

Motion og Kost på Recept i Københavns Kommune

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

Motion og Kost på Recept i Københavns Kommune

Evalueringens resultater

Syddansk Universitetsforlag

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

ISBN 978-87-7674-266-9

Omslagsfoto: Scanpix

Projektets hovedpublikation udsendes som
Fysisk aktivitet som behandling. Motion og Kost på Recept i Københavns Kommune
(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

Indhold

1.	Introduktion	7
2.	Resumé	9
	Resultater i forhold til projektets organisering	9
	De kliniske resultater og den sundhedsmæssige effekt	9
	Adfærdsmæssige resultater	10
	Sundhedsøkonomiske betragtninger på MKpR	10
3.	Metode	13
4.	Evaluerings resultater	15
	Mange patienter i Motion og Kost på Recept, men færre end forventet	15
	Størstedelen af patienterne gennemfører	15
	Halvdelen af patienterne træner organiseret og planlagt efter 1 år	16
	Den typiske patient i motion og Kost er kvinde og over 55 år gammel	16
	Social ulighed i sundhed modvirkes gennem forløbet	17
	De fleste går og cykler – få træner i en forening	17
	Man bliver sundere af Motion og Kost på Recept	18
	Patienterne forbedrer sig signifikant	18
	Patienterne oplever sig sundere	19
	Hvad betyder de opnåede forbedringer i et sundhedsperspektiv?	20
	De fleste vil tabe sig og have »et spark«	21
	Skavanker og magelighed som barrierer	22
	En fast struktur virker støttende	22
	Det er dyrt, men det betaler sig i den lange ende	23
5.	Perspektiveringer	25
	Der skal rekrutteres flere med kort uddannelse, flere mænd og flere udlændinge	25
	Mere fokus på »best practise«	26

Patienter skal gerne kunne fortsætte med det de kender	26
Sats på fast struktur og omsorg	27
6. Litteratur (udvalg)	28

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.

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 Motion og Kost på Recept i Københavns Kommune modtager p.t. fire fysioterapi-klinikker (Brønshøj Fysioterapi, Bispebjerg Hospital, Fysioterapi NordVest, Klinik for fysioterapi i Borgergade) de henviste patienter. Patienterne træner i to måneder to gange om ugen og derefter i to måneder en gang om ugen. Samtidig får de i løbet af den 12-måneders programperiode 6 til 8 samtaler med en klinisk diætist, som omhandler patienternes spise- og motionsvaner.

Evalueringen af Motion og Kost på Recept strækker sig over perioden august 2004 til marts 2007, bygger på resultater fra 1156 patienter og er varetaget af Kirsten Kaya Roessler og Bjarne Ibsen, Syddansk Universitet i samarbejde med Bengt Saltin, Rigshospitalet, Jan Sørensen, Syddansk Universitet og Folkesundhed København. De patienter, der indgår i evalueringen, er blevet fulgt i et år.

Evalueringen arbejder med tre sæt af data, nemlig data fra lægen, der henviser patienter til Motion og Kost på Recept (bl.a. diagnose og blodtryk), 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 FOKUSERER OVERORDNET PÅ FØLGENDE SPØRGSMAÅL:

- Formår man at **rekruttere** patienter, **gennemfører** de træningen, og **fortsætter** de efter endt behandlingsforløb?
- Bliver man **sundere** af Motion og Kost på Recept?
- Hvilke **psykologiske faktorer** har betydning for patienternes motivation, barrierer og adfærdsændring?
- Hvordan forholder den **økonomiske indsats** sig i forhold til den sundhedsmæssige gevinst?

