

Midtvejsrapport for evalueringen af Motion og Kost på Recept

april 2004 – december 2005



MOTION OG KOST *-på recept*

Kaya Roessler og Bjarne Ibsen
Center for forskning i Idræt, Sundhed og Civilsamfund
Syddansk Universitet
Februar 2006

Indholdsfortegnelse

Resumé	4
1. Indledning	8
2. Metoder	9
Data fra lægen, der henviser patienter til Motion og kost på recept	9
Data fra fysioterapi-klinikken	9
Oplysninger fra centrale registre om medicinindkøb, indlæggelser mv.	10
Data fra den kvantitative undersøgelse	10
Data fra den kvalitative undersøgelse	12
Problemer og usikkerheder ved de anvendte metoder	15
3. Gennemførelse og frafald	18
Patienter der er begyndt i Motion og Kost på Recept	18
Patienter der har gennemført træningen og kostvejledningen	19
Patienternes diagnoser	27
Patienternes helbredstilstand før påbegyndelsen af træningen og kostvejledningen	28
Patienternes fysiske aktivitetsniveau	30
Frafald og barrierer	31
4. Effekten af Motion og Kost på Recept	36
Patienternes egen vurdering	36
Ændring i motions- og kostvaner	40
Behandlingens kliniske effekt	47
<i>Konditallet</i>	48
<i>Vægt</i>	51
<i>BMI</i>	52
<i>Taljemål</i>	53
<i>Systolisk blodtryk</i>	54
<i>Diastolisk blodtryk</i>	55
<i>Glykeret hæmoglobin</i>	56
<i>Totalkolesterol</i>	58
<i>HDL-kolesterol</i>	59
<i>LDL kolesterol</i>	60
<i>Triglycerider</i>	61
<i>Fasteglukose</i>	62
Forbedring på flere parametre	63
Analyse af patientgrupper	65
Opsummering og vurdering af de kliniske effekter	68
Vurdering af de kliniske effekter	69
<i>Blodtryk</i>	69
<i>Blodlipider</i>	70
<i>Insulinresistens</i>	71
<i>Betydning af forandringer i kondition og kropsstørrelse</i>	72

5. Den kvalitative undersøgelse af læger, fysioterapeuter og diætister	74
Evaluering af lægerne.....	74
Evaluering af diætisterne.....	81
Evaluering af fysioterapeuterne	86
Konklusion.....	98
6. Sammenfatning og vurdering	99

Resumé

Evalueringen af Motion og Kost på Recept varetages af Kaya Roessler og Bjarne Ibsen, Center for forskning i Idræt, Sundhed og Civilsamfund på Syddansk Universitet under medarbejde af Marie Overbye og i samarbejde med Bengt Saltin, Rigshospitalet og Folkesundhed København.

Formålet med evalueringen er,

- at dokumentere om projektet virker tilfredsstillende rent fagligt (kvalitetssikring),
- at vurdere om der opnås en længerevarende ændring af patienternes livsstil inden for kost og motion inden for et år, og belyse hvilke faktorer der har betydning for, om patienten kommer i gang med motion i fritiden og fortsætter efter endt behandlingsforløb, samt
- at belyse tilbuddets sundhedsøkonomi.

Evalueringen bygger på forskellige data og kilder:

- Data fra lægen, der henviser patienter til Motion og Kost på Recept (bl.a. diagnose og blodtryk).
- Data fra fysioterapi-klinikken, hvor patienten træner og modtager kostvejledning (bl.a. kondital og vægt).
- Data fra patienterne, som besvarer tre spørgeskemaer. Det første skema besvares ved påbegyndelsen af træningen, det andet skema efter endt træning, og det tredje skema besvares ca. 8 måneder efter endt træning.
- 90 interviews med 30 patienter (ved påbegyndelsen, efter endt træning og 8 måneder senere) samt 10 interviews med læger og fokusinterviews med fysioterapeuter og diætister.

Alle data og svar på spørgsmål i de tre spørgeskemaer er indtastet i én samlet database. Første statusrapport forelå den 20. januar 2005.

Midtvejsrapporten for evalueringen af Motion og Kost på Recept i Københavns Kommune bygger på 1228 patienter, som primo december 2005 var begyndt i projektet. Af disse har 1082 patienter givet deres samtykke til at deltage i evalueringen.

Siden projektets påbegyndelse er antallet af patienter, som hver måned begynder med træning og kostvejledning i projektet, faldet. I de første fire måneder begyndte 301 patienter på behandlingen, og dette niveau blev fastholdt i de efterfølgende fire måneder, men derpå er antallet faldet til lidt over halvt så mange for perioden fra april 2005 til medio august 2005. Efterfølgende er antallet dog gået lidt op igen.

