

RESULTATOPSAMLING AF  
MOTION PÅ RECEPT I DANMARK

2010

## Resultatopsamling af Motion på Recept i Danmark

© Sundhedsstyrelsen, 2010

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S

URL: <http://www.sst.dk>

Projektgruppen har bestået af følgende medlemmer:

Thomas Viskum Gjelstrup Bredahl, Syddansk Universitet  
Arne Gårn, Region Syddanmark  
Tue Kristensen, Sundhedsstyrelsen  
Lis Puggaard, Cowi A/S  
Thomas Skovgaard, Syddansk Universitet  
Jan Sørensen, Syddansk Universitet  
Jes Bak Sørensen, Århus Kommune og Sund By Netværket  
Peter Gjerndrup Aagaard, Sundhedsstyrelsen

Emneord: Motion på recept, fysisk aktivitet, forebyggelse, behandling, voksne, resultatopsamling.

Sprog: Dansk

Kategori: Faglig rådgivning

Version: 2,0

Versionsdato: Marts 2010

Format: pdf

ISBN: 978-87-7104-064-7

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, marts 2010

# Forord

Hvordan kan Motion på Recept organiseres, så det kan indgå i kommunernes sundhedsfremmende og forebyggende indsats for borgerne? Hvilke barrierer og motiver oplever deltagerne i Motion på Recept forløbene? Hvilke sundhedseffekter er det muligt at opnå med Motion på Recept? Og er Motion på Recept en god udnyttelse af de økonomiske- og tidsmæssige ressourcer?

Med rapporten "Resultatopsamling af Motion på Recept i Danmark" ønsker Sundhedsstyrelsen at følge op på de resultater, som nogle amter og kommuner har indsamlet i evalueringer siden det første danske MpR-projekt i Ribe Amt i 2002. Derudover har vi ønsket at komme med et bud på en definition på Motion på Recept, hvordan tilbud kan organiseres, hvilke aktører der med fordel kan inddrages i de forskellige Motion på Recept-forløb og endelig hvilken økonomi, der er forbundet med at afvikle Motion på Recept.

Sundhedsstyrelsen ønsker med denne publikation at bidrage med viden om og skabe grundlag for beslutninger om, hvordan kommuner i fremtiden kan anvende motion og fysisk aktivitet i den patientrettede forebyggelse såvel som i f.eks. rehabiliteringsprogrammer og kronikerforløb.

Dette er vigtigt af flere grunde: Der er solid evidens for, at fysisk aktivitet er behandlende og forebyggende i forhold til en række livsstilsrelaterede sygdomme. Deltagere, der gennemfører Motion på Recept og fortsætter med en fysisk aktiv livsstil, kan også opnå en sundhedseffekt. Desuden kan der være yderligere positive effekter for deltagerne i et Motion på Recept-forløb f.eks. forbedringer af det sociale netværk, øget livskvalitet, glæde, selvtillid og selvværd.

Målgrupperne for denne publikation er sundhedsfagligt personale i kommunerne og personer med ansvar for planlægning og implementering af tiltag for den patientrettede forebyggelse. Endvidere kan den være af interesse for alment praktiserende læger og sundhedsfagligt personale i regionerne samt sundhedsfaglige organisationer, der arbejder med patientrettet forebyggelse.

Sundhedsstyrelsen vil gerne takke rapportens forfattere og de fagpersoner, der har bidraget med vigtige kommentarer og perspektiver i forbindelse med udarbejdelsen af denne resultatopsamling.



Else Smith

Centerchef

# Indholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Introduktion</b>	<b>6</b>
1.1	Formål	6
1.2	Afgrænsning og struktur	6
1.3	Motion på Recept i Danmark – et kort historisk tilbageblik	7
1.4	Referencer	8
<b>2</b>	<b>Beskrivelse af Motion på Recept-konceptet</b>	<b>9</b>
2.1	Definition af Motion på Recept	9
2.2	Deltagerne i Motion på Recept	9
2.3	Den typiske danske Motion på Recept-model	10
2.4	Andre Motion på Recept-modeller	12
2.5	Referencer	15
<b>3</b>	<b>Organisering af Motion på Recept</b>	<b>16</b>
3.1	Indledning	16
3.2	Resultater	16
3.2.1	Struktur	16
3.2.2	De alment praktiserende læger	17
3.2.3	Organisatoriske udfordringer	17
3.2.4	Sund By Netværkets anbefalinger for implementering af MpR	18
3.2.5	Erfaringer med organisering fra de øvrige nordiske lande	18
3.3	Diskussion: Organisering af Motion på Recept	19
3.4	Delkonklusion: Organisering af Motion på Recept	20
3.5	Referencer	21
<b>4</b>	<b>Patientperspektivet i Motion på Recept</b>	<b>23</b>
4.1	Indledning	23
4.2	Resultater	23
4.2.1	Barrierer og motivation	23
4.2.2	Deltagertilfredshed	24
4.2.3	Ændringsparathed, tro på succes og beslutningsbalance	24
4.3	Diskussion: Patientperspektivet i Motion på Recept	25
4.4	Delkonklusion: Patientperspektivet i Motion på Recept	26
4.5	Referencer	27
<b>5</b>	<b>Sundhedseffekter af Motion på Recept</b>	<b>29</b>
5.1	Indledning	29
5.2	Resultater	29
5.2.1	Frafald	29
5.2.2	Fysisk aktivitet	30
5.2.3	BMI, kropsvægt, taljemål og fedtprocent	31
5.2.4	Konditionstal	32
5.2.5	Blodtryk	34
5.2.6	Blodprofil	34
5.2.7	Resultater fra internationale MpR-projekter	35

5.3	Diskussion: Sundhedseffekter af Motion på Recept	36
5.4	Delkonklusion: Sundhedseffekter af Motion på Recept	37
5.5	Referencer	38
<b>6</b>	<b>Økonomiske forhold ved Motion på Recept</b>	<b>40</b>
6.1	Indledning	40
6.2	Metodisk baggrund for de økonomiske analyser	40
6.3	Resultater	41
6.3.1	Driftsomkostninger ved de danske Motion på Recept-forløb	41
6.3.2	Organisatoriske omkostninger ved de danske Motion på Recept-forløb	42
6.3.3	Deltagernes omkostninger	42
6.3.4	Frafald er den væsentligste faktor for manglende effekt	43
6.3.5	Internationale erfaringer	44
6.4	Diskussion: Økonomiske forhold ved Motion på Recept	45
6.4.1	Eksempel på modellering af cost-effectiveness af Motion på Recept	45
6.5	Delkonklusion: Økonomiske forhold ved Motion på Recept	49
6.6	Referencer	49
<b>7</b>	<b>Sammenfatning og perspektivering</b>	<b>51</b>
7.1	Organisering af Motion på Recept	51
7.2	Patientperspektivet i Motion på Recept	52
7.3	Sundhedseffekter af Motion på Recept	52
7.4	Økonomiske forhold ved Motion på Recept	53
7.5	Kritisk distance	53
<hr/>	<b>Bilag</b>	<b>55</b>

# 1 Introduktion

## 1.1 Formål

### *Boks 1: Formål med resultatopsamlingen*

*Formålet med denne resultatopsamling er at opsamle resultater af udvalgte evalueringer af Motion på Recept-indsatser i Danmark. Resultatopsamlingen kan bidrage med viden om og danne grundlag for beslutninger om, hvordan kommuner kan anvende motion i den patientrettede forebyggelse såvel som i rehabiliteringsprogrammer og kronikerforløb.*

Resultatopsamlingens primære målgruppe er fagpersoner på sundhedsområdet i kommuner, herunder kommunale planlæggere og beslutningstagere med ansvar for implementering af tiltag inden for den patientrettede forebyggelse, bl.a. Motion på Recept (MpR) og lignende tiltag. Målgruppen er desuden alment praktiserende læger og sundhedsfaglige organisationer med interesse for patientrettet forebyggelse. Endelig kan rapporten have interesse for fagpersoner på sundhedsområdet i regionerne, idet samspillet mellem kommuner og alment praktiserende læger om MpR kan indgå i de lokale sundhedsaftaler.

## 1.2 Afgrænsning og struktur

Rapportens opbygning er inspireret af den evalueringsstrategi, der ligger til grund for en Medicinsk Teknologivurdering (MTV). En MTV's hovedelementer kan samles under overskrifterne 1) Organisation, 2) Patient/deltager, 3) Teknologi (her sundhedseffekterne af MpR) og 4) Økonomi.

Formålet er ikke at foretage en systematisk gennemgang af litteraturen om MpR. Vidensgrundlaget i de fire kapitler tager primært afsæt i danske evalueringer af MpR (overvejende eksternt evalueret). (se oversigt i bilag 3). Hertil kommer danske og nordiske sammenfatninger og erfaringsopsamlinger vedrørende MpR, og endelig inddrages enkelte internationale videnskabelige studier. For beskrivelse af det evidensbaserede grundlag og tilhørende evidensniveauer for fysisk træning som terapi ved specifikke diagnoser henvises til Sundhedsstyrelsens publikation: *Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling* (3).

I hvert kapitel præsenteres relevante resultater efter nedenstående struktur. Til hvert kapitel knytter sig en række delspørgsmål, der bl.a. søges besvaret i kapitlet. Resultaterne diskuteres kort, og kapitlet afsluttes med en delkonklusion, ligesom hvert kapitel indeholder en referenceliste.

### **1. Organisering af Motion på Recept**

1. Hvordan er MpR blevet organiseret i Danmark?
2. Hvilke strukturelle udfordringer er identificeret i forbindelse med MpR?
3. Hvilke muligheder og udfordringer vurderer sundhedsprofessionelle, særligt alment praktiserende læger, at MpR indebærer?
4. Hvilke MpR-organiseringer kendes fra de øvrige nordiske lande?

### **2. Patientperspektiv i Motion på Recept**

1. Hvilke barrierer vanskeliggør fastholdelse af deltagerne i fysisk aktivitet efter MpR-forløbet?
2. Hvilke elementer af MpR påvirker deltagerens motivation?
3. I hvilken grad og hvordan påvirkes deltagerens ændringsparathed og tro på succes via deltagelse i MpR?

### **3. Sundhedseffekter af Motion på Recept**

1. Hvor stort er frafaldet blandt deltagerne i MpR?
2. Bliver deltagerne mere fysisk aktive under og efter MpR-forløbet?
3. Hvilke sundhedsmæssige effekter har deltagelsen i MpR?

### **4. Økonomiske forhold i Motion på Recept**

1. Hvilke omkostninger er forbundet med MpR?
2. Hvem bærer de økonomiske udgifter i forbindelse med MpR?
3. Er MpR en god udnyttelse af de økonomiske- og tidsmæssige ressourcer (omkostningseffektivt)?

Rapporten afrundes med en sammenfatning af de enkelte kapitlers delkonklusioner, indeholdende perspektivering af områder, der kræver særlig opmærksomhed ved igangsættelse af MpR eller lignende indsatser.

## **1.3 Motion på Recept i Danmark – et kort historisk tilbageblik**

Inspirationen til MpR i Danmark stammer bl.a. fra Sverige, hvor man siden begyndelsen af 2000 har arbejdet med en model for Fysisk aktivitet på Recept (FaR) (1). Andre lande som f.eks. Norge, New Zealand og England har også arbejdet med lignende indsatser for grupper af personer med øget risiko for livsstilsrelaterede sygdomme.

MpR blev første gang sat på dagsordenen i Danmark af Forum for Motion ved en høring på Christiansborg i efteråret 2002. Samme år nedsatte Sundhedsstyrelsen en arbejdsgruppe, der skulle belyse den videnskabelige baggrund for fysisk aktivitet som forebyggelse og behandling. Resultatet af arbejdet var bl.a. publikationen *Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling*, der blev offentliggjort i februar 2003 (2). I september 2004 udgav Sundhedsstyrelsen *Motion på recept – en litteraturgennemgang med fokus på effekter og organisering*. Formålet med denne publikation var at beskrive den foreliggende internationale dokumentation af effekterne af MpR set fra en organisatorisk synsvinkel (3).

I slutningen af november 2002 iværksatte Ribe Amt det første danske tilbud om MpR. Umiddelbart herefter etablerede og gennemførte en række amter og enkelte kommuner projekter under fællesbetegnelsen MpR – men med lokale variationer. De fleste af disse tidlige MpR-projekter blev etableret på projektbasis og ikke som egentlige driftsindsatser.

Fra 2007 fik kommunerne som følge af strukturreformen ansvaret for den borgerrettede forebyggelse, mens ansvaret for den patientrettede forebyggelse blev delt mellem regionerne og kommunerne. Dermed markerede strukturreformen afslutningen af den første udviklingsfase af MpR, og mange af de amtslige MpR-projekter blev afsluttet (4).

I enkelte kommuner har man videreført de amtslige MpR-projekter, mens andre kommuner har igangsat MpR, hvor der ikke var amtslige erfaringer at bygge videre på. I hovedparten af kommunerne er der ikke tilbud om MpR. I en rapport fra KL anslås det, at omkring 30 af de nuværende 98 kommuner i 2008 havde et tilbud om MpR eller lignende indsatser (5).

I relation til ovenstående gennemgang henvises til publikationen *Motion på recept. Erfaringer og anbefalinger* (6) fra Sund By Netværket, der bl.a. beskriver praktiske erfaringer med organisering af MpR og giver anbefalinger til implementering af MpR. Endvidere henvises der til rapporten *Modellering af potentielle sundhedsøkonomiske konsekvenser ved øget fysisk aktivitet i den voksne befolkning* (7) fra Syddansk Universitet og Sundhedsstyrelsen, som beskriver en model, der kan belyse de potentielle helbreds- og samfundsøkonomiske gevinster ved, at en del af den fysisk inaktive voksne befolkning bliver mere fysisk aktiv i fritiden.

## 1.4 Referencer

1. Kallings L og Leijon M. *Erfarenheter av Fysisk aktivitet på recept – FaR*. Statens Folkhälsoinstitut. 2003.
2. Sundhedsstyrelsen. *Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling*. Sundhedsstyrelsen. 2003.
3. Willemann M. *Motion på recept – en litteraturgennemgang med fokus på effekter og organisation*. Sundhedsstyrelsen. 2004.
4. Gårn A. *Seks års Motion på Recept i Danmark – historisk rids og fremtidige perspektiver*. Dansk Sportsmedicin 3. 2008.
5. KL. *Godt i gang – en kvalitativ undersøgelse af den kommunale forebyggelsesindsats i 2008*. Kommunernes Landsforening. 2008.
6. Müller HB, Gårn A og Rosell Holt A. *Motion på recept – erfaringer og anbefalinger*. Sund By Netværket. 2007.
7. Sørensen J, Horsted C og Andersen LB. *Modellering af potentielle sundhedsøkonomiske konsekvenser ved øget fysisk aktivitet i den voksne befolkning*. Syddansk Universitet og Sundhedsstyrelsen. 2005.



## 2 Beskrivelse af Motion på Recept-konceptet

I det følgende præsenteres en definition af MpR. Formålet er at afgrænse begrebet MpR. Herefter følger på baggrund af de gennemgåede danske evalueringer, en overordnet beskrivelse af MpR-deltagerne og en kort gennemgang af de MpR-modeller, der har været afviklet i Danmark. Hensigten er at føre læseren ind i disse modeller og give et grundlag for gennemlæsningen af de efterfølgende kapitler. For yderligere viden om de enkelte danske evalueringer, henvises til bilag 3 og referencelisterne.

### 2.1 Definition af Motion på Recept

MpR-interventionen er rettet mod den fysisk inaktive voksne borger med eller i risiko for at udvikle livsstilsrelaterede sygdomme, som ønskes at opnå en mere fysisk aktiv livsstil og fastholde denne livsstil efter MpR-interventionen. MpR betragtes som sekundær behandling og omfatter mere end blot rådgivning fra den alment praktiserende læge. Denne resultatopsamlings definition af MpR fremgår af boks 2.

#### *Boks 2: Definition af Motion på Recept*

*MpR er et individorienteret, struktureret trainings- og vejledningsforløb i kommunalt regi, som ydes efter henvisning fra den alment praktiserende læge. MpR er rettet mod fysisk inaktive borgere med eller i risiko for livsstilsrelaterede sygdomme.*

### 2.2 Deltagerne i Motion på Recept

På baggrund af de i denne resultatopsamling inkluderede danske evalueringer af MpR følger her en kort beskrivelse af de overordnede modeller og projekter der er afprøvet og afviklet i Danmark. Herunder beskrives kort målgruppen og deltagerne i de afviklede MpR-projekter.

Målgruppen for de gennemførte MpR-forløb var typisk fysisk inaktive voksne (over 18 år), der enten havde fået konstateret livsstilsrelaterede sygdomme eller var i risikogruppen for at udvikle disse sygdomme. Deltagernes diagnoser varierede fra projekt til projekt og omfattede eksempelvis metabolisk syndrom (nedsat insulinfølsomhed, øget fedtindhold i blodet og forhøjet blodtryk) type 2-diabetes og hjertesygdom. Enkelte projekter inkluderede også fysisk inaktive borgere med mildere former for depression (1, 9). Generelt var MpR-deltagerne en heterogen gruppe med forskellige behov, forskellige motivation og forskellige erfaringer for så vidt angår motion og fysisk aktivitet (12).

Ca. to tredjedele af deltagerne i MpR var kvinder. Den gennemsnitlige alder var 50-55 år; de yngste deltagere var omkring 25 år, og de ældste var i slutningen af 70'erne. Deltagerantallet varierede meget fra omkring 50 personer ved starttidspunktet til over 1.100 (7, 8). I bilag 3 findes mere detaljeret oversigt over bl.a. deltagerantal, alder, fordeling på køn, frafald mv. i de inkluderede evalueringer.

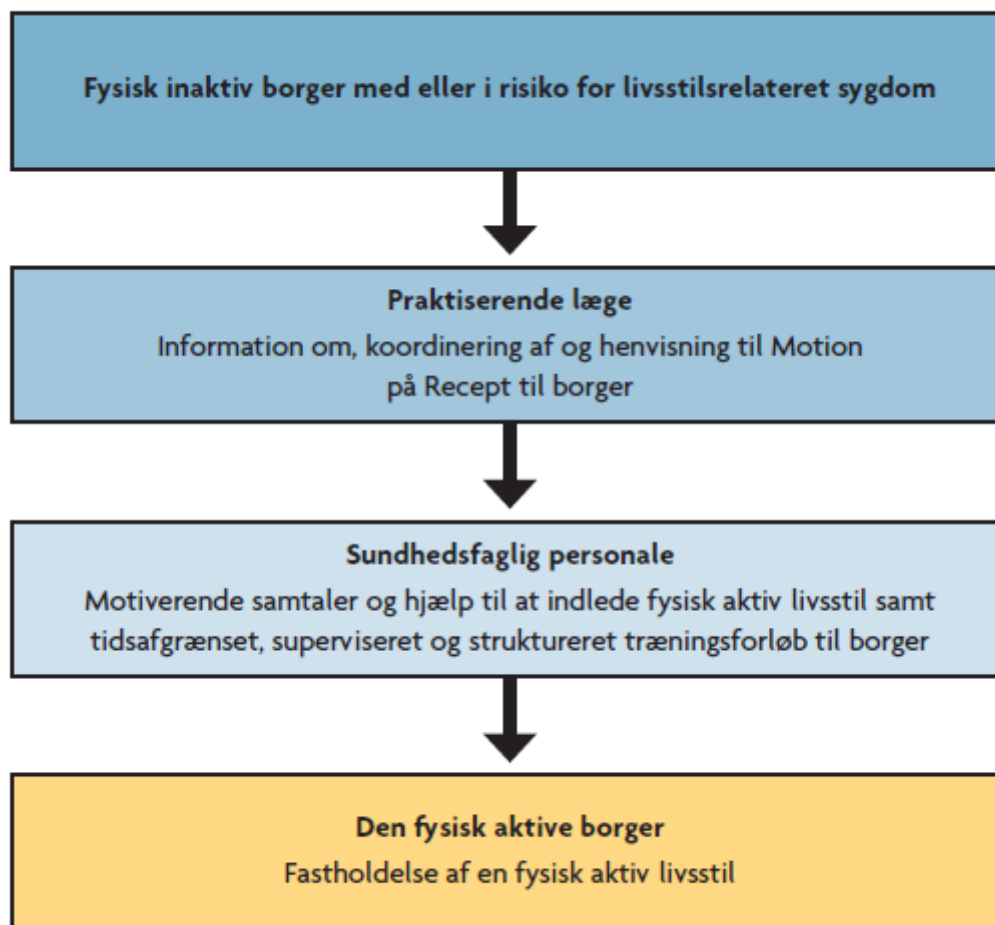
Hovedparten af MpR-deltagerne var samtidig overvægtige (BMI > 25), men blev ikke henvist til ordningen alene på baggrund af deres overvægt. Svært overvægtige (BMI >30) modtog generelt ikke tilbud om MpR. Der blev stillet krav om, at deltagerne havde et tilpas højt funktionsniveau til at deltage i alsidig holdbaseret træning. Der er dog afprøvet særlige forløb rettet mod svært overvægtige, som f.eks. Motion på Recept XL i Københavns og Frederiksberg Kommuner (4).

Henvisningen til MpR blev foretaget af den alment praktiserende læge under en normal konsultation. I enkelte forløb blev der ydet et særligt honorar til lægen for at henvise til MpR-forløbet. Generelt havde alle MpR-forløb delvis egenbetaling (1, 5).

### 2.3 Den typiske danske Motion på Recept-model

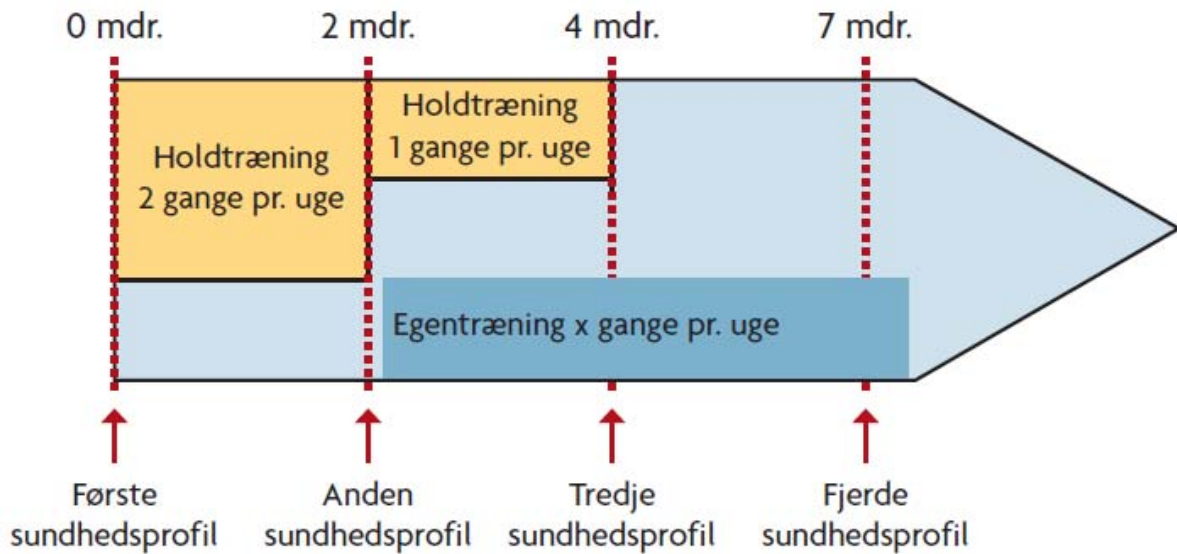
Den typiske danske MpR-model indebar et træningsforløb af 3-4 måneders varighed hos udvalgte fysioterapeutklinikker eller motionscentre (se figur 1). Forløbet blev indledt med en motiverende samtale med en sundhedsfaglig person, hvor der også blev udarbejdet en sundhedsprofil. Der blev afviklet opfølgende samtaler og udarbejdet sundhedsprofiler efter typisk 2 og 4 måneders træning. I mange forløb var der også opfølgende samtaler 3, 6 eller 12 måneder efter træningens ophør. Formålet med samtalerne var at motivere deltagerne til fortsat øget fysisk aktivitet og at lade deltageren, sammen med den sundhedsfaglige person, udarbejde en handlingsplan for det videre forløb.

