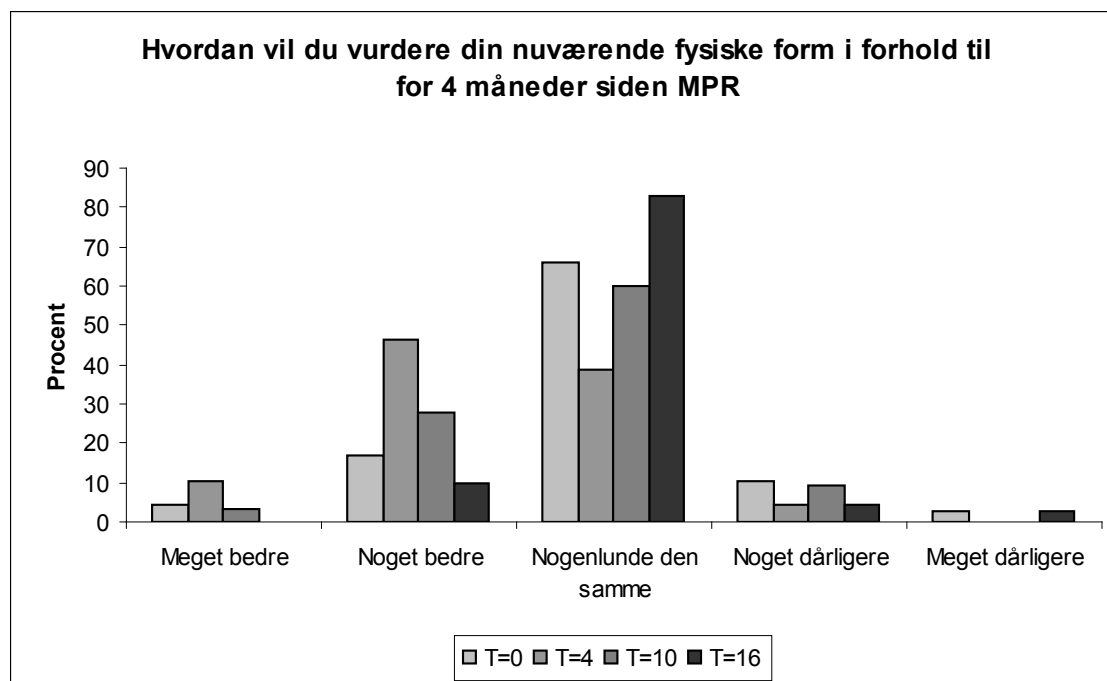
fysiske form er ”god” eller ”virkelig god”. En udvikling, der holder sig stabil over tid med en forskel ved T=10 og T=16 på henholdsvis 25 % og 20 %. Ligeledes falder procentdelen, der vurderer deres fysiske form som ”mindre god” og ”dårlig” markant med 24 % til T=4, 26 % til T=10 og 27 % til T=16 (figur 6). Resultaterne viser, at der kunne registreres en signifikant forbedring fra T=0 - T=4, fra T=0 - T=10 og fra T=0 - T=16. (bilag 1, tabel 6). Resultaterne svarer til, at deltagerne ved T=4, T=10 og T=16 i gennemsnit forskyder sig henholdsvis 0,4 kategori, 0,5 kategori og 0,3 kategori imod en bedre selv vurderet fysisk form.



Figur 6. Nuværende fysiske form MPR.

#### *Selv vurderet fysisk form sammenlignet med for 4 måneder siden*

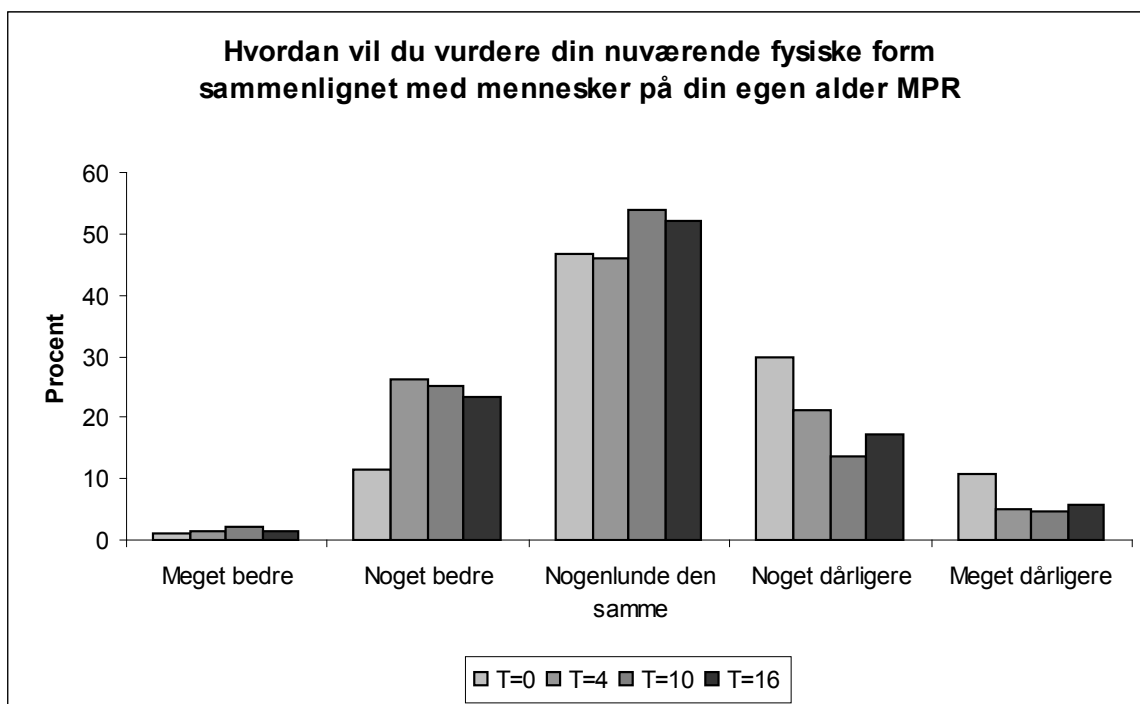
MPR – gruppens vurdering af selv vurderet fysisk form i forhold til for 4 måneder siden udvikler sig i positiv retning. Fra T=0 til T=4 sker der en markant forbedring på 35 % af deltagerne, der vurderer deres fysiske form som ”meget bedre” eller ”noget bedre”. Tilsvarende sker der et fald på 27 % i andelen af deltagerne, der vurderer deres fysiske form som ”nogenlunde den samme”. Der sker ligeledes et fald på 9 % i andelen, der vurderer deres fysiske form som ”noget dårligere”. Den positive udvikling fastholdes ikke til T=16, idet der sker et fald på 11 % i andelen, der vurderer deres fysiske form som ”bedre” eller ”meget bedre” i forhold til T=0. Dog fastholdes faldet i andelen, der vurderer at deres helbred er ”noget dårligere” eller ”meget dårligere” (figur 7). Resultaterne viser, at der kunne registreres en signifikant forbedring fra T=0 - T=4, men ingen ændring fra T=0 - T=10 og fra T=0 - T=16 (bilag 1, tabel 6). Resultaterne svarer til, at deltagerne ved T=4 i gennemsnit forskyder sig 0,4 kategori imod en bedre selv vurderet fysisk form.



Figur 7. Selvvurderet fysisk form i forhold til for 4 mdr. siden MPR.

#### *Selvvurderet fysisk form sammenlignet med mennesker på egen alder*

Figur 8 viser, at MPR – deltagerne vurderer, at deres fysiske form i forhold til jævnaldrende forbedres. Der sker en stigning på 15 % i andelen af deltagere, der vurderer deres fysiske form som ”noget bedre” eller ”meget bedre” til T=4. Ligeledes sker der et fald på 15 % i andelen, der vurderer deres fysiske form som ”noget dårligere” eller ”meget dårligere” til T=4. Udviklingen fastholdes nogenlunde stabilt til T=16 (figur 8). Bilag 1, tabel 6 illustrerer, at der kunne registreres en signifikant forbedring fra T=0 - T=4, fra T=0 - T=10 og fra T=0 - T=16. (bilag 1, tabel 6). Resultaterne svarer til, at deltagerne ved T=4, T=10 og T=16 i gennemsnit forskyder sig henholdsvis 0,3 kategori, 0,3 kategori og 0,3 kategori imod en bedre selvvurderet fysisk form.



Figur 8. Selvvurderet fysisk form i forhold til mennesker på egen alder MPR.

### Opsummering og konklusion – selvvurderet fysisk form

At MPR - deltagerne ved baseline vurderer deres selvvurderede fysiske form så dårligt, som de gør, er ikke overraskende. De er netop inkluderet ud fra det kriterium, at en fysisk aktiv livsstil vil kunne ændre deres sygdomsforløb. Derfor forventes deltagergruppen at være inaktive og have en dårlig selvvurderet fysisk form ved start på projektet. Deltagerne vurdering af deres fysiske form vil afspejle dette. Konklusionen er, at projektet har inkluderet deltagere med et reelt behov.

I forhold til baseline viser resultaterne til T=4, T=10 og T=16, at MPR - deltagerne oplever en signifikant fysisk forbedring. I forhold til MPR – projektets målsætning er dette positivt.

I relation til MPR – deltagernes fysiske form i forhold til for 4 måneder siden, kan der registreres en forbedring til T=4. Dette spørgsmål evaluerer effekten af MPR på deltagernes fysiske form på baggrund af træningsperioden, og resultaterne viser, at deltagerne oplever, at de bliver i bedre selvvurderet fysisk form. Dette kan medvirke til at inspirere deltagerne til at være fysisk aktive efter interventionen.

At MPR – deltagerne vurderer deres fysiske form i forhold til jævnaldrende så godt, som de gør, er overraskende, idet MPR - gruppen netop bør forventes at have dårligere selvvurderet fysisk form end deres jævnaldrende. Derfor er det overraskende, at 28 % ved T=4 vurderer deres fysiske form som ”noget bedre” eller ”meget bedre”. Fortolkes disse resultater kan det betyde, at der er sket en positiv udvikling fra starten på MPR. Den positive udvikling afspejler med stor sandsynlighed deltagernes positive oplevelse ved

MPR. Det er dog usikkert, hvorvidt deltagerne reelt er blevet i bedre fysisk form end deres jævnaldrende, men at de oplever det som sådant er en positiv udvikling.