2. Resumé

Resultater i forhold til projektets organisering

- Der er en tendens til, at MKpR i højere grad formår at tiltrække patienter med en længere end med en kortere skoleuddannelse. Til gengæld er gennemførelsen størst blandt de kortere uddannede.
- Flere end 70 pct. af deltagerne gennemfører de fire måneders træning og kostvejledning.
- Det er især praktiske forhold, der har indflydelse på, hvilke motionsformer, der dyrkes efter MKpR. Det kan f.eks. være tilgængelighed og fleksibilitet i forhold til træningstider. Desuden har det betydning, at man kan komme til at dyrke den form for motion, man har vænnet sig til under træningen på klinikken. Prisen er ikke den væsentligste forhindring, og det har heller ikke afgørende betydning, om idrætstilbuddet er kommercielt eller foreningsbaseret.
- Deltagerne mener, at forløbet bør vare længere tid end fire måneder.
- Halvdelen svarer, at en fast motionsgruppe eller -makker ville være til stor hjælp, ligesom et fast tidspunkt hvor de kan motionere.
- Målgruppen ønsker en mere klar struktur også i forhold til udslusningsforløbet, hvor overgangen til eksterne træningstilbud ikke har fungeret tilfredsstillende.
- Netværk er meget vigtigt for deltagerne, her tænkes både på træningsnetværk og på socialt netværk. Sidstnævnte efterspørges især af de ældre deltagere.
- Fysioterapeuterne synes at have spillet den største rolle for patienterne, men der er også grundlæggende tilfredshed med diætisternes arbejde.
- De praktiserende læger har været tilfredse med tilbuddet og ønsker det udvidet til en større patientgruppe.

De kliniske resultater og den sundhedsmæssige effekt

- Der er opnået et gennemsnitligt vægttab på 3,4 kg.
- Taljemålet er reduceret med i gennemsnit 4,7 cm.
- Deltageres kondital er steget med 20 pct. fra første til anden konditest. Fra anden til fjerde konditest et år efter start sker der et mindre fald i konditallet på 2 procentpoint.

- Det systoliske blodtryk falder med 5mmHg, det diastoliske med 4 mmHg. Den opnåede reduktion i blodtryk medfører en reduceret risiko på 30 pct. for *stroke* (slagtilfælde og hjerneblødning), og på 20 pct. for *iskæmisk* hjertesygdom (blodprop i hjertet og forsnævring af hjertets blodkar).
- For blodværdierne sker der et fald bortset fra HDL kolesterol, der – som ønskeligt – stiger. De opnåede forbedringer i blodfedtprofilen medfører en risikoreduktion på ca. 20 pct. for iskæmisk hjertesygdom (blodprop i hjertet og forsnævring af hjertets blodkar).
- Blandt MKpR-deltagerne har der været flere spontane rygestop end i resten af den københavnske befolkning. I den københavnske befolkning er antallet af rygere faldet med 2 procentpoint (1999-2004), hos MKpR-deltagerne er antallet faldet med 7 procentpoint fra 26 pct. daglige rygere ved opstart til 19 pct. ved afslutning af forløb.

De opnåede forbedringer fastholdes i vid udstrækning et år efter træningen på MKpR startede.

Adfærdsmæssige resultater

- MKpR-deltagerens selvvurderede helbred er steget markant undervejs i forløbet. Selvvurderet helbred er et brugbart udtryk for sundhed.
- Størst forbedring i fysisk aktivitetsniveau ses blandt dem som var mindst aktive ved start.
- Næsten alle deltagere er fysisk aktive i en eller anden henseende i løbet af en uge, et år efter de begyndte i MKpR. Planlagt motion af mere regelmæssig og/eller organiseret form praktiseres af 40-50 pct. af deltagerne.
- 24 pct. har fulgt deres egne mål for kostændringer, 55 pct. har delvist fulgt deres mål for kostomlægninger.
- Patienternes forventninger til vægttab, bedre helbred og ændrede motions- og kostvaner opfyldes hos ca. halvdelen af deltagerne, bortset fra ændrede motionsvaner hvor tre fjerdedele har fået opfyldt deres forventninger.

Sundhedsøkonomiske betragtninger på MKpR

- Omkostninger per patient, der *starter* er 6.800-7.500 kr. Omkostningen per patient, der fortsat er fysisk aktiv efter 12 måneder, er mellem 12.000 og 13.500 kr.

- Projektets cost-effectiveness er mellem 223.000 og 780.000 kr. pr. kvalitetsjusterede leveår (QALY) i de første 12 måneder. Hvis tidshorisonten udvides til 5 år, reduceres cost-effectiveness til 50.000-159.000 kr. pr. QALY. Sundhedsvæsenets betalingsvillighed er 300.000 kr. pr. QALY.
- For at omkostningerne skal gå lige op med de sundhedsmæssige besparelser, skal en deltager være fysisk aktiv 7-8 år fra opstart i MKpR. Det kan konstateres, at næsten alle deltagerne er fysisk aktive et år efter opstart i MKpR.

3. Metode

Evalueringen af Motion og Kost på Recept anvender både et stort antal kliniske parameter (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.