**Figur 1: Skematisk fremstilling af et typisk MpR-forløb i Danmark.**



I den typiske danske MpR-model trænede deltagerne på særligt oprettede hold med 10-12 deltagere. Deltagerne trænede eksempelvis på holdet 2 gange om ugen i de første 2 måneder, efterfulgt af 1 gang om ugen i 2 måneder, kombineret med træning på egen hånd, eventuelt gennem et lokalt træningstilbud. Målet var typisk træning 3 gange pr. uge (se figur 2). Holdtræningen bestod primært af kredsløbs- og styrketræning baseret på Sundhedsstyrelsens anbefalinger for diagnosegrupperne. Deltagerne blev i forbindelse med udslusningen fra forløbet opfordret til gradvist at overgå til i højere grad at træne på egen hånd, ud fra tanken om at deltagerne selv skulle fastholde et øget niveau for fysisk aktivitet (1, 5, 6, 7). I projektet Motion og Kost på Recept Københavns Kommune indgik også rådgivning om kost, hvor deltagerne i løbet af den 12-måneders programperiode fik 6 til 8 samtaler med en klinisk diætist omkring spisevaner (3).

Figur 2: Flowdiagram for en typisk MpR-model.

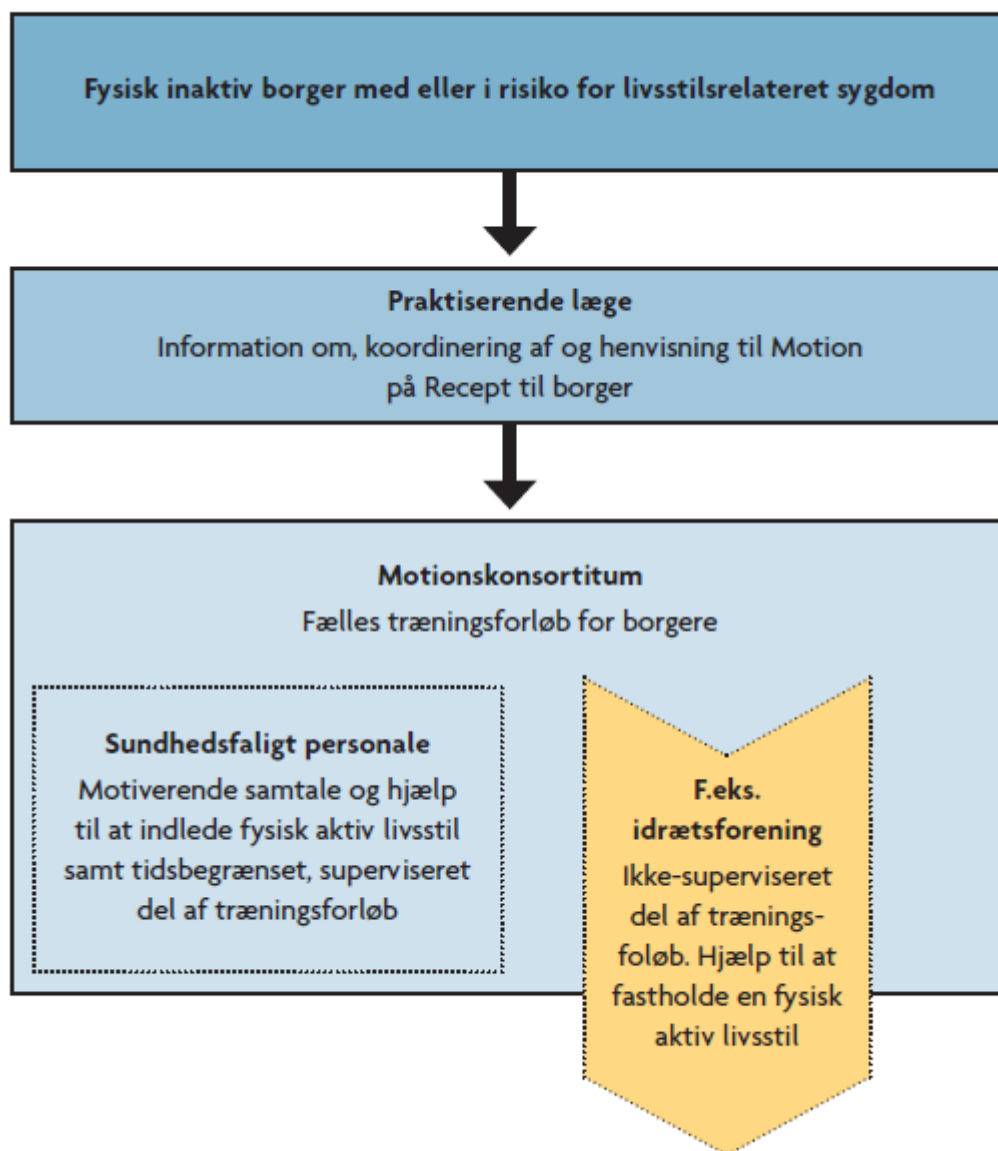


## 2.4 Andre Motion på Recept-modeller

I det følgende præsenteres kort en række udvalgte organisatoriske tiltag, der adskiller sig fra den typiske MpR-model, som er beskrevet ovenfor.

En model var de såkaldte *motionskonsortier* (se figur 3), hvor MpR blev udbudt i et samarbejde mellem flere aktører som f.eks. en fysioterapiklinik og en idrætsforening. Det var et krav, at der indgik mindst én sundhedsfagligt uddannet instruktør i konsortiet. Fordelen ved dette samarbejde var koblingen mellem motionsudbydernes faglighed og idrætsforeningens rammer, der skulle sikre, at deltagerne kunne træne optimalt i forhold til deres diagnose i de eksisterende faciliteter i nærmiljøet – også efter forløbet (1, 2).

Figur 3: MpR-model med motionskonsortier.



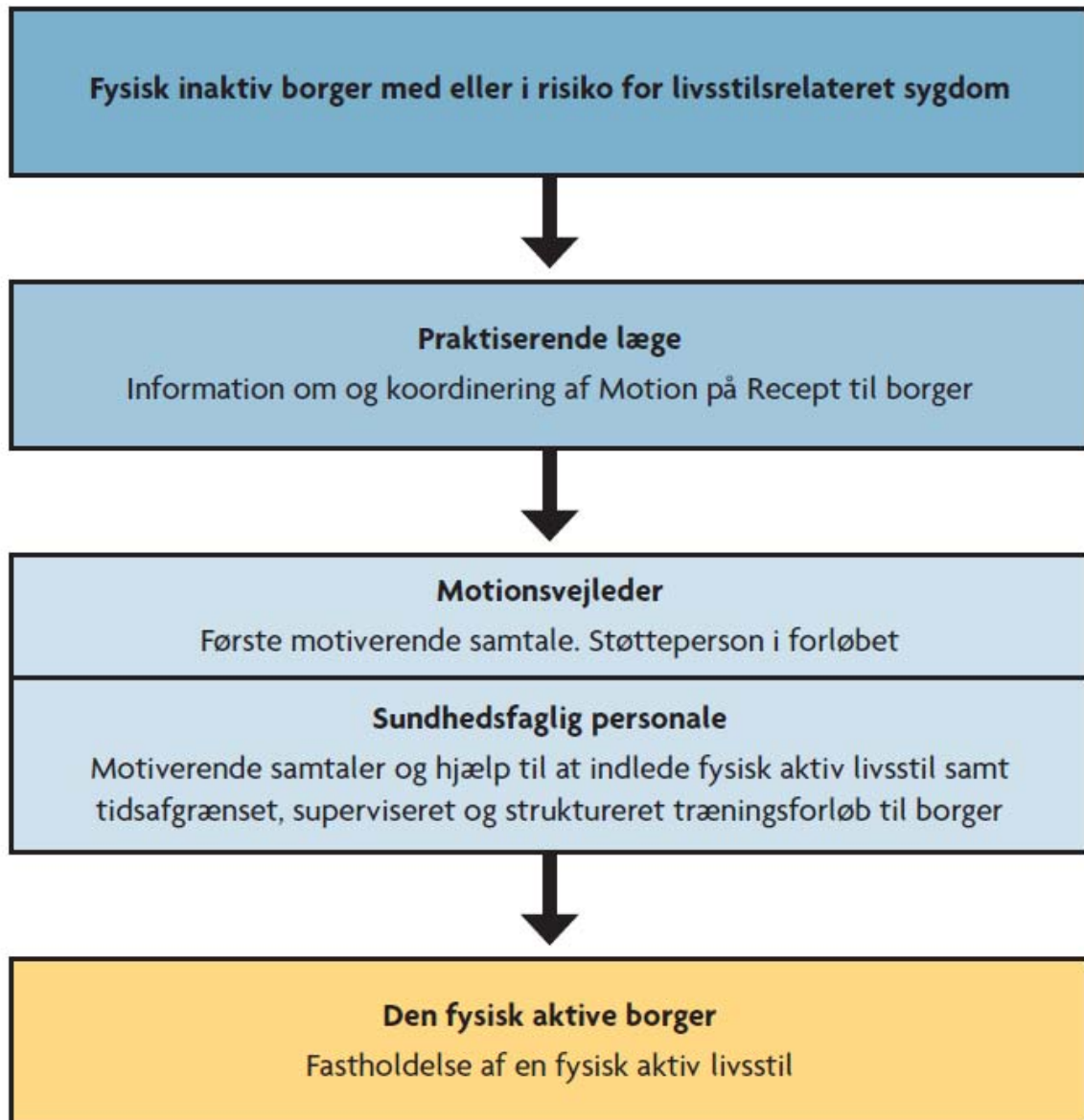
I projekterne *Motion i Håndkøb* og *Motionsrådgivningen* kunne borgere, der var motiverede for at være mere fysisk aktive, på eget initiativ gratis benytte tilbuddet om vejledning uden henvisning fra den alment praktiserende læge. Disse modeller fokuserede på en rådgivende og motiverende indsats via en motionsrådgiver, der skulle hjælpe borgeren med at komme i gang med motion på egen hånd eller finde en velegnet egenbetalt motionsform, eksempelvis inden for eksisterende idrætstilbud i nærmiljøet (8, 9).

Motionsrådgiveren fungerede samtidig som en støttende nøgleperson for egentlige MpR-deltagere ved at afholde en start samtale og op til flere opfølgende samtaler.

I en anden afprøvet model henviste den alment praktiserende læge til en samtale med en idrætsuddannet såkaldt *fysioterapeut*. Samtalen foregik på apoteket, hvorefter fysioterapeuten henviste til lokale frivillige idrætsforeninger, hvor deltageren kunne dyrke motion på egen hånd. Ud over dette blev deltagerne tilbudt kostvejled-

ning og deltagelse i motionsprogrammer i et motionscenter under ledelse af fysioterkeren, der underviste i træning tilpasset målgruppen (10).

**Figur 4: MpR-model med motionsvejledning.**



Projektet *Motion på opfordring* byggede på en antagelse om, at alment praktiserende læger og andet sundhedsfagligt personale er ressourcepersoner med stor indflydelse på borgernes sundhedsvaner. I dette projekt kunne alment praktiserende læger således opfordre patienter til at træne hos udvalgte frivillige idrætsforeninger. Opfordringen blev understøttet af materiale med informationer om motionsmuligheder i lokalområdet, der blev udleveret til patienten (11).

## 2.5 Referencer

1. Gårn A. *Seks års Motion på Recept i Danmark – historisk rids og fremtidige perspektiver*. Dansk Sportsmedicin 3. 2008.
2. Pedersen HB og Helmer M. *Undersøgelse af Motion På Recept i Vestsjællands Amt, Storstrøms Amt og Slagelse Kommune*. Københavns Universitet. 2008.
3. Roessler KK, Ibsen B, Saltin B og Sørensen J. *Fysisk aktivitet som behandling – Motion og Kost på Recept i Københavns Kommune*. Syddansk Universitetsforlag. 2007.
4. Tortzen A. *Motion for danskere i XL*. TEMA, Bispebjerg Hospital, nr. 1. 2008.
5. Willemann, M. *Motion på recept – en metodegennemgang med fokus på effekter og organisation*. Sundhedsstyrelsen. 2004.
6. Andreasen P. *Evaluering af Region Syddanmarks projekt Motion som Medicin – organisering og formidling*. Syddansk Universitet. 2007.
7. Bredahl TG. *Ekstern evaluering af Motion På Recept i Frederiksberg Kommune*. Syddansk Universitet. 2008.
8. Bredahl TG. *Evaluering af Region Syddanmarks projekt Motion som Medicin – fysisk aktivitet, selv-vurderet helbred og deltagertilfredshed*. Syddansk Universitet. 2007.
9. Ipsen E. *Afslutningsrapport. Pilot-projektet motion på recept*. Bornholms Amt. 2004.
10. Balle U og Lassen BK. *Motion på opfordring. Evalueringsrapport om pilotprojektet 2004-2005*. Århus Amt. 2005.
11. Andreasen P. *Evaluering af Region Syddanmarks projekt Motion som Medicin – organisering og motionsformidling*. Region Syddanmark. 2007.
12. Bredahl TG. *Evaluering af Motion På Recept i Nordjylland*. Syddansk Universitet. 2007.

## 3 Organisering af Motion på Recept

### 3.1 Indledning

En række organisatoriske udfordringer skal håndteres, for at MpR kan blive et kvalificeret og udbredt tilbud. I en udgivelse fra *Mandag Morgen* påpeges det bl.a., at henvisningsprocedurer skal forenkles og ensartes, at praksispersonale skal inddrages, at borgerens ventetid for starte MpR-forløbet skal gøres kortere, at der skal screenes for fysisk inaktivitet og motivation, at der skal være mulighed for henvisning fra sygehusene, og at der er behov for partnerskaber til organisering af aktivitetstilbud (1).

Kun få af de danske evalueringer, som dette kapitel primært bygger på, har beskæftiget sig indgående med organisering af MpR. Der er altså begrænset systematisk viden om, hvordan tilbuddene er blevet tilrettelagt og fungerer samt hvad der har haft af betydning for udmøntningen af MpR i forhold til mere eller mindre præcist udvalgte målgrupper. Den mest omfattende evaluering af MpR-organisering er foretaget i det tidlige Fyns Amt (2). En række evalueringer har i mindre grad beskæftiget sig med MpR-organisering eller har gjort det på et ret spinkelt datamateriale (3-7). Desuden er der gennemført en analyse af en række alment praktiserende lægers oplevelser af udfordringer og muligheder i MpR (8). Sund By Netværket har indsamlet en mængde praktiske erfaringer med MpR i amter og kommuner, og har på den baggrund udarbejdet anbefalinger for implementering af MpR (9).

I dette kapitel suppleres de danske evalueringer med viden fra de øvrige nordiske lande, hvor der er gennemført en række forskningsprojekter (10-16, 33). Kapitlet sætter fokus på følgende områder:

1. Hvordan er MpR blevet organiseret i Danmark?
2. Hvilke strukturelle udfordringer er identificeret i forbindelse med MpR?
3. Hvilke muligheder og udfordringer vurderer sundhedsprofessionelle, særligt alment praktiserende læger, at MpR indebærer?
4. Hvilke MpR-organiseringer kendes fra de øvrige nordiske lande?

### 3.2 Resultater

#### 3.2.1 Struktur

Sundhedsstyrelsens gennemgang fra 2004 af den internationale litteratur om MpR konkluderer, at dokumentationen vedrørende hvilke organisatoriske forhold, der fremmer effekter af MpR ikke er entydig, og at der ikke findes én bestemt måde, hvorpå MpR bør organiseres (17). Denne pointe er anført flere gange siden (f.eks. 12, 14, 18).

Evalueringen af Motion og Kost på Recept i Københavns Kommune finder, at patientoptaget er mindre end forventet og falder år for år (3). Det faldende patientoptag skyldes angiveligt, 1) at nyhedens interesse er aftaget, 2) at flere træningssteder har venteliste og dermed mindre incitament til at rekruttere deltagere, og 3) at en række træningssteder er blevet lukket (3).

Størstedelen af de danske MpR-tilbud har været præget af et ret begrænset antal henvisninger i forhold til antallet af patienter i målgruppen (6, 7, 19-22). For et par projekter er det dog lykkedes at tiltrække et større antal deltagere (4, 23). Umiddelbart er det vanskeligt at pege på, hvilke faktorer der er udslagsgivende for, hvorvidt et tiltag oplever et stort eller lille antal henvisninger. Ingen af de danske evalueringer har beskæftiget sig indgående med emnet. Danske (22, 27) og internationale (28, 29) studier og evalueringer finder dog, at det ofte kun er en mindre gruppe alment praktiserende læger, der henviser til MpR og lignende tilbud.



En intern procesevaluering af et MpR-tilbud i Ballerup konkluderer, at tilbuddet stort set fungerer i den valgte organisatoriske ramme. Konkret finder evalueringen dog også, at der er behov for et tættere samarbejde med de alment praktiserende læger (f.eks. for at undgå fejlhenvisninger, om inklusionskriterier, kontrolbesøg og udskrivningsbrev), og i øvrigt at deltagerne ønsker at fortsætte i MpR-træningstilbuddet efter endt forløb (33). Procesevalueringens konklusioner svækkes dog af et sparsomt datamateriale.

Et pilotprojekt i Århus, hvor en række sundhedspersoner opfordrede fysisk inaktive borgere til at benytte eksisterende idrætsaktiviteter, finder, at opfordringsmuligheden benyttes ret ofte. Det er dog kun få borgere, som faktisk bruger tilbuddene i de frivillige idrætsforeninger (5). Det påpeges, at der sandsynligvis er for lang vej for borgerne fra en opfordring fra f.eks. den alment praktiserende læge til selv at skulle opsøge et tilbud i en idrætsforening, og at der muligvis er behov for en rådgiver eller vejleder til at lette denne proces (5). Sund By Netværkets erfaringsopsamling introducerer begrebet *Kommunal Motionsvejledning* som en struktur, der kan medvirke til at lette den vanskelige overgang (9). Dette er en opfølgning på erfaringerne med *Motion i Håndkøb* og *Motionsrådgivningen* (se også afsnittet Andre Motion på Recept-modeller, side 12).

Konceptet *Den motiverende samtale*, der tager afsæt i deltagerens samlede livssituation, vurderes at bidrage positivt til en forbedring af deltagerens fysiske aktivitetsniveau (2). Evalueringen fra det tidligere Fyns Amt påpeger, at der kan være behov for at imødekomme deltagerens forskellige ønsker til samtaler (særlige behov i forbindelse med fastholdelse og særlige tidspunkter i forbindelse med ferie og lign.) og eventuelt at tilbyde en fast kontakt initieret af vejlederen (f.eks. elektronisk via e-mail og sms) (2).

### 3.2.2 De alment praktiserende læger

En undersøgelse af udvalgte alment praktiserende lægers oplevelse af barrierer og muligheder i forbindelse med MpR i de tidligere Vejle og Ribe Amter peger på en række interessante punkter (8).

Således anser en gruppe alment praktiserende læger MpR for et mindre nødvendigt tiltag, da der allerede eksisterer varierede muligheder for fysisk aktivitet. En anden – og større – gruppe mener, at MpR har en særlig værdi, da tilbuddet kan medvirke til at støtte ressourcetsvage personer i deres valg af en aktiv livsstil.

De kritiske punkter ved MpR går på, at indsatsen 1) er for besværlig at håndtere (for såvel alment praktiserende læge som patient), 2) ekskluderer for mange mulige brugere og 3) måske vedrører dele af borgerens liv, som lægen ikke skal blande sig i. Den generelle holdning blandt de alment praktiserende læger, der deltog i undersøgelsen er, at borgerne i de fleste tilfælde selv har hovedansvaret for en sund levevis. Lægerne er i store træk enige om, at MpR kan forbedres ved at styrke patienternes oplevelse af sammenhængende forløb ved at optimere relationerne mellem de forskellige udøvere og gennem sikring af et større patientflow. Endelig udtrykker de alment praktiserende læger i undersøgelsen, at de oplever det generelle patientpres og konkurrencen mellem mange projekter og tiltag som en barriere for et større engagement i MpR.

### 3.2.3 Organisatoriske udfordringer

En gennemgang af MpR i Danmark påpeger en række organisatoriske udfordringer (24). Den største udfordring for deltagerne er ifølge denne gennemgang overgangen fra MpR-træningsforløbet til fysisk aktivitet på egen hånd. En fremtidig organisering af MpR kunne derfor indeholde den option, at give deltagerne mulighed for at fortsætte med superviseret træning, så længe det måtte ønskes. Finansieringen af en sådan mulighed vil muligvis indebære en større grad af brugerbetaling. Samtidig bør vejlednings- og samtaleelementet opprioriteres for at understøtte deltagerens handlekompetencer (24). Almen praksis angives fortsat at skulle spille en væsentlig rolle i henvisningen til MpR.

Evalueringer gennemført i Frederiksberg Kommune og det tidligere Fyns Amt finder, at MpR-deltagerne primært er blevet gjort opmærksom på tilbuddet via den alment praktiserende læge eller annoncer i avisen (6, 7). Deltagerne havde mulighed for selv at kontakte motionsvejlederen efter afslutning af det superviserede træningsforløb. Det tilbud blev dog ikke benyttet i særligt høj grad, hvilket tolkes som vanskeligheder hos deltagerne med at fastholde den fysiske aktivitet og dermed behov for mere støtte (6, 7).

Evalueringer fra det tidligere Fyns Amt og i Københavns Kommune finder også, at overgangen fra MpR-træning til egen aktivitet er vanskelig, og at flere deltagere ønsker et længere (eventuelt permanent) MpR-forløb med henblik på at forankre motion i hverdagen (2, 3). Den type ønsker skal opvejes mod, hvilket serviceniveau det offentlige ønsker og/eller har mulighed for at tilbyde. De fleste tidligere MpR-deltagere dyrker selvorganiseret motion alene eller sammen med andre, mens en mindre andel benytter motionscentre, og kun en lille andel benytter tilbud i de frivillige idrætsforeninger (2, 3). Den selvorganiserede motion opfattes som billig, nem og fleksibel – kriterier, som deltagerne vurderer som vigtige. Samspillet mellem foreningslivet og MpR har ikke fungeret optimalt. På den ene side er foreninger ikke særligt optagede af at udbyde tilbud til fysisk inaktive, og på den anden side har MpR-deltagere ikke sjældent svært ved at se sig selv som aktive i de frivillige idrætsforeninger. Potentialet i samarbejdet med de frivillige idrætsforeninger vurderes dog fra flere sider alligevel at være stort, hvorfor der bør arbejdes med at styrke det (2).

### 3.2.4 Sund By Netværkets anbefalinger for implementering af MpR

De danske kommuners og amters praktiske erfaringer med MpR er samlet i en udgivelse fra Sund By Netværket, hvor et hovedformål har været at give bud på, hvordan MpR kan organiseres (9). Anbefalingerne i dette afsnit bygger på Sund By Netværkets publikation.