### **Fysisk aktivitet**

I forhold til registrering af fysisk aktivitet hos deltagerne er scoringen opdelt i fire grupper: fysisk aktivitet ved arbejde, fysisk aktivitet ved gang og cykling, fysisk aktivitet ved motion og endelig fysisk aktivitet total, som er summen af det samlede spørgeapparat vedrørende fysisk aktivitet. De følgende punkter i evalueringen angiver udregnede gennemsnitlige værdier. Jo højere scoren er, jo mere fysisk aktiv har gruppen været i gennemsnit. 1 MET svarer til det energiforbrug, der kræves for at være i hvile, hvilket svarer til 3,5 ml  $O_2/(kg \cdot min)$  [15]. Idet deltageren udfører aktiviteter, stiger MET - værdien afhængigt af aktivitetens intensitet. Den beregnede fysiske aktivitet er en opsummering af deltagernes fysiske aktivitet i et gennemsnitligt døgn, hvor intensiteten er opgjort i MET.

#### *Fysisk aktivitet MPR*

Ved ”fysisk aktivitet arbejde” registreres i hvilken grad, deltagerens arbejde inkluderer fysisk aktivitet, og i denne kategori er den højeste og laveste mulige score henholdsvis 22 og 7. Resultaterne viser, at der kunne registreres tendentiell forskel fra T=0 – T=4 og signifikant forskel fra T=0 – T=10, men ingen forskel fra T=0 – T=16. Forskellene ved T=4 og T=10 var henholdsvis 0,4 MET og 0,7 MET (bilag 1, tabel 7).

Ved ”fysisk aktivitet gang og cykling” registreres, hvor meget deltageren går og cykler, når de ikke er på arbejde. I denne kategori er den højeste og laveste mulige score henholdsvis 9 og 0. Resultaterne viser, at der ikke kunne registreres en signifikant forskel til nogen tidspunkter (bilag 1, tabel 7).

Ved fysisk aktivitet ”Motion” registreres omfanget af deltagernes fysiske aktivitet, der er relateret til motionsaktiviteter. Disse aktiviteter må ikke være i arbejdstiden eller være gang og cykling. I denne kategori er den højeste og laveste mulige score henholdsvis 4 og 0,5. Resultaterne viser, at der kunne registreres en signifikant forskel fra T=0 - T=4 på 0,4 MET og fra T=0 - T=16 på 0,2 MET, hvor scoren for motion er højere. Der kunne ikke registreres en signifikant forskel fra T=0 - T=10 (bilag1, tabel 7).

Kategorien ”fysisk aktivitet total” angiver den samlede sum af deltagernes fysiske aktivitet. Den højeste og laveste mulige score er på henholdsvis 60 og 20. Resultaterne viser, at der ikke kunne registreres en signifikant forskel på MPR – gruppens samlede fysiske aktivitetsniveau til nogen tidspunkter (bilag 1, tabel 7).

### **Opsummering og konklusion – fysisk aktivitet**

Generelt er det forventeligt, at MPR- gruppen er inaktive personer, og resultaterne i dette afsnit forventes at afspejle dette. Det er dog ikke muligt med en præcis udtalelse om, hvorvidt grupperne adskiller sig fra en normal population, fordi evalueringen ikke på samme tid er gennemført på en kontrolgruppe eller sammenlignes med befolkningsundersøgelser. Resultaterne kan dog give en klar indsigt i gruppens udvikling



I forhold til fysisk aktivitet arbejde er en af grundene til, at resultatet ikke falder signifikant ud til alle tidspunkter nok, at det er de færreste af deltagerne, der har skiftet arbejde i løbet af de 16 måneder, projektet har kørt. Set ud fra MPR - gruppens gennemsnitlige score lader deres arbejdsmæssige fysiske aktivitetsniveau generelt til at være lavt.

I forhold til fysisk aktivitet gang og cykling for MPR - gruppen er det overraskende, at resultatet ikke viser en signifikant stigning. MPR - interventionen skulle netop fremme en fysisk aktiv livsstil med eksempelvis gang og cykling. En mulig forklaring kan være, at den øgede aktivitet i forbindelse med træningsinterventionen har fået deltagerne til at prioritere en ekstra cykeltur fra. I forhold til deltagerens påvirkning fra fysioterapeuter og træningspersonale via rådgivning vil gang og cykling være et forhold, der umiddelbart ville kunne ændres, hvorimod det kan tage lidt længere tid med at komme i gang med fysisk aktivitet i eksempelvis en forening.

For fysisk aktivitet ”Motion”, hvor MPR – gruppen har en signifikant højere værdi til T=4, er det forventeligt, at denne forandring sker. Idet MPR – gruppen forventes at gå fra en inaktiv livsstil over i en 4 måneders intensiv periode med fysisk aktivitet, bør ændringen være signifikant. At MPR – gruppen ikke vedligeholder dette aktivitetsniveau til T=10, er ikke overraskende. Efter interventionen stopper, vil det med stor sandsynlighed tage et stykke tid for deltagerne at finde sig til rette i nye aktivitetstilbud. Dette kan influeres af for eksempel årstid og tidspunktet for holdstart. Det optimale ville selvfølgelig være, at deltageren umiddelbart efter slutningen på den 4 måneders interventionsperiode fortsætter i en ny aktivitet.

Betragtes resultatet for T=16, kan der til gengæld observeres, at MPR – deltagerne igen scorer signifikant højere i forhold til T=0. Det er en positiv udvikling, idet resultatet viser, at de MPR – deltagere, der fortsat deltager i evalueringen ved T=16 har været i stand til at fortsætte med fysisk aktivitet. Som beskrevet i metodeafsnittet kan resultaterne til T=16 være forbundet med bias, idet det forventeligt er de stærkeste og mest aktive, der fortsætter med fysisk aktivitet og evalueringen. Som nævnt tidligere i evalueringen vil et øget fysisk aktivitetsniveau kunne påvirke MPR – deltageres kliniske tilstand i en positiv retning.

Fysisk aktivitet ”Total” er den vigtigste variabel at bedømme deltagernes udvikling i fysisk aktivitet efter, idet værdien angiver deltagernes samlede fysiske aktivitetsforøgelse. Samtidig er det også, på grund af beregningen af gennemsnitsværdien af flere kategorier, den kategori med størst mulighed for sløring af resultaterne. Betragtes bilag 1, tabel 7 for MPR – gruppen, kan der ikke registreres signifikante ændringer til nogen tidspunkter. Det er overraskende, at deltagerne ikke i det mindste øger deres samlede fysiske aktivitetsniveau til T=4 på grund af den intensive træningsperiode. Desuden er det overraskende, at de deltagere, der fortsat deltager i evalueringen ved T=16, ikke oplever et signifikant forøget aktivitetsniveau.

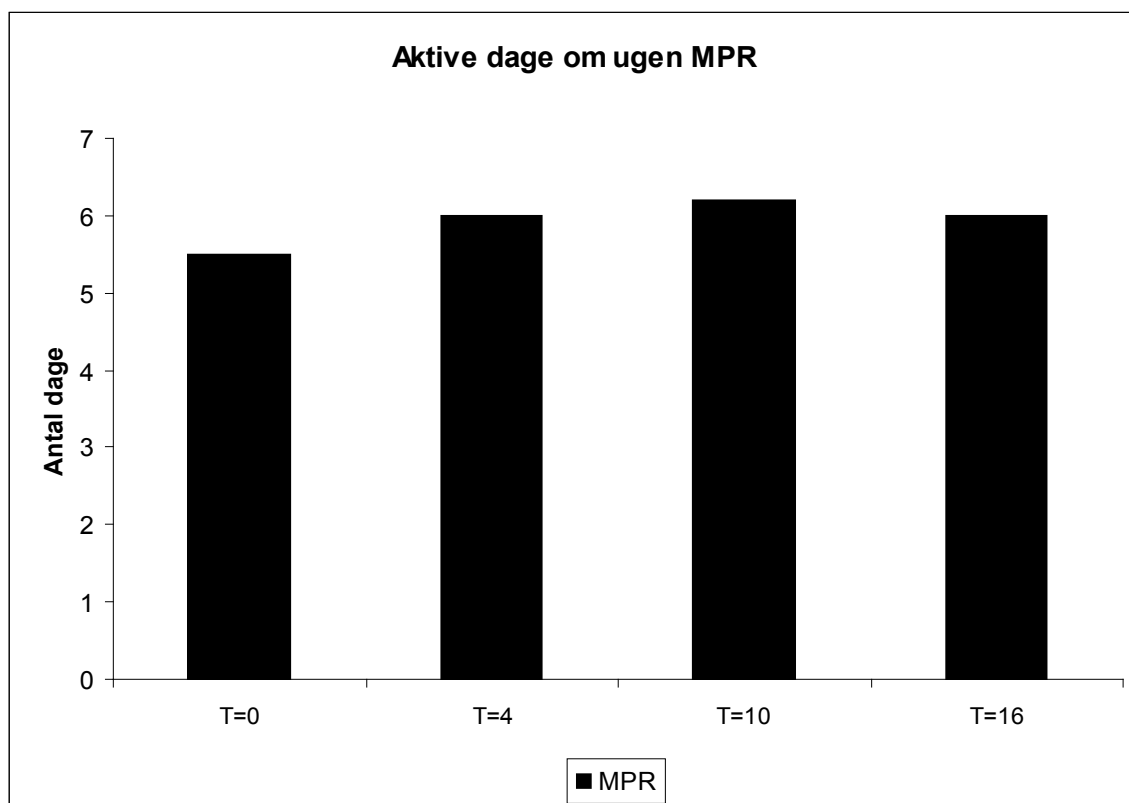
Som beskrevet i metodeafsnittet har spørgeskemaer til vurdering af fysisk aktivitetsniveau generelt en moderat overensstemmelse med virkeligheden. Selvom der i denne evaluering er forsøgt at tage højde for dette ved metodisk udvælgelse af spørgeapparatet,

kan resultaterne i nogen grad afspejle denne problemstilling. Spørgeapparatet har dog en rimelig god korrelation på 0.65 mellem flere udfyldninger af skemaet. Det betyder, at resultaterne måske ikke udtrykker virkeligheden præcist nok, men i rimelig grad er i stand til at dokumentere en udvikling over tid. Derfor bliver den samlede konklusion, at MPR – deltagerne ikke opnår et øget totalt fysisk aktivitetsniveau over tid.