Analysen viser, at patienternes fordeling på køn, alder og diagnoser ikke har ændret sig siden projektets påbegyndelse. To tredjedel er kvinder, og godt 40 pct. er over 60 år gammel. Sammenlignet med hele befolkningen i Københavns Kommune har patienterne det samme uddannelsesniveau i 40-60 års alderen og et lidt højere uddannelsesniveau i aldersgruppen 60 til 66 år. 94 pct. af patienterne er danskfødt.

Efter fire måneders behandling

- er patienternes medicinforbrug reduceret hos 15 % af patienterne,
- har patienterne i gennemsnit et vægttab på 3,3 kg,
- er konditallet i gennemsnit forbedret med 17 pct. fra første til sidste test,
- er det systoliske blodtryk faldet med i gennemsnit 5 mm HG og det diastoliske med 3,3 mm HG,
- og over halvdelen har oplevet en forbedring i 'selvvurderet helbred'.

To måneder efter endt behandling har patienterne i gennemsnit fastholdt det niveau, som de havde opnået efter 4 måneders træning og kostvejledning.

To tredjedel af patienterne har forbedret deres kliniske værdier i væsentlig grad på mindst ét af de undersøgte parametre.

Afgrænses analysen til den del af patienterne, som ved den første måling / test havde en værdi på den pågældende parameter, der var dårligere end det 'normale', viser analysen en betydelig større forbedring. MKpR har således størst effekt på de dårligste patienter.

En analyse af ovenstående forbedringer peger på, at der er opnået en betydelig sundhedsgevinst.

Sammenholdes blodtryks resultaterne fra MKpR med litteraturen ses, at den i projektet opnåede reduktion i blodtryk medfører en reduceret risiko på 30 – 40 pct. for slagtilfælde, som fører til død, og på 20 – 30 pct. for akut hjertestop. Det skal også nævnes, at den ovenfor rapporterede effekt af træning på moderat højt blodtryk er i samme størrelsesorden, som kan opnås med terapi med farmaka.

Som for blodtryks vedkommende findes der i litteraturen også oversigter over blodlipider, der kan give en idé om, dels hvorvidt de i projektet noterede forandringer er det 'forventede' og dels om, hvorvidt de kan medføre en reduceret risiko for iskæmisk hjertesygdom. Med de i dette projekt opnåede forbedringer i blodlipidprofil kan effekten, hvad angår risikoreduktion for iskæmisk hjertesygdom, beregnes til at medføre en ca. 30 pct. formindsket risiko for at dø af et hjertetilfælde.

De konditionsforbedringer, der blev opnået i løbet af de første 4 måneder og opretholdt frem til undersøgelsen 12 måneder efter at patienten påbegyndte træning og kostvejledning, er af betydning ud fra et sundhedsperspektiv. Baseret på nyligt publicerede data fra en undersøgelse af kondition og risiko for død pga. hjertesygdom, er den beregnede risikoreduktion i størrelsesordenen 30 – 40 pct. som følge af den i dette projekt opnåede forbedring.

Efter endt træning i Motion og Kost på Recept er patienterne blevet meget mere aktive. Tre ud af fire motionerer udelukkende alene, mens resten motionerer sammen med andre. Den mest almindelige form for motion og fysisk aktivitet er 'rask gang'. Dernæst kommer 'cykling' og havearbejde.

Patienterne har store forventninger om at tabe sig og opnå et bedre helbred. Ni ud af ti forventer at tabe sig gennem Motion og Kost på Recept, og hver tredje forventer, at de får et bedre helbred. Dernæst er der forventninger om at få ændret motionsvaner og kostvaner og få mere viden om sund

kost. Det er ca. halvdelen af patienternes forskellige forventninger, der er blevet opfyldt, bortset fra 'ændrede motionsvaner', hvor tre fjerdedele har fået opfyldt deres forventninger.

En vigtig del af evalueringen er at forklare, hvorfor nogle patienter falder fra, mens andre fortsætter. Barrierer for fysisk aktivitet er relateret til individuelle og arbejdsrelaterede faktorer (fx sent arbejde), personlighedsrelaterede faktorer (fx magelighed), sygdomsrelaterede faktorer (fx smerter efter fald) og sociale faktorer (fx børn i huset, manglende partneropbakning).