I erfaringsopsamlingen beskrives tre nøglefunktioner i MpR-konceptet: Koordinatoren med overordnet ansvar for indsatsen, instruktørerne med ansvar for planlægning og afvikling af den fysiske træning på baggrund af Sundhedsstyrelsens anbefalinger og vejlederne med ansvar for vejledende og motiverende samtaler samt MpR-deltagernes udslusning til andre motionsaktiviteter.

Det anbefales at placere træningen, så den foregår i deltageres nærområde, og gerne så det er muligt for deltagerne at fortsætte med træningen efter MpR-tilbuddets ophør. Det anbefales at organisere MpR, så deltagerne kan begynde på deres forløb hurtigst muligt efter henvisning. Det anbefales endvidere at oprette hold med 12-16 deltagere, som påbegynder og afslutter deres forløb samtidig. Træningen bør have klart beskrevne mål og delmål og strække sig over mindst 3-4 måneder med 2 gange træning pr. uge. Desuden anbefales det at tilbyde mindst tre individuelle samtaler med udgangspunkt i sundhedspsykologiske adfærdsmodeller og sundhedsprofiler.

Det anbefales, at målgruppen for MpR defineres og afgrænses, og at der anvendes klare og entydige inklusions- og eksklusionskriterier. Det anbefales i den forbindelse, at MpR-indsatsen planlægges i samarbejde med repræsentanter for almen praksis, og at henvisningsproceduren gøres så simpel som muligt. Det anbefales løbende at kommunikere med de alment praktiserende læger om den enkelte deltagers forløb og om indsatsen generelt (9).

### 3.2.5 Erfaringer med organisering fra de øvrige nordiske lande

Det finske MpR-koncept (Liikkumisresepti) vurderes anvendeligt og effektivt i sammenligning med standardbehandling (10, 18). Det finske koncept er baseret på en patientcentreret tilgang, hvor den alment praktiserende læge sammen med patienten udarbejder en handlingsplan. Recepten kan desuden anvendes som henvisning til fysioterapeut, sygeplejerske eller træningseksperter (10). Et randomiseret studie viser, at både det

finske MpR-tilbud og en intervention bestående af skridttæller og træningsdagbog udleveret af den alment praktiserende læge er ganske effektive med hensyn til at øge fysisk aktivitet (10).

Det svenske MpR-koncept (FaR) vurderes let at anvende og effektivt i almen praksis med henblik på at øge patienternes fysiske aktivitetsniveau og deres livskvalitet (14, 15). Det svenske FaR-koncept er tilpasset lokale forhold og er målrettet den enkelte borger (13, 16). FaR kan omfatte alt fra et enkelt skriftligt råd om en aktivitet, som borgeren selv gennemfører, til en helhedsløsning, der bygger på en bred vifte af indsatskomponenter (13). FaR er primært organiseret på *vårdcentralerne*, hvor der arbejdes sammen med forskellige aktivitetsudbydere, men også på sygehuse anvendes FaR indenfor bl.a. psykiatrien. I perioden 2004-2005 fik 1,3 % af alle, der besøgte en *vårdcentral* i Östergötland, der er et amt i Sverige, ordineret FaR (13). Et studie uden kontrolgruppe fandt øget fysisk aktivitetsniveau, øget parathed til ændring til en mere fysisk aktiv livsstil og bedret helbredsrelateret livskvalitet blandt deltagerne 6 måneder efter ordinationen (15). Således var 65 % af deltagerne stadig fysisk aktive efter 6 måneder.

I forlængelse af de svenske erfaringer er der udgivet en vejledning for implementering af FaR, der omfatter indsatser for alle fra fysisk inaktive, der af *vårdpersonalet* (læger, fysioterapeuter, sygeplejersker m.m.) opfordres til at være fysisk aktive, til patienter, der har en diagnosticeret livsstilssygdom og dermed har behov for en særligt tilpasset intervention (12). Vejledningen beskriver også de evidensbaserede strategier for fremme af fysisk aktivitet. En gennemgående anbefaling i den svenske vejledning er i den forbindelse at have fokus på, at personalet i almen praksis har tid og kundskaber til at identificere og rådgive fysisk inaktive voksne under hensyntagen til den enkeltes motivation, behov og samlede livssituation (12).

### 3.3 Diskussion: Organisering af Motion på Recept

På baggrund af de gennemgæede evalueringer, tyder det på, at der ikke kan peges på én optimal dansk organiseringsmodel for MpR. Det påpeges også i Forebyggelseskommissionens rapport, at der er begrænset evidens for, i hvilken ramme MpR skal foregå i (32). Fremover kan der arbejdes på udvikling af forskellige MpR-koncepter til forskellige målgrupper, der defineres ved f.eks. bestemte sygdomstilstande eller bestemte lidelser, biologisk alder, køn, etnicitet, generel sundhedsprofil m.v. I de danske kommuner vil der dog sandsynligvis ikke være et tilstrækkeligt antal potentielle deltagere til at operere med et stort antal MpR-versioner. Her er der i højere grad brug for at formulere en række velfunderede retningslinjer for tilrettelæggelse af MpR-forløb. I den forbindelse bør der tages udgangspunkt i den enkelte deltagers ønsker, motivation, behov, ressourcer og samlede livssituation.

Det er interessant, at nyere dansk forskning antyder, at superviserede holdtræningsforløb ikke nødvendigvis er mere effektive end individuelle forløb. Det eneste randomiserede danske studie af MpR viser, at MpR med 24 gange superviseret træning og 5 motiverende samtaler og sundhedsprofiler ikke er mere effektivt i forhold til at øge deltagerens fysiske aktivitetsniveau eller kondition sammenlignet med en intervention bestående af 5 motiverende samtaler og sundhedsprofiler (21, 22, 26). Studiets konklusioner svækkes af en række metodemæssige svagheder. F.eks. er studiet gennemført med et lavt deltagerantal med deltagere med forskellige diagnoser. Desuden er der fortrinsvis anvendt selvrapporterede data suppleret med enkelte objektive data f.eks. måling af kondition. På samme måde finder en sammenligning af to forskellige MpR-holdtræningsforløb og et individuelt MpR-træningsforløb ingen forskel mellem de tre tilbud i forhold til fysisk aktivitetsniveau efter MpR (4). Forfatterne peger på, at forskellen mellem de tre design var for lille til at kunne efterspore eventuelle forskelle i effekter.

Flertallet af de igangsatte MpR-forløb har fundet relevante motionstilbud til MpR-deltagerne hos den frivillige idræts foreninger. Private motionscentre har også været involveret i flere projekter. Der har dog vist sig at være en række barrierer for samarbejdet med foreningslivet og fitnessbranchen (2, 24, 30).

De frivillige foreninger har ikke i alle tilfælde været i stand til og/eller haft interesse i at gøre en særlig indsats for fysisk inaktive borgere, som eksempelvis MpR-deltagere. Måske overraskes foreningerne af en typisk MpR-deltagers behov i forhold til tilrettelæggelse af og vejledning i forbindelse med fysisk aktivitet. Selv efter et længere forløb med superviseret træning er de fleste deltagere ikke klædt på – fysisk og mentalt – til at deltage på et gængs motions- eller træningshold. Der kan dog alligevel med fordel ses nærmere på muligheder for at understøtte engagerede foreninger i deres indsatser møntet på særligt sårbare, fysisk inaktive borgere. En mulighed kunne være at etablere særlige driftsaftaler mellem kommunerne og foreningslivet om at iværksætte motionshold for fysisk inaktive borgere med eller i risiko for livsstilsrelateret sygdom.

De kommercielle motionscentre har sandsynligvis et uudnyttet potentiale til at servicere MpR-grupper. Om tiltrækningen af et trods alt begrænset antal MpR-deltagere alene kan gøre private firmaer interesserede i at sammenstykke særlige forløb for en gruppe som denne, vides ikke. På landsplan er en gruppe motionscentre dog i gang med at udbyde motion og træning for personer med forskellige typer af skavanker og helbredsproblemer. Kommercielle motionscentre er altså opmærksomme på fysisk inaktive voksne som målgruppe, hvorfor centrene bør rustes til at løse MpR-relaterede opgaver. Dette kan ske via efter- og videreuddannelseskurser med fokus på nødvendige kompetencer i relation til kvalificeret rådgivning og instruktion af individer og grupper med særlige behov.

Det bør overvejes, hvorvidt der skal ske et kompetenceløft og evt. certificering af motionscentre og deres personale, før de kan udbyde træningstilbud målrettet personer med lægeligt konstaterede helbredsproblemer. I den forbindelse må udgangspunktet være, at motionscentre og de frivillige idrætsforeninger ikke benyttes i forbindelse med eksempelvis kompliceret genoptræning og rehabilitering (30, 31).

### 3.4 Delkonklusion: Organisering af Motion på Recept

Kun ganske få danske evalueringer har fokuseret på organiseringen af MpR. Konklusionerne i dette kapitel hviler derfor på et begrænset datamateriale.

Mange af de danske MpR-tilbud har været præget af et begrænset antal henvisninger i forholdet til antallet af patienter i målgruppen. En forklaring kan være, at kun en mindre gruppe alment praktiserende læger henviser til MpR.

Personer, som henvises til MpR, kan have forskellig baggrund og forskellige forudsætninger for at deltage i interventionen. Fra deltager til deltager er der typisk forskelle med hensyn til motivation, tidligere erfaringer og aktuel interesse i fysisk aktivitet.

I en undersøgelse blandt en gruppe alment praktiserende læger anses MpR bl.a. for at være et mindre nødvendigt tiltag, der bl.a. er for besværligt at håndtere, ekskluderer for mange mulige brugere og måske vedrører dele af borgerens liv, som lægen ikke skal blande sig i. En anden – og større – gruppe mener, at MpR har en særlig værdi, da tilbuddet kan medvirke til at støtte ressourcensvage personer i deres valg af en aktiv livsstil. Endvidere udtrykker de alment praktiserende læger i undersøgelsen, at de oplever det generelle patientpres og konkurrencen mellem mange projekter og tiltag som en barriere for et større engagement i MpR.

Den største organisatoriske udfordring for MpR-deltagerne er ifølge denne gennemgang overgangen fra MpR-træningsforløbet til fysisk aktivitet på egen hånd. I et par evalueringer giver deltagerne udtryk for et ønske om at forlænge MpR-forløbet med henblik på at forankre motion som en del af hverdagen.

De fleste tidligere MpR-deltagere dyrker selvorganiseret motion alene eller sammen med andre, mens en mindre andel benytter motionscentre, og kun en lille andel benytter tilbud i de frivillige idrætsforeninger. Den selvorganiserede motion opfattes som billig, nem og fleksibel – kriterier, som deltagerne vurderer som vigtige.

Samspelet mellem foreningslivet og MpR har på flere måder været udfordret. På den ene side er foreninger ikke nødvendigvis særligt optagede af at udbyde tilbud til fysisk inaktive, og på den anden side kan MpR-deltagere have svært ved at se sig selv som aktive i de frivillige idrætsforeninger.

Sund By Netværket anbefaler bl.a. at MpR-træningen placeres i deltagernes nærområde, og gerne så det er muligt for deltagerne at fortsætte med træningen efter MpR-tilbuddets ophør. Endvidere anbefales et forløb med holdtræning, der starter op hurtigst muligt efter henvisning, og at der indgår tilbud om mindst tre individuelle samtaler med udgangspunkt i sundhedspsykologiske adfærdsmodeller og sundhedsprofiler.

Endelig anbefaler Sund By Netværket at målgruppen for MpR defineres og afgrænses, og at der anvendes klare og entydige inklusions- og eksklusionskriterier. Det anbefales i den forbindelse, at MpR-indsatsen planlægges i samarbejde med repræsentanter for almen praksis, og at henvisningsproceduren gøres så simpel som muligt.

### 3.5 Referencer

1. Hede A og Ibsen RL. *Fremtidens puls – et debatoplæg om fysisk aktivitet*. 1-76. Huset Mandag Morgen. 2006.
2. Andreasen P. *Evaluering af Region Syddanmarks projekt Motion som Medicin – organisering og motionsformidling*. Region Syddanmark. 2007.
3. Roessler KK, Ibsen B, Saltin B og Sørensen J. *Fysisk aktivitet som behandling – Motion og Kost på Recept i Københavns Kommune*. Syddansk Universitetsforlag. 2007.
4. Pedersen HB og Helmer M. *Undersøgelse af Motion På Recept i Vestsjællands Amt, Storstrøms Amt og Slagelse Kommune*. Københavns Universitet. 2008.
5. Balle U og Lassen BK. *Motion På Opfordring*. Idrætssamvirket. 2005.
6. Bredahl TG. *Evaluering af Region Syddanmarks projekt Motion som Medicin – fysisk aktivitet, selvurderet helbred og deltagertilfredshed*. Syddansk Universitet. 2007.
7. Bredahl TG. *Ekstern evaluering af Motion På Recept i Frederiksberg Kommune*. Syddansk Universitet. 2008.
8. Skovgaard T, Sørensen JB, Sørensen J, Bredahl T og Puggaard L. *Motion på recept: Syddanske erfaringer*. *Månedsskrift for Praktisk Lægegerning*. Nr. 8, 723-731. 2009.
9. Müller HB, Gårn A og Rosell Holt A. *Motion på recept – erfaringer og anbefalinger*. Sund By Netværket. 2007.
10. Aittasalo M, Miilunpalo S, Kukkonen-Harjula K og Pasanen M. *A randomized intervention of physical activity promotion and patient self-monitoring in primary health care*. *Prev Med* 42[1], 40-46. 2006.
11. Aittasalo M, Miilunpalo S, Stahl T og Kukkonen-Harjula K. *From innovation to practice: initiation, implementation and evaluation of a physician-based physical activity promotion programme in Finland*. *Health Promot.Int* 22[1], 19-27. 2007.
12. Faskunger J, Leijon M, Ståhle A og Lamming P. *Fysisk aktivitet på recept (FaR) – en vägledning för implementering*. Statens Folkhälsoinstitut. 2007.
13. Leijon, M og Jacobson M. *Fysisk aktivitet på recept – fungerar det?* Folkhälsovetenskapligt centrum i Östergötland. 2006.
14. Kallings LV. *Physical activity on prescription. Studies on physical activity level, adherence and cardiovascular risk factors*. Karolinska Institutet. 2008.

15. Kallings LV, Leijon M, Hellenius ML og Stahle A. *Physical activity on prescription in primary health care: a follow-up of physical activity level and quality of life*. Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports 18[2], 154-161. 2008.
16. Kallings L og Leijon M. *Erfarenheter av Fysisk aktivitet på recept – FaR*. Statens Folkhälsoinstitut. 2003.
17. Willemann M. *Motion på recept – en metodegennemgang med fokus på effekter og organisation*. Sundhedsstyrelsen. 2004.
18. Aittasalo M. Physical activity counselling in primary health care. Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports 18[3], 261-262. 2008.
19. Jensen H og Kjærgård M-LMM. *Statusrapport Motion På Recept i Frederiksborg Amt*. Frederiksborg Amt. 2006
20. Jensen H, Jakobsen R, Puggaard L og Sørensen JB. *Statusrapport: Motion På Recept i Ribe Amt 2004 og 2005*. Ribe Amt. 2006.
21. Sørensen JB, Kragstrup J, Skovgaard T og Puggaard L. *Exercise on prescription: a randomized study on the effect of counseling vs counseling and supervised exercise*. Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports 18[3], 288-297. 2008.
22. Sørensen JB. *The effect of intervention with 'Exercise on Prescription' on physical activity, fitness and health in sedentary patients with lifestyle diseases*. Syddansk Universitet. 2008.
23. Bredahl TG. *Evaluering af Motion På Recept i Nordjylland*. Syddansk Universitet. 2007.
24. Gårn A. *Seks års Motion på Recept – historisk rids og fremtidige perspektiver*. Fagforum for idrætsfysioterapi. Dansk Sportsmedicin 12[3], 6-9. 2008.
25. Forbrugerstyrelsen. *Rapport fra udvalget om uddannelsen inden for fitness- og wellnessområdet*. 2007.
26. Sørensen JB og Puggaard L. *Evaluering af Motion På Recept i de tidligere Vejle og Ribe Amter*. Fagforum for idrætsfysioterapi. Dansk Sportsmedicin 12[3], 10-15. 2008.
27. Hansen J, Vinter T og Løvschall C. *Midtvejsevaluering af SundhedsCenter Århus*. Center for Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland. 2008.
28. Harrison RA, McNair F og Dugdill L. *Access to exercise referral schemes – a population based analysis*. J Public Health (Oxf) 27, 326–330. 2005.
29. Isaacs AJ, Critchley JA, See TS, Buckingham K, Westley D, Harridge SD, Smith C og Gottlieb JM. *Exercise Evaluation Randomised Trial (EXERT): a randomised trial comparing GP referral for leisure centre based exercise, community based walking and advice only*. Health Technol Assess 11, 1–184. 2007.
30. Kirkegaard KL og Aagaard M. *Mødet mellem kommuner og private fitnesscentre. Delrapport 1 i projektet 'Sundhed for millioner'*. Idrættens Analyseinstitut. 2009.
31. Kirkegaard KL. *Overblik over den danske fitness-sektor – en undersøgelse af danske fitnesscentre. Delrapport i projektet 'Sved for Millioner'*. Idrættens Analyseinstitut. 2007.
32. Forebyggelseskommissionen. *Vi kan leve længere og sundere. Forebyggelseskommissionens anbefalinger til en styrket forebyggende indsats*. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. København. 2009.
33. Petersen MW, Schytte LK og Boserup S. *Procesevaluering af Motion på Recept. En intern evaluering af pilotprojektet*. Folkesundhed Ballerup. 2009.

## 4 Patientperspektivet i Motion på Recept

### 4.1 Indledning

Vidensgrundlaget for dette kapitel er specifikt funderet i evalueringerne af MpR i de tidligere Fyns og Nordjyllands Amter og Frederiksberg Kommune samt de evalueringer af MpR, der som nævnt i tidligere afsnit er foretaget i amter og kommuner (6-11). Det teoretiske grundlag for patientperspektivet er sundhedspsykologisk forskning, der understreger, at menneskers sundhedsadfærd og en mulig ændring af denne betinges af både ydre og indre forhold. Såvel fysiske, psykologiske som sociale forhold har betydning. Forskning understreger, at samspillet mellem disse faktorer kan have stor betydning for individets evne og vilje til at ændre adfærd (4, 12, 13).

Patientperspektivet sætter fokus på adfærdændring ved at se nærmere på psykologiske og sociale forhold af betydning for fastholdelse i et MpR-forløb. Resultatgennemgangen af patientperspektivet vil forsøge at afdekke følgende spørgsmål:

1. Hvilke barrierer vanskeliggør fastholdelse af deltagerne i fysisk aktivitet efter MpR-forløbet?
2. Hvilke elementer af MpR påvirker deltageres motivation?
3. I hvilken grad og hvordan påvirkes deltageres ændringsparathed og tro på succes via deltagelse i MpR?

### 4.2 Resultater

#### 4.2.1 Barrierer og motivation

I dette afsnit, der er baseret på kvalitative data, fokuseres der på barrierer for og motivation til fysisk aktivitet. Resultaterne bidrager med relevant indsigt i problemstillinger og forhold, der kan medvirke til at motivere MpR-deltagerne til en øget fysisk aktiv livsstil.

I forhold til deltageres barrierer beskrives det at have en livsstilsrelateret sygdom eller sygdomssymptomer af alle deltagere i MpR som meget betydningsfuldt for deres manglende fastholdelse i fysisk aktivitet. Resultaterne tyder på, at MpR-deltageres livsstilsrelaterede sygdomme og sygdomssymptomer påvirker deres evne til fysisk aktivitet og deres tro på, at de kan være fysisk aktive på langt sigt, i en uhensigtsmæssig retning. De sygdomssymptomer, som de livsstilsrelaterede sygdomme medfører, virker begrænsende på deltageres fysiske aktivitet (6, 8, 14). Resultaterne viser desuden, at deltagelsen i MpR og i fysisk aktivitet i overvejende grad ikke er baseret på interesse eller motivation. MpR-deltagerne synes i langt højere grad at betragte deres deltagelse som behandling og som en forpligtelse (over for dem selv, deres familie og MpR-forløbet) i stedet for et valg baseret på interesse i fysisk aktivitet (6, 8). Konsekvensen bliver, at deltagerne udelukkende handler på baggrund af en ydre frem for en indre motivation.

Et tredje forhold, der af deltagerne beskrives som en generel barriere, er overgangen fra det strukturerede MpR-forløb til selvorganiseret træning. Deltagerne udtrykker, at det er svært at gå fra et forløb, hvor andre er ansvarlige, til selv at skulle planlægge, organisere og opøge aktiviteter (6, 8, 14).

MpR-deltagerne udtrykker flere forhold, der er af betydning for deres motivation for at være fysisk aktive. MpR-deltagerne udtrykker, at det er vigtigt for dem, at den fysiske aktivitet kan passes ind i deres dagligdag. De udtrykker, at en højere grad af fleksibilitet i deres job og dagligdag vil kunne motivere dem til at fastholde en fysisk aktiv livsstil, fordi det vil gøre det nemmere at finde tid til træning. Andre forhold, som f.eks. at finde frem til en passende aktivitet eller muligheden for at deltage i mange forskellige slags aktiviteter, beskrives ligeledes som motiverende (6, 8). I en svensk ph.d.-afhandling om henvisning til fysisk aktivitet er det også fundet, at vedholdenheden til fysisk aktivitet er bedre, hvis det tænkes ind i hverdagsaktiviteter frem for i organiserede idrætsaktiviteter (16).

De sociale relationer (eksempelvis motionsrådgiveren, fysioterapeuten, familie, venner og andre deltagere), som MpR-deltagerne har før, under og efter forløbet, beskrives af MpR-deltagerne også som vigtige for deres motivation og fastholdelse i fysisk aktivitet. MpR-deltagerne udtrykker, at den alment praktiserende læge ikke påvirkede deres motivation til deltagelse og fastholdelse i fysisk aktivitet, selvom vedkommende henviste til MpR.

I modsætning hertil bliver motionsrådgiveren, der indgik som en særlig funktion i to MpR-projekter, af et flertal af deltagerne beskrevet som central i forhold til fastholdelse i fysisk aktivitet og adfærdsændring. De opfølgende samtaler og den individuelle rådgivning med motionsrådgiveren bliver beskrevet som afgørende for deltagernes motivation under og efter MpR-projektet.

En støttende familiestruktur beskrives ligeledes som afgørende for at opnå en adfærdsændring. Deltagerne oplever, at opbakning fra deres nærmeste (ægtefælle, samlever og børn) er meget betydningsfuld for deres motivation for fysisk aktivitet. Venner beskrives generelt ikke som indflydelsesrige, men deltagerne tilkendegiver, at det i et sammentømret socialt netværk kan være vanskeligt at bryde indarbejdede traditioner. Resultaterne viser også, at påvirkning fra andre deltagere i forløbet har stor betydning. Andre deltageres påvirkning beskrives på to forskellige måder. På den ene side beskrives de andre deltagere ofte som et vigtigt netværk, hvor deltagerne kan føle sig trygge på grund af gruppens homogenitet. Støtte fra gruppen og en forpligtelse over for de andre deltagere bliver angivet som vigtige faktorer i forhold til at forblive fysisk aktiv. På den anden side bliver de andre deltagere også beskrevet som barrierer på grund af generthed over for disse andre deltagere og på grund af oplevelsen af, at samvær med andre svedende, fysisk aktive mennesker er grænseoverskridende (6, 8).