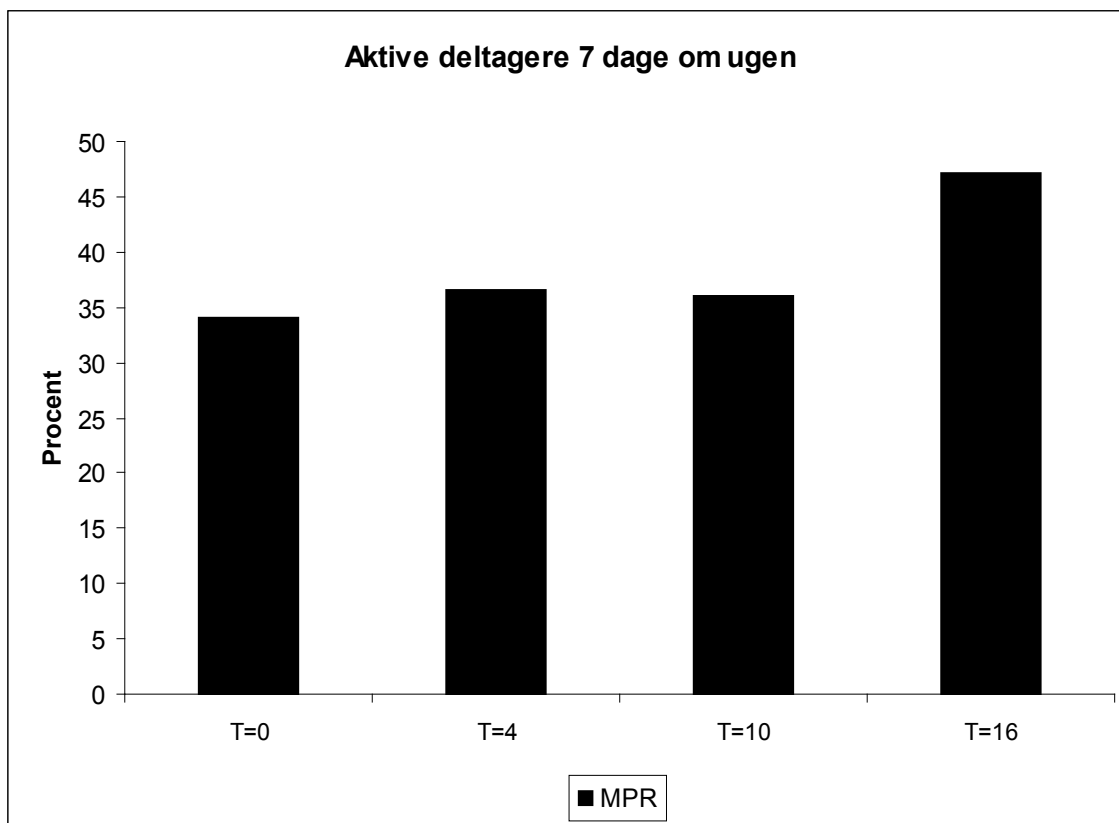
### Antal dage om ugen med fysisk aktivitet i 30 minutter

Ifølge Sundhedsstyrelsens anbefalinger er det bedst at være fysisk aktiv 30 minutter om dagen i 7 dage om ugen. Fysisk aktivitet er defineret som aktiviteter, hvor individet får rørt sine muskler og brugt sine kræfter. Der tænkes altså ikke kun på fysisk aktivitet i forbindelse med motion eller lignende. I MPR er målsætningen blandt andet at opnå, at deltagerne kommer så tæt som muligt på at være fysisk aktive 7 dage om ugen.

Betragtes figur 9 og 10, kan der for deltagerne i MPR ses en positiv udvikling i det gennemsnitlige antal aktive dage om ugen, samt den procentdel af deltagerne, der er fysisk aktive 7 dage om ugen. Udviklingen stiger fra 5.5 aktive dage ved T=0 til 6.0 aktive dage ved T=16. Den procentvise andel af deltagere, der er aktive 7 dage om ugen, stiger med 13 % til T=16. Resultaterne viser dog, at der kun til T=10 kunne registreres en tendentiell forskel på 0.6 dage. Til ingen andre tidspunkter kunne der registreres en signifikant forbedring i forhold til T=0 (bilag 1, tabel 8).



Figur 9. Antal aktive dage om ugen MPR.



Figur 10. Procent aktive deltagere 7 dage om ugen MPR.

### Opsummering og konklusion – antal dage om ugen med fysisk aktivitet i 30 minutter

Hvis deltagerne i MPR generelt sammenlignes med den almindelige befolkning, er der ud fra resultaterne ingen grund til at antage, at grupperne adskiller sig markant. Holdes resultaterne op imod Sundhedsstyrelsens anbefalinger om moderat fysisk aktivitet i 30 minutter om dagen i 7 dage om ugen, kan der konkluderes, at en stor procentdel af MPR - gruppen ikke er i stand til at overholde dette. Fra T=0 til T=16 vurderer 53 – 66 % i MPR – gruppen, at de er aktive under 7 dage om ugen. Det er dog ud fra deltagerne besvarelser og den rimeligt høje procentdel, der er fysisk aktiv 7 dage om ugen, grund til at tro, at deltagerne overvurderer deres fysiske aktivitet i hverdagen. På grund af Sundhedsstyrelsens meget generelle og brede definition af fysisk aktivitet er der basis for at tro, at en del af deltagerne overvurderer det antal dage, de er fysisk aktive. Sundhedsstyrelsen anbefaler desuden, at aktiviteterne foregår med moderat intensitet. Deltagerne medregner eventuelt aktiviteter med lav intensitet, som eksempelvis rengøring og indkøb og opnår derfor en høj score. Det reelle billede af deltagerne er derfor, at de med stor sandsynlighed er fysisk aktive et færre antal gange om ugen. I forhold til resultaterne kan det generelt konstateres, at deltagerne i MPR ikke ændrer markant på det antal af dage, hvor de er fysisk aktive. Der er dog en tendens til, at MPR - gruppen forøger det antal af dage, hvor de er fysisk aktive til T=10 (bilag 1, tabel 8). En mulig konklusion på disse udeblivende resultater kan

være, at de deltagere, der er blevet inkluderet i MPR var aktive nok i forvejen. Det er dog mere plausibelt at tro, at deltagerne kategoriserer meget lette aktiviteter under kategorien fysisk aktivitet og at det antal dage, de er fysisk aktive om ugen, overvurderes.

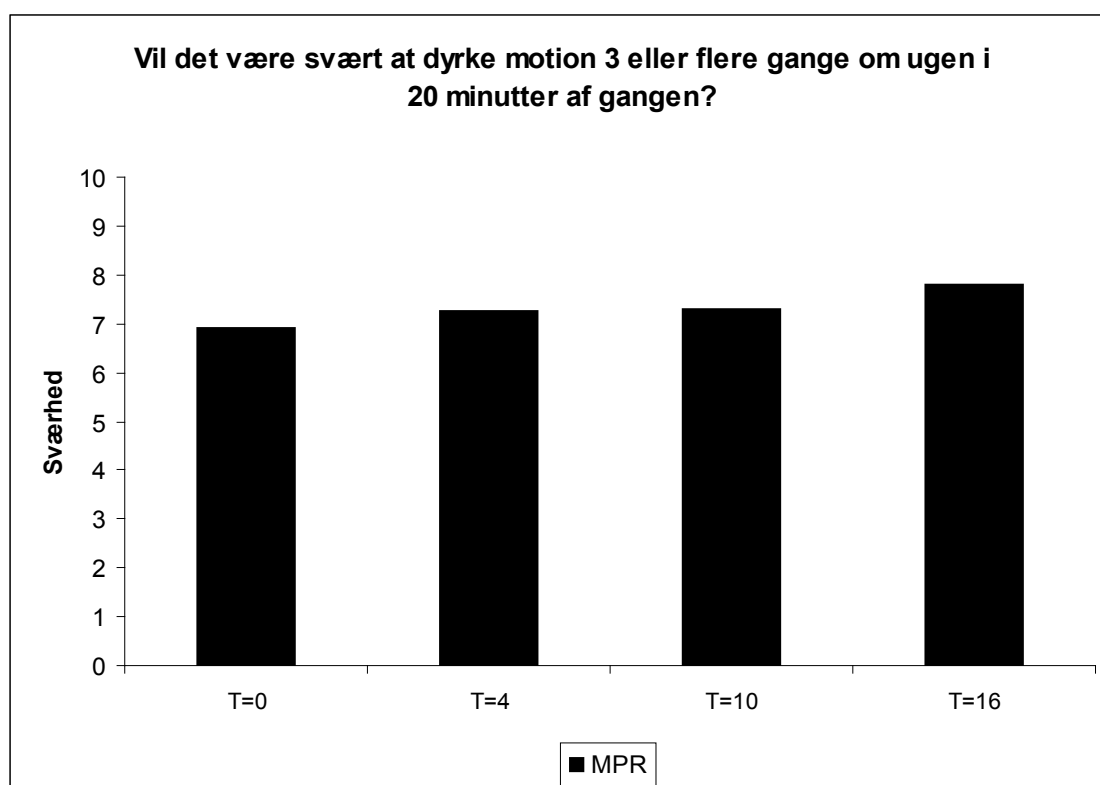
## Psykologiske parametre

### Indstilling til Motion

Den samlede indstilling til at være fysisk aktiv er et mål for, hvor meget deltagerne tror på, at de er i stand til at være fysisk aktive i tilstrækkeligt omfang eksempelvis på trods af begrænsende faktorer. En positiv udvikling i indstillingen til motion er et vigtigt mål for deltagernes fortsatte deltagelse i fysisk aktivitet efter MPR – projektet.

*Vil det være svært at dyrke motion 3 eller flere gange om ugen i 20 minutter af gangen?* I forhold til dette spørgsmål scorer deltagerne på en skala fra 1 til 10, hvor 1 = meget svært og 10 = slet ikke svært.