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

Patienternes svar viser, at der er grundlæggende tilfredshed med fysioterapeuternes og diætisternes arbejde i Motion og Kost på Recept. Generelt synes fysioterapeuten at have spillet den største rolle for patienterne.

1. Indledning

Midtvejsrapporten er udarbejdet 19 måneder efter, at Motion og Kost på Recept første gang blev tilbudt. Datagrundlaget for denne rapport er 1228 patienter, der primo december 2005 var påbegyndt træning og vejledning på en af klinikkerne. Af disse patienter har 1082, svarende til 88 pct., givet samtykke til at være med i evalueringen.

Rapporten indeholder følgende:

- En redegørelse for evalueringens metoder. I dette afsnit er der gjort rede for de metoder, der benyttes i evalueringen og fordele og begrænsninger derved diskuteres.
- En analyse af udviklingen i patientgruppen. I dette afsnit analyseres, hvor mange der benytter tilbuddet om 'Motion og Kost på Recept', og hvad der har forandret sig siden tilbuddets start.
- En analyse af effekten af træningen og kostvejledningen. I dette afsnit undersøges den gennemsnitlige forandring på de undersøgte effektmålinger (bl.a. vægt, kondital, blodtryk, taljemål, blodværdier), og det analyseres, hvor stor en andel af patienterne der opnår en væsentlig forbedring. Det analyseres også, hvordan eventuelle forbedringer hænger sammen med diagnose, køn, alder og andre baggrundsvARIABLE.
- En evaluering af lægernes, diætisternes og fysioterapeuternes vurdering af Motion og Kost på Recept på baggrund af kvalitative interviews. I dette afsnit skal faggruppernes evaluering af Motion og Kost på Recept analyseres. Bl.a. diskuteres faggruppernes arbejdssituation, egen rolle, ansvar og problemer.

2. Metoder

Her er tale om en forskningsbaseret evaluering af et interventionsprojekt. Motion og Kost på Recept er imidlertid et interventionsprojekt og ikke et forskningsprojekt. Det har forskningsmæssigt både fordele og ulemper. Fordelen er, at man kan følge en patientgruppe over en længere periode og løbende kan tage stilling til aspekter af undersøgelsen. Evalueringen er på denne måde også en procesevaluering. Ulemper er, at der ikke er en kontrolgruppe til at sammenligne resultaterne med. Derved kan opnåede effekter ikke entydigt tilskrives motion eller kostændring. Endvidere skal det nævnes, at der er et stort frafald fra tidspunktet, hvor recepten bliver udskrevet til afslutningen af den egentlig intervention.

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

Data fra lægen, der henviser patienter til Motion og kost på recept

- ‘Henvisning til Motion og kost på recept’, som læger udsteder, med angivelser af diagnoser.
- ‘Patientens logbog’ med måling af blodtryk og diverse blodværdier 4 gange i løbet af et år for hver person, der ordineres motion. Lægen fører tallene ind i logbogen.

Diætisten fører disse data ind i databasen (kun for patienter der har underskrevet samtykkeerklæringen).

Data fra fysioterapi-klinikken

På fysioterapi-klinikkerne foretages følgende målinger af patienterne:

- Test af patienternes kondital fire gange i løbet af et år (ved henvisning, ved afslutning af forløbet, 6 mdr. efter start af forløbet og 12 mdr. efter start af forløbet). Konditallet måles ved en et-punkts-test. Det er en sub-maksimal test, der har den fordel, at personen, der skal testes, ikke behøver at anstrenge sig meget. Desuden er testen nem og hurtig at gennemføre. Testens bestemmelse af den maximale iltoptagelse er dog behæftet med nogen usikkerhed, men som

metode til at måle ændringer i konditionen over tid er den anvendelig (se mere om et-punkts-testen på www.motion-online.dk).

- Måling af vægt og taljemål (registreret 4 gange i løbet af ét år) og beregning af BMI.

Sammen med diverse informationer om behandlingens forløb (start, evt. udmeldelse, afslutning mv.) indføres data fra test og målinger i en logbog. Derpå indtaster diætisten alle data og informationer fra logbogen i databasen (for de patienter der har underskrevet samtykkeerklæringen, ca. 85 pct.).

Oplysninger fra centrale registre om medicinindkøb, indlæggelser mv.

Til beregning af den sundhedsøkonomiske effekt af Motion og Kost på Recept indhentes oplysninger om medicinforbrug og eventuelt også om indlæggelser, sygedage, førtidspensionering mv. fra Danmarks Statistik og CSC Scandihealths Sygesikrings Datavarehus.