#### 4.2.2 Deltagertilfredshed

Deltagertilfredshed er et interessant mål for patientperspektivet i MpR. Deltagertilfredshed er væsentligt i forhold til deltagelse i interventionen og fastholdelse, men siger meget lidt om, hvorvidt MpR effektivt kan ændre deltagernes adfærd i forhold til fysisk aktivitet. Derimod er sandsynligheden for, at deltagerne fastholdes i selve interventionen, større, hvis de oplever en høj grad af tilfredshed. Resultaterne viser, at langt den største andel af deltagerne i MpR generelt udtrykker stor tilfredshed med forløbet og vil anbefale MpR til deres nærmeste familie og venner. Ligeledes udtrykker deltagerne stor tilfredshed med den alment praktiserende læges og motionsrådgiverens (der indgik som en særlig funktion i to MpR-projekter) indsats (9-11, 14).

#### 4.2.3 Ændringsparathed, tro på succes og beslutningsbalance

Forskning viser, at MpR-deltagernes *ændringsparathed* (boks 3), *tro på succes* i forhold til at overkomme barrierer (boks 4) og *beslutningsbalance* (boks 5) før, under og efter en intervention kan være af betydning for deres fastholdelse i fysisk aktivitet på langt sigt (4, 17, 18).



### *Boks 3: Definition af ændringsparathed*

*Ændringsparathed er opdelt i fem stadier: før-overvejelse, overvejelse, forberedelse, handling og vedligeholdelse (3, 4). Hvis MpR-deltagerne befinder sig i stadiene før-overvejelse, overvejelse og forberedelse, er der mindre sandsynlighed for, at de vil kunne gennemføre ændringen, i forhold til dem, der befinder sig i stadiene handling eller vedligeholdelse (5).*

Sammenfatningen af evalueringsresultaterne viser generelt, at MpR påvirker deltageres *ændringsparathed* i en hensigtsmæssig retning. Resultaterne viser dog også, at selvom deltageres *ændringsparathed* undergår en positiv udvikling, kan der ikke registreres forskelle i det fysiske aktivitetsniveau hos deltagere med høj henholdsvis lav *ændringsparathed* (6, 7).

### *Boks 4: Definition af troen på succes i forhold til barrierer*

*Troen på succes i forhold til at overkomme barrierer er defineret ud fra begrebet self-efficacy, der beskriver individets tro på at kunne have succes med at gennemføre en specifik handling på trods af specifikke barrierer (1).*

Sammenfatningen af resultaterne viser også, at der ikke kan registreres en udvikling i deltageres *tro på succes og beslutningsbalance* fra påbegyndelse til afslutning af MpR eller under opfølgingsperioden (6, 7).

### *Boks 5: Definition af beslutningsbalance*

*Hvis individets beslutningsbalance overvejende er positiv i forhold til fysisk aktivitet, vil vedkommende have større mulighed for at ændre sin adfærd (2).*

## 4.3 Diskussion: Patientperspektivet i Motion på Recept

Det er vigtigt at bevare en kritisk distance til resultaterne vedr. patientperspektivet i de danske MpR-evalueringer. Resultaterne kan være behæftet med bias på grund af et stort frafald af deltagere og manglende kontrolgrupper. En metode til at minimere fejlkilder i en fremtidig evaluering og opnå mere præcise resultater kan være at tilstræbe en større gennemførelsesprocent og sikre, at fremtidige evalueringer af lignende forløb er baseret på et mere kontrolleret design. I fremtidige evalueringer vil det også være relevant at diskutere anvendeligheden og nøjagtigheden af de anvendte spørgeskemaer og at diskutere, om andre metoder (eksempelvis kvalitative) kan være mere velegnede og kan supplere de kvantitative.

Generelt viser resultaterne, at MpR lader til at påvirke deltageres *ændringsparathed* på en hensigtsmæssig måde. Denne udvikling lader dog ikke til at have indflydelse på det fysiske aktivitetsniveau. *Beslutningsbalancen* og *troen på succes* lader ikke til at blive påvirket af deltagelse i MpR.

Sammenfatningen af de kvalitative resultater tydeliggør væsentlige områder, som er vigtige for adfærdsændring og fastholdelse i fysisk aktivitet. I forhold til deltageres motivation for fysisk aktivitet kan de primære barrierer (fysiske sygdomme og lidelser), som MpR-deltagerne nævner, bidrage med en forklaring på, hvorfor deltagerne på trods af en øget ændringsparathed ikke lader til at blive mere fysisk aktive. Kroplige symptomer og eventuelle smerter som følge af fysisk aktivitet virker som en barriere, som deltagerne ikke overkommer i løbet af deres deltagelse i MpR. Dette understøttes af forskning, der understreger sygdom som en primær barriere (19). Endvidere viser resultaterne, at en holdning til fysisk aktivitet som forpligtelse og behandling ikke virker faciliterende på fastholdelse af en fysisk aktiv livsstil. Derfor bør der i fremtidige MpR-indsatser være et øget fokus på individernes interesse og motivation for fysisk aktivitet forud for påbegyndelsen af MpR eller løbende søger at fremme indre frem for ydre motivation. Desuden bør der i fremtidige indsatser, overvejes muligheder for tidsmæssig fleksibilitet for at imødekomme deltageres ønske om at kunne indarbejde indsatsen i hverdagen.

De sundhedsprofessionelle, der er tilknyttet indsatsen (f.eks. en motionsrådgiver), kan spille en vigtig rolle i fremtidige MpR-forløb. Men type, omfanget og varigheden af rådgivningen skal undersøges yderligere. Selvom den alment praktiserende læge ifølge resultaterne ikke har indflydelse på motivationen for fysisk aktivitet, viser forskning, at den alment praktiserende læge er vigtig i forbindelse med adfærdsændring (20-22). Andre sociale relationer til f.eks. familie, venner og træningsgruppe er ligeledes vigtige potentielle områder for indflydelse. Resultaterne understreger, at træningsgruppen udgør et stort potentiale i forhold til at påvirke forandringsprocessen. Et øget fokus på de sociale relationers betydning for deltagerens overgang fra det strukturerede MpR-forløb til selv at skulle være ansvarlig for fysisk aktivitet kunne potentielt bidrage til en øget succes med fastholdelse. Hvis potentialet i gruppeprocesser og samspillet mellem individer dokumenteres videnskabeligt, kan dette bidrage med viden om, hvordan en vellykket forandringsproces bedst faciliteres mod en fysisk aktiv livsstil (18).

#### 4.4 Delkonklusion: Patientperspektivet i Motion på Recept

Det kan konkluderes, at individpsykologiske faktorer (*ændringsparathed*, *tro på succes* og *beslutningsbalance*) ikke lader til at være af afgørende betydning for, om MpR-deltagerne fastholder en fysisk aktiv livsstil.

Primære barrierer som eksempelvis livsstilsrelaterede sygdomme synes at have afgørende betydning for, om adfærdsændring imod en mere fysisk aktiv livsstil lykkes.

Resultaterne viser, at deltagelsen i MpR og i fysisk aktivitet i overvejende grad ikke er baseret på interesse eller motivation. MpR-deltagerne synes i langt højere grad at betragte deres deltagelse som behandling og som en forpligtelse i stedet for et valg baseret på interesse i fysisk aktivitet.

Overgangen fra det strukturerede MpR-forløb til selvorganiseret træning beskrives af MpR-deltagerne som en generel barriere. Deltagerne udtrykker, at det er svært at gå fra et forløb, hvor andre er ansvarlige, til selv at skulle planlægge, organisere og opsøge aktiviteter.

MpR-deltagerne udtrykker endvidere, at det er vigtigt for dem, at den fysiske aktivitet kan passes ind i deres dagligdag og at en højere grad af fleksibilitet i deres job og dagligdag vil kunne motivere dem til at fastholde en fysisk aktiv livsstil. Muligheden for at finde frem til en passende aktivitet eller at deltage i mange forskellige slags aktiviteter, beskrives ligeledes som motiverende.

Resultaterne viser, at langt den største andel af deltagerne i MpR generelt udtrykker stor tilfredshed med forløbet. Ligeledes udtrykker deltagerne stor tilfredshed med den alment praktiserende læges og motionsrådgiverens indsats.

De sociale relationer som MpR-deltagerne har før, under og efter forløbet, beskrives som vigtige for deres motivation og fastholdelse i fysisk aktivitet, hvor bl.a. en støttende familiestruktur og de øvrige deltagere i MpR-forløbet udgør et stort potentiale i forhold til at påvirke forandringsprocessen.

MpR-deltagerne udtrykker, at den alment praktiserende læge ikke påvirkede deres motivation til deltagelse og fastholdelse i fysisk aktivitet. I modsætning hertil bliver motionsrådgiveren beskrevet som central i forhold til fastholdelse i fysisk aktivitet og adfærdssændring. De opfølgende samtaler og den individuelle rådgivning med motionsrådgiveren bliver beskrevet som afgørende for deltagernes motivation under og er MpR-projektet.

## 4.5 Referencer

1. Bandura A. *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall. 1986.
2. Marcus BH og Simkin LR. *The transtheoretical model: applications to exercise behavior*. Med Sci Sports Exerc 1994 November;26(11):1400-4.
3. Prochaska JO og Diclemente CC. *Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change*. J Consult Clin Psychol 1983 June;51(3):390-5.
4. Marcus BH, Selby VC, Niaura RS og Rossi JS. Self-efficacy and the stages of exercise behavior change. Res Q Exerc Sport 1992 March;63(1):60-6.
5. Nigg CR. *Physical Activity Assessment Issues in Population Based Interventions: A Stage Approach*. In: Welk GJ, editor. Physical Activity Assessments for Health-Related Research. Human Kinetics; 2002. p. 227-39.
6. Bredahl TV. *Adherence to physical activity – Psychological aspects in "Prescribed Exercise" and "Motivational counselling"*. 2009. Upubliceret materiale.
7. Bredahl TV, Singhammer J og Roessler KK. *"Is counselling enough?" Change in level of physical activity, stages of change and self-efficacy for two different forms of prescribed exercise*. 2009. Upubliceret materiale.
8. Bredahl TV og Roessler KK. *The experiences of adults who participate in Prescribed Exercise – a qualitative study of stages of change, self-efficacy and social relations*. 2009. Upubliceret materiale.
9. Bredahl TV. *Evaluering af Motion på Recept i Nordjylland 2007*. Odense: Center for Anvendt og Klinisk Træningsvidenskab, Institut for idræt og biomekanik, Syddansk Universitet; 2008. Report No.: 5.
10. Bredahl TV. *Ekstern evaluering af Motion på recept i Frederiksberg kommune*. September 2007. Odense: Center for Anvendt og Klinisk Træningsvidenskab, Institut for Idræt, Syddansk Universitet; 2008. Report No.: 6.
11. Bredahl TV. *Evaluering af Region Syddanmarks projekt Motion som Medicin – Fysisk aktivitet, selvvrurderet helbred og deltagertilfredshed*. Region Syddanmark; 2007. Report No.: 1.
12. Antonovsky A. *Health, Stress and Coping: New perspectives on mental and physical Well-Being*. San Francisco: Jossey-Bass.; 1979.

13. Elsass P, Friis-Hasché E og Nielsen T. *Klinisk sundhedspsykologi*. 1. udgave ed. Kbh.: Munksgaard Danmark; 2004.
14. Roessler KK, Ibsen B, Saltin B og Sørensen J. *Fysisk aktivitet som behandling – Motion og kost på recept i Københavns Kommune*. Syddansk Universitetsforlag; 2007.
15. Kallings LV og Leijon M, Statens folkhälsoinstitut. *Erfarenheter av Fysisk aktivitet på recept – FaR*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2003.
16. Leijon M. *Activating People – Physical activity in the general population and referral schemes among primary health care patients in a Swedish county*. Linköping: Faculty of Health Sciences, Linköping University; 2009.
17. Marcus BH og Simkin LR. *The stages of exercise behavior*. J Sports Med Phys Fitness 1993 March;33(1):83-8.
18. Yalom ID og Leszcz M. *The theory and practice of group psychotherapy*. 5. ed. ed. New York: Basic Books; 2005.
19. Sallis JF og Hovell MF. *Determinants of exercise behavior*. Exerc Sport Sci Rev 1990;18:307-30.
20. McKenna J og Vernon M. *How general practitioners promote 'lifestyle' physical activity*. Patient Educ Couns 2004 July;54(1):101-6.
21. Schutzer KA og Graves BS. *Barriers and motivations to exercise in older adults*. Prev Med 2004 November;39(5):1056-61.
22. Camaione DN, Burns KJ og Chatterton CT. *Counseling for physical activity: what primary-care physicians should know*. Conn Med 1997 July;61(7):391-5.
23. Sallis JF, Bowles HR, Bauman A et al. *Neighborhood environments and physical activity among adults in 11 countries*. Am J Prev Med 2009 June;36(6):484-90.
24. VanLeeuwen JA, Waltner-Toews D, Abernathy T et al. *Evolving models of human health toward an ecosystem context*. Ecosystem Health 1999;5(3):204-19.

# 5 Sundhedseffekter af Motion på Recept

## 5.1 Indledning

Der er stor forskel på, hvordan sundhedseffekterne er evalueret i de enkelte MpR-forløb. Der er eksempelvis kun gennemført ét dansk MpR-forløb som et randomiseret kontrolleret studie (11), der betragtes som det stærkeste design til effektundersøgelser inden for store dele af sundhedsområdet. Langt de fleste danske MpR-forløb er evalueret som studier uden egentlig kontrolgruppe. Det betyder, at man skal være forsigtig med at konkludere ud fra disse studier, da de fundne effekter kan være tilfældige, f.eks. fordi deltagerne er en selekteret gruppe.

De danske evalueringer fra Københavns Kommune (1) og Frederiksberg Kommune (2) og fra de tidligere Nordjyllands (3), Fyns (4), Frederiksborg (5), Ribe (6) og Vestsjællands Amter (7) og fra Storstrøms Amt/Slagelse Kommune (Master of Public Health-afhandling) (8) har alle gennemført ekstern evaluering af bl.a. de sundhedsmæssige effekter. Det er dog forskellige sundhedsparametre, der er evalueret i de forskellige projekter. Dette giver yderligere grund til forsigtig tolkning af resultaterne fra disse evalueringer, da der i nogle tilfælde kun er foretaget målinger i forhold til relativt få personer. Det ændrer dog ikke ved, at der i internationale studier er vist meget overbevisende effekter på livsstilsrelaterede sygdomme som følge af øget fysisk aktivitet. Omvendt mangler der fortsat viden om, hvordan man får fysisk inaktive mennesker til at blive fysisk aktive og fastholde denne livsstilsændring.

Dette kapitel sætter fokus på resultaterne fra ovennævnte evalueringer i relation til bl.a. frafald og hvilke sundhedsparametre, der påvirkes som følge af MpR-forløbet. Dette kapitel forsøger bl.a. at besvare følgende spørgsmål:

1. Hvor stort er frafaldet blandt deltagerne i MpR?
2. Bliver deltagerne mere fysisk aktive under og efter MpR-forløbet?
3. Hvilke sundhedsmæssige effekter har deltagelsen i MpR?

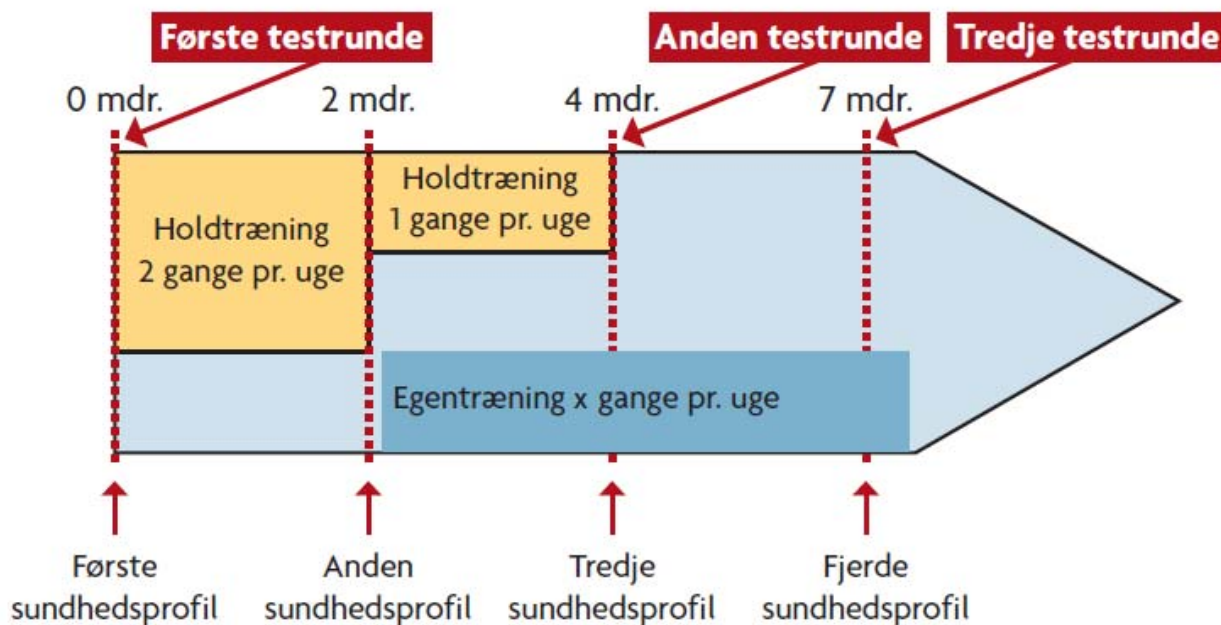
## 5.2 Resultater

I det følgende præsenteres en sammenfatning af resultater fra ovennævnte evalueringer og undersøgelser af MpR i Danmark. Værdierne, der præsenteres er gennemsnitsværdier, medmindre andet er angivet. Den statistiske bearbejdning – eller mangel på samme – af resultaterne varierer i de enkelte evalueringer. Således er der forskel på, om de angivne resultater er statistisk signifikante, eller om der blot er tale om tendenser. Derfor henvises til den enkelte reference for uddybende viden om den statistiske bearbejdning.

### 5.2.1 Frafall

Som det fremgår af figur 5, testede man i flere af de afviklede MpR-forløb deltagerne, inden træningen gik i gang (første testrunde), umiddelbart efter træningens afslutning (anden testrunde) og op til 28 måneder efter træningens afslutning (tredje testrunde). Ved disse testrunder registrerede man bl.a. deltagerfrafald, tog udgangspunkt i udvalgte sundhedsparametre og monitorerede deltagerens fysiske aktivitetsniveau (se figur 5).

**Figur 5: I flowdiagrammet er det angivet, hvor i MpR-forløbet de forskellige testrunde er placeret. Typisk placerede man første testrunde umiddelbart inden træningsinterventionen startede, anden testrunde ved interventionens afslutning og tredje testrunde ½-1 år efter afslutning.**



Som nævnt registrerede man bl.a. frafald ved disse testrunde, dels i forhold til antal personer, der blev tilbudt at deltage forud for MpR-forløbet, og dels i forhold til antal personer, der mødte op til første testrunde. Denne andel lå typisk på mellem 60 % og 90 % (1, 2). Frafall blev også vurderet i forhold til antal gennemførte test. Mellem første og anden testrunde var frafaldet mellem 21 % og 37 % (2, 4) og mellem anden og tredje testrunde mellem 20 % og 45 % (3, 2). I andre evalueringer blev frafald yderligere vurderet i forhold til den enkelte måling (1, 6). F.eks. havde 61 % af deltagerne gennemført konditionstest ved anden testrunde, og 30 % ved tredje testrunde (1). I en enkelt evaluering blev frafald opgjort i forhold til andel af deltagere (90 %), der gennemførte træningen (5). Der var ikke en klar tendens til, at frafald var stigende med antal gennemførte test. Det relativt store frafald i evalueringerne påvirkede resultaterne, idet det for en lang række af målinger viste sig, at de MpR-deltagere, der gennemførte, indledningsvis havde et bedre helbred, end dem, der faldt fra.

### 5.2.2 Fysisk aktivitet

Daglig fysisk aktivitet blev typisk målt ved hjælp af et kort selvrapporeret spørgeskema (22), hvor der blev spurgt til fysisk aktivitet i beskæftigelse og til gang og cykling, husarbejde, stillesiddende aktiviteter, motion og søvn. På baggrund af besvarelserne kunne et samlet energiforbrug estimeres. Det samlede energiforbrug blev omregnet til metabolic equivalent (MET). Højeste score var 60 MET, og laveste score var 20. Øget fysisk aktivitet viste sig ved en højere MET-score.

### *Boks 6: Definition af metabolic equivalent (MET)*

*MET er et udtryk for fysisk aktivitet, der kombinerer intensiteten under og tidsforbruget på aktiviteterne. 1 MET er det energiforbrug, der kræves, når man er i hvile, hvilket svarer til 3,5 ml O<sub>2</sub>/kg/min og beregnes i kcal/kg x timer (9).*

I alle evalueringer blev der målt selvrapporeret fysisk aktivitet ved hjælp af spørgeskemaer, og alle resultater viste, at deltagerne øgede deres fysiske aktivitet efter MpR-interventionen. I en evaluering angav 33 % af deltagerne 1 år efter interventionen, at de fortsat havde et øget aktivitetsniveau (1). En anden evaluering angav, at deltagernes fysiske aktivitetsniveau steg med 14,7 %, og at det gennemsnitlige MET-forbrug blev øget med 1,8 MET i løbet af interventionsperioden (5). Ved tredje og sidste testrunde (efter 9 måneder) havde deltagerne bibeholdt deres øgede fysiske aktivitetsniveau og MET-forbrug.

Undersøgelsen fra bl.a. Storstrøms og Vestsjællands Amter konkluderer, at signifikant flere var fysisk aktive i deres dagligdag efter deltagelse i MpR. Således var der et fald på mellem 12 % og 16 % i andelen, der opgav at være stillesiddende i deres fritid, fra før til efter MpR-forløbet. Samtidig blev der rapporteret om en tilsvarende stigning i andelen, der angav en fritid med let aktivitet og som aktiv idrætsudøver, fra før til efter MpR-forløbet (8).

I et endnu upubliceret studie har man samlet resultaterne fra fire af de danske MpR-interventioner (2-4, 6). Her blev fysisk aktivitet analyseret på baggrund af selvrapporerede spørgeskemaer. Daglig fysisk aktivitet blev også her målt som MET x timer pr. dag. I studiet konkluderede man, at der skulle opnås en øgning på mindst 1 MET pr. dag for at opnå en sundhedseffekt, hvilket svarer til at gå 10-15 minutter ekstra. Gennemsnitlig MET-forbrug steg med 0,7 i løbet af interventionsperioden (de første 4 måneder) og vedblev med at stige lidt (til 0,8) efter henholdsvis 10 og 16 måneder. Denne forbedring svarer til en gennemsnitlig stigning på 1,6 % til 2,0 % af MET-forbruget ved interventionens start.

#### 5.2.3 BMI, kropsvægt, taljemål og fedtprocent

De sundhedsparametre, der indgår i evalueringerne, og som i øvrigt typisk påvirkes af øget og regelmæssig fysisk aktivitet, er BMI, taljemål, fedtprocent, blodlipider, blodglukose, blodtryk og kondition. Disse målinger er objektive, i modsætning til måling af fysisk aktivitet, der som nævnt oftest er selvrapporeret.