Figur 11 viser, at der sker en positiv udvikling i forhold til deltagernes vurdering af hvor svært det vil være at dyrke motion 3 eller flere gange om ugen i 20 minutter af gangen. Figuren viser at deltagernes overbevisning stiger med 0,85 kategori fra T=0 til T=16 (figur 11). Til gengæld kunne der ikke registreres en signifikant forskel til nogen tidspunkter (bilag 1, tabel 9). Betragtes bilag 1, tabel 10, kan det ses, at en meget stor procentdel af deltagerne scorer 10 til samtlige tidspunkter. Ligeledes er der en procentvis overvægt af deltagerne, der scorer 5, 8 og 9. Generelt viser resultaterne, at MPR deltagernes oplevelse af om det vil være svært at dyrke motion i mere end 20 minutter af gangen 3 eller flere gange om ugen, ikke forandres. En forklaring på den manglende udvikling kan eventuelt være, at gennemsnitsværdien generelt er høj ved T=0. Derfor vil det kræve en kraftig påvirkning for at hæve denne yderligere.

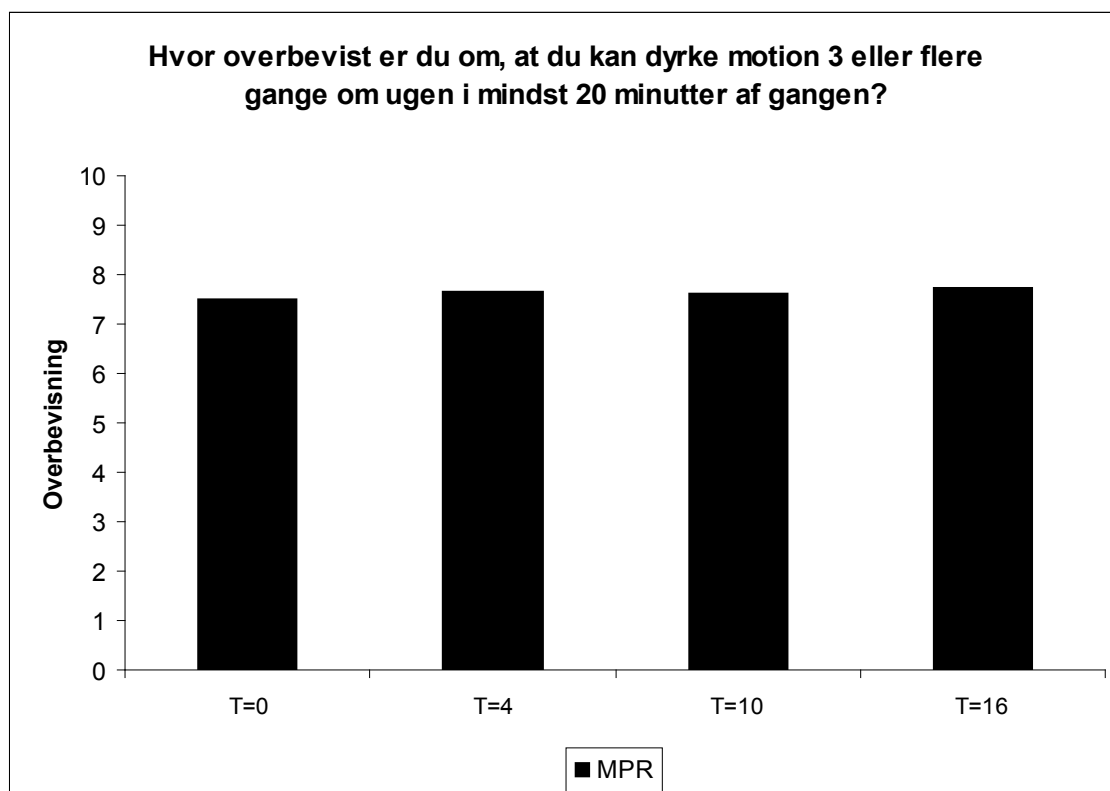


Figur 11. Vil det være svært at dyrke motion 3 eller flere gange om ugen i 20 minutter af gangen?

*Hvor overbevist er du om, at du kan dyrke motion 3 eller flere gange om ugen i mindst 20 minutter af gangen?*

I forhold til dette spørgsmål scorer deltagerne på en skala fra 1 til 10 hvor 1 = slet ikke overbevist og 10 = Helt overbevist.

Figur 12 viser, at der sker en positiv udvikling i forhold til deltagerne vurdering af, hvor overbevist de er om, at de kan dyrke motion 3 eller flere gange om ugen i 20 minutter af gangen. Figuren viser, at deltagerne overbevisning stiger med 0,25 kategori fra T=0 til T=16 (figur 12). Til gengæld kunne der ikke registreres en signifikant forskel til nogen tidspunkter (bilag 1, tabel 11). Betragtes bilag 1, tabel 12, kan det ses, at en meget stor procentdel af deltagerne scorer 10 til samtlige tidspunkter. Ligeledes er der en procentvis overvægt af deltagerne, der scorer 8 og 9. Generelt viser resultaterne, at MPR deltagerne oplevede af, hvor overbevist de er om, at de kan dyrke motion 3 eller flere gange om ugen i 20 minutter af gangen, ikke forandres (bilag 1, tabel 12). En forklaring på den manglende udvikling kan eventuelt forklares ud fra, at gennemsnitsværdien generelt er høj ved T=0. Derfor vil det kræve en kraftig påvirkning for at hæve denne yderligere.



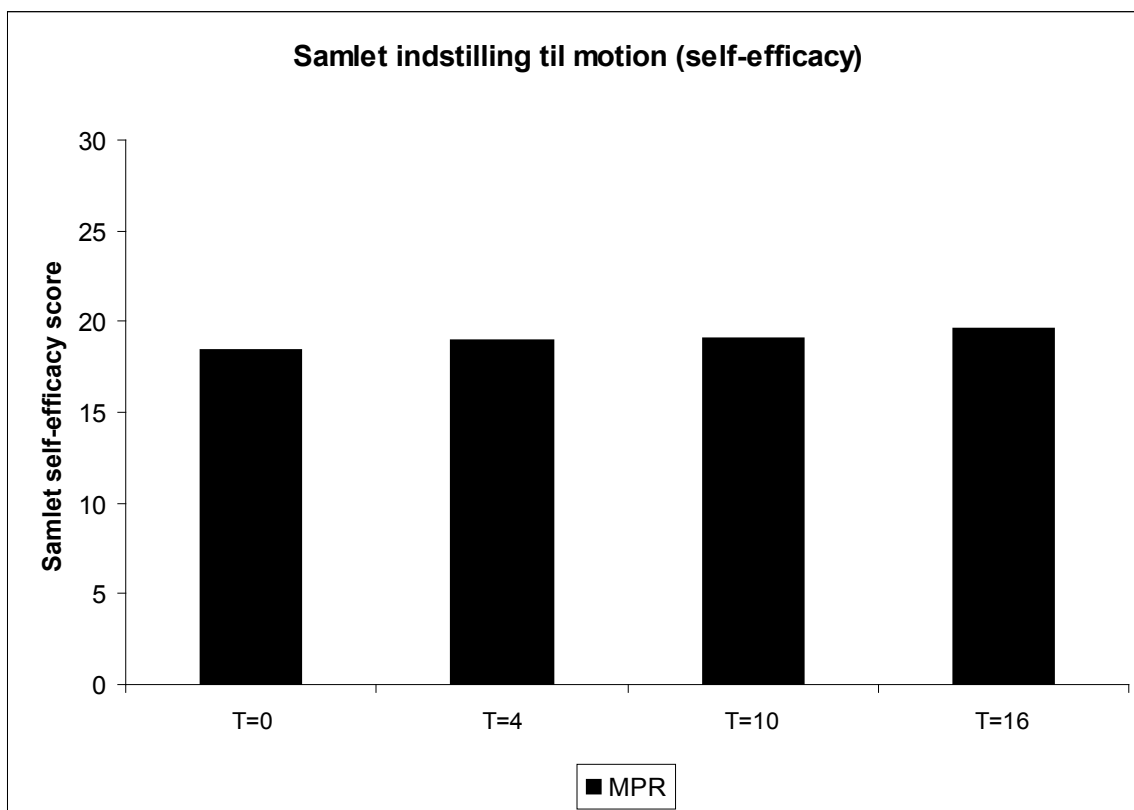
Figur 12. Hvor overbevist er du om, at du kan dyrke motion 3 eller flere gange om ugen i mindst 20 minutter af gangen?

### *Samlet indstilling til at være fysisk aktiv (self-efficacy)*

En vurdering af deltageres samlede indstilling til at være fysisk aktive (self-efficacy) er fremkommet på baggrund af sammenregning af spørgsmål, der omhandler deltageres tro på at kunne være fysisk aktiv 3 gange om ugen i minimum 20 minutter, selvom de eksempelvis: 1) er stressede 2) føler de ikke har tid 3) må motionere alene 4) ikke har adgang til træningsudstyr 5) er sammen med familie og venner, der ikke dyrker fysisk aktivitet 6) det regner eller sneer. Den samlede indstilling til at være fysisk aktiv er et mål for, hvor meget deltagerne tror på, at de er i stand til at være fysisk aktive i tilstrækkeligt omfang eksempelvis på trods af ovenstående faktorer. En positiv udvikling i indstillingen til motion er et vigtigt mål for deltageres fortsatte deltagelse i fysisk aktivitet. Den højeste mulige score er 30, og den laveste mulige er 5.

Betragtes figur 13 fremgår det, at der sker en fremgang fra T=0 til T=16. Udviklingen er på 1,2 enheder. Udgangsniveauet for deltageres indstilling til motion på 18 er højt ved T=0. Dette er ikke umiddelbart ventet, idet projektet inkluderer inaktive voksne, der skulle forventes at have en lav tro på, at kunne være fysisk aktive. At deltagerne først svarer på spørgsmålene efter, at de er inkluderet i projektet, kan bidrage til de høje udgangsværdier. Troen på, at det nok skal lykkes, kan være forstærket ved, at deltagerne oplever en tryghed være en del af en struktureret intervention. Desuden kan det forventes at deltagere, netop

fordi de melder sig til projekterne, vil have en bedre indstilling til motion. Resultaterne viser, at der for MPR – gruppen ikke kunne registreres en signifikant forskel fra T=0 - T=4, T=0 - T=10 og fra T=0- T=16 (bilag 1, tabel 13).