Patienterne blev gennem spørgeskema, interviews og kliniske undersøgelser analyseret tre gange, nemlig:

- før træningen og kostvejledningen påbegyndtes
- ved behandlingens afslutning (efter 4 måneder)
- samt et år efter at behandlingen begyndte (efter 12 måneder).

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. På trods af disse kritiske bemærkninger og metodiske overvejelser må evalueringens resultater betegnes som pålidelige.

Motion og Kost på Recept omfatter både en trænings- og en kostdel. Analysen kan dog ikke skelne mellem trænings- og kostdelens effekt, da det ikke er muligt at sige, om resultaterne skyldes omstilling af kosten eller træningen.

4. Evalueringens resultater

Evalueringen har belyst forskellige aspekter af 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. Her opsamles evalueringens resultater på baggrund af 1156 patienter, der er fulgt fra starten i programmet til et år senere.

Mange patienter i Motion og Kost på Recept, men færre end forventet

Mellem april 2004 og marts 2007 har i alt 1900 patienter (1156 af dem indgår i evalueringen) deltaget i træningen og kost- og motionsvejledningen. Dette tal er mindre end oprindelig forventet. 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.

Størstedelen af patienterne gennemfører

Københavns Kommunes eget succesmål for gennemførelse af programmet lå på 75 pct. Det mål er næsten opnået, da 70 pct. mødte op til den afsluttende udslusningssamtale og en del af de patienter, der ikke mødte op til denne samtale, har gennemført hele eller det meste af træningsforløbet.

Helbredstilstanden, den fysiske form og lysten til at bevæge sig synes at have betydning for gennemførelsen af forløbet. Patienter, som syntes, at de havde et godt helbred, og at de var i god fysisk form, da de begyndte i Motion og Kost på Recept, har i lidt højere grad gennemført forløbet end patienter, der syntes, at de havde et dårligt helbred. Der er også en tendens til, at patienter der aldrig var fysisk aktive, før de begyndte i Motion og Kost på Recept, i lidt mindre grad har gennemført træningen, end patienter der allerede i nogen grad var fysisk aktive, inden de begyndte i programmet. Tidligere erfaring med idræt synes dog ikke at have betydning for gennemførelsen.

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

Halvdelen af patienterne træner organiseret og planlagt efter 1 år

Et år efter at patienterne begyndte i Motion og Kost på Recept svarer næsten alle, at de er fysisk aktive 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).

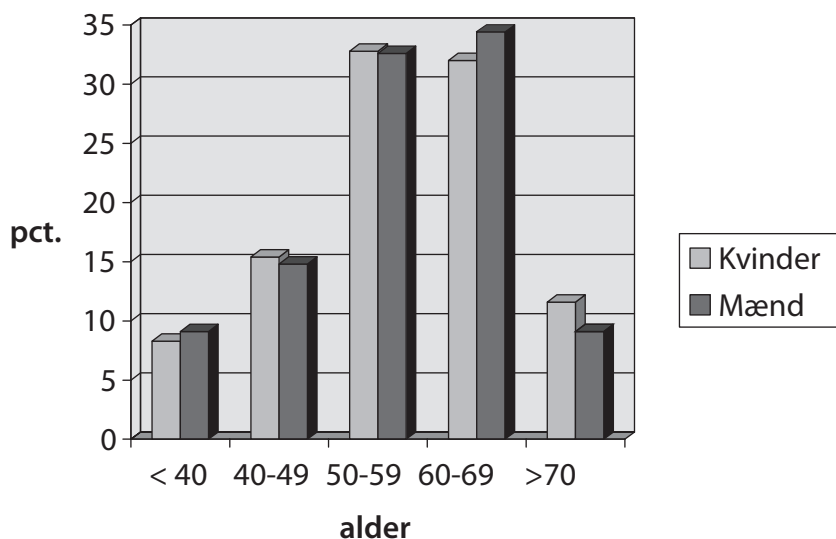
Evalueringen viser endvidere, at tre ud af fire af de patienter, som var mindst fysisk aktive, da de begyndte i programmet, har øget deres aktivitetsniveau, mens de patienter, der allerede fra begyndelsen var forholdsvis meget fysisk aktive, har opretholdt dette aktivitetsniveau.