### *Boks 7: Definition af BMI, taljemål og fedtprocent*

*BMI er et udtryk for personens vægt i forhold til personens højde. BMI udregnes ved hjælp af følgende formel:*

*BMI = vægt i kg/højde i meter<sup>2</sup>.*

*Taljemål måles midt imellem nederste ribben og hoftebenskammen. Taljemålet giver et indtryk af fedtfordelingen i kroppen og er i nogle tilfælde en bedre indikator for den generelle helbredsrisiko end BMI.*

*Fedtprocent er et mål for, hvor stor en andel i procent kropsfedt udgør af den totale kropsvægt (9).*

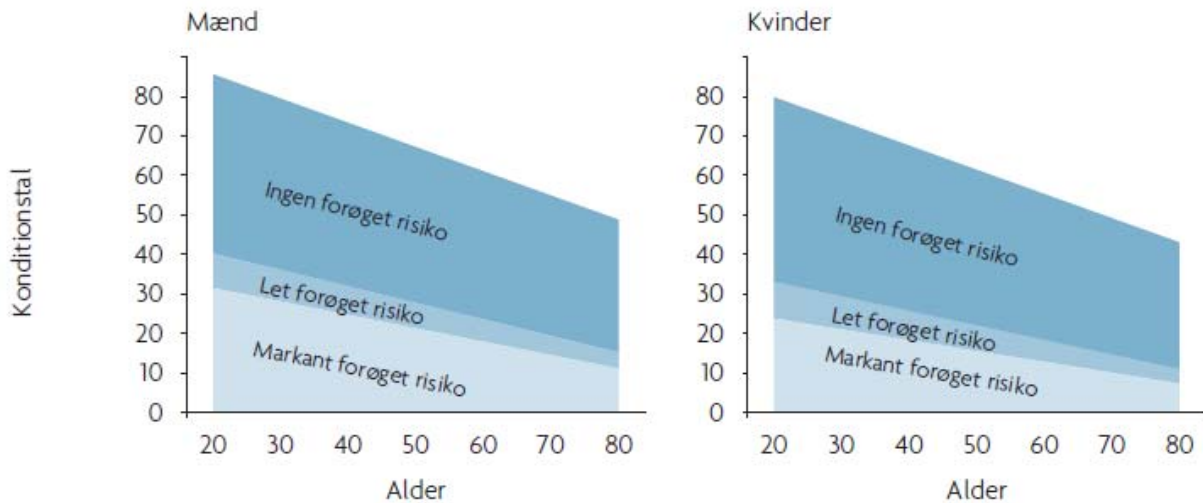
I langt de fleste evalueringer er der målt BMI. Generelt havde deltagerne ved påbegyndelse af MpR i gennemsnit et højt BMI på omkring 30. Der var dog en stor spredning (BMI mellem 18 og 50), og de kvindelige deltagere havde generelt et højere BMI end mændene. BMI faldt i alle evalueringer i interventionsperioden. Det største fald blev registreret umiddelbart efter interventionsperioden, og i de fleste evalueringer registreredes et fortsat fald eller et uændret BMI ved 10-måneders-opfølgningen. Vægten, der har indflydelse på BMI, reduceredes typisk med 2-4 kg i interventionsperioden, ligesom taljemålet i gennemsnit blev reduceret med 4,7 cm (svarende til en reduktion på 4,4 %) (1). Det svarer til, at fire ud af fem reducerede deres taljemål (5). Vægttab følges ofte af reduceret fedtprocent, og i evalueringen fra Ribe Amt blev der observeret et fald på 4,6 % i fedtprocent blandt MpR-deltagerne (6).

#### 5.2.4 Konditionstal

I tre evalueringer blev der målt konditionstal. Generelt havde deltagerne et ringe udgangspunkt med et konditionstal på omkring 20-25 ml O<sub>2</sub>/min/kg (1, 5, 6). Der blev typisk registreret en stigning i konditionstal under interventionen, og selv en mindre forbedring kan have store kliniske effekter hos denne gruppe deltagere (se figur 6).



**Figur 6. Konditionstal for mænd og kvinder relateret til alder. De tre farvefelter illustrerer skematisk, hvorvidt det for individets aktuelle konditionstal indebærer ingen, en let eller en markant forøget risiko for præmatur sygdom (9).**



I én evaluering sås en gennemsnitlig stigning på 4,1 ml O<sub>2</sub>/min/kg (svarende til en stigning på 18 %) i konditionstal fra før MpR-forløbet til umiddelbart efter træningens ophør. Den forbedrede kondition skyldes til dels, at deltagerne i samme periode havde reduceret deres vægt. Imidlertid var der 1 år efter MpR-forløbet et fald i konditionstal på 3,2 ml O<sub>2</sub>/min/kg (1). I en anden evaluering havde 69 % af deltagerne forbedret deres konditionstal med gennemsnitligt 12,6 % efter 4 måneder (mænd i gennemsnit 16,7 %, kvinder 10,3 %). Efter 7 måneder fastholdt eller forbedrede 76 % deres konditionstal, mens 24,1 % fik dårligere konditionstal (6). Samme tendenser var resultatet af en tredje evaluering, og her fandt man, at deltagere med lavest konditionstal opnåede størst fremgang, ligesom de, der deltog i længst tid, havde større fremgang (5).

### *Boks 8: Definition af maksimal iltoptagelse*

*Maksimal iltoptagelse angiver individets evne til iltransport og aerob energiomsætning (fysisk arbejde under forbrug af ilt). Kondition eller konditionstal er den maksimale iltoptagelse normaliseret for kropsvægten. Jo højere konditionstal, jo bedre er individets kapacitet til fysik hårdt og langvarigt arbejde (9).*

### 5.2.5 Blodtryk

I et par evalueringer målte man effekten af interventionen på blodtrykket (1, 5). I evalueringen fra Københavns Kommune fremgår, at deltagerne i gennemsnit havde et systolisk blodtryk på 141 mmHg ved påbegyndelse af MpR, og at dette var reduceret med 5 mmHg efter interventionen. I samme periode blev det diastoliske tryk reduceret med 4 mmHg, på trods af at det som udgangspunkt lå på 86 mmHg – altså inden for normalområdet (1). I evaluering fra Frederiksborg Amt havde deltagerne et gennemsnitligt systolisk blodtryk på 147 mmHg og et diastolisk blodtryk på 87 mmHg – dog med store individuelle variationer. Det systoliske blodtryk blev reduceret med 6,7 mmHg, dog kun blandt mændene. Der var ingen ændring i diastolisk blodtryk. I træningsperioden oplevede nogle deltagere et fald og andre en stigning i blodtryk, men samlet set fik to ud af tre lavere systolisk blodtryk (5). Generelt finder man i den internationale litteratur, at fysisk træning sænker blodtrykket mest hos de personer, der før træningen har det højeste blodtryk.

#### *Boks 9: Definition af blodtryk*

*Blodtryk er det tryk, blodet udøver på indersiden af blodkarrenes væg. Der skelnes mellem det systoliske og det diastoliske blodtryk. Forhøjet blodtryk øger risikoen for bl.a. slagtilfælde, hjerteinfarkt og nyresvigt. Normalværdier for blodtryk er 130 mmHg i systolisk tryk og 85 mmHg i diastolisk tryk, men normalværdierne er stigende med alder (9).*

### 5.2.6 Blodprofil

Generelt afspejlede deltagernes blodprofil relativt høje værdier for totalcholesterol, LDL-cholesterol og triglycerider (TG) og tilsvarende lave værdier for HDL-cholesterol. For kvinderne var der en tendens til dårligere blodværdier i forhold til mændene. I én evaluering oplevede et stort antal deltagere ( $n = > 885$ ) et gennemsnitligt fald i totalcholesterol (fra 5,7 til 5,4 mmol/l), i LDL-cholesterol (fra 3,5 til 3,3 mmol/l) og TG (fra 1,9 til 1,7 mmol/l) efter træningen (1). I en anden evaluering (5) havde deltagerne næsten tilsvarende niveauer af blodlipider ved start af interventionen, dog var TG lidt lavere (1,7 mmol/l), og HDL-cholesterol var 1,5 mmol/l. Ifølge denne evaluering var der en tendens til reduktion i totalcholesterol (0,26 mmol/l), LDL og TG samt en mindre stigning i HDL-cholesterol (0,07 mmol/l) (5).

#### *Boks 10: Definition af blodlipider*

*Blodlipider gengiver koncentrationer i blodet af totalcholesterol, LDL-cholesterol og HDL-cholesterol samt triglycerider. Sammenhængen mellem fysisk aktivitet og blodlipider er generelt ikke så entydig som de øvrige metaboliske effekter af motion. Det skyldes, at blodlipiderne påvirkes af hormonelle og ernæringsmæssige forhold, som er vanskelige at kontrollere under træningsstudier. Niveauerne af blodlipider afspejler personens risikoprofil i forhold til livsstilssygdomme (9).*

I én evaluering blev fastebloodsukker og glykeret hæmoglobin også positivt påvirket af deltagelse i MpR (1). Her sås et gennemsnitligt fald i fastebloodsukker fra 6,5 mmol/l til 6,1 mmol/l, og tilsvarende faldt glykeret hæmoglobin fra 6,5 % til 6,2 %. I evalueringen konkluderes det, at ændringerne i blodlipider og bloodsukker ville have været større med medikamentel behandling i en tilsvarende tidsperiode, men ikke markant større. En reduktion af kolesteroltallet på 0,2-0,3 mmol/l giver en reduktion af risikoen for iskæmisk hjertesygdom på 20 %. Endvidere vil en reduktion af glykeret hæmoglobin til under 7,0 % markant mindske risikoen for alvorlige komplikationer som følge af dårlig bloodsukkerkontrol (1). Det bør bemærkes, at man primært ønsker en effekt af træningen på blodprofilen hos de personer med lavt HDL-kolesterol og et højt glykeret hæmoglobin.

### *Boks 11: Definition af glykeret hæmoglobin*

*Glykeret hæmoglobin (HbA1C). Ved langvarig hyperglykæmi (forhøjet bloodsukker) indbygges glukose i øget mængde irreversibelt i blodets hæmoglobin (blodets iltbærende molekyler). Niveaulet for glykeret hæmoglobin er således et udtryk for middelbloodsukker-niveaulet over en periode på 6-8 uger (9).*

#### 5.2.7 Resultater fra internationale MpR-projekter

Der er varierende resultater i de internationale studier i forhold til øget fysisk aktivitet som følge af MpR (12). Flere evalueringer, der er designet som kontrollerede randomiserede studier, viser dog øget fysisk aktivitet efter MpR-interventioner, d (13-17).

Et eksempel på dette er et kontrolleret randomiseret svensk studie af ældre, overvægtige og fysisk inaktive personer, der fik ordineret individuelt baseret Fysisk aktivitet på Recept (FaR) i 6 måneder. Frafaldet efter interventionen var i dette studie på kun 10 %, og resultaterne viste, at de, der havde fået ordineret FaR, var signifikant mere fysisk aktive end kontrolgruppen. Dette kom til udtryk både ved en stigning i antal gange pr. uge, hvor de var fysisk aktive med mindst moderat intensitet, og ved en stigning i den totale varighed af den fysiske aktivitet i minutter pr. uge. Samtidig viste resultaterne, at deltagerne i MpR-gruppen reducerede deres BMI og fedtmasse signifikant mere end kontrolgruppen. Endvidere reducerede MpR-gruppen gennemsnitligt deres fedtprocent med 3,5 %. Endelig fandt man en større reduktion i glykeret hæmoglobin og total kolesterol i MpR-gruppen i forhold til kontrolgruppen (18).

Tilsvarende resultater er fundet i et svensk studie med midaldrende voksne mænd og kvinder med en eller flere risikofaktorer for metabolisk syndrom. Interventionen bestod af gruppetræning 3 gange om ugen i 3 måneder, hvor også kostvejledning indgik. 1 år efter interventionen registrerede man forbedringer med hensyn til konditionstal, fysisk aktivitetsniveau, taljemål, BMI, blodtryk, TG og glykeret hæmoglobin (16).

I et andet svensk studie af FaR konkluderer man, at selvrapporert fysisk aktivitet steg signifikant fra før til efter 6 måneders intervention med fysisk aktivitet, enten som individuel træning eller gruppetræning. Eksempelvis steg antallet, der rapporterede at være moderat fysisk aktive mindst 1 gang ugentligt, fra 19 % før til 36 % umiddelbart efter interventionen. Imidlertid var der også i dette studie et højt frafald på 38 % fra baseline til efter interventionens afslutning (19).

I et systematiseret review har man undersøgt effekten af deltagelse i MpR på bl.a. fysisk aktivitetsniveau og konditionstal. Her fandt man i halvdelen af de udvalgte 12 internationale studier, at de personer, der deltog i

MpR, havde øget deres ysiske aktivitetsniveau signifikant i forhold til en tilsvarende kontrolgruppe. Samtidig havde MpR-deltagerne forbedret deres konditionstal med 5 % til 10 % i forhold til kontrolgrupperne 6-12 måneder efter MpR-forløbets start. Samtidig angives det, at man ikke har kendskab til langtidseffekterne (> 12 måneder) i forhold til disse parametre (20).

### 5.3 Diskussion: Sundhedseffekter af Motion på Recept

De danske MpR-evalueringer viser alle positive effekter i forhold til øget fysisk aktivitet og i de evalueringer hvor det er målt, forbedring i sundhedsparametre registreret umiddelbart efter interventionen. Det er dog fortsat uvist, om MpR er mere effektivt end andre interventioner, da der som nævnt kun er foretaget ét mindre randomiseret studie af MpR i Danmark. Samtidig er en del evalueringer gennemført på baggrund af et spinkelt datamateriale eller uden anvendelse af statistiske test til at efterprøve de opnåede effekter. Desuden er der som regel ikke anvendt en egentlig kontrolgruppe i projekterne.

I én evaluering har man vurderet, at de samlede fysiologiske forbedringer, der er opnået ved MpR, svarer til en reduceret risiko på 30 % for slagtilfælde og 20 % for iskæmiske hjertesygdomme (1). Det relativt store frafald, der observeres i alle evalueringer, sammen med det relativt lille antal deltagere i flere af evalueringerne og den metodemæssige usikkerhed begrænser dog generaliserbarheden i forhold til de opnåede effekter. På den anden side tyder det på, at de deltagere, der gennemfører MpR, har et bedre helbred inden interventionen end dem der ikke gennemfører MpR, og på trods af dette opnår positive effekter i forhold til flere sundhedsparametre.

#### *Boks 12: Normalværdier for udvalgte blodparametre*

*Totalkolesterol: under 5,0 mmol/l\**

*LDL-kolesterol: under 3,0 mmol/l\**

*HDL-kolesterol: over 1,0 mmol/l\*\**

*TG: under 2,0 mmol/l\*\**

*Blodsukker: under 6,0 mmol/l*

*Glykeret hæmoglobin: under 6,5 %*

*(21)*

\* For patienter med klinisk påvist hjerte-kar-sygdom og patienter med diabetes bør behandlingsmålene ideelt være lavere.

\*\* Der er ikke fastlagt bestemte behandlingsmål for HDL-kolesterol og TG, men disse er markører for kardiovaskulær risiko.



I det tidligere omtalte (se side 19) danske randomiserede studie af MpR, blev deltagerne henvist til enten MpR eller en gruppe, der kun modtog motiverende rådgivning. Her fandt man ved sammenligning mellem grupperne ved 0- og 4 måneder og igen ved 0- og 10 måneder ingen forskel i de fysiologiske- (f.eks. kondition og BMI) og selvrappede målinger (f.eks. fysisk aktivitet og helbredsrelateret livskvalitet). I begge grupper blev der imidlertid registreret positive ændringer. Eksempelvis forbedrede begge grupper deres konditionstal under interventionen, men der var ingen signifikant forskel på forbedringen mellem grupperne. Dette indikerer, at MpR ikke nødvendigvis er mere effektivt end et forløb, som udelukkende består af motiverende rådgivning, i relation til forbedring af f.eks. konditionstal eller selvrappede fysisk aktivitetsniveau (11). Studiets konklusioner svækkes imidlertid af en række metodemæssige svagheder (se side 19). Imidlertid er dette det eneste danske randomiserede studie af MpR, og er desuden medtaget i nærværende publikation for bl.a. at nuancere resultaterne. Samtidig understreges behovet for flere randomiserede studier på MpR-området.

## 5.4 Delkonklusion: Sundhedseffekter af Motion på Recept

På trods af at deltagerne er vurderet motiverede, er der et frafald på 20 % til 35 % allerede ved første testrunde og på mellem 20 % og 45 % ved anden testrunde.

De deltagere, der gennemfører MpR, er en selekteret gruppe, der indledningsvis har bedre helbred, end dem, der falder fra. En stor del af de deltagere, der har gennemført MpR, øger deres daglige fysiske aktivitet, dvs. den selvrappede fysiske aktivitet.

Hos deltagere vedbliver det fysiske aktivitetsniveau med at stige til tredje testrunde, mens andre fastholder aktivitetsniveauet.

Flere evalueringer finder en forbedring i kondition på mellem 12 % og 18 % ved anden testrunde. I en evaluering blev konditionstallet fastholdt ved tredje testrunde for en del af MpR-deltagerne, mens andre oplevede et mindre fald i konditionstallet.

Et enkelt dansk randomiseret studie peger på, at deltagere, der alene får tilbudt motiverende samtale, opnår stort set samme stigning i konditionstal som deltagere, der får tilbudt både motiverende samtale og træning. Studiet er dog forbundet med metodemæssige svagheder.

Der registreres forbedringer i forhold til flere sundhedsparametre hos deltagerne i MpR. En stor del opnår et fald i BMI og fedtprocent. Faldet i BMI svarer til et gennemsnitligt fald i kropsvægten på 2-4 kg og en reduktion i taljemål på op til 4,4 % og et fald i fedtprocent på 4,6 %.

I de evalueringer, hvor der er målt blodtryk, ses forbedringer i forhold til både systolisk og diastolisk blodtryk, og samlet set opnåede to ud af tre lavere systolisk blodtryk.

Ligeledes blev der observeret forbedret blodlipidniveau og forbedret fastblodsukker og glykeret hæmoglobin. Samlet reducerer disse forbedringer deltagerens risiko for livsstilsrelaterede sygdomme.

De danske evalueringer af MpR understøttes af udenlandske undersøgelser, som endnu mere overbevisende har vist, at personer, der har eller er i risiko for at udvikle en livsstilssygdom, kan opnå positive effekter af en MpR-indsats i forhold til både at øge det fysiske aktivitetsniveau og at forbedre centrale sundhedsparametre.

## 5.5 Referencer

1. Roessler KK, Ibsen B, Saltin B og Sørensen J. *Fysisk aktivitet som behandling – Motion og Kost på Recept i Københavns Kommune*. Syddansk Universitetsforlag. 2007.
2. Bredahl TG. *Ekstern evaluering af Motion På Recept i Frederiksberg Kommune*. Syddansk Universitet. 2008.
3. Bredahl TG. *Evaluering af Motion På Recept i Nordjylland*. Syddansk Universitet. 2007.
4. Bredahl TG. *Evaluering af Region Syddanmarks projekt Motion som Medicin – Fysisk aktivitet, selvvurderet helbred og deltagertilfredshed*. Region Syddanmark. 2007.
5. Jensen H og Kjærgård M-LMM. *Statusrapport Motion På Recept i Frederiksborg Amt*. Frederiksborg Amt. 2006
6. Jensen H, Jakobsen R, Puggaard L og Sørensen JB. *Statusrapport: Motion På Recept i Ribe Amt 2004 og 2005*. Ribe Amt. 2006.
7. Roessler KK, Rasmussen PV, Lindsø R og Thomsen LM. *Slidigt, fysisk aktivitet og fastholdelse – evaluering af "Motion På Recept"*. Gigtforeningen og Vestsjællands Amt. 2006.
8. Pedersen HB og Helmersen M. *Undersøgelse af Motion På Recept i Vestsjællands Amt, Storstrøms Amt og Slagelse Kommune*. Københavns Universitet. 2008.
9. Sundhedsstyrelsen. *Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling*. Sundhedsstyrelsen. 2003.
10. Thomsen T, Christensen B, Hildebrandt P et al. *Kliniske retningslinier for forebyggelse af kardiovaskulær sygdom i Danmark*. Dansk Cardiologisk Selskab. 2004.
11. Sørensen JB, Kragstrup J, Skovgaard T og Puggaard L. *Exercise on prescription: a randomized study on the effect of counseling vs counseling and supervised exercise*. Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports 18[3], 288-297. 2008.
12. NICE. *A rapid review of the effectiveness of exercise referral schemes to promote physical activity in adults*. London: Public Health Collaborating Centre-Physical Activity, 2006.  
[www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/PAExercise\\_Referral\\_Review\\_Final\\_May\\_2006.pdf](http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/PAExercise_Referral_Review_Final_May_2006.pdf)
13. Elley CR, Kerse N, Arroll B og Robinson E. *Effectiveness of counselling patients on physical activity in general practice: cluster randomised controlled trial*. BMJ;326:793. 2003.
14. Lawton BA, Rose SB, Elley CR, Dowell AC, Fenton A og Moyes SA. *Exercise on prescription for women aged 40-74 recruited through primary care: two year a randomised controlled trial*. BMJ;337;a2509. 2008.
15. Aittasalo M, Miilunpalo S, Kukkonen-Harjula K og Pasanen M. *A randomized intervention of physical activity promotion and patient self-monitoring in primary health care*. Prev Med 42[1], 40-46. 2006.
16. Eriksson KM, Westborg C-J og Eliasson MCE. *A randomized trial of lifestyle intervention in primary healthcare for the modification of cardiovascular risk factors*. Scan J Pub Health. 2006.
17. Kallings LV. *Physical activity on prescription. Studies on physical activity level, adherence and cardiovascular risk factors*. Karolinska Institutet. Stockholm. 2008.
18. Kallings LV, Sierra JJ, Fisher RM, Faire U, Stahle A, Hemmingsson E og Hellenius ML. *Beneficial effects of individualized physical activity on prescription on body composition and cardiometabolic risk factors: results from a randomized controlled trial*. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil 16[1], 80-84. 2009.

19. Kallings LV, L M, Hellenius ML og Stahle, A. *Physical activity on prescription in primary health care: a follow-up of physical activity level and quality of life*. Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports 18[2], 154-161. 2008.
20. Sørensen JB, Skovgaard T og Puggaard L. *Exercise on prescription in general practice: A systematic review*. Scand J Prim.Health Care 24[2], 69-74. 2006.
21. Dansk Cardiologisk Selskab og Dansk Endokrinologisk Selskab. *Diabetes og hjertesygdom*. DCS vejledning nr. 2. 2008.
22. Norman A, Bellocco R, Bergstrom A and Wolk A. Validity and reproducibility of self-reported total physical activity - differences by relative weight. Int J Obes Relat Metab Disord 25(5), 682-688. 2001

## 6 Økonomiske forhold ved Motion på Recept

### 6.1 Indledning

Planlægning og gennemførelse af MpR er forbundet med en række omkostninger, som i vid udstrækning dækkes af de kommunale myndigheder. De kommunale omkostninger vedrører identifikation af borgere, som har behov for og vil få gavn af indsatsen, den praktiske gennemførelse af MpR og indsatser for at fastholde de positive effekter fra forløbene over en længere periode. For borgere er deltagelse i MpR og den livsstil, som MpR har til hensigt at fremme, forbundet med tidsmæssige og økonomiske omkostninger.