Disse informationer suppleres med en analyse af medicinforbruget. Der gennemføres en registrering af de svar, patienterne har givet på spørgsmålene om medicinforbrug i Spørgeskema 1 og Spørgeskema 3, som beskrives nedenfor (patienten påfører præparatnavn og dosis, hvis pågældende tager medicin). Der foretages en analyse af alle patienterne, der har gennemført træningen og underskrevet samtykkeerklæringen Dette arbejde er påbegyndt i maj 2005. En beregning af medicinomkostningerne ud fra patienternes egne oplysninger forudsætter imidlertid, at patienterne har givet præcise oplysninger om, hvilket præparat de har fået. Der er meget store forskelle på medicinpriserne mellem forskellige præparater, som ordineres til samme diagnose. Denne del af undersøgelsen står Lisbet Pedersen, sundhedsforvaltningen i Københavns Kommune, for.

Data fra den kvantitative undersøgelse

I løbet af ét år får alle patienter, der har underskrevet samtykkeerklæringen, tre spørgeskemaer, som er udviklet af Center for forskning i Idræt, Sundhed og Civilsamfund specielt for Motion og Kost på Recept.

Spørgeskema 1: Det første skema besvares af patienterne ved behandlingens påbegyndelse. Skemaet indeholder nogle få basis-spørgsmål om patientens helbredstilstand, medicinforbrug, fysiske aktivitet, kostvaner, erfaring med fysisk aktivitet, forventninger til behandlingen samt social baggrund (uddannelse, sociale netværk). Skemaet uddeles på klinikkerne, som også samler dem sammen. Derpå tages besvarelsene ind i den til projektet oprettede database. Dette står Center for forskning i Idræt, Sundhed og Civilsamfund for.

Spørgeskema 2: Det andet skema udsendes til alle patienter ved behandlingens afslutning, og det vil i praksis sige ca. 5 mdr. efter startdatoen for behandlingen. Skemaet udsendes også til patienter, der ikke har fuldført behandlingen. Skemaet indeholder bl.a. spørgsmål om selvvurderet helbred, selvvurderet fysisk aktivitetsniveau, former for fysisk aktivitet i ugen før besvarelsen af skemaet, forventninger til MKpR, sundhedsadfærd samt vurdering af lægens, fysioterapeutens og diætistens betydning for patientens deltagelse i MKpR. Hvis patienten ikke har besvaret skemaet ca. tre uger efter udsendelsen, kontaktes personen telefonisk. Besvarelsene i de returnerede skemaer tages ind i datafil, som efterfølgende overføres til databasen. Dette står Center for forskning i Idræt, Sundhed og Civilsamfund for.

Spørgeskema 3: Det tredje skema udsendes til alle patienter otte måneder efter endt behandling. Skemaet sendes også til de patienter, der ikke fuldførte træningen. Spørgeskemaet indeholder bl.a. spørgsmål om medicinforbrug, rygevaner, selvvurderet helbred, selvvurderet fysisk aktivitetsniveau samt former for fysisk aktivitet, som patienten har udført ugen inden besvarelsen. Disse spørgsmål er gentagelser fra skema 1 og 2, så en eventuel ændring kan analyseres. Skemaet indeholder endvidere spørgsmål om, hvor patienten dyrker motion (fast gruppe, idrætsforening / aftenskole eller kommercielt fitnesscenter), og hvorfor patienten har valgt denne form eller ikke har valgt denne form. Endelig indeholder spørgeskemaet en række spørgsmål om, hvilken betydning MKpR har haft for patienten. Hvis patienten ikke har besvaret skemaet ca. tre uger efter modtagelsen, kontaktes personen telefonisk. Besvarelsene i de returnerede skemaer tages ind i databasen. Dette står Center for forskning i Idræt, Sundhed og Civilsamfund for.

De tre spørgeskemaer indeholder flere identiske spørgsmål, som gør det muligt at belyse ændringer i fx patienternes egen vurdering af fysisk aktivitet og helbred.

Status på spørgeskemaundersøgelsen

Midtvejsevalueringen beror på 1082 patienter, som har givet samtykke til at være med i undersøgelsen. Primo december havde 805 af disse patienter besvaret skema 1, 531 havde besvaret på skema, og 269 havde besvaret skema 3.

Data fra den kvalitative undersøgelse

I MKpR har man i forhold til mange andre undersøgelser og evalueringer muligheden for at kombinere kvalitative og kvantitative forskningsmetoder, dvs. man kan både skabe et samlet overblik af data og analysere udvalgte aspekter. Her i midtvejsrapporten vil den kvalitative side af evalueringen koncentrere sig om de tre involverede faggrupper (diætister, fysioterapeuter, læger), mens slutrapportens kvalitative del præsenterer resultaterne fra patientundersøgelsen.