Det er først og fremmest patienter, der selv synes, at de har et godt helbred og også synes, at de er i god form, som motionerer regelmæssigt. Patienter, der tidligere har dyrket idræt eller motion (før de begyndte i Motion og Kost på Recept), har et højere fysisk aktivitetsniveau og har også forøget det fysiske aktivitetsniveau (selv-vurderet) mere end patienter, der aldrig tidligere har dyrket idræt og motion. Trods dette er det de motions-uvante, der især synes, at deres fysiske form er forbedret i løbet af året.

Endelig viser undersøgelsen, at de patienter, som har oplevet, at træningen har haft en effekt i form af vægttab og bedre kondition, også i højere grad møder op til opfølgningssamtalerne end patienter, der ikke oplever en effekt.

Den typiske patient i motion og Kost er kvinde og over 55 år gammel

Igennem 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 lønmodtagere, knap hver femte er selvstændig, godt hver tiende er førtidspensionist. En tilsvarende andel er efterlønsmodtagere, og knap hver femte patient er folkepensionist. 8 pct. af patienterne har andet oprindelsesland end Danmark. En sammenligning med patienterne i det tilsvarende program, Motion på Recept, i Ribe Amt viser et næsten helt identisk rekrutteringsmønster.



Figur 1: Patienternes aldersfordeling i 2004-2007 (pct.)

Social ulighed i sundhed modvirkes gennem forløbet

Motion og Kost på Recept formår i lidt højere grad at tiltrække patienter med en længere skoleuddannelse end patienter med en kortere skoleuddannelse (i forhold til udbredelsen af de diagnoser, der er kriterium for at få en recept på MKpR). Den sociale ulighed i rekrutteringen til programmet modvirkes imidlertid en smule gennem trænings- og vejledningsforløbet, fordi patienter med en lang 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 lang uddannelse.

De fleste går og cykler – få træner i en forening

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.

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. Derimod spiller holdninger til den konkrete organiseringsform (f.eks. holdning til »forening« og »kommerciel«) en ubetydelig rolle, og prisen er heller ikke den væsentligste forhindring.

Man bliver sundere af Motion og Kost på Recept

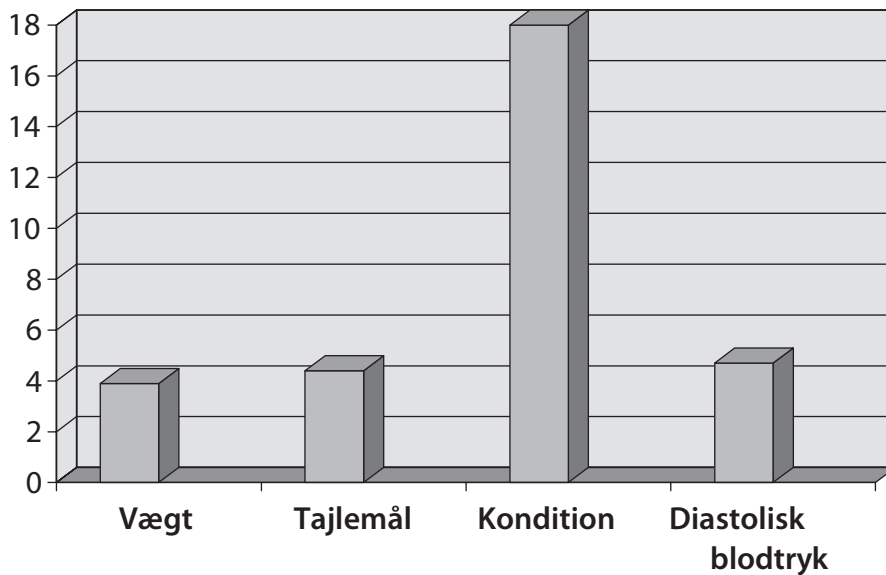
Det afgørende mål for Motion og Kost på Recept er, at patienterne forbedrer deres helbred ved at deltage i programmet. Før patienterne begyndte på træningen og kostvejledningen i MKpR, havde de fleste tegn på begyndende eller manifest sygdom, hvor forøget fysisk aktivitet – eventuelt kombineret med en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

Patienterne forbedrer sig signifikant

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 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⁻¹, svarende til 11 pct. Konditionen blev dermed forøget med 4,1 til 26,7 ml kg⁻¹ min⁻¹ 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 (normalværdi for denne aldersgruppe er 130mmHG) og det diastoliske blodtryk med 4 mmHg til 82 mmHg (normalværdi for denne aldersgruppe er 90mmHG).
- Kolesterolniveauet blev reduceret med 0,3 mmol l⁻¹ til 5,4 mmol l⁻¹ (normalværdi < 5mmol l), hvilket var relateret til en tilsvarende sænkning af LDL-kolesterol til 3,3 mmol l⁻¹, 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.