De helt centrale spørgsmål i forhold til økonomi er derfor, hvor store omkostninger der er forbundet med MpR, og om omkostningerne står i et rimeligt forhold til effekterne – med andre ord om MpR er en god udnyttelse af de kommunale ressourcer. Økonomiske analyser vil ofte være et væsentligt bidrag til den politiske debat om, hvilke tilbud der skal stilles til rådighed for borgerne. Formålet med dette kapitel er at vurdere følgende:

1. Hvilke omkostninger er forbundet med MpR?
2. Hvem bærer de økonomiske udgifter i forbindelse med MpR?
3. Er MpR en god udnyttelse af de økonomiske- og tidsmæssige ressourcer (omkostningseffektivt)?

I dette kapitel indgår en kort beskrivelse af den metodiske baggrund for at tilrettelægge og gennemføre de økonomiske analyser. Hensigten er at give læseren et grundlag for læsningen i kapitlet og lette forståelsen af den modelberegning, der anvendt i diskussionsafsnittet. Kapitlet om de økonomiske forhold ved MpR afviger derfor fra resultatopsamlingens øvrige kapitler i omfang.

### 6.2 Metodisk baggrund for de økonomiske analyser

I lighed med kliniske analyser tilrettelægges økonomiske analyser ofte som sammenligninger af effekter og omkostninger ved to eller flere forløb – f.eks. MpR og motionsvejledning. En økonomisk analyse vil typisk belyse forholdet mellem de ekstra omkostninger, der er forbundet med de analyserede indsatser, og de ekstra gevinster i forhold til helbred og livskvalitet. For at udføre en sundhedsøkonomisk analyse er det nødvendigt at vurdere både omkostningerne ved at gennemføre indsatsen, de opnåede gevinster og eventuelle afledte omkostninger. Hertil kommer, at varigheden af evt. opnåede effekter, er meget vigtig.

Økonomiske forhold vedrører også driftsøkonomien i forbindelse med en MpR-indsats. Det nødvendige resourceforbrug udgør indsatsens omkostninger. Den sundhedsøkonomiske analyse vedrører desuden, om deltagere i MpR-forløb på længere sigt har en mindre risiko for en række sygdomme og et mindre fremtidigt behov for sundhedsydelse. Ideelt kan en forbedret helbredstilstand blandt fysisk aktive aflæses i et mindre forbrug af sundhedsydelse, herunder færre kontakter til alment praktiserende læge og færre ambulante besøg og hospitalsindlæggelser. MpR kan således også resultere i en besparelse for sundhedsvæsenet.

I driftsøkonomiske analyser er det ofte hensigtsmæssigt at adskille omkostninger, der varierer i forhold til deltagerantal (variable omkostninger), og omkostninger, der er uafhængige af deltagerantallet (faste omkostninger). De *faste omkostninger* omfatter uddannelse og vejledning af de involverede træningsinstruktører, udarbejdelse af informationsmateriale til både de alment praktiserende læger og potentielle deltagere, etablering af nødvendige faciliteter ved de enkelte klinikker samt andre omkostninger i forbindelse med forløbets planlægning. De *variable omkostninger* omfatter det resourceforbrug, som kan relateres til hver enkelt del-



tager i forløbet, og også f.eks. omkostninger til de medvirkende fysioterapeuter og de alment praktiserende læger.

## 6.3 Resultater

Der findes en række bud på de driftsøkonomiske omkostninger fra danske MpR-indsatser. En publikation fra Sund By Netværket nævner f.eks. et projekt, hvor kommunen betaler omkring 3.300 kr. pr. deltager (1). I analysen af de københavnske forløb blev omkostningerne anslået til at være af samme størrelse (2). I en del forløb kræves der derudover deltagerbetaling, typisk i størrelsesordenen 500-750 kr. pr. deltager. Som regel er der dog også omkostninger forbundet med planlægning og ledelse af MpR.

### 6.3.1 Driftsomkostninger ved de danske Motion på Recept-forløb

Der er indhentet en række driftsøkonomiske oplysninger fra Frederiksberg Kommune, Fyns Amt og Nordjyllands Amt, som kan danne grundlag for en vurdering af MpR-forløbenes *variable* omkostninger. Blandt driftsomkostningerne indgår træningsinstruktørernes tid til holdtræning og individuel vejledning samt eventuelt omkostninger til afskrivning og forrentning af træningsudstyr og faciliteter. Oplysningerne stammer fra forskellige notater, bilag og eksperter. Oplysningerne findes ikke i publiceret form.

De nævnte amter har organiseret de individuelle MpR-forløb lidt forskelligt. En stor del af forløbene har været gennemført i privat regi, hvor privatpraktiserende fysioterapeuter og motionscentre har indgået en aftale om at varetage træningsforløb for et fast honorar. Desuden har der været deltagerbetaling til delvis dækning af omkostninger i forbindelse med træningen. Andre træningsforløb har været gennemført i kommunalt regi, hvor kommunalt ansatte fysioterapeuter har varetaget instruktionen. Der har typisk været tale om, at den kommunale træningsfunktion har fået tilført en andel af et årsværk og har skullet varetage instruktionsopgaverne i eksisterende træningsfaciliteter.

Der har været indgået en national aftale med Danske Fysioterapeuter om honorarudbetalingen i forbindelse med privatpraktiserende fysioterapeuters arbejde med MpR-forløb. I Fyns Amt har et træningsforløb over 3-4 måneder været planlagt til at omfatte 4 individuelle motivationssamtaler a 45 minutters varighed og 24 (gruppe)træningssessioner a 60 minutters varighed. Det aftalte honorar har været 2.380 kr. som kommunalt tilskud og 750 kr. som egenbetaling fra deltageren, i alt 3.130 kr.

I Nordjyllands Amt har der været en aftale om, at 3-4 måneders holdtræning med 4-8 deltagere skulle honoreres med 22.000 kr. eksklusiv deltagerbetaling på 750 kr. pr. deltager. Med det maksimale antal deltagere er den samlede omkostning pr. deltager således 3.500 kr. Der har dog sjældent været 8 deltagere på holdene. Der har snarere været 4-6 deltagere, hvilket øger de samlede omkostninger pr. deltager til mellem 4.400 kr. og 6.250 kr.

En tilsvarende beregning for MpR-forløbet i Frederiksberg Kommune har vist, at den direkte bruttolønsomkostning pr. deltager for 9 træningstimer er på omkring 2.475 kr. De 9 træningstimer udgøres af 4 x 45 minutters individuel vejledning (= 3 timer) og 24 x 60 minutters holdtræning med gennemsnitlig 4 deltagere (svarende til 6 timer pr. deltager).

De kortsigtede, variable omkostninger pr. MpR-forløb varierer således mellem 2.500 kr. og 6.250 kr.

### 6.3.2 Organisatoriske omkostninger ved de danske Motion på Recept-forløb

De *organisatoriske* omkostninger (faste omkostninger) omfatter projektkoordinatorens indsats, uddannelse og efteruddannelse af træningsinstruktørerne, udarbejdelse og udsendelse af informationsmateriale og annoncering, afholdelse af møder med instruktører og de alment praktiserende læger samt eventuelt omkostninger til afskrivning og forrentning af træningsudstyr og faciliteter.

Til at igangsætte, udvikle og styre forløbene ansættes typisk en *projektkoordinator*, som også kan varetage opgaver, der ikke er relateret til MpR-forløbet. Typisk svarer MpR-opgaverne til 0,3-0,5 årsværk, i startåret måske noget mere (op til 0,75 årsværk). Bruttolønsomkostningen hertil er 130.000-210.000 kr., dog noget højere i startåret. Omkostningen til projektkoordinatoren må forventes at være nødvendig for at kunne tilbyde MpR-forløb og vil skulle afholdes årligt.

*Uddannelse af træningsinstruktører* har skønsmæssigt krævet omkostninger i størrelsesordenen 20.000-60.000 kr. I Nordjyllands Amt har der eksempelvis været afholdt fire kurser for instruktører. Ved en del af disse kurser har træningsinstruktørerne selv skullet bidrage til betalingen ud over de udgifter, som er blevet afholdt af amtet. Uddannelse af instruktører må forventes at være nødvendig for start af MpR-forløb. På længere sigt må det forventes, at der kun vil være behov for uddannelse, hvis der skal uddannes nye instruktører, hvis forløbet udvides til nye målgrupper, eller hvis der indføres nye træningsmetoder.

*Informationsmateriale og annoncering* har typisk kostet 20.000-50.000 kr. Der udarbejdes eksempelvis en pjece, som udsendes til de alment praktiserende læger, og en pjece til potentielle deltagere. Endvidere har nogle MpR-forløb rekrutteret deltagere gennem annoncering i relevante blade og tidsskrifter. I startfasen må der forventes større omkostninger i forbindelse med udarbejdelse af materialet. Herefter reduceres omkostningerne til kun at omfatte trykning og distribution.

Skønsmæssigt har de faste omkostninger i startåret været i størrelsesordenen 235.000-465.000 kr. med en reduktion på 20 % i de efterfølgende år.

Ved at sammenholde de faste omkostninger over hele forløbsperioden med det samlede deltagerantal kan de faste omkostninger fordeles ud på de enkelte deltagere. Når disse omkostninger tillægges de variable omkostninger, vurderes et MpR-forløb samlet at koste mellem 3.100 kr. og 7.250 kr. pr. deltager.

### 6.3.3 Deltagernes omkostninger

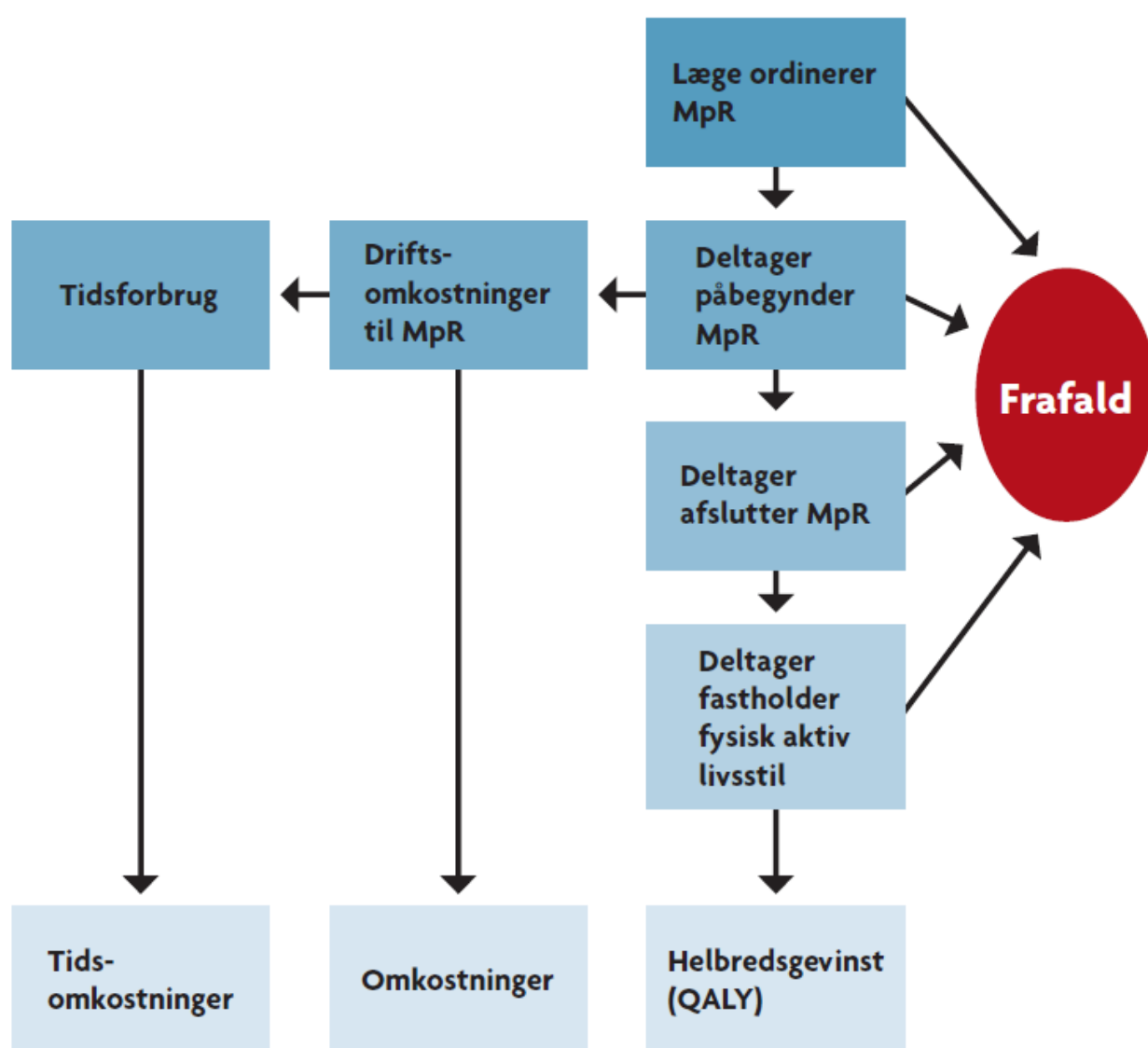
Ud over omkostninger for de kommunale myndigheder er MpR også forbundet med omkostninger for den enkelte deltager. Langt de fleste MpR-indsatser forudsætter en egenbetaling, typisk på 500-750 kr. Herudover kræver indsatsen en aktiv deltagelse, hvilket indebærer et tidsforbrug for deltageren, og indebærer omkostninger til køb og vedligeholdelse af udstyr samt øgede udgifter til tøjvask m.v.

I analysen af MpR-projektet i København er der givet et bud på deltagerens tidsforbrug (2). Her forudsættes aktiv deltagelse i alle MpR-træningsaktiviteter og efterfølgende selvstændig aktiv træning. De 4 måneder med MpR anslås at kræve omkring 80 timer inklusive tid til egentræning, transport, forberedelse og afslutning. Hvis den fysisk aktive livsstil fortsættes efter MpR-forløbet med f.eks. 4 ugentlige timer, vil hver deltager i løbet af de første 12 måneder bruge omkring 225 timer. Dette svarer til 15 % af en fuldtidsstilling eller 2,5 % af 1 år (365 dage x 24 timer).

### 6.3.4 Frafald er den væsentligste faktor for manglende effekt

De første omkostninger opstår, når den alment praktiserende læge henviser til MpR. De positive effekter fra MpR opstår først på længere sigt, når deltagerne har ændret deres livsstil og er blevet mere fysisk aktive. De relevante positive effekter kan kun forventes at opstå, hvis deltagerne aktivt følger MpR-indsatsen. En af de største udfordringer for effektiviteten af MpR er at sikre, at flest muligt gennemfører indsatsen og kun få falder fra. Alle frafaldne deltagere medfører forbrug af ressourcer, uden at der opnås effekt. Frafaldet kan opstå mange steder i MpR-indsatsen lige fra den første dialog med den alment praktiserende læge til 6 måneder efter, at MpR-forløbet er afsluttet (se figur 7).

**Figur 7. Frafald kan opstå på flere tidspunkter i et MpR-forløb.**



En ukendt andel af de henviste ønsker måske ikke – efter nærmere overvejelser – at deltage i MpR og opsøger således ikke MpR-aktiviteterne. Et sådant frafald kan under ideelle omstændigheder beskrives. Det må dog formodes at være meget afhængigt af forhold relateret til den enkelte borger og dennes helbredsmæssige, psykiske og sociale omstændigheder og forhold relateret til den alment praktiserende læge (se også kapitlet om Patientperspektivet i Motion på Recept). Det er således en begrænset andel af de borgere, der potentielt er i målgruppen, og som kunne have nytte af at deltage i MpR, der deltager i startfasen.

Efter afslutning af træningsinterventionen er der en forventning om, at den anbefalede livsstil med øget fysisk aktivitet fastholdes over tid. Om dette resultat opnås, kan efterfølgende undersøges. En række af de danske evalueringer har således indsamlet oplysninger om deltagernes fysiske aktivitet ved afslutning af træningsinterventionen og henholdsvis 6 og 12 måneder efter afslutning. Ud over vanskeligheder med at vurdere det aktuelle niveau for fysisk aktivitet på en økonomisk realistisk måde (f.eks. ved hjælp af spørgeskemaer eller interviews), er deltagernes villighed til at deltage i sådanne opfølgende undersøgelser en forudsætning for en pålidelig beskrivelse af frafaldet efter træningsinterventionen (se figur 7).

Evalueringen af det københavnske MpR-forløb viste, at omkring 70 % af de deltagere, der påbegyndte forløbet, mødte op til den afsluttende udslusningssamtale (2). En stor del af de deltagere, der ikke deltog i denne samtale, må formodes ikke at have gennemført alle dele af det planlagte MpR-forløb. Ved en opfølgningssamtale 2 måneder efter forløbets afslutning deltog kun 54 %, og efter 6 måneder var der kun kontakt til 44 % af deltagerne. I hvilken udstrækning de deltagere, som ikke deltog i de opfølgende samtaler, har haft glæde af forløbet, er ikke kortlagt. Analysen fastslog, at blandt de deltagere, som deltog i de opfølgende samtaler, angav henholdsvis 87 % og 81 % henholdsvis 2 og 6 måneder efter forløbets afslutning, at de fortsat var fysisk aktive på et højere niveau end før forløbet.

Andre danske MpR-forløb har et tilsvarende forholdsvist stort frafald. Endnu upublicerede resultater fra en evaluering af MpR i tre tidligere amter har vist, at 72 % af de personer, som indvilligede i at deltage i MpR og den tilhørende evaluering, gennemførte MpR i 4 måneder. Efter 10 måneder deltog 49 % fortsat i evalueringen, og efter 16 måneder deltog 34 %. Analysen viste endvidere, at kun en ud af tre til seks personer, der påbegyndte MpR, opnåede et øget aktivitetsniveau (MET > 1).

### 6.3.5 Internationale erfaringer

Der findes forholdsvist få eksempler på egentlige sundhedsøkonomiske analyser af øget fysisk, herunder MpR-indsatser, men der er i løbet af de seneste år planlagt en række internationale studier, som har til formål at belyse disse forhold (3-5). En svensk gennemgang af internationale, forskningsbaserede studier af interventioner, der øger fysisk aktivitet identificerede 26 økonomiske analyser, hvoraf langt de fleste var gennemført i forbindelse med egentlige interventionsstudier (6).

En nyere gennemgang af sundhedsøkonomiske analyser af MpR-indsatser målrettet den generelle befolkning identificerede otte studier, der analyserede cost-effectiveness af interventioner, der søger at øge fysisk aktivitet i raske befolkningsgrupper (7). Gennemgangen fandt, at indsatser, der var rettet mod forbedring af infrastruktur (indretning af kondistier) og indsatser målrettet henvisning via almen praksis var potentielt mere omkostningseffektive end andre indsatser.

Et godt eksempel på en sundhedsøkonomisk analyse af MpR er gennemført i England og rapporteret som en del af en MTV (8). Dette studie blev tilrettelagt som et randomiseret forsøg, hvor deltagere efter lodtrækning skulle deltage i et forløb med rådgivning om fysisk aktivitet og mulighederne herfor i lokalområdet (kontrolgruppe), et 10 ugers forløb med instruktørbaseret motion 2-3 gange ugentligt i et lokalt motionscenter eller et 10 ugers forløb med instruktørbaserede spadsereture 2-3 gange ugentligt. I studiet blev der indsamlet både fysiologiske, psykologiske, helbredsmæssige og økonomiske data om forsøgets deltagere ved påbegyndelse af forsøget og efter 6 måneder. Desuden blev data om deltagernes forbrug af ressourcer i sund-

hedsvæsenet indsamlet 12 måneder før randomisering af deltagerne, under forsøgsperioden og 12 måneder efter forsøgets afslutning.

Resultaterne viste, at alle tre motionsindsatser øgede deltageres fysiske aktivitet, men omkostningseffektanalysen viste, at det mere simple forløb med rådgivning fra specialister var mere omkostningseffektivt som første indsats for at øge aktivitetsniveauet hos fysisk inaktive personer. I den internationale litteratur findes der andre eksempler på økonomiske analyser af indsatser for øget fysisk aktivitet med henvisning fra det primære sundhedsvæsen (9-12).

## 6.4 Diskussion: Økonomiske forhold ved Motion på Recept

De økonomiske spørgsmål kan besvares ud fra et kommunalt perspektiv, ud fra borgernes (deltageres) perspektiv eller ud fra et samfundsøkonomisk perspektiv. For de kommunale myndigheder er det relevant at vurdere, hvor store omkostninger der er forbundet med at planlægge og tilbyde MpR-forløb, og i hvilken udstrækning MpR giver tilstrækkelig effekt i forhold til andre konkurrerende tilbud som f.eks. motionsvejledning uden et struktureret træningsforløb, der også har til formål at gøre deltagerne mere fysisk aktive, eller andre forebyggende tilbud (f.eks. alkohol- eller rygestopforløb).

Også fra deltageres synspunkt er det relevant at vide, om omkostninger i form af forbrug af tid og penge står i rimeligt forhold til den nytte af MpR, som de oplever i form af glæde ved at deltage i forløbet samt i form af forbedret helbred og livskvalitet. Hvis deltagerne gennem MpR opnår en vedvarende livsstilsændring med øget fysisk aktivitet, vil der ud over en eventuel oplevet glæde ved den fysiske aktivitet også kunne opstå forbedrede helbredsmæssige forhold, herunder forbedring af den helbredsrelaterede livskvalitet. Fysisk aktive personer har i forhold til fysisk inaktive personer en mindre risiko for at udvikle alvorlige sygdomme. Hvis befolkningens sygdomsforekomst og ressourceforbrug i sundhedsvæsenet kan nedsættes ved hjælp af MpR, opstår der potentielt besparelser i sundhedsvæsenet. Dermed opstår der en potentiel konflikt mellem finansieringen fra forskellige offentlige kasser (dvs. en risiko for såkaldt kassetænkning). Hvis kommunerne gennem finansiering af MpR bidrager til en sundere befolkning, som på længere sigt kan give anledning til besparelser i sygehusvæsenet (som finansieres af regionerne), kunne en del af sundhedsvæsenets besparelser anvendes til finansiering af MpR.

Det er mange udfordringer ved at belyse omkostningseffektiviteten af MpR. En væsentlig forudsætning for, at disse analyser kan gennemføres, er, at der foreligger en tilstrækkelig fyldestgørende beskrivelse af interventionen og dens resultater. Målgruppen skal også være beskrevet. Der kan være tale om den generelle befolkning eller i tilfælde af MpR-forløb borgere, som af den ene eller anden grund henvises til MpR af deres alment praktiserende læge. I de danske forløb har det bl.a. været en forudsætning, at deltagerne har en eller flere livsstilsrelaterede sygdomme.

### 6.4.1 Eksempel på modellering af cost-effectiveness af Motion på Recept

Ud over de empiriske studier findes der enkelte modelbaserede studier, hvor korttidseffekter søges vurderet i et længere tidsperspektiv (13-15). Modelbaserede analyser giver gode muligheder for at belyse langtidsvirkningerne af MpR-forløb, men de er naturligvis afhængige af, at der findes tilstrækkeligt valide data til at beskrive langtidsvirkningerne, og som det fremgår flere steder tidligere i nærværende rapport, er dette netop en mangelvare. Findes der imidlertid data herom, er en af styrkerne ved modelbaserede analyser, at det er forholdsvist simpelt at foretage sammenlignende analyser af forskellige forløb ved at ændre centrale forudsætninger i forhold til f.eks. deltagelse, fastholdelse og effekt. Desuden egner analyseformen sig til at belyse konsekvensen af alternative antagelser og af usikkerheder.

I analysen af det københavnske MpR-forløb er der opbygget en simpel omkostningseffekt-model (2). Denne model er videreudviklet i nærværende resultatopsamling (se tabel 1). Modellen beregner MpR-forløbets nettoomkostninger (interventionsomkostninger og afledt ressourceforbrug i sundhedsvæsenet) og sætter disse i forhold til opnåede effekter omregnet til kvalitetsjusterede leveår (QALY'er).