Kvalitative interviews er kendetegnede ved, at interviewerens forsøger gennem den interviewede at opnå øget viden om og forståelser af fænomener i individets livsverden ved at få den interviewede til detaljeret at beskrive, hvordan vedkommende føler og handler i forhold til de undersøgte fænomener. Der skelnes mellem de kvalitative interviews med de involverede faggrupper – læger, fysioterapeuter og diætisterne – og med patienterne.

Dataindsamling og analyse af læger, fysioterapeuter og diætister i MKpR

Mens patientinterviews især handler om deltagerens subjektive oplevelser, tager evalueringen af lægerne, fysioterapeuterne og diætisterne udgangspunkt i deres professionelle syn som behandler. Lægerne, fysioterapeuterne og diætisterne i MKpR bliver både inddraget som potentielle 'medevaluatorer' af tilbuddet, samtidig med at de også selv bliver evalueret af patienterne gennem spørgeskemaundersøgelsen. Interviewene med diætisterne foregik i Folkesundhed Københavns Kommunes lokaler, med fysioterapeuterne på de forskellige klinikker og med lægerne i deres klinikker.

Analysen af lægerne, fysioterapeuterne og diætisterne bygges overordnet op omkring følgende punkter:

- Arbejdsorganisation og faciliteter.
- Oplevelser med patienterne.
- Egen rolle og ansvar i MKpR.

- Samarbejde med eksterne motionstilbud.

Status på interviews med læger, fysioterapeuter og diætister

Undersøgelsen af de praktiserende læger er gennemført i perioden juni 2005 til september 2005 og har derved medinddraget lægernes erfaringer gennem mere end et år med MKpR. Diætisterne skulle oprindeligt ikke være en del af evalueringen, som først og fremmest omhandler motionsdelen i Motion og Kost på Recept. Det blev dog i løbet af evalueringen klart, at diætisterne er en central faggruppe, som ikke kan 'overhøres', fordi de har den individuelle kontakt med patienterne. Det er deres opgave at motivere til motion, og derfor blev der gennemført et fokusinterview med diætisterne i juni 2005.

Desuden er der i evalueringen gennemført fokusinterviews, enkeltinterviews og mere uformelle samtaler med fysioterapeuterne på de fem involverede klinikker mellem november 2004 og november 2005.

Dataindsamling og analyse af patientinterviews

Patienterne bliver interviewet ved strukturerede interviews over tre interviewrunder, som ligger henholdsvis i starten, slutningen og efter 12 måneder af forløbet. Den første interviewrunde handler hovedsagelig om patienternes egne forståelser og erfaringer med motion og kost, tidligere forsøg på vægttab og forventninger til forløbet. Anden runde drejer sig om oplevelsen af de ændrede kost- og motionsvaner og om vægttab eller manglen på samme. Det andet interview vender dels også tilbage til emner fra den første runde, såsom den interviewedes forståelse af overvægt og vægttab. Ved at foretage flere interviews med hver informant vindes indblik i deres oplevelse af forløbet og mulighed for en langtidsundersøgelse. Ligeledes bliver det på denne måde muligt at vende tilbage og klargøre eller uddybe emner, der er blevet berørt i tidligere interviews. Interviewene er semistrukturerede og er baseret på en interviewguide med en række overordnede emner. Spørgsmålene er åbent formulerede. Denne interviewform giver meget forskellige, men på grund af de overordnede emner også sammenlignelige interviews. Medvirken i interviewene er baseret på frivillighed. Der er dog et ønske om at interviewe både mænd og kvinder i forskellige aldre og fra forskellige bydele ud fra en forventning om, at køn, alder og bosted er faktorer, der har indflydelse på oplevelsen af motion og sundhedsvaner. Proportionelt set er der flere kvinder end mænd, der har deltaget i et interview, hvad der svarer til fordelingen i Motion og Kost på Recept. Alle

interviewene med patienterne foregik enten i fysioterapiklinikkerne (ofte førstegangsinterviews) eller i den interviewedes bolig. Undtagelsesvis er interviews taget i telefonen, når det var vanskeligt at finde en tid til interviewet.

Interviewene gav informationer om patienternes liv uden for klinikkerne og deres opfattelser af forskellige forhold. De indsamlede data er primærdata, da alle interviews og observationer er blevet personligt udført. Efter pilotinterviews med patienterne blev der udarbejdet en spørgeguide til startinterviewet og slutinterviewet.