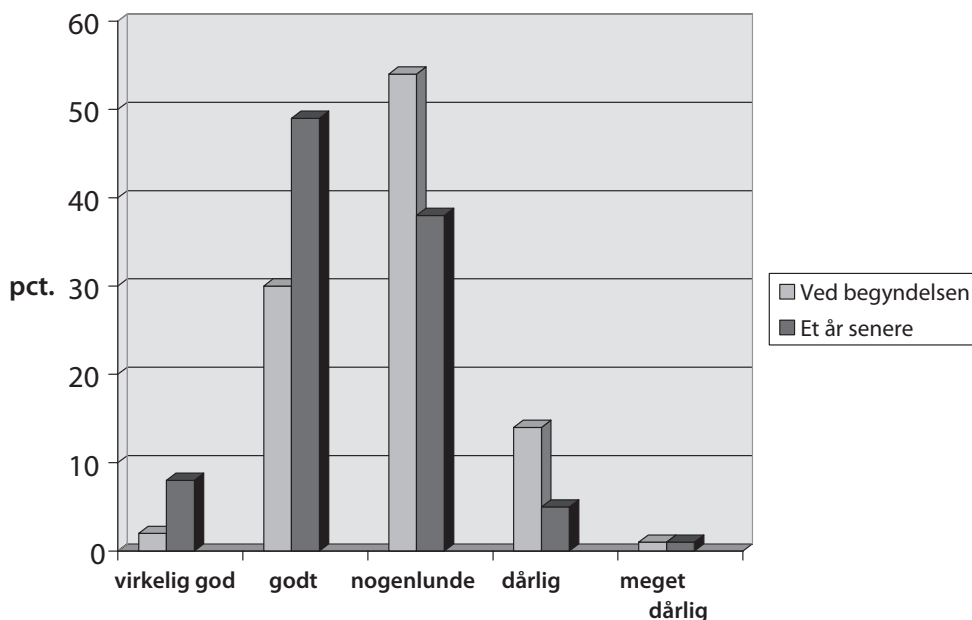


Figur 2: Forbedringer i vægt, taljemål, BMI og kondition efter et år (pct.)

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

Patienterne oplever sig sundere

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 (og selv vurderede sig lavere end Københavns normalbefolkning), 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.



Figur 3: Selvvurderet helbred. En sammenligning af selvvurderet helbred blandt patienter i MKpR, da de startede i projektet, og et år senere.

Hvad betyder de opnåede forbedringer i et sundhedsperspektiv?

Selvom de opnåede forbedringer er relativt små i absolutte tal, er der tale om en relativt stor forbedring i forhold til udgangspunktet, og gruppen har som helhed opnået et konditionsniveau, som ligger tæt på det niveau, der kan reducere risikoen for kronisk sygdom og død. Det skønnes endvidere, at de opnåede forbedringer i væsentlig grad nedsætter risikoen for stroke (slagtilfælde og hjerneblødning), iskæmisk hjertesygdom (blodprop i hjertet og forsnævring af hjertets blodkar) og alvorlige komplikationer som følge af dårlig blodsukkerkontrol.

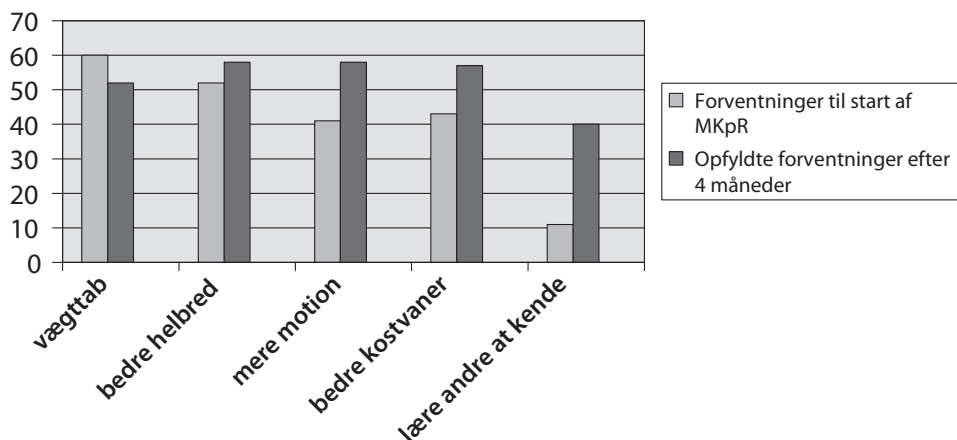
En reduktion af det systoliske blodtryk med 5 mmHg beregnes til at formindske risikoen for stroke (slagtilfælde og hjerneblødning) med 30 pct. og for iskæmisk hjertesygdom (blodprop i hjertet og forsnævring af hjertets blodkar) med 20 pct. På tilsvarende måde giver en sænkning af kolesteroltallet (total og LDL-kolesterol) på 0,2-0,3 mmol l⁻¹ 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 selvvurderede helbreds niveau, den havde opnået efter fire måneder i programmet.