Figur 13. Samlet indstilling til motion (self-efficacy) MPR

### Opsummering og konklusion – indstilling til motion

Deltagerne i MPR har som udgangspunkt et højt udgangsniveau i forhold til deres overbevisning om, at kunne være fysisk aktive samt deres samlede indstilling til motion. Eventuelt på grund af det høje udgangsniveau i deltagerens score viser resultaterne ingen effekt af projektet. Den høje udgangsscore kan eventuelt forklares ved, at MPR - deltagerne svarer på spørgeskemaet efter første træningsgang, og således allerede er påvirket. En forklaring på den manglende udvikling i MPR – gruppens indstilling til motion kan være, at deltagerne efter 4 måneder med organiseret træning selv skal være aktive. Denne ansvarsforflytning og deltagerens usikkerhed over selv at skulle være ansvarlig for, at være fysisk aktive kan være en mulig forklaring, på at en positiv ændring udebliver til T=4. Resultatet peger på, hvor vigtigt støtten og opfølgningen fra fysioterapeuterne og træningsprofessionelle kan være, for deltagerens tro på selv at kunne være fysisk aktiv.

## **Deltagernes motionsaktiviteter**

For bedre at kunne tilbyde fremtidige succesfulde MPR – forløb, er det relevant med indsigt i deltagernes tilfredshed med motionsaktiviteterne i MPR, samt hvilke motionsformer de deltager i efter interventionen.

Resultaterne viser, at deltagerne ved T=4 overordnet har været ”meget tilfreds” eller ”tilfreds” med motionsaktiviteterne, mens de har deltaget i MPR (bilag 1, tabel 14). Supplerende viser resultaterne fra T=10 og T=16, at deltagerne er aktive det fleste antal gange om ugen via ”rask gang”, ”cykling” og ”haveaktiviteter / rengøring”. Deltagerne er dog også aktive via ”motion derhjemme” og ”motion i fitnesscenter” (bilag 1, tabel 15). Deltagerne er primært aktive alene, sammen med en fast makker / gruppe eller i et motionscenter (bilag 1, tabel 16).

Hvis deltagerne derimod ikke har været fysisk aktiv efter deltagelsen i MPR, tilkendegiver de, at de primære årsager er, at træningsperioden i MPR er for kort, at deltage i træning er for dyrt, at de er faldet tilbage til gamle vaner, eller at sygdom har forhindret dem i at være fysisk aktive (bilag 1, tabel 17).

## **Deltagernes tilfredshed med MPR**

### **De sundhedsprofessionelle**

De sundhedsprofessionelles (læge, fysioterapeut og instruktører) rolle i forhold til deltageren i MPR er meget vigtig. I forbindelse med inklusionen, det strukturerede træningsforløb og motivationen til videre fysisk aktivitet spiller de sundhedsprofessionelle en central rolle for deltageren. Deltagerens tilfredshed med disse personer er en indikation på, om påvirkningen har været hensigtsmæssig.

Resultaterne viser, at 77 % af deltagere til T=4 er ”meget tilfredse” eller ”tilfredse” med lægens indsats i forbindelse med MPR. Dog angiver 11 %, at de er ”mindre tilfredse” (bilag 1, tabel 18). Resultaterne viser ligeledes, at 95 % af deltagerne er ”meget tilfredse” eller ”tilfredse” med instruktørerne i MPR (bilag 1, tabel 19).

I forhold til fysioterapeuternes rolle vurderer 95 %, at de har været ”meget tilfredse” eller ”tilfredse” med fysioterapeuternes indledende samtaler før starten på MPR (bilag 1, tabel 20). 88 % vurderer, at de er ”meget tilfredse” eller ”tilfredse” med fysioterapeuternes vejledning og rådgivning i forhold til deltagernes overgang fra den strukturerede træning i MPR til en mere selvstændig træning efterfølgende (bilag 1, tabel 21). 93 % af deltagernes vurderer, at de er ”meget tilfredse” eller ”tilfredse” i deres samlede vurdering af fysioterapeuternes rolle i forbindelse med MPR (bilag 1, tabel 22). Ved T=10 vurderer 94 %, at de er ”meget tilfredse” eller ”tilfredse” med de besøg, de har haft hos fysioterapeuterne siden deres deltagelse i MPR (bilag 1, tabel 23).

### **Generel tilfredshed**

Resultaterne for MPR – gruppen viser, at der generelt er stor tilfredshed med deltagernes udbytte ved at have deltaget i projekterne. 91 % vurderer, at de er ”meget tilfredse” eller



”tilfredse” Tilsvarende vurderer en lille procentandel, at de er ”mindre tilfredse” eller ”utilfredse” (bilag 1, tabel 24).

At anbefale et familiemedlem eller en ven at deltage i projektet er en klar indikation på tilfredshed. Den generelle antagelse er, at ingen ønsker at anbefale et utilfredsstillende produkt til deres nærmeste. Resultaterne for MPR – gruppen viser, at 90 % procent af deltagerne vil anbefale deres nærmeste at deltage i projekterne. En markant lavere andel siger ”nej” eller ”måske” til anbefale projektet til deres nærmeste (bilag 1, tabel 25).

## Konklusion

Helt generelt er det vigtigt med en diskussion af den anvendte metode for at kunne forholde sig kritisk til resultaterne. Evalueringen af MPR i Nordjylland er, som beskrevet i metodeafsnittet, foretaget via en spørgeskemaundersøgelse. Det vil sige, at de fremkomne oplysninger er baseret på selvrapporterede variable. Det betyder, at deltageres svar til spørgsmålene kan være behæftet med en vis usikkerhed. Dette er metodisk forsøgt imødekommet ved at udvælge nationale og internationale anvendte og validerede spørgeapparater for at opnå et så præcist resultat som muligt. Selvom dette er gennemført, har det desuden været en nødvendighed for evalueringens gennemførelse at prioritere mængden af spørgemateriale. En stor mængde af spørgsmål og tidsforbrug giver en stor risiko for en lav tilslutning til evalueringen eller et stort frafald undervejs.

På grund af disse prioriteringer er det vigtigt at forholde sig kritisk til resultaterne. Ved flere svarkategorier som eksempelvis ”selvrapporteret fysisk aktivitet” og ”samlet indstilling til motion” kan det diskuteres, hvorvidt spørgeapparatet er følsomt nok til at registrere de måske mindre ændringer som forventeligt sker hos deltageren. Eksempelvis er det plausibelt at forvente, at de ændringer der sker i forhold til deltageres fysiske aktivitetsniveau, generelt set er mindre ændringer. Derfor vil et spørgeskema, der ikke er sensitivt nok, ikke kunne registrere disse ændringer, og resultatet vil fremstå som uændret. Selvom evaluator metodisk forsøger at imødekomme denne fejlmargen ved udvælgelsen af materialet, er det vigtigt at være opmærksom på dette i fortolkningen af resultaterne.

Selvom der tages forbehold for disse begrænsninger i fortolkningen af resultaterne, er det tydeligt, at der overordnet er tale om en positiv udvikling for deltagerne. Nedenstående besvares evalueringens formål ud fra de punkter, den stiller op.

### **Motion på Recept i forhold til sociodemografiske variable**

I forhold til køn viser resultaterne, at projektet tiltrækker flere kvinder end mænd. Det er ikke hensigtsmæssigt, idet den mandlige gruppe ville kunne have tilsvarende glæde af tilbuddet. Fremtidige udviklingstiltag bør overveje tiltag, der kan tiltrække flere mænd. Ud fra den store procentdel af deltagere i MPR med lavere uddannelsesniveau lader det til, at inklusionen til projektet virker efter hensigten, idet et lavt uddannelsesniveau er forbundet med et højere niveau af fysisk inaktivitet og sygdom. Ligeledes kan det forventes,

at projektet inkluderer en stor del af de, der blandt andet på grund af et lavere uddannelsesniveau har et øget behov for støtte og vejledning til at foretage en ændring.

I forhold til deltagernes egenindtægt og husstandsindtægt viser resultaterne, at en stor procentandel af deltagerne har en lavere egen – og husstandsindkomst end den almene befolkning i Nordjylland. Konklusionen er derfor, at projektet inkluderer en stor andel med lav indtægt. Det er hensigtsmæssigt, idet en stor procentdel af de inkluderede, måske på baggrund af deres begrænsede ressourcer, kan have stor glæde af et tilbud, der kan give dem de fysiske forudsætninger for at komme i gang igen, eller måske bare til klare sig bedre i hverdagen.

### **Har Motion på Recept effekt på deltagernes BMI, selvvurderede helbred, selvvurderede fysiske form, fysiske aktivitetsniveau og psykologiske indstilling til motion?**

I forhold til deltagernes BMI kan der for MPR – gruppen ses et signifikant vægttab til T=4, T=10 og T=16. Ud fra det resultat kan det konkluderes, at deltagelse i MPR skaber forudsætninger for vægttab. Faldet i BMI vil kunne bidrage til at skabe forudsætningerne, herunder en øget motivation, for en mere aktiv og sundhedsfremmende hverdag. Ligeledes vil et fald i BMI kunne bidrage med positive kliniske effekter i forhold til deltagernes livsstilssygdomme. Det vil eksempelvis have en positiv effekt på Type II - diabetes og forhøjet blodtryk [2].

I relation til deltagernes selvvurderede helbred kan det konkluderes, at en stor del af deltagerne i MPR ved T=0 vurderer deres helbred som mindre godt eller dårligt. Dette er ikke overraskende, idet MPR netop henvender sig til en del af befolkningen, hvor helbredet er truet. Det kan samtidig konkluderes, at projektet netop får fat i de personer, der på grund af dårligt helbred har brug for MPR.

Effekten af MPR på deltagernes generelle selvvurderede helbred er signifikant til T=4, T=10 og for selvvurderet helbred alt i alt også til T=16. Konklusionen er derfor, at MPR - projektet i høj grad påvirker deltagernes selvvurderede helbred i en tilfredsstillende positiv retning.

Deltagerne i MPR - projektet forbedrer ligeledes deres fysiske form. Inden for alle tre kategorier er der generelt en positiv signifikant udvikling imod en øget selvvurderet fysisk form. Konklusionen er derfor, at MPR - projektet i høj grad påvirker deltagernes selvvurderede fysiske form i en tilfredsstillende positiv retning. Den intensive træningsdel i MPR virker til at have en positiv effekt på deltagernes fysiske form, idet MPR – deltagerne scorer deres selvvurderede fysiske form i forhold til for 4 måneder siden signifikant til T=4. Den øgede effekt for denne kategori fastholdes dog ikke til T=16.