Overordnet arbejdes her efter hermeneutiske forskningsprincipper, som samler humanistiske eller eksistentielle tilgange. Mennesket står i centrum af undersøgelsen med dets muligheder for at vælge eller fravælge en bestemt adfærd. Det er et hovedmål for undersøgelsen at forstå patienternes motiver for deres adfærd. Ligeledes er det et formål at forstå behandlernes tilgange. Interviewenes hovedformål var overordnet at undersøge *'forholdet mellem individ og intervention'*.

Status på antal gennemførte interviews med patienter

Sideløbende med spørgeskemaundersøgelsen bliver 30 patienter interviewet i starten af behandlingen og efter fire og igen efter tolv måneder, dvs. 90 patientinterviews i alt. Data fra denne del af undersøgelsen er med til at uddybe, hvordan barriererne for en langvarig adfærdsændring kan forklares. Der er siden evalueringens start i september 2004 gennemført 65 patientinterviews. Indsamlingen af de kvalitative patientdata er derved nået til den afsluttende fase. Der optages ikke flere nye patienter i undersøgelsen. P.t. gennemføres de afsluttende interviews, og de sidste patientinterview forventes i maj 2006. Herefter vil der blive foretaget en samlet analyse af patienternes motivation, oplevelser og barrierer under og efter Motion og Kost på Recept. Interviewene varer mellem 20 minutter til halvanden time, i gennemsnit ca. 30 minutter. Interviewene bliver transskriberet og udskrevet. De 30 patienter (startet i perioden oktober 2004 til maj 2005) er blevet interviewet både i starten og efter afslutningen af træningsforløbet. De første fem patienter er interviewet for tredje gang, dvs. tolv måneder efter start af deres deltagelse i Motion og Kost på Recept.

Problemer og usikkerheder ved de anvendte metoder

Frafald

Undersøgelsens kvalitet afhænger i høj grad af, hvor mange af patienterne, vi får data og oplysninger fra. Frafaldet forekommer på fem måder:

For det første sker der et frafald mellem henvisningen fra lægen til henvendelsen på klinikken. På baggrund af en undersøgelse af, hvor mange recepter, lægerne havde udskrevet det første halve år af projektet, skønnes det, at mellem 40 og 60 pct. af patienterne ikke benytter recepten.

For det andet er det kun patienter, der har underskrevet en samtykkeerklæring, som der registreres data for, og som får udleveret / tilsendt de tre spørgeskemaer. I november 2004 havde 79 pct. af patienterne givet deres samtykke til, at der indsamles og registreres oplysninger og data fra patienten. I begyndelsen af maj 2005 var andelen, som har underskrevet samtykkeerklæringen, øget til 86 pct., og siden 1. november har godt 90 pct. af de nye patienter underskrevet samtykkeerklæringen. Det må betegnes som tilfredsstillende.

For det tredje sker der et frafald ved, at der er patienter, som melder sig ud. I begyndelsen af maj 2005, efter godt et år med Motion og Kost på Recept, havde 18 pct. af de, som havde påbegyndt træning og kostvejledning, meldt sig ud. Dette betyder, at målinger og test 4 mdr., 6 mdr. og 12 mdr. efter påbegyndt træning og vejledning ikke gennemføres for disse patienter. Spørgeskema 2 og 3 vil dog også blive tilsendt denne gruppe, men det må antages, at hovedparten ikke vil besvare spørgeskemaerne.

For det fjerde vil der mangle data for nogle patienter, som ikke møder op til test og målinger ved afslutningen af træningen og kostvejledningen, to måneder senere og igen otte måneder efter endt træning. Foreløbigt ser det ud til, at en betydelig del af patienterne ikke kommer til de sidste tests og målinger.

For det femte sker der et frafald ved, at en del patienter ikke besvarer de spørgeskemaer, som de får udleveret eller tilsendt. Det første halve år viser, at det er vanskeligt at opnå en høj besvarelsesprocent fra denne gruppe patienter. I den første opgørelse af spørgeskema 1 var der en besvarelsesprocent på 72 pct., hvis vi ser bort fra de patienter, der ikke ønsker at være med, dvs.

ikke har underskrevet samtykkeerklæringen. Medregner vi disse patienter, er besvarelsesprocenten kun på 57 pct. For spørgeskema 2 viser erfaringen, at omkring halvdelen af patienterne besvarer spørgeskemaet, før de bliver rykket for et svar. Denne andel forøges hos de, som det lykkes at få kontakt til via telefonen.