De fleste vil tabe sig og have »et spark«

Patienterne nævner to hovedmotiver for at deltage i Motion og Kost på Recept. Det første er et fysisk sundhedsmotiv, der først og fremmest handler om at tabe vægt. Det andet er et psykologisk sundhedsmotiv. Her ses programmet som en mulighed for at have et »spark« eller en ekstern motivation for at komme i gang med en større livsforandring.

Patienterne har store forventninger om at tabe sig og opnå et bedre helbred. Desuden forventer de at dyrke mere motion, få bedre kostvaner og lære andre at kende. 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.



Figur 4: Patienternes forventninger til start af Motion og Kost på Recept og opfyldte forventninger efter 4 måneder (i pct.)

Skavanker og magelighed som barrierer

De centrale barrierer for patienterne er fysiske barrierer (f.eks. skader, operationer, blodprop) og motivationsbarrierer (f.eks. manglen på interesse, magelighed). Men også manglen på tid eller en for stor afstand til træningssteder kan spille en rolle.

Det er angst for alvorlig sygdom, der motiverer til deltagelsen i Motion og Kost på Recept, samtidig med en viden om vigtigheden af kost og motion. Efter et år med Motion og Kost på Recept dominerer de positive oplevelser, 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 væggtab.

For at ændre adfærd skal omkostningerne ved at deltage i programmet vægtes i forhold til fordele ved status quo. Problemet for patienterne i Motion og Kost på Recept er ofte, at fordelene ved forandringen ikke virker tiltrækkende nok for mange patienter. En forandring af ens levemåde kræver en stor indsats, og selvom fordelene ved denne indsats er kendt, betyder det ikke, at adfærden ændrer sig.

En fast struktur virker støttende

Patienterne oplever det som positivt, at programmet giver en mulighed for ekstern kontrol, hvor ansvaret er lagt over i strukturelle rammer (f.eks. faste ugentlige træningstidspunkter), som hjælper dem til at gennemføre træning og vejledning. I forhold til projektlængden var der derfor stor enighed om, at forløbet burde være længere end fire måneder og forsætte i de klinikker, hvor træningen forgik. Patienterne ønsker dette især af motivationsmæssige årsager. Både fitnesscentre og foreninger kan virke uoverskuelige og afvisende, når man ikke kender til stederne.

Patienterne kommer til mange erkendelser undervejs i forløbet, især en øget selverkendelse, der vedrører deres egen rolle og ansvar i processen og den betydning, som struktur har for opretholdelsen af en fysisk aktiv livsstil. Motion og Kost på Recept kan ikke løse alle problemer, men det byder på en korrigerende oplevelse, som sætter en positiv proces i gang hos mange af de deltagende patienter.

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

At en person tager ansvar for eget liv og sundhed er en kompleks proces, der ofte kræver understøttelse. Et vigtigt hjælpemiddel til at ændre holdning og handling er forpligtelse – både over for sig selv, men også her især over for andre. Særligt den sociale *forpligtelse* oplever mange af de interviewede patienter som en vigtig faktor i relation til deres deltagelse i Motion og Kost. Selv om det ikke i egentlig forstand er en forpligtelse over for sig selv, så er her dog tale om en forpligtelse (over for andre), der kan resultere i handling og adfærdsændring. De *sociale aspekter* viser sig altså 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.

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 eller en forandring af livsstilen kræver. Patienterne beskriver, at de mangler energi til at tage sig sammen, ofte fordi et vægttab på mange kilo virker uoverskueligt. For at bryde denne 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. Et centralt element er her manglen på *struktur* i hverdagen.