### *Boks 13: Definition af kvalitetsjusterede leveår*

*Kvalitetsjusterede leveår (på engelsk Quality Adjusted Life-Years (QALY)) er et mål, der søger at beskrive værdien af en helbredsmæssig gevinst. Målet kombinerer gevinst i levetid med gevinst i helbredsrelateret livskvalitet til et udtryk, hvor enheden er et år med perfekt helbred. Målet forudsætter, at helbredsstatus kan værdisættes på en skala fra 0 til 1, hvor 1 angiver værdien af perfekt helbred. QALY beregnes ved at summere ændringer i helbredsstatusværdier over tid. QALY er et generisk helbredsmål, som har den fordel, at opnåede effekter kan sammenlignes på tværs af interventioner og målgrupper (16).*

Effekten fra MpR kan udtrykkes, i forhold til om deltagerne øger deres fysiske aktivitet over et vist niveau. Empirisk kan disse data indhentes via deltagernes selvrapporing, hvor fysisk aktivitet dagligt eller flere gange om ugen kan defineres som tilstrækkelig fysisk aktivitet. Alternativt kan mere raffinerede målemetoder anvendes, f.eks. MET (se også side 31).

Modellen sammenligner MpR med vejledning om fysisk aktivitet. Andelen af deltagere, som bliver fysisk aktive via simpel vejledning, antages i dette eksempel at være 10 % (dvs. den andel, der bliver mere fysisk aktiv efter 12 måneder). Blandt dem, der påbegynder MpR, forudsættes det, at omkring 70 % gennemfører hele MpR-indsatsen (ca. 4 måneder). 6 måneder efter indsatsens afslutning forudsættes det, at 75 % af dem, der har gennemført MpR-forløbet, har fastholdt et øget fysisk aktivitetsniveau. Efter 12 måneder forudsættes denne andel reduceret til 35 %.

I modellen er det forudsat, at de samfundsøkonomiske omkostninger (dvs. de langsigtede, gennemsnitlige omkostninger) ved at deltage i MpR er 5.000 kr. pr. deltager. Omkostningen ved simpel vejledning forudsættes at være 500 kr. pr. person. Det forudsættes endvidere, at personer, som er fysisk aktive, har et mindre forbrug af ressourcer i sundhedsvæsenet, gennemsnitlig årlig besparelse er 1.850 kr., og at denne besparelse opstår hos de personer, som er mere fysisk aktive i mindst 12 måneder efter MpR.

Ud over besparelser i sundhedsvæsenet forventes øget fysisk aktivitet at resultere i en gevinst i helbredsrelateret livskvalitet. Modellen forudsætter, at fysisk aktive personer har en øget helbredsrelateret livskvalitet på 0,05 QALY. De helbredsmæssige effekter forudsættes at opstå for de personer, som har gennemført MpR, og som efter henholdsvis 6 og 12 måneder fortsat er fysisk aktive. Desuden forudsættes der en øget helbredsrelateret livskvalitet på 0,05 QALY for de personer, som har modtaget simpel vejledning, og som er mere fysisk aktive efter 12 måneder.

Med disse forudsætninger viser regneeksemplet, at driftsomkostningerne for 100 MpR-deltagere er 500.000 kr. Med de nævnte forudsætninger (se ovenfor) vil 25 personer have øget deres fysiske aktivitet i 12 måneder. På den baggrund kan man beregne en nettoomkostning på 20.000 kr. pr. person, der er blevet mere fysisk aktiv i 12 måneder. Modellen angiver endvidere, at blandt de 100 deltagere (hvor 25 er fysisk aktive efter 12 måneder) tilsammen vil have et mindre forbrug af ressourcer i sundhedsvæsenet svarende til en samlet

besparelse på omkring 46.000 kr. (beregnet som 25 personer · 1.850 kr., da kun er for de personer, som er fysisk aktive efter 12 måneder, at der opnås et mindre ressourceforbrug i sundhedsvæsenet). Den ekstra helbredsmæssige gevinst ved MpR beregnes til 1,9 QALY (afrundet værdi). Omkostningen for at opnå 1 ekstra QALY beregnes med de nævnte forudsætninger til omkring 236.000 kr. (beregnet som 453.750 kr./1,925 QALY).

Til sammenligning viser modellen med de nævnte forudsætninger, at simpel vejledning øger den fysiske aktivitet i 12 måneder hos 10 personer, og at denne indsats koster 50.000 kr. Dette svarer til en omkostning på 5.000 kr. pr. person med øget fysisk aktivitet i 12 måneder. Samlet vil disse personer opnå en helbredsmæssig gevinst på 0,5 QALY. Ved simpel vejledning koster det således omkring 63.000 kr. at opnå 1 ekstra QALY (beregnet som 31.500 kr./0,5 QALY).

Hvis de to forløb kan erstatte hinanden (er supplementære), viser regnemodellen, at MpR i forhold til simpel vejledning resulterer i, at yderligere 15 personer (ud af 100) er fysisk aktive efter 12 måneder. Meromkostningerne for MpR i forhold til simpel vejledning er 450.000 kr., og der opnås 1,425 flere QALY'er. Dette svarer til, at MpR i forhold til simpel vejledning er forbundet med en ekstra omkostning på 296.000 kr. pr. vunden QALY.

Hvorvidt en sådan meromkostning pr. QALY ved MpR i forhold til simpel vejledning er fordelagtig, afhænger af, hvordan en QALY værdisættes. Hvis det antages, at en omkostning pr. QALY på 250.000 kr. er acceptabel, så viser regnemodellen, at MpR ikke er omkostningseffektivt i forhold til simpel vejledning om fysisk aktivitet. Hvis det derimod antages, at en omkostning pr. QALY på 300.000 kr. er acceptabel, så viser regnemodellen, at MpR lige netop er omkostningseffektivt i forhold til simpel vejledning. I Danmark eksisterer der ingen officiel tærskelværdi for hvornår en QALY er økonomisk acceptabel, men til sammenligning er den acceptable tærskelværdi i England fastsat til 30.000 pund.

I tabel 1 er også angivet omkostnings-effekt-ratioerne efter f.eks. 24 måneder, hvor det er forudsat, at den fysiske aktivitet fastholdes i 24 måneder, hvorved der opnås en gevinst i helbredsrelateret livskvalitet på 1,9 QALY pr. år, men hvor QALY-gevinster, der ligger udover det første år, er diskonteret med en diskonteringsrate på 5 %.

**Tabel 1. Regnemodel til vurdering af omkostningseffektivitet**

Forudsætninger (gns./pers.)		MpR	Vejledning	
	Interventionsomkostning (kr.)	5.000	500	
	Besp. i sundhedsvæsenet pr. 12 mdr. (kr.)	1.850	1.850	
	Gevinst pr. 12 mdr. (QALY)	0.050	0.050	
<b>Deltagere</b>				
	Andel %, der gennemfører forløb	70%		
	Andel %, der er FA efter 6 mdr.	75%		
	Andel %, der er FA efter 12 mdr.	35%	10%	
				Forskel
	Antal, der starter	100	100	
	Antal, der gennemfører forløb	70		
	Antal, der er FA efter 6 mdr.	53		
	Antal, der er FA efter 12 mdr.	25	10	15
	NNT for en, der er FA i 12 mdr.	4.0	10.0	
<b>Resultat</b>		<b>MPR</b>	<b>Vejledning</b>	<b>Forskel</b>
	Driftsomk. (kr.)	500.000	50.000	450.000
	Besparelser i sundhedsvæsenet (kr.)	46.250	18.500	27.750
	Nettoomk. (kr.)	453.750	31.500	422.250
	Ekstra QALY/12 mdr.	1.9*	0.5	1.4*
<b>Nettoomk. pr. deltager: (kr.)</b>				
	som starter forløb	5.000	500	4.500
	som gennemfører forløb	7.143	714	6.429
	som er FA efter 12 mdr.	20.000	5.000	15.000
<b>Omkostnings-effekt-ratio</b>				<b>Ratio</b>
	Omk./QALY (12 mdr.)	235.714	63.000	296.316
	Omk./QALY (24 mdr.)	123.897	33.114	155.751**
	Omk./QALY (36 mdr.)	85.408	22.827	107.366**
	Omk./QALY (60 mdr.)	54.210	14.489	68.147**

Forkortelser:

FA: fysisk aktive.

NNT: Number needed to treat, dvs. antal, der skal behandles, for at opnå en person, der er fysisk aktiv i 12 måneder.

\* Afrundede værdier. De fulde værdier er anvendt til at beregne omkostnings-effekt-ratio (se tekst).

\*\* Diskonteringsrate på 5% (se tekst).



## 6.5 Delkonklusion: Økonomiske forhold ved Motion på Recept

Der findes forholdsvis få gode økonomiske analyser af MpR. Dette gælder både nationalt og internationalt.

De danske erfaringer har vist, at omkostningerne ved et MpR-forløb er mellem 3.100 kr. og 7.250 kr. pr. deltager. Hertil kommer, at deltagerne selv skal afholde et deltagergebyr på omkring 500-750 kr. og har omkostninger i form af forbrug af tid og penge til udstyr m.v.

Omkostningerne til MpR omfatter projektkoordinatorens indsats, uddannelse og efteruddannelse af træningsinstruktørerne og deres tid til holdtræning og individuel vejledning. Dertil kommer udarbejdelse og udsendelse af informationsmateriale og annoncering, afholdelse af møder med instruktører og de alment praktiserende læger samt eventuelt omkostninger til afskrivning og forrentning af træningsudstyr og faciliteter.

Der er mange udfordringer i tilrettelæggelsen af gode økonomiske evalueringer af MpR. Et stort frafald fra MpR og manglende fastholdelse af en fysisk aktiv livsstil er blandt de væsentligste udfordringer for MpR-indsatser og for, i hvilken udstrækning MpR er omkostningseffektiv. Desuden bør de økonomiske analyser gennemføres med et langsigtet perspektiv, hvilket kan indebære en længere dataindsamlingsperiode, som vanskeliggør vurderingen af effekter og omkostninger ved MpR yderligere.

Meromkostningerne for MpR i forhold til simpel vejledning er 450.000 kr., og der opnås 1,4 flere QALY'er. Dette svarer til, at MpR i forhold til simpel vejledning er forbundet med en ekstra omkostning på 296.000 kr. pr. vunden QALY. Hvorvidt en sådan meromkostning pr. QALY ved MpR i forhold til simpel vejledning er fordelagtig, afhænger af, hvordan en QALY værdisættes.

## 6.6 Referencer

1. Müller HB, Gårn A og Rosell Holt A. *Motion på recept – erfaringer og anbefalinger*. Sund By Netværket. 2007.
2. Roessler KK, Ibsen B, Saltin B og Sørensen J. *Fysisk aktivitet som behandling – Motion og kost på recept i Københavns Kommune*. Syddansk Universitetsforlag. 2007.
3. Hoper K, Deutekom M og Stronks PK. *The effectiveness of "Exercise on Prescription" in stimulating physical activity among women in ethnic minority groups in the Netherlands: protocol for a randomized controlled trial*. BMC Public Health 2008;8:406.
4. Gusi N, Reyes MC, Gonzalez-Guerrero JL, Herrera E og Garcia JM. *Cost-utility of a walking programme for moderately depressed, obese, or overweight elderly women in primary care: a randomised controlled trial*. BMC Public Health 2008;8:231.
5. Gine-Garriga M, Martin C, Martin C, Puig-Ribera A, Anton JJ, Guiu A et al. *Referral from primary care to a physical activity programme: establishing long-term adherence? A randomized controlled trial. Rationale and study design*. BMC Public Health 2009;9:31.
6. Hagberg LA og Lindholm L. *Cost-effectiveness of healthcare-based interventions aimed at improving physical activity*. Scand J Public Health 2006;34(6):641-53.
7. Muller-Riemenschneider F, Reinhold T og Willich SN. *Cost-effectiveness of interventions promoting physical activity*. Br J Sports Med 2009 Jan;43(1):70-6.

8. Isaacs AJ, Critchley JA, Tai SS, Buckingham K, Westley D, Harridge SD et al. *Exercise Evaluation Randomised Trial (EXERT): a randomised trial comparing GP referral for leisure centre-based exercise, community-based walking and advice only*. Health Technol Assess 2007 Mar;11(10):1-iv.
9. Dalziel K, Segal L og Elley CR. *Cost utility analysis of physical activity counselling in general practice*. Aust N Z J Public Health 2006 Feb;30(1):57-63.
10. Elley R, Kerse N, Arroll B, Swinburn B, Ashton T og Robinson E. *Cost-effectiveness of physical activity counselling in general practice*. N Z Med J 2004 Dec 17;117(1207):U1216.
11. Munro J, Brazier J, Davey R og Nicholl J. *Physical activity for the over-65s: could it be a cost-effective exercise for the NHS?* J Public Health Med 1997 Dec;19(4):397-402.
12. Stevens W, Hillsdon M, Thorogood M og McArdle D. *Cost-effectiveness of a primary care based physical activity intervention in 45-74 year old men and women: a randomised controlled trial*. Br J Sports Med 1998 Sep;32(3):236-41.
13. Cobiac LJ, Vos T og Barendregt JJ. *Cost-effectiveness of interventions to promote physical activity: a modelling study*. PLoS Med 2009 Jul 14;6(7):e1000110.
14. Everett MD, Kinser AM og Ramsey MW. *Physical fitness and performance. Training for old age: production functions for the aerobic exercise inputs*. Med Sci Sports Exerc 2007 Dec;39(12):2226-33.
15. Hatziandreu EI, Koplan JP, Weinstein MC, Caspersen CJ og Warner KE. *A cost-effectiveness analysis of exercise as a health promotion activity*. Am J Public Health 1988 Nov;78(11):1417-21.
16. Sørensen J, Horsted C og Andersen LB. *Modellering af potentielle sundhedsøkonomiske konsekvenser ved øget fysisk aktivitet i den voksne befolkning*. Syddansk Universitet og Sundhedsstyrelsen. 2005.

## 7 Sammenfatning og perspektivering

På baggrund af de gennemgåede evalueringer er der ikke overbevisende evidens for effekten af MpR - især ikke den længevarende/vedvarende effekt. Det er stadigvæk en god idé at styrke arbejdet med fysisk aktivitet som en forebyggende indsats, fordi vi fra mere generelle undersøgelser af fysisk aktivitet ved, at det har en effekt. Man bør være opmærksom på hvorledes MpR vedligeholdes, ligesom frafald ved MpR er et betydeligt problem. I dette kapitel opsamles de enkelte kapitlers delkonklusioner, og der inddrages perspektivering af, hvordan nogle af udfordringerne ved MpR og lignende indsatser fremover kan håndteres. Flere af de resultater og erfaringer, der er gennemgået i nærværende rapport og sammenfattes i det nedenstående, kan således med fordel anvendes i forbindelse med andre forebyggelsesindsatser (eks. kronikerforløb, patientskoler mv.). Desuden diskuteres svagheder ved de gennemgåede evalueringer, ligesom der gives forslag til, hvordan fremtidige evalueringer kan gribes an.

### 7.1 Organisering af Motion på Recept

Personer, som henvises til MpR, kan have forskellig baggrund og forskellige forudsætninger for at deltage i interventionen. Fra deltager til deltager er der typisk forskelle med hensyn til motivation, tidligere erfaringer og aktuel interesse i fysisk aktivitet. Fælles for de fleste henviste er dog, at overgangen til træning på egen hånd ikke har været effektiv. Derfor stilles der store krav til overgangen fra det egentlige MpR-forløb til træning på egen hånd, for at deltagelse i MpR kan medvirke til en langsigtet og bæredygtig ændring hen imod en mere fysisk aktiv livsstil.

Der findes flere muligheder for at håndtere denne udfordring. I MpR-forløbet kan der eksempelvis arbejdes målrettet med at forankre fysisk aktivitet i hverdagen. Der kan planlægges MpR-forløb, hvor man ikke på forhånd har fastsat et sluttidspunkt for forløbet (forlængede MpR-forløb). En oplagt mulighed for en sådan udvidelse af MpR kunne være at reducere omfanget af den superviserede træning og øge fokus på motivation og fastholdelse f.eks. gennem motiverende samtaler. Disse samtaler kunne fokusere på at mobilisere personens egne ressourcer og skabe relationer til lokalområdets motionstilbud. Der kunne desuden sikres en jævnlig kontakt mellem den enkelte deltager og træningsprofessionelle med henblik på rådgivning om og fastholdelse af livsstilsændringer. I en sådan organisering af MpR sker der ikke en egentlig udslusning.

MpR kan forbedres organisatorisk gennem en mere aktiv indsats for at inkludere fysisk aktivitet i de brede livsstilssamtaler, som jævnligt føres af sundhedsprofessionelle med borgere. Denne fokusering må forventes at øge grundlaget for rekruttering af borgere til MpR og en mere udbredt praksis med henvisning til MpR – bl.a. via de alment praktiserende læger. Det er således oplagt, at de alment praktiserende læger i endnu højere grad spørger til borgerens fysisk aktivitetsvaner og overvejer fysisk aktivitet som behandlingsmulighed. En intensiveret lægelig indsats kan eksempelvis fremmes ved målrettet informationsmateriale til og kortere kursusforløb for de alment praktiserende læger og deres personale, så de får kendskab til MpR som et reelt behandlingstilbud. I denne sammenhæng bør målgruppen for MpR defineres og afgrænses, og der bør anvendes klare og entydige inklusions- og eksklusionskriterier.

I forhold til organiseringen af MpR er der mulighed for at indgå aftaler med større frivillige idrætsforeninger og sundhedscentre eller motionscentre om at etablere tilbud til borgere, der kan have gavn af MpR. I den forbindelse kan det være en fordel at inddrage de sundhedsprofessionelle fra f.eks. sundhedscentre til at udarbejde faste forløb med en kontinuerlig dataindsamling om deltagerens helbred. Måske er det ligefrem muligt at organisere forløb, hvor sundhedscentre fagligt involveres i de frivillige idrætsforeningernes og motionscentrenes aktiviteter.

Det ville også være muligt at anvende de lokale sundhedsaftaler som rammesættende for organiseringen af fremtidige MpR-forløb. I så fald ville der sættes fokus på, hvordan fysisk aktivitet kan fremmes som en del af hverdagslivet blandt udvalgte befolkningsgrupper - herunder eks. ældre og sindslidende.

## 7.2 Patientperspektivet i Motion på Recept

Mange individuelle faktorer ligger til grund for deltagelse i et MpR-forløb. De individpsykologiske faktorer som ændringsparathed, tro på succes og beslutningsbalance lader imidlertid ikke til at have afgørende betydning for, om MpR-deltagerne fastholder en fysisk aktiv livsstil.

Livsstilsrelaterede sygdomme er en af de afgørende barrierer for, om deltagerne ændrer adfærd mod en mere fysisk aktiv livsstil. Fremtidige MpR-indsatser kan derfor med fordel i højere grad inddrage overvejelser om barrierer og forudsætninger for livsstilsændring. I relation til fastholdelsesproblematikken er faktorer som interesse i og motivation for fysisk aktivitet af stor betydning. Fremtidige MpR-indsatser bør have et stærkt fokus på deltagernes interesse i og motivation for fysisk aktivitet fra starten af forløbet og løbende søge at fremme og fastholde deltagernes motivation. Også muligheden for tidsmæssig fleksibilitet bør overvejes, så deltagernes ønske om at kunne passe indsatsen ind i hverdagen kan imødekommes.

Denne resultatopsamling understreger, at deltagerens personlige og sociale relationer til sundhedsprofessionelle, nærmeste familie og venner og de øvrige MpR-deltagere har stor indflydelse på fastholdelsen i en fysisk aktiv livsstil. Derfor er det nødvendigt at være opmærksom på disse relationers muligheder for at påvirke individets ændringsproces og sikre facilitering af hensigtsmæssige gruppeprocesser i træningsfællesskabet. Øget fokus på relationernes indflydelse på overgangen fra det strukturerede MpR-forløb til egen træning kan bidrage til bedre fastholdelse.

Det er således vigtigt, at der i fremtidige MpR-forløb anlægges et bredere perspektiv på individets adfærdsændring, hvor vedkommendes interaktion og kommunikation med omgivelserne står centralt.

## 7.3 Sundhedseffekter af Motion på Recept

Deltagerne, der har gennemført hele MpR-forløb, rapporterer selv en fremgang i daglig fysisk aktivitet. I flere evalueringer rapporteres også om markante forbedringer i kondition under selve interventionen. Et dansk randomiseret studie peger dog på, at deltagere, der alene får tilbudt motiverende samtale, opnår stort set samme forbedring i kondition som deltagere, der får tilbudt både motiverende samtale og træning. Dette studie skal tolkes med nogen forsigtighed grundet metodiske svagheder. Det randomiserede studie kan imidlertid bruges til at minde om, at det er vigtigt fortsat at arbejde med form og indhold i MpR for at sikre deltagere den optimale effekt af indsatsen.

De gennemførte evalueringer har observeret positive ændringer i deltagernes BMI, kropsvægt og fedtprocent under MpR-interventionen. I de evalueringer, hvor der er målt blodtryk, er der observeret forbedringer i både systolisk og diastolisk blodtryk. Ligeledes er der blevet observeret et forbedret blodlipidniveau såvel som forbedret fastblodsukker. Samlet reducerer disse forbedringer deltagernes risiko for livsstilsrelaterede sygdomme.

De helbredsmæssige forbedringer illustrerer MpR's potentiale som et sekundært forebyggelsestiltag. På den anden side understreger denne resultatopsamling, at forbedringerne primært observeres under eller umiddelbart efter MpR-interventionen hos dem der gennemfører, mens det er usikkert, i hvilket omfang forbedringerne fastholdes på længere sigt. Der er således et behov for evalueringer, der observerer opnåede ændringer

i et længere tidsperspektiv efter selve interventionen, og som også vurderer deltagernes fastholdelse i en fysisk aktiv livsstil.

## 7.4 Økonomiske forhold ved Motion på Recept

MpR er et forholdsvist billigt tilbud, som i mange tilfælde vil kunne indpasses i kommunernes eksisterende udbud og udgøre et relevant tilbud til udvalgte borgere. I hvilken udstrækning og til hvilke målgrupper MpR skal tilbydes, bør dog afvejes i forhold til de forventede effekter.

Der er ret begrænset viden om omkostningseffektiviteten af MpR – altså vurderinger af forholdet mellem indsatsens omkostninger og dens potentielle effekt. Mange faktorer kan påvirke omkostningseffektiviteten af MpR-tilbud, heriblandt antallet af forventede deltagere i forløbet, krav til uddannelse af sundhedspersonale, andelen af deltagere, som gennemfører forløbet, varigheden og indsatsen af forløbet samt hvor mange deltagere, der fortsætter med at være fysisk aktive efter afslutningen af MpR. De største sundhedsmæssige gevinster ved MpR opstår, når deltagerne har ændret livsstil og i længere tid fastholder en øget grad af fysisk aktivitet. De deltagere, som falder fra i løbet af træningsforløbet, forventes kun at have opnået meget få sundhedsmæssige gevinster, fordi det ikke er lykkedes for dem at ændre adfærd i forhold til fysisk aktivitet.

Valide evalueringer af omkostningseffektiviteten ved MpR, hvor så mange som muligt deltager i de opfølgende dataindsamlinger, er nødvendige for at opnå et evidensbaseret beslutningsgrundlag.