Resultaterne fra selvvurderet helbred og selvvurderet fysisk form er vigtige, idet de giver et klart billede af, at deltagerne i MPR oplever en fysisk effekt af interventionen. Netop de subjektive mål for blandt andet selvvurderet helbred og selvvurderet fysisk form har vist sig at have betydning for individets velvære og livskvalitet, og kan i nogen grad anvendes som prædikator for den kliniske tilstand [17].

I forhold til deltagernes fysiske aktivitetsniveau er resultaterne ikke så positive. MPR – gruppen forøger udelukkende deres fysiske aktivitet ved ”motion” til T=4 og fysiske aktivitet ved ”arbejde” til T=10. De ikke signifikante resultater for MPR – gruppen i forhold til fysisk aktivitet ”total” er et interessant resultat, idet det viser, at MPR – projektets målsætning omkring at øge deltagernes fysiske aktivitet ikke opfyldes på lang sigt. Konklusionen bliver, at MPR – projektet ikke er i stand til at øge deltagernes fysiske aktivitet over tid.

Betragtes resultaterne for, hvor mange dage deltagerne er fysisk aktive om ugen, samt procentdelen der er fysisk aktive 7 dage om ugen, kan det konstateres, at MPR – projektet ikke er i stand til at påvirke dette. En positiv ændring i forhold til Sundhedsstyrelsen anbefaling om, at deltagerne skal være fysisk aktive i 30 minutter eller mere om dagen, bliver ikke bekræftet. At deltagerne ikke ændrer på antallet af de dage, de er fysisk aktive om ugen, er overraskende, men som nævnt tidligere i evalueringen, kan det med stor sandsynlighed forklares ud fra, at deltagerne i nogen grad misforstår Sundhedsstyrelsens brede definition af fysisk aktivitet, og derfor i udgangspunktet overrapporterer. Konklusionen er, at MPR – projektet ikke opfylder målsætningen om et øget antal fysiske dage om ugen. Til gengæld stiger den procentdel af deltagere, der er fysisk aktive 7 dage om ugen med 13 % til T=16. Konklusionen er, at selvom MPR – gruppen ikke gennemsnitligt forbedrer det antal dage, de er fysisk aktive om ugen på lang sigt, er der en stor procentandel, der opfylder Sundhedsstyrelsens krav om fysisk aktivitet 30 minutter hver dag.

Betragtes resultaterne i forhold til deltagernes samlede indstilling til motion, oplever MPR – deltagerne ikke, at deres indstilling ændrer sig. Resultatet er overraskende, idet fysioterapeutens rolle, via de ”motiverende samtaler” [26] er, at påvirke deltagerens indstilling i positiv retning, og således skabe bedre psykologiske forudsætninger for, at deltagerne bliver i stand til at ændre deres adfærd imod en mere fysisk aktiv livsstil. Konklusionen er, at MPR – projektet ikke er i stand til at påvirke deltagerens samlede psykologiske indstilling til fysisk aktivitet i en hensigtsmæssig retning.

Helt generelt i forhold til deltagernes psykologiske forudsætninger for at kunne ændre deres adfærd lader MPR ikke til at have den ønskede positive effekt. Det er vigtigt, at deltagernes indstilling påvirkes i en positiv retning, for at deltagerne efter interventionen skal kunne opretholde en fysisk aktiv livsstil. For yderligere, at kunne påvirke deltagernes indstilling i forhold til fysisk aktivitet, ville en øget rådgivningsindsats være en mulig løsning.

### **Deltagernes motionsaktiviteter**

Deltagerne vurderer generelt, at de er tilfredse med de motionsaktiviteter, de har deltaget i. Resultaterne viser desuden, at det primært er aktiviteter på egen hånd som gang, cykling og haveaktiviteter / rengøring, som deltagerne holder sig fysisk aktive ved efter MPR. Motion i hjemmet samt motion i fitnesscenter er ligeledes eksempler på aktiviteter. De deltagere, der ikke er fysisk aktive efter MPR begrundes den fysiske inaktivitet ved,

at de er faldet tilbage til gamle vaner, at træningsperioden i MPR var for kort, at det er for dyrt at træne samt, at sygdom har forhindret dem.

### **Er deltagerne tilfredse med at være en del af Motion på Recept?**

Betragtes respondenternes tilfredshed med deltagelsen i MPR, kan det konstateres, at der er stor tilfredshed blandt deltagerne. Tilfredsheden gælder i forhold til lægens, fysioterapeuternes og instruktørernes indsats, såvel undervejs i forløbene som i projektets overgange, men også i forhold til projektet generelt.

Opsummerende kan der fra evalueringen trækkes følgende overordnede resultater:

Resultaterne for deltagelse i MPR peger på, at deltagerne øger deres forudsætninger for at føre et aktivt liv.

- MPR - deltagerne får mindsket deres BMI signifikant.
- MPR - deltagerne får forbedret deres selvvaluerede helbred signifikant
- MPR - deltagerne vurderer generelt, at de får en bedre selvvalueret fysisk form.
- MPR - deltagerne forbedrer deres ikke deres fysiske aktivitet ved ”motion” og ”to-talt” signifikant.
- MPR - deltagerne forbedrer ikke deres tro på, at de kan være fysisk aktive på trods af modgang
- MPR – deltagerne oplever generelt stor tilfredshed ved deltagelsen i projektet.

Samlet set er MPR i Nordjylland en succes for deltagerne, idet en stor del af deltagerne opnår bedre forudsætninger for at leve et fysisk aktivt liv. Der er klare resultater, der peger på, at deltagerne forbedrer deres selvvaluerede helbred, deres fysiske form samt deres BMI.

Hermed er den endelige konklusion på evalueringen af MPR i Nordjylland, at MPR - projektet, i nogen grad, er i stand til at påvirke deltagerne således, at målsætningerne opfyldes.

På baggrund af de positive resultater præsenteret i denne evaluering af MPR, har konceptet et klart positivt potentiale og udviklingspotentiale, der synes brugbar i de nye kommuner og den nye regionsstruktur. Resultater fra evalueringer af MPR i Københavns Kommune, Frederiksberg Kommune, Ribe Amt, Fyns Amt samt Frederiksborg Amt viser lignende positive resultater i forhold til deltagerens selvvaluerede fysiske form, selvvaluerede helbred og fysiske aktivitet. Resultaterne danner en god baggrund for at anbefale, at konceptet MPR tænkes ind i den videre udvikling af indsatser med fysisk aktivitet på forebyggelsesområdet.

## Anbefalinger

Set ud fra resultaterne i evalueringen er det tydeligt, at såvel MPR har en positiv effekt på deltagerne set ud fra projekternes målsætning. Dette afsnit vil fokusere på to områder fra projektet, der vil være hensigtsmæssige at medtænke og videreudvikle til fremtidige indsatser med fysisk aktivitet på forebyggelsesområdet.

### **Den intensive træningsperiode**

Den intensive træningsperiode i MPR lader til at have en afgørende effekt på deltagernes selvvaluerede helbred, selvvaluerede fysiske form og BMI samt en øget mængde fysisk aktivitet til T=4. Derfor anbefales det at tænke struktureret og støttet træning ind i fremtidige indsatser med fysisk aktivitet.

### **Motionsrådgivning**

Deltagerne i projektet angiver, at de er meget tilfredse med de sundhedsprofessionelles indsats undervejs i forløbet. Ud fra evalueringer af samme tilfredshedsmaal i andre amter og kommuner kan dog ses, at utilfredsheden stiger over tid efter, at deltagerne har forladt projekterne. Dette kan formentlig skyldes, at deltagerne mangler den fortsatte støtte. Resultaterne for indstilling til motion viser desuden, at rådgivningen undervejs ikke i tilstrækkelig grad har været i stand til at påvirke denne i en hensigtsmæssig retning. For i højere grad at kunne påvirke deltagerens indstilling til motion, samt den stigende utilfredshed hos deltagerne anbefales det at udvikle en model for at øge og yderligere strukturere motionsrådgivningen til deltagerne. Især en øget indsats efter en eventuelt struktureret træningsperiode vil kunne bidrage med en øget effekt

## Bilag

### Bilag 1: Resultattabeller

| Skoleuddannelse (%)         | MPR        |
|-----------------------------|------------|
| Går i skole                 | 0          |
| 7 eller færre års skolegang | 34         |
| 8-9 års skolegang           | 30         |
| 10-11 års skolegang         | 23         |
| Student, HF ect.            | 8          |
| Andet                       | 5          |
| <b>Total</b>                | <b>100</b> |

Tabel 1. Skoleuddannelse i procent MPR.

| Erhvervsuddannelse (%)             | MPR        |
|------------------------------------|------------|
| Special-arbejder uddannelse        | 6          |
| Handelsskolernes grunduddannelse   | 7          |
| Lærlinge-, EFG-, HG- uddannelse    | 19         |
| Anden faglig uddannelse            | 29         |
| Kortere videregående uddannelse    | 18         |
| Mellemlang videregående uddannelse | 20         |
| Lang videregående uddannelse       | 3          |
| <b>Total</b>                       | <b>100</b> |

Tabel 2. Erhvervsuddannelse i procent MPR.

| Indtægt i kroner   | Egenindtægt MPR (%) | Husstands indtægt MPR (%) |
|--------------------|---------------------|---------------------------|
| 0 - 99.000         | 16                  | 4                         |
| 100.000 - 149.000  | 22                  | 10                        |
| 150.000 - 199.000  | 14                  | 8                         |
| 200.000 - 249.000  | 13                  | 8                         |
| 250.000 - 299.000  | 9                   | 10                        |
| 300.000 - 349.000  | 3                   | 8                         |
| 350.000 - 399.000  | 3                   | 7                         |
| 400.000 - 499.000  | 4                   | 9                         |
| 500.000 - 599.000  | 2                   | 10                        |
| 600.000 - 699.000  | 0                   | 5                         |
| 700.000 og derover | 0                   | 3                         |
| vil ikke svare     | 11                  | 13                        |
| ved ikke           | 3                   | 5                         |
| <b>Total</b>       | <b>100</b>          | <b>100</b>                |

Tabel 3. Egenindtægt og husstandsindtægt i procent MPR.