Motion og Kost på Recept byder på denne strukturering af tiden og aktiviteten, hvad der er blevet oplevet som givtigt. De fleste beskriver dog 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 lykkes for over halvdelen af patienterne at opleve motion som deres eget projekt – og ikke f.eks. lægens. En fast struktur til træning og kostvejledning 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. 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.

Det er dyrt, men det betaler sig i den lange ende

Den økonomiske analyse har til formål at vurdere omkostningerne ved at gennemføre programmet og vurdere dets cost-effectiveness.

En økonomisk analyse af programmet viser, at de samlede udgifter pr. patient, der *starter* i Motion og Kost på Recept, er 6.800-7.500 kr. Omkostninger pr. patient, der *gennemfører* programmets fire måneders træning er mellem 10.000 og

11.000 kr. Omkostningen pr. patient, der fortsat er fysisk aktiv efter 12 måneder, er mellem 12.000 og 13.500 kr.

Ud fra analyse af et repræsentativt fynsk datasæt er det antaget, at en adfærd ændring til at være fysisk aktiv kan give anledning til årlige besparelser i sundhedsvæsenet på mellem 760 og 1.850 kr. per person. Hvis disse tal er korrekte, vil det kræve, at patienter, der er fysisk aktive efter 12 måneder, fortsætter med at være fysisk aktive i 6-7 år for at besparelsen opvejer omkostningen.

Analysen har vist, at MKpR programmets omkostningseffektivitet er følsom over for antallet af personer, 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-effektivens ratioen. Endelig har tidshorizonten og forventninger til programmets mulighed for at fastholde patienterne i en livsstil med fysisk aktivitet en væsentlig betydning for programmets værdi.

5. Perspektivering

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 de fleste, men at der også er patienter, der ikke får den glæde af tilbuddet, som var tiltænkt. Der er flere trin i programmet, som kan forbedres og effektiviseres.

Der skal rekrutteres flere med kort uddannelse, flere mænd og flere udlændinge

Den første forudsætning for at programmet er en succes er, at programmet rekrutterer personer, som træningen og kostvejledningen kan gavne. Under hele programperioden er forholdsvis få mænd (i forhold til kvinder), personer med en kort skoleuddannelse (i forhold til diagnosernes fordeling på uddannelsesgrupper) og personer med anden etnisk herkomst end dansk 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 selekteringen 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.

Mere fokus på »best practise«

Den anden forudsætning for programmets succes er, at »behandlingen« er effektiv. Dels at patienterne gennemfører programmet, dels at de bliver mere fysisk aktive 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 grad 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 vil grundige undersøgelser af »best practise« kunne bidrage til en udvikling af træningen og vejledningen i Motion og Kost på Recept, der kan forbedre resultaterne af programmet.

Patienter skal gerne kunne fortsætte med det de kender

Den tredje og afgørende forudsætning for programmets succes er, at patienterne fortsætter med at være fysisk aktive (og spiser 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 formodes at ligne den træning, de har deltaget i på klinikken. 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 de 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 f.eks. være særlige hold for denne målgruppe i de større gymnastikforeninger i byen, særlige foreninger for »motion som behandling« (svarende til foreninger for »Eldre i bevægelse«), særlige tilbud

indrettet efter denne gruppes behov i motionscentre eller tilbud om motion på de klinikker, hvor patienterne trænede de første fire måneder.

Sats på fast struktur og omsorg

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 fremtiden motivere denne målgruppe, så er det en god idé at »satse på tal« (f.eks. opnåede værdier i træningsmaskiner, tilbagelagte 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 og 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 for nye blikke og omgivelserne. Fysioterapeuten og diætisten har fungeret som eksterne omsorgspersoner. Selvom denne systemomsorg gerne skulle overtages af patienternes egenomsorg, så anbefales en opfølgning ca. en gang om måneden efter endt trænings- og projektperiode.

6. Litteratur (udvalg)

- Pedersen, B. K. & Saltin, B. (2003). *Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling*. Sundhedsstyrelsen: Center for Forebyggelse.
- Roessler, K.K., Ibsen, B., Saltin, B. & Sørensen, J. (2007). *Fysisk aktivitet som behandling. Motion og Kost på Recept i Københavns Kommune*. Odense: Syddansk Universitetsforlag.