Datas gyldighed

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

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

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

Pålidelighed

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

Det antages, at data fra lægen er relativt pålidelige. Dog kan der stilles spørgsmålstegn ved præcisionen ved blodtryksmålingen. De første analyser viser, at der er meget store variationer på forskellen mellem 1. og 2. måling af såvel det systoliske som de diastoliske blodtryk. En forbedring fra første til anden måling kan skyldes, at patienten under første måling ikke var i hvile, var nervøs osv., og en forringelse af blodtrykket kan skyldes, at blodtrykket under andet lægebesøg ikke tages i hvile eller at patienten ikke er fastende.

Der er endvidere en vis usikkerhed ved metoden til måling af konditallet. Dels pga. metoden, som er behæftet med en vis usikkerhed, dels fordi mange patienter har vanskeligt ved at gennemføre testen (se mere om testen på www.motion-online.dk). Der er forsøgt at tage højde for dette ved instruktion af fysioterapeuterne i, hvordan testen skal gennemføres, samt opfølgning på denne instruktion.

Endelig kan der opstå fejl ved aflæsning og indtastning af tallene i henvisningen, logbøgerne og spørgeskemaerne. Ved at kontrollere data for værdier, der ikke kan forekomme, kan nogle af disse fejl fanges. I det anvendte database-system sker dette automatisk. Men hvis værdierne ligger indenfor yderværdierne for den pågældende variabel, er det ikke muligt at fange fejlen. Sådanne fejl kunne findes, hvis data blev indtastet to gange, som man ofte gør ved naturvidenskabelige og medicinske undersøgelser. Det skønnes dog, at antallet af fejl er så små, at gevinsten ved dobbelt-indtastning ikke står mål med de øgede udgifter dertil. Behovet for dobbelt-indtastning er heller ikke så stort, når antallet af personer er stort, som i denne evaluering.

Konklusion

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

Et bredt spektrum af metoder kan dog ikke forhindre, at der vil være usikkerheder om undersøgelsen måler realiteten tilfredsstillende. Her kan usikkerhed omkring målemetoder (f.eks. om der altid er de samme betingelser, når der måles blodtryk eller kondital), patienternes frafald til forskellige perioder i forløbet eller en manglende vilje til at besvare spørgeskema nævnes. På trods af disse kritiske bemærkninger og metodiske overvejelser må evalueringens resultater betegnes som pålidelige.

3. Gennemførelse og frafald

Patienter der er begyndt i Motion og Kost på Recept

Primo december 2005 var 1228 patienter registreret på en af klinikkerne til træning og kostvejledning. Siden projektets påbegyndelse er antallet af patienter, der hver måned er begyndt på træning og kostvejledning, faldet. I de første fire måneder begyndte 302 patienter på behandlingen, og dette niveau blev fastholdt i de efterfølgende fire måneder, men derpå faldt antallet de efterfølgende to perioder, så der i perioden fra april 2005 til juli 2005 var lidt over halvt så mange, som begyndte på træning og kostvejledning i sammenligning med samme periode i 2004. I den seneste periode fra august til november 2005 er antallet steget til 201 patienter, men i forhold til samme periode i 2004 er antallet af nye patienter i perioden reduceret med en tredjedel (tabel 1).

Tabel 1: Antal patienter som har påbegyndt træning og kostvejledning i Motion og Kost på Recept i Københavns Kommune opdelt på perioder á 4 måneder

	N =	Pct.
april 04 – juli 04	302	24,6
august 04 - november 04	318	25,9
december 04 - marts 05	222	18,1
april 05 – juli 05	169	13,8
august 05 – november 05	201	16,4
Første uge af december	11	,9
Ingen dato for start	5	,4
Total	1228	100,0

Under hele forløbet har klinikken i Borgergade haft flest patienter. Primo december 2006 havde denne klinik i alt fået 298 patienter og dernæst kommer 'Brønshøj' med 284. Den største tilgang

finder vi imidlertid på 'Rigshospitalet', som i alt har fået 235 patienter, siden dette trænings- og vejledningssted begyndte efter sommerferien 2004. Derpå kommer 'NordVest' med 191 patienter og 'Amagerbro' med 184 patienter. I den sidste periode fra august 2005 til november 2005 er der kommet flest patienter på 'Rigshospitalet', i 'Brønshøj' og på 'Amagerbro'.

Af de 1228 registrerede patienter har 1082 givet samtykke til at deltage i evalueringen af forløbet. Det er derfor kun denne gruppe, som analysen bygger på. Det registreres således ikke, om de patienter, der ikke har underskrevet en samtykkeerklæring, gennemfører hele forløbet.