De eksisterende resultater viser, at den typiske MpR-model tilsyneladende resulterer i relativt få helbredsmæssige gevinster, bl.a. fordi en stor del af de deltagere, som påbegynder MpR, falder fra undervejs i forløbet og derfor ikke opnår en langsigtet livsstilsændring med øget fysisk aktivitet. Beregninger viser, at forholdsvist billige indsatser, der kun skaber en beskeden effekt, ofte har en forholdsvist dårlig omkostningseffektivitet, dvs., at omkostningerne pr. person, der er fysisk aktiv efter 12 måneder, eller omkostningerne pr. QALY er relativt høje.

Da tilvalget af MpR-indsatser som udgangspunkt må ske ud fra en vurdering af, hvilke indsatser der giver mest (helbreds)værdi for pengene, er det relevant at sammenligne omkostningseffektiviteten af MpR for forskellige målgrupper. Målgrupperne kan f.eks. defineres i forhold til risikofaktorer, motivation og omstillingsparathed, tidligere motionserfaringer m.m. MpR-indsatser kan også sammenlignes i forhold til andre fo-rebyggende indsatser som f.eks. rygestopprogrammer, spis sundt-kampagner m.m.

Under en række antagelser tyder det på, at MpR sammenlignet med motionsvejledning i en regnemodel af omkostningseffektivitet, ikke giver tilstrækkelige resultater for pengene. Dette afhænger blandt andet af, hvordan en QALY værdisættes. Det kan skyldes, at motionsvejledning er billigere og samtidig kan resultere i nogenlunde samme resultater som MpR, under hensyntagen til de nævnte antagelser om bl.a. antal deltagere, der gennemfører. Det taler for, at kommunerne eksperimenterer med alternative metoder til at tilskynde til og fastholde borgere i en fysisk aktiv livsstil, herunder at kommunerne afprøver forskellige modellers indhold og organisering, og at sådanne forsøg har et struktureret og solidt design med klare inklusions- og eksklusionskriterier.

## 7.5 Kritisk distance

Det er vigtigt at bevare en kritisk distance til resultaterne i de eksisterende evalueringer. Resultaterne kan være behæftet med bias eller fejl på grund af et stort frafald af deltagere samt manglende kontrolgrupper. En metode til at minimere fejlkilder i en fremtidig evaluering og opnå mere præcise resultater kan være at påvirke til en større gennemførelsesprocent og sikre, at fremtidige evalueringer af lignende forløb er baseret på

kontrollerede design. I fremtidige evalueringer vil det også være relevant at diskutere anvendeligheden og nøjagtigheden af de anvendte spørgeskemaer og at diskutere, om andre evalueringsmetoder (eksempelvis kvalitative) vil kunne bidrage med ny relevant viden.

Hvis kommunerne skal have en reel mulighed for at vurdere, om de ressourcer, der anvendes til indsatser, der har til hensigt at fremme borgernes fysiske aktivitet, er der behov for at videreudvikle indholdet og ikke mindst evaluere dette. Typisk har evaluering af forebyggelsesinterventioner til formål at 1) bedømme indsatsens effekt, 2) løbende bidrage med bearbejdet information, der kan udvikle indsatsen, og 3) frembringe ny viden om virkningsfulde og bæredygtige måder at gennemføre bestemte indsatser på. Evaluering af forebyggelsesinterventioner består derfor ofte af en systematisk vurdering af *proces*, *præstation* og *effekt* i forhold til en given indsats. *Procesevaluering* har til formål at beskrive og vurdere igangsatte initiativers implementering. Her sættes der altså bl.a. fokus på, hvordan indsatsen tilrettelægges og detailplanlægges, og hvordan igangsatte projekter styres, bemandes og administreres. Sammen med målinger af præstationer er procesevalueringen endvidere central i belysningen af selve indsatskomponenten – eksempelvis MpR-forløb. *Præstationsevaluering* søger at afdække det, som konkret kommer ud af den igangsatte indsats – eksempelvis målt ved systematisk registrering af antal deltagere, deres fastholdelse og/eller tilfredshed med bestemte ydelser, initiativer og aktiviteter. Først når mere langsigtede virkninger i forhold til slutbrugeren vurderes, er der tale om egentlig effektevaluering. *Effektevaluering* knytter sig generelt til, hvilket udbytte slutbrugeren (eksempelvis diabetes 2-patienten) har af indsatsen (eksempelvis specialtilrettelagte fysiske aktiviteter i kombination med samtaleforløb med fokus på at styrke patientens tro på succes – herunder evnen til at komme i gang med at være fysisk aktiv).

Resultatopsamlingen beskriver en række sundhedsparametre, hvor der er registreret positive forbedringer under selve MpR-interventionen. Imidlertid forekommer der et højt frafald i alle evalueringer af danske MpR-forløb. De deltagere, der gennemfører MpR, er således en selekteret gruppe (som f.eks. har et bedre helbred ved henvisningen end dem, der ikke gennemfører MpR-forløbet). Det er derfor ikke overraskende, at de deltagere, der gennemfører MpR, har et bedre helbred end dem, der falder fra.

Det skal understreges, at kun ganske få danske evalueringer har fokuseret på organiseringen af MpR. Grundlaget for at anbefale fremtidige initiativer og udvikle MpR hviler derfor på et forholdsvist begrænset erfaringsgrundlag. Der er fortsat behov for udvikling af MpR-konceptet både indholdsmæssigt og organisatorisk og et stort behov for at opbygge og udvikle viden om forventede og opnåede effekter af MpR.

I det perspektiv indeholder MpR, som et kommunalt sundhedsfremmende og forebyggende tiltag, et stort uudnyttet potentiale. Der er dog behov for fortsat udvikling i forhold til inklusions- og eksklusionskriterier, indhold, struktur og organisering for at sikre, at tilbuddet gives til de borgere, som har størst udbytte af det.

# Bilag

## Bilag 1

### Projektgruppen

Sundhedsstyrelsen har udpeget og etableret projektgruppen på baggrund af medlemmernes faglige kompetencer inden for emnet. Desuden repræsenterer medlemmerne flere af de forskellige faglige miljøer, der er i berøring med MpR. Ud over at deltage i møder har projektgruppens opgaver været at bidrage med udkast til resultatopsamlingens kapitler og foretage en samlet revision af denne.

Projektgruppen har afholdt 5 møder i Sundhedsstyrelsen og på Syddansk Universitet i perioden 1. januar 2009 til 12. januar 2010.

Projektgruppen har bestået af følgende medlemmer:

- Studieleder, cand.scient., ph.d.-studerende Thomas Viskum Gjelstrup Bredahl, Syddansk Universitet
- Konsulent, cand.scient. Arne Gårn, Region Syddanmark
- Chefkonsulent, cand.scient., ph.d. Lis Puggaard, COWI
- Lektor, cand.scient., ph.d. Thomas Skovgaard, Syddansk Universitet
- Sundhedskonsulent, cand.scient., ph.d. Jes Bak Sørensen, Århus Kommune og Sund By Netværket
- Professor, cand.polit. Jan Sørensen, CAST, Syddansk Universitet
- Akademisk medarbejder, cand.scient. Tue Kristensen, Sundhedsstyrelsen
- Akademisk medarbejder, cand.scient. Peter Gjerndrup Aagaard, Sundhedsstyrelsen.

Projektgruppens habilitetserklæringer er tilgængelige på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

## Bilag 2

### Oversigt over peer-review-personer

Sundhedsstyrelsen har foretaget den endelig gennemskrivning af rapporten, der har gennemgået peer-review, bl.a. med det formål at sikre indholdets faktuelle korrekthed, herunder at sikre, at relevante resultater er medtaget i de respektive kapitler, og identificere væsentlige mangler. Derudover har nedenstående personer bidraget med kommentarer til det fremstillings- og præsentationsmæssige såvel som en vurdering af rapportens anvendelsesmuligheder i praksis i forhold til det skitserede formål. Følgende personer har bidraget med peer-review:

- Forsknings- og centerleder, professor, cand.mag., ph.d. Bjarne Ibsen, Syddansk Universitet
- Gästlärare, Msc. ph.d. Lena V. Kallings, Uppsala Universitetet og Karolinska Institutet, Sverige
- Overlæge, professor Bente Klarlund Pedersen, Rigshospitalet
- Professor, cand.oecon. Kjeld Møller Pedersen, Syddansk Universitet
- Speciallæge, lektor, ph.d. Anelli Sandbæk, Aarhus Universitet.



Bilag 3  
Oversigtstabel over danske MpR evalueringer

Projekt	Målgruppe	Type af intervention	Primære udbyder	Antal deltagere	Deltager profil	Frafald
<b>1) Frederiksberg Kommune</b> Ekstern evaluering af Thomas Gjelstrup Bredahl, SDU (2007).  Motion på Recept (MpR)  Motionsrådgivning (MR)	MpR: Bosiddende i Frederiksberg Kommune Forhøjet blodtryk/kolesterol BMI 30-35 Hjertesygdom Type 2 diabetes + forstadier hertil Fysisk inaktive < 30 min/dag 750 kr. egenbetaling	MpR: Henvi sning til MpR fra praktiserende læge. Indledende samtale. Træningsforløb 4 mdr. Selvstændigt egenbetalt aktivitet i eksisterende idræts-tilbud på egen hånd.	MpR: Motionsrådgiver. Træning i gymnastiksal i 4 mdr.	MpR: 249	MpR: 41 % mænd 59 % kvinder 60 år Overvægtige Dårlig fysisk form	MpR frafald: 57 %
	MR: Bosiddende i Frederiksberg Kommune Fysisk inaktive < 30 min/dag Gratis.	MR: Rådgivning og motive-rende vejledning til selv at finde velegnet egenbetalt motionsform. Opfordring fra egen læge eller eget initiativ.	MR: Motionsrådgiver. Ingen træning kun råd-givning i 4 mdrs. for-løb.	MR: 236	MR: 30 % mænd. 70 % kvinder. 61år Overvægtige Dårlig fysisk form	MR frafald: 53 %
<b>2) Nordjylland</b> Ekstern evaluering af Thomas Gjelstrup Bredahl, SDU (2007).  Motion på Recept (MpR)  Motion på Recept Light (MpRL)	MpR: Type 2 diabetes Fysisk inaktive < 30 min/dag BMI under 35 Begrænset egenbetaling.	MpR: Henvi ses fra egen læge-Indledende motiverende sam-tale med fysioterapeut. 4 mdr. intensivt struktureret træningsforløb. Motiverende samtale hos fy-sioterapeut til selvstændig egenbetalt træning i eksiste-rende idrætstilbud.	MpR: Fysioterapeuter	MpR+MpRL: 800-900 deltage-re i evaluerings-perioden	MpR+MpRL: 45 % mænd 55 % kvinder 62 år Dårlig sundhedstil-stand, overvægtige, dår-lig fysisk form (selv-vurderet), lavt fysisk aktivitetsniveau.	MpR+MpRL: Frafald på 66 % fra start til 16 mdr. efter
	MpRL: Raske borgere med risiko for at udvikle livsstils-relaterede lidelser pga. fysisk inaktivitet < 30 min/dag Gratis.	MpRL: Fokus på motiverende og rådgivende indsats via mo-tionsrådgiver, finde velegnet egenbetalt motionstilbud. Henvendelse på eget initiativ eller opfordring fra læge.				

Projekt	Målgruppe	Type af intervention	Primære udbydere	Antal deltagere	Deltager profil	Frafald
<b>3) Region Syddanmark/ Fyns Amt</b> Ekstern evaluering af Thomas Gjelstrup Bredahl, SDU (2007).  Motion på Recept (MpR)  Motion I Håndkøb (MIH)	MpR: Type 2 diabetes, insulinresistens, dyslipidæmi, hypertension, iskæmisk hjertesygdom, hjertesvigt, claudicatio intermitens, let og moderat depression. Fysisk inaktive < 30 min/dag BMI under 35 Egenbetaling.	MpR: Henvises fra egen læge. Indledende motiverende samtale med motionsvejleder. 4 mdr. superviseret, intensivt struktureret træningsforløb. Motiverende samtale hos motionsvejleder til motion på egen hånd eller egenbetalt træning i eksisterende idræts-tilbud.	MpR: Motionsvejleder (fysioterapeutklinikker eller træningscentre)	MpR: 366	MpR: 34 % mænd 66 % kvinder 54 år. BMI: 32	MpR frafald: 53 %
	MIH: Raske og borgere med diagnoser, der er i risiko for at udvikle livsstilsrelaterede lidelser pga. inaktivitet.	MIH: Fokus på motiverende og rådgivende indsats via motionsvejleder, finde velegnet egenbetalt motionstilbud eller motion på egen hånd. Henvendelse på eget initiativ eller opfordring fra læge. Vejlederen er ansvarlig for inklusionen i MIH.		MIH: 719	MIH: 18 % mænd 82 % kvinder 49 år BMI: 32	MIH frafald: 47 %
<b>4) Frederiksborg Amt</b> Statusrapport af Henry Jensen, Mona-Lene Kjærgaard og Mette Mohr (2006).  Motion på Recept (MpR)	MpR: Livsstilssygdomme. overvægtige med forhøjet blodtryk, kolesterol eller type 2 diabetes. Egenbetaling 750 kr.	MpR i 9 mdr.: 3 mdr. med 2 gange træning hos fysioterapeut (2 gange/uge á 60 min. + selvstændig træning 1 gang/uge) herefter 6 mdr. træning på egen hånd. Risikoprofil hos egen læge ved start og efter 3 mdr. Afsluttende samtale med læge og fysioterapeut efter 9. mdr. Vurdering fra egen læge på baggrund af blodprøver og motivation og inklusionskriterier afgør henvisning.	MpR: Fysioterapeut udarbejder sundhedsprofil og motiverende samtale og i fællesskab med PT laver træningsplan	MpR: 234  Evaluering baseret på 217 deltagere	43 % mænd (54 år) 57 % kvinder (55 år) BMI mænd: 31 BMI kvinder: 34  Konditionstal mænd: 25,7 mlO <sub>2</sub> /(kg*min)  Konditionstal kvinder: 24,5 mlO <sub>2</sub> /(kg*min)	Efter 3 mdr. træning. 89,6 % (gennemfører)  84,7 % mødte op til sundhedsprofil efter 9 mdr.  29,1 % mødte op til kontrolmåling hos egen læge efter 3 mdr. Af disse mødte 34,1 % op ved 9 mdr. kontrol.

Projekt	Målgruppe	Type af intervention	Primære udbydere	Antal deltagere	Deltager profil	Frafald
<p><b>5) Ribe Amt</b> Status rapport af Henry Jensen, Rolf Jakobsen, Lis Puggaard og Jes Bak Sørensens (2006)</p> <p>Motion på Recept (MpR)</p>	<p>MpR: Fysisk inaktive patienter med livsstilssygdomme eller øget risiko for livsstilssygdomme.</p>	<p>MpR: Praktiserende læge henviser til MpR. Fysioterapeut afvikler motiverende samtale og hjælp til at implementere FA i hverdagen (ved start, efter 2, 4 og 7 mdr.). Træning i 7 mdr.: 2 mdr. med 2 gange træning/uge, 2 mdr. med 1 gang træning/uge.</p>	8 fysioterapeutklinikker	<p>Deltagere: 340</p> <p>Frafald og dårlige målinger, derfor 306 i analysen.</p>	<p>33 % mænd (56 år) 67 % kvinder (51 år)</p>	<p>Gennemførelsesprocenten er på 71,2 % efter 4 mdr. og 52,2 % efter 7 mdr. Ingen forskel mellem køn.</p>
<p><b>6) Vestsjællands Amt</b> Projektrapport af Kaya Roessler, Pernille Vibe Rasmussen, Ragnhild Lindsø og Lene Mandrup Thomsen (2006)</p> <p>Motion på Recept (MpR)</p>	<p>MpR: Patienter med diagnosticeret slidgigt, erhvervsduelige, vurderet at ville få det bedre af 30 min daglig fysisk aktivitet, motiverede og egenbetaling på 1000 kr.</p>	<p>Henvendelse på eget (66 %) eller praktiserende læges initiativ (44 %). Læge ordinerer enten direkte henvisning til motionstilbud eller støttes i at komme i gang til en motionsklinik. Sundhedsprofil sammen med fysioterapeut. Individuel vejledning om motionstype. Henvisning til eksisterende tilbud eller støtte i motionsværksted (guidet gennem 3 mdr. forløb – holdtræning 2 gange/uge) Motionsplan udarbejdet som blev taget med videre til de eksisterende tilbud.</p>	3 motionsklinikker	<p>Deltagere: 59</p> <p>48 deltagere gennemførte det fulde forløb</p>	<p>79 % kvinder 21 % mænd 52 år</p> <p>95 % havde erfaring med idræt fra tidligere</p>	<p>Frafald på 19 %</p>

Projekt	Målgruppe	Type af intervention	Primære udbydere	Antal deltagere	Deltager profil	Frafald
<b>7) Københavns Kommune</b> Ekstern evaluering af Kaya Roessler, Bjarne Ibsen, Bengt Saltin og Jan Sørensen (2007) Motion og Kost på Recept (MKpR)	De fleste deltagere har diagnosen type 2 diabetes og/eller forhøjet blodtryk og/eller kolesterol. 12 % har alle 2 diagnoser.  Max BMI: < 35	Læge henviser.  Træner 2 mdr. 2 gange/uge og 2 mdr. 1 gang/uge  6-8 samtaler med diætist	5 fysioterapeutklinikker i Kbh.	1900 patienter  Heraf indgår 1156 i evalueringen. 17 % melder sig ud af MKpR.	67 % kvinder 33 % mænd  3/4 er over 50 år	Mere en 70 % gennemfører de 4 mdr. træning og kostvejledning og møder op til den afsluttende samtale.  2 mdr. efter MKpR møder 54 % op og efter yderligere 6 mdr. møder 44 % op.
<b>8) Vestsjællands Amt, Storstrøms Amt og Slagelse Kommune</b> MPH-afhandling af Helene Buch Pedersen og Morten Helmer (2008)  Motion på Recept (MpR)	Patienter med metabolisk syndrom  Egenbetaling på 1000 kr.	Træning 2-3 gange pr. uge de første 3 mdr. Herefter gradvis reduktion og overgang til selvtræning.	Fysioterapeuter	1152 fik tilsendt spørgeskema – 869 returnerede (78 %)  15 udgik af analysen.	31 % mænd 69 % kvinder  59 år	18,4 % frafaldt efter MpR-forløb
<b>10) Århus Amt</b> Intern evaluering af Ulrik Balle og Brian Krogh Lassen (2005)  Motion på opfordring	1) Fysisk inaktive personer uden decideret sygdomsdiagnose, men som vurderes at have risiko for at udvikle en sygdomsdiagnose. 2) Personer med en veldiagnosticeret livsstilssygdom, hvor forværring kan forebygges via motion	Sundhedsfagligt personale opfordrer patienter til at påbegynde motion, materiale om lokale motionsmuligheder.	Sygeplejersker og fysioterapeuter (enkelte diætister) opfordrede til motionstilbud i 31 foreninger.	308 personer blev opfordret til motion.	Ingen data.	15 personer henvendte sig med henblik på at påbegynde motion. 7 af disse påbegyndte motion i et af motionstilbuddene. Ved projektets afslutning var 6 af disse fortsat aktive.
<b>11) Bornholms Amt</b> Afslutningsrapport af Elise Ibsen (2004)  Motion på Recept (MpR)	Lang række diagnoser (16 forskellige - se evaluering for detaljer). Overvægt og type 2 diabetes samt lettere depression var hyppigst forekommende. Ingen brugerbetaling.	Introduktionsforløb bestående 2 gange ugentlig holdtræning. Dertil samtaler med 'fysioterapeuter', kostvejledning, foredrag og udarbejdelse af sundhedsprofiler.	'Fysioterapeuter' (idrætsuddannede fra universitetet) og udvalgte lokale idrætsforeninger	40 indskrevet hos 'Fysioteket'	Ingen data.	28 personer har besvaret helseprofilen før og efter forløbet.

Projekt	Målgruppe	Type af intervention	Primære udbydere	Antal deltagere	Deltager profil	Frafald
<p><b>12) The effect of intervention with 'Exercise on Prescription' on physical activity, fitness and health in sedentary patients with lifestyle diseases.</b></p> <p>Ph.d. afhandling af Jes Bak Sørensen (2008)</p> <p>MpR-deltagere fra Vejle og Ribe Amt.</p>	<p>Fysisk inaktive patienter med eller øget risiko for at udvikle livsstilssygdomme, der var motiverede for livsstilsændring, vurderet at kunne forbedre deres helbred af alment praktiserende læge og indstillede på egenbetaling på 750 kr.</p>	<p>Deltagere randomiseret til 2 grupper (<i>høj-</i> og <i>lav-intensiv</i>), der begge modtog 4 motiverende samtaler og sundhedsprofiler. Den <i>høj-intensive</i> gruppe modtog yderligere 4 mdr. superviseret holdtræning (2 mdr. med 2 gange træning/uge, 2 mdr. med 1 gang træning/uge, total 24 træningspas) samt yderligere sundhedsprofiler og motiverende samtaler efter 2 og 7 mdr.</p>	<p>Fysioterapeuter fordelt på 9 forskellige klinikker i Vejle- og Ribe Amter.</p>	<p><i>Høj-intensiv</i> gruppe: 28</p> <p><i>Lav-intensiv</i> gruppe: 24</p>	<p><i>Høj-intensiv</i> gruppe: 43 % mænd. 57 % kvinder BMI: 32 Konditionstal: 21,5 mlO<sub>2</sub>/(kg*min)</p> <p><i>Lav-intensiv</i> gruppe: 27 % mænd 63 % kvinder BMI: 30 Konditionstal: 21,1 mlO<sub>2</sub>/(kg*min)</p>	<p><i>Høj-intensiv</i> gruppe: Deltagerne mødte gennemsnitligt op til 18 af de 24 træningspas. Deltagere ved 4 mdr.: 19 Deltagere ved 10 mdr.: 21</p> <p><i>Lav-intensiv</i> gruppe: Deltagere ved 4 mdr.: 19 Deltagere ved 10 mdr.: 21</p>
<p><b>13) Ballerup Kommune</b> Intern procesevaluering af Maria W. Petersen, Louise K. Schytte og Sofie Boserup (2009).</p> <p>Motion på Recept</p>	<p>Fysisk inaktive patienter med eller øget risiko for at udvikle type 2 diabetes, forhøjet blodtryk eller forhøjet kolesterol.</p>	<p>Henvises fra egen læge. 4 mdr. superviseret, struktureret træningsforløb (2 timer holdtræning og 1 time individuel træning på eget initiativ pr. uge). Individuelle livsstilssamtaler (herunder sundhedsprofiler). Efter MpR-forløb fortsætter deltageren selv træningen. Deltagerne modtager gruppebaseret kostvejledning.</p> <p>Opfølgende samtaler efter 6- og 12 mdr. inkl. konditionstest. Samtale hos motionsvejleder til motion på egen hånd eller egenbetalt træning i eksisterende idrætstilbud.</p>	<p>Fysioterapeuter i en klinik (herunder en enkelt med funktion som motionsvejleder)</p>	<p>43 MpR-deltagere. 16 af disse deltagere indgår i evalueringen.</p>	<p>50 % mænd 50 % kvinder</p> <p>57 år</p> <p>Generelt lavt konditionstal, høj kropsvægt og højt taljemål. Alle deltagere havde enten forhøjet blodtryk, forhøjet kolesterol eller type 2 diabetes (enkelte havde kombination af flere diagnoser)</p>	<p>5 ud af de 16 deltagere, der indgår i evalueringen falder fra.</p>