| BMI        | MPR                                    |
|------------|--|
| T=0 – T=4  | 32.5±6.2 vs. 31.6±6.7 p.< 0.000, n=132 |
| T=0 – T=10 | 32.5±6.8 vs. 31.0±6.4 p.< 0.000, n=84  |
| T=0 - T=16 | 31.1±5.7 vs. 30.8±7.0 p.< 0.000, n=70  |

Tabel 4. BMI MPR.

| MPR       | Helbred alt i alt                       | Helbred sammenlignet med for et år siden |
|-----------|---|--|
| T=0 – T=4 | 3.3±0.7 vs. 3.0±0.8 p. < 0.000, n = 137 | 3.0±0.7 vs. 2.6±0.7 p. < 0.000, n = 136  |
| T=0 –T=10 | 3.3±0.8 vs. 2.9±0.7 p. < 0.000, n = 84  | 3.0±0.8 vs. 2.7±0.7 p. = 0.004, n = 84   |
| T=0-T=16  | 3.2±0.8 vs. 3.0±0.8 p. = 0.004, n = 67  | 3.0±0.8 vs. 2.9±0.7 p. = 0.165, n = 67   |

Tabel 5. Selvvurderet helbred MPR.

| Selvurderet fysisk form MPR | Nuværende                                 | I forhold til for 4 mdr. siden            | Sammenlignet med mennesker på egen alder  |
|-----------------------------|---|---|---|
| T=0 – T=4                   | 3.4±0.9 vs. 3.0±0.9<br>p.< 0.000, n = 141 | 2.8±0.7 vs. 2.4±0.7<br>p.< 0.000, n = 137 | 3.3±0.8 vs. 3.0±0.9<br>p.< 0.000, n = 136 |
| T=0 –T=10                   | 3.4±0.8 vs. 2.9±0.9<br>p.< 0.000, n = 88  | 2.9±0.7 vs. 2.8±0.7<br>p.= 0.247, n = 85  | 3.2±0.8 vs. 2.9±0.8<br>p.< 0.000, n = 85  |
| T=0-T=16                    | 3.3±0.9 vs. 3.0±0.9<br>p.< 0.000, n = 71  | 2.9±0.7 vs. 3.0±0.5<br>p.= 0.212, n = 71  | 3.3±0.8 vs. 3.0±0.8<br>p.= 0.007, n = 69  |

Tabel 6. Fysisk form MPR.

| Fysisk Aktivitet MPR | Arbejde  | Gang og Cykling                              | Motion                                      | Fysisk Aktivitet Total                        |
|----------------------|--|--|---|---|
| T=0 – T=4            | 11.9±3.2 vs.<br>12.3±3.1<br>p.= 0.057, n = 122 | 2.2±1.8 vs.<br>2.3±1.6<br>p.= 0.617, n = 105 | 1.6±1.1 vs.<br>2.0±1.2<br>p.= 0.005, n =130 | 40.0±4.3 vs.<br>40.5±4.7<br>p.= 0.119, n = 90 |
| T=0 –T=10            | 12.1±2.8 vs.<br>12.8±2.8<br>p.= 0.034, n = 82  | 2.4±1.9 vs.<br>2.6±1.8<br>p.= 0.543, n = 71  | 1.5±1.1 vs.<br>1.7±1.0<br>p.= 0.160, n = 84 | 40.7±4.2 vs.<br>41.4±4.0<br>p.= 0.201, n = 62 |
| T=0 -T=16            | 12.2±2.8 vs.<br>12.1±3.0<br>p.= 0.793, n = 63  | 2.4±1.8 vs.<br>2.2±1.8<br>p.= 0.492, n = 57  | 1.5±1.1 vs.<br>1.7±1.1<br>p.= 0.039, n = 69 | 41.1±4.0 vs.<br>40.3±5.2<br>p.= 0.216, n = 52 |

Tabel 7. Fysisk Aktivitet MPR.

| Antal aktive dage om ugen | MPR                                    |
|---------------------------|--|
| T=0 – T=4                 | 5.7±2.4 vs. 6.0±2.0 p.= 0.236, n = 132 |
| T=0 - T=10                | 5.7±2.3 vs. 6.3±1.7 p.= 0.052, n = 86  |
| T=0 – T=16                | 5.9±2.1 vs. 6.0±2.2 p.= 0.750, n = 68  |

Tabel 8. Antal aktive dage om ugen MPR.



| Vil det være svært at dyrke motion 3 eller flere gange om ugen i 20 minutter af gangen? | MPR                                  |
|---|--------------------------------------|
| T=0 – T=4   | 7.1±2.7 vs. 7.3±2.8 p.= 0.258, n=135 |
| T=0 – T=10  | 7.5±2.8 vs. 7.4±2.9 p.= 0.915, n=80  |
| T=0 - T=16  | 7.8±2.5 vs. 7.9±2.8 p.= 0.713, n=66  |

Tabel 9. Vil det være svært at dyrke motion 3 eller flere gange om ugen i 20 minutter af gangen? MPR.

| Vil det være svært at dyrke motion 3 eller flere gange om ugen i 20 minutter af gangen? (%) | MPR T=0    | MPR T=4    | MPR T=10   | MPR T=16   |
|---|------------|------------|------------|------------|
| 1   | 7          | 4          | 9          | 6          |
| 2   | 3          | 3          | 1          | 0          |
| 3   | 5          | 9          | 5          | 6          |
| 4   | 6          | 5          | 2          | 3          |
| 5   | 13         | 11         | 15         | 10         |
| 6   | 6          | 3          | 1          | 6          |
| 7   | 8          | 8          | 5          | 3          |
| 8   | 12         | 12         | 17         | 9          |
| 9   | 6          | 12         | 10         | 6          |
| 10  | 32         | 34         | 35         | 51         |
| Total   | <b>100</b> | <b>100</b> | <b>100</b> | <b>100</b> |

Tabel 10. Vil det være svært at dyrke motion 3 eller flere gange om ugen i 20 minutter af gangen? MPR .

| Hvor overbevist er du om, at du kan dyrke motion 3 eller flere gange om ugen i mindst 20 minutter af gangen? | MPR                                  |
|--|--------------------------------------|
| T=0 – T=4  | 7.6±2.7 vs. 7.8±2.7 p.= 0.284, n=132 |
| T=0 – T=10   | 7.9±2.5 vs. 7.7±2.5 p.= 0.329, n=78  |
| T=0 - T=16   | 8.1±2.4 vs. 7.8±2.8 p.= 0.479, n=66  |

Tabel 11. Hvor overbevist er du om, at du kan dyrke motion 3 eller flere gange om ugen i mindst 20 minutter af gangen? MPR.

| Hvor overbevist er du om, at du kan dyrke motion 3 eller flere gange om ugen i mindst 20 minutter af gangen? (%) | MPR<br>T=0 | MPR<br>T=4 | MPR<br>T=10 | MPR<br>T=16 |
|--|------------|------------|-------------|-------------|
| 1  | 5          | 6          | 5           | 6           |
| 2  | 3          | 0          | 0           | 4           |
| 3  | 4          | 6          | 4           | 2           |
| 4  | 4          | 4          | 4           | 4           |
| 5  | 8          | 9          | 11          | 4           |
| 6  | 8          | 5          | 6           | 7           |
| 7  | 12         | 8          | 7           | 7           |
| 8  | 13         | 7          | 16          | 9           |
| 9  | 6          | 14         | 11          | 9           |
| 10   | 39         | 42         | 36          | 47          |
| Total  | <b>100</b> | <b>100</b> | <b>100</b>  | <b>100</b>  |

Tabel 12. Hvor overbevist er du om, at du kan dyrke motion 3 eller flere gange om ugen i mindst 20 minutter af gangen? MPR.

| Samlet indstilling til motion (self-efficacy) | MPR                                    |
|---|--|
| T=0 – T=4                                     | 18.8±6.4 vs. 19.7±5.9 p.= 0.165, n=101 |
| T=0 – T=10                                    | 18.9±5.9 vs. 19.8±6.4 p.= 0.147, n=50  |
| T=0 – T=16                                    | 18.8±6.1 vs. 19.6±7.1 p.= 0.597, n=46  |

Tabel 13. Samlet indstilling til motion (self-efficacy)

| Har du været tilfreds med de aktiviteter du har været med til i forbindelse med MPR? (%) | T=4        |
|--|------------|
| Meget tilfreds   | 44         |
| Tilfreds   | 49         |
| Mindre tilfreds  | 4          |
| Utilfreds  | 1          |
| Hverken / eller  | 2          |
| Total  | <b>100</b> |

Tabel 14. Tilfredshed med motionsaktiviteter i MPR.

| Hvilken form for motion og fysisk aktivitet lavede du i sidste uge? (Antal dage om ugen i gennemsnit for MPR) | T=10 | T=16 |
|---|------|------|
| Rask gang   | 2,3  | 1,6  |
| Cykling   | 1,6  | 1,5  |
| Svømning  | 0,2  | 0,2  |
| Motion derhjemme  | 0,9  | 0,7  |
| Motion i en forening  | 0,3  | 0,4  |
| Motion i et fitnesscenter   | 0,6  | 0,9  |
| Motion i en aftenskole  | 0,2  | 0    |
| Motion på arbejdspladsen  | 0,2  | 0,2  |
| Hårdt fysisk arbejde  | 0,1  | 0,2  |
| Havearbejde / rengøring   | 2,4  | 2,5  |
| Anden form for motion   | 0,5  | 0,4  |

Tabel 15. Hvilke motionsaktiviteter lavede du i sidste uge MPR.

| Har du indenfor det sidste halve år motioneret på en af følgende måder? T=10 / T=16 (%) | Ja, den sidste uge | Ja, den sidste måned | Ja, det sidste halve år | Nej     | Total |
|---|--------------------|----------------------|-------------------------|---------|-------|
| Motioneret alene / på egen hånd   | 17 / 22            | 7 / 6                | 53 / 51                 | 23 / 22 | 100   |
| Motioneret med en fast makker / gruppe  | 10 / 5             | 8 / 7                | 24 / 31                 | 59 / 56 | 100   |
| Motioneret i en idrætsforening  | 5 / 9              | 5 / 3                | 12 / 9                  | 78 / 79 | 100   |
| Motioneret i et motions- og fitnesscenter   | 14 / 4             | 14 / 9               | 27 / 45                 | 46 / 43 | 100   |
| Motioneret på et hold i en aftenskole   | 0 / 4              | 0 / 0                | 5 / 4                   | 95 / 93 | 100   |

Tabel 16. På hvilke måder har MPR – deltageren motioneret til T=10 og T=16.

| Hvis du ikke motionerer regelmæssigt efter deltagelsen i Motion på Recept, hvad er årsagerne?<br>(% - andel af deltagere, der ikke dyrker motion, der svarer ja) | T=10 | T=16 |
|--|------|------|
| Jeg er efter kort tid faldet tilbage i mine gamle vaner  | 7    | 11   |
| Jeg har ikke fundet en motionsform der passer mig  | 6    | 7    |
| Jeg kan ikke finde tid til at motionere  | 6    | 6    |
| Der er for langt til et motionstilbud  | 4    | 6    |
| Min partner / familie bakkede ikke op  | 2    | 4    |
| Jeg blev syg   | 7    | 8    |
| Jeg fik en skade / får ondt af at motionere  | 4    | 3    |
| Det er for dyrt at gå til motion   | 9    | 14   |
| Der var for få samtaler om at ændre livsstil   | 6    | 4    |
| Træningsperioden på klinikken var for kort   | 11   | 13   |

Tabel 17. Hvad er årsagen til at deltagerne efter MPR ikke er fysisk aktive.

| Hvordan er din samlede vurdering af lægens indsats i forbindelse med MPR? T=4 (%) | T=4        |
|---|------------|
| Meget tilfreds  | 23         |
| Tilfreds  | 54         |
| Mindre tilfreds   | 11         |
| Utilfreds   | 4          |
| Hverken / eller   | 9          |
| Total   | <b>100</b> |

Tabel 18. Deltagerens samlede vurdering af lægens indsats i forbindelse med MPR.

| Har du været tilfreds med instruktørerne i forbindelse med din deltagelse i MPR? (%) | T=4        |
|--|------------|
| Meget tilfreds   | 57         |
| Tilfreds   | 38         |
| Mindre tilfreds  | 3          |
| Utilfreds  | 1          |
| Hverken / eller  | 1          |
| Total  | <b>100</b> |

Tabel 19. Deltagerens tilfredshed med instruktørerne i forbindelse med MPR.

| <b>Generel tilfredshed med fysioterapeutens indledende rådgivning / vejledning ved start på MPR (%)</b> | <b>T=4</b> |
|---|------------|
| Meget tilfreds  | 52         |
| Tilfreds  | 43         |
| Mindre tilfreds   | 4          |
| Utilfreds   | 0          |
| Hverken / eller   | 1          |
| <b>Total</b>  | <b>100</b> |

Tabel 20. Deltagerens tilfredshed med fysioterapeutens indledende rådgivning ved start på MPR.

| <b>Har du generelt været tilfreds med fysioterapeuternes rådgivning / vejledning i forbindelse med din overgang fra MPR til mere selvstændig træning? (%)</b> | <b>T=4</b> |
|---|------------|
| Meget tilfreds  | 37         |
| Tilfreds  | 51         |
| Mindre tilfreds   | 7          |
| Utilfreds   | 2          |
| Hverken / eller   | 4          |
| <b>Total</b>  | <b>100</b> |

Tabel 21. Deltagerens tilfredshed med fysioterapeutens rådgivning ved overgangen fra MPR til mere selvstændig træning.

| <b>Hvordan er din samlede vurdering af fysioterapeuternes indsats i forbindelse med MPR? (%)</b> | <b>T=4</b> |
|--|------------|
| Meget tilfreds   | 57         |
| Tilfreds   | 36         |
| Mindre tilfreds  | 4          |
| Utilfreds  | 1          |
| Hverken / eller  | 1          |
| <b>Total</b>   | <b>100</b> |

Tabel 22. Deltagerens samlede tilfredshed med fysioterapeuten i forbindelse med MPR.

| Hvordan er din samlede vurdering af fysioterapeuternes indsats i forbindelse med dine besøg? (%) | T=10       |
|--|------------|
| Meget tilfreds   | 43         |
| Tilfreds   | 51         |
| Mindre tilfreds  | 6          |
| Utilfreds  | 0          |
| Hverken / eller  | 0          |
| Total  | <b>100</b> |

Tabel 23. Deltagerens samlede tilfredshed med fysioterapeuten i forbindelse med yderligere besøg efter MPR.

| Hvor tilfreds er du alt i alt med det, du har fået ud af at deltage i MPR? (%) | T=4        |
|--|------------|
| Meget tilfreds   | 55         |
| Tilfreds   | 36         |
| Mindre tilfreds  | 6          |
| Utilfreds  | 1          |
| Hverken / eller  | 2          |
| Total  | <b>100</b> |

Tabel 24. Deltagerens generelle tilfredshed med deres deltagelse i MPR

| Vil du anbefale familie eller venner at deltage i MPR? (%) | T=4        |
|--|------------|
| Ja   | 90         |
| Nej  | 8          |
| Måske  | 2          |
| Total  | <b>100</b> |

Tabel 25. Hvorvidt deltagerne ønsker at anbefale MPR til deres familie og venner

## Bilag 2. Signaturforklaring

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <b>Body Mass Index:</b>               | Er et mål for antal kilo i forhold til højde. BMI måles i $(\text{kg} / (\text{højde}^2))$ . Højden måles i cm.   |
| <b>Mean:</b>                          | Gennemsnitsberegning  |
| <b>Medicinsk Teknologi Vurdering:</b> | Er en videnskabelig helhedsorienteret tværfaglig analyse af et bestemt område. Typisk indeholder en MTV-undersøgelse en analyse af teknologien (i MPR er teknologien = træningen), økonomien, organisationen og deltageren. |
| <b>Wilcoxon Rang Sum test:</b>        | Er en statistisk analysemetode til sammenligning af data, der ikke forventes at være normalfordelte [20]  |

## Litteratur

1. *Willeman M.* Motion på recept - en litteraturgennemgang med fokus på effekter og organisering. SST 2004; 1-34.
2. *Pedersen BK.* Recept på motion. Motion som forebyggelse. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck A/S., 2003.
3. *Sluijs E.* Effectiveness of physical activity promotion: The case of general practice. PhD Thesis. Ponsen & Looijen B.V, 2004.
4. *Paffenbarger RS, Jr., Blair SN, Lee IM, Hyde RT.* Measurement of physical activity to assess health effects in free-living populations. Med Sci Sports Exerc 1993; 25: 60-70.
5. *Elley CR, Kerse N, Arroll B, Robinson E.* Effectiveness of counselling patients on physical activity in general practice: cluster randomised controlled trial. BMJ 2003; 326: 793.
6. *Rose SB, Lawton BA, Elley CR, Dowell AC, Fenton AJ.* The 'Women's Lifestyle Study', 2-year randomized controlled trial of physical activity counselling in primary health care: rationale and study design. BMC Public Health 2007; 7: 166.
7. *Whelton SP, Chin A, Xin X, He J.* Effect of aerobic exercise on blood pressure: a meta-analysis of randomized, controlled trials. Ann Intern Med 2002; 136: 493-503.
8. *Jensen H, Jakobsen R, Puggaard L, Sørensen J.* Statusrapport, Motion på Recept i Ribe Amt 2004 og 2005. 2006.
9. *Bredahl T, Puggaard L.* Midtvejsrapport af Fyns Amts projekt Motion som Medicin 2006. 2006.
10. *Bredahl T, Puggaard L.* Midtvejsrapport af Nordjyllands Amts projekt Motion på Recept 2006. 2006.
11. *Kjøller M, Rasmussen NK.* Sundhed og sygelighed i Danmark 2000 og udviklingen siden 1987. København; 2002.
12. *Bjørner JB, Damsgaard MT, Watt T, Bech P, Rasmussen NK, Kristensen TS, Modvig J, Thunedborg K.* Dansk Manual til SF-36. Lægemedelindustriforeningen, 1997.
13. *Kesaniemi YA, Danforth Jr E, Jensen MD, Kopelman PG, Lefebvre P, Reeder BA.* Dose-response issues concerning physical activity and health: an evidence-based symposium. Med Sci Sports Exerc 2001; 33: 351-358.



14. *Norman A, Bellocco R, Bergstrom A, Wolk A.* Validity and reproducibility of self-reported total physical activity - differences by relative weight. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2001; 25: 682-688.
15. *Ainsworth BA, Haskell WL, Leon AS, Jacobs Jr DR, Montoye HJ, Sallis JF, Paffenbarger Jr RS.* Compendium of physical activities: classification of energy costs of human physical activities. *Med Sci Sports Exerc* 1993; 25: 71-80.
16. *Bjørner JB.* Dansk Manual til SF-36. Et spørgeskema om helbredsstatus. København: Lægemiddelindustriforeningen, 1997.
17. *Sundaram M, Kavookjian J, Patrick JH, Miller LA, Madhavan SS, Scott VG.* Quality of life, health status and clinical outcomes in Type 2 diabetes patients. *Qual Life Res* 2007; 16: 165-177.
18. *Marcus BH, Selby VC, Niaura RS, Rossi JS.* Self-efficacy and the stages of exercise behavior change. *Res Q Exerc Sport* 1992; 63: 60-66.
19. *Marcus BH, Banspach SW, Lefebvre RC, Rossi JS, Carleton RA, Abrams DB.* Using the stages of change model to increase the adoption of physical activity among community participants. *Am J Health Promot* 1992; 6: 424-429.
20. *Altman DG.* Practical Statistics for Medical Research. London: Chapman & Hall/CRC, 1999.
21. *Westcott R.* The length of Consultations in General Practice. *Journal of the Royal College of General Practitioners* 1977; 27: 552-555.
22. Danmark Statistik - Statistikbanken.dk: Hjemmeside 2007.
23. *De Vries H.* Socio-economic differences in smoking: Dutch adolescents' beliefs and behaviour. *Soc Sci Med* 1995; 41: 419-424.
24. Danmark Statistik - Statistikbanken.dk: Hjemmeside 2007.
25. Sundhedsstyrelsen, <http://www.sst.dk/publ/publ1999/fedme/Sektion2.htm>: Hjemmeside 2007.
26. *Miller WR, Rollnick S.* Motivationssamtalen. København: Hans Reitzels Forlag, 2005: vol 2.