Patienter der har gennemført træningen og kostvejledningen

Primo december 2005 havde 609 patienter, svarende til 56 pct. af patienterne (der har underskrevet samtykkeerklæringen), som har påbegyndt et trænings- og samtaleforløb, afsluttet træningen og kostvejledningen med den afsluttende udslusningssamtale. Yderligere 76 patienter (7 pct.) har afsluttet behandlingen men uden at have gennemført den afsluttende udslusningssamtale. 145 patienter (13 pct.) er blevet udmeldt og har ikke været til den afsluttende udslusningssamtale (i de fleste tilfælde fordi personen er stoppet før træningens og vejledningens afslutning). Endelig har 60 patienter, der begyndte træning og kostvejledning før den 1. juni 2005 og derfor skulle have afsluttet 'behandlingen', ikke været til en afsluttende udslusningssamtale, og der er heller ikke en registrering af, at de er udmeldt / ophørt. Det må antages, at denne gruppe også er ophørt inden behandlingens afslutning. Resten af patienterne, 192 i alt, må antages at være i gang med træning og kostvejledning eller under 'udslusning' primo december 2005. Samlet er frafaldet 32 pct. Succeskriteriet for MKpR er, at 75 pct. af patienterne, der påbegynder træningen og kostvejledningen, også gennemfører forløbet. De 32 pct. inkluderer imidlertid også patienter, som har gennemført hele forløbet, men ikke er mødt frem til den afsluttende samtale, og det inkluderer også patienter, som evt. fortsat er i gang med træning, selvom det er mere end 6 måneder siden, at de blev registreret på klinikken. Den reelle frafaldsprocent er derfor givetvis lavere (tabel 2).

I forhold til antal påbegyndte patienter er det kun klinikken i Brønshøj, som afviger fra dette billede ved at have et relativt mindre frafald end i de andre klinikker (tabel 2).

70 pct. af de patienter, der begyndte i MKpR i 2004 og har gennemført træningen og kostvejledningen, mødte op til den første opfølgningssamtale (2 måneder efter afslutningen af

træningen). 62 pct. mødte op til den anden opfølgningssamtale (8 måneder efter afslutningen af træningen).

Table 2: Afsluttede og igangværende patienter fordelt på klinikkerne (april 2004 til primo december 2005) (N)

Klinik	Patienter i alt	Patienter med Samtykke	Afsluttet med udslusnings-samtale (I)	Afsluttet <u>uden</u> udslusnings-samtale (II)	Udmeldt, ikke været til udslusnings-samtale (III)	Forventet afsluttet: Hverken I, II eller III men pågyndt træning før 1.6.05 (IV)	Frafald: II + III + IV	Afsluttet i alt pr. 7. 12. 05 (I + II + III + IV)	Frafald Procent
Amagerbro	184	166	93	13	26	6	45	138	33
Borgergade	298	245	144	10	40	19	69	213	33
Brønshøj	284	243	162	16	11	11	38	200	19
NordVest	191	171	87	10	33	12	55	142	39
Rigshospitalet	235	224	105	14	34	11	59	164	36
Vesterbro	33	32	18	13	1	1	15	33	45
Ikke oplyst	3	1	609						
I alt	1225	1082	609	76	145	60	281	890	32
Opgørelsen af antal afsluttede og udmeldte omfatter kun de patienter, der har givet en samtykkeerklæring.									

Som nævnt har 88 pct. af patienterne underskrevet samtykkeerklæringen. I den første periode fra april 2004 til juli 2004 gav 82 pct. af patienterne deres samtykke til at deltage i undersøgelsen. Siden december 2004 har samtykke-procenten konstant ligger på omkring 94 pct. (målt på perioder á 4 måneder). Forbedringen skyldes især, at samtykke-procenten er forøget på klinikkerne i 'Borgergade' og i 'Brønshøj', hvor den de to første perioder var på ca. 75 pct.

I det andet spørgeskema, som patienterne får tilsendt, når de har afsluttet træningen og kostvejledningen, besvarer patienterne et spørgsmål om deres gennemførelse af forløbet. 50 pct. af de, som har besvaret spørgeskemaet, svarer, at de har fulgt helt forløbet, og 35 pct. svarer, at de har gennemført træningen men mangler den afsluttende samtale. 5 pct. svarer, at de sluttede efter ca. 1 mdr., 6 pct. efter ca. 2 mdr. og 3 pct. efter 3 måneder.

Der er en klar sammenhæng mellem deltagelsen i den afsluttende udslusningssamtale og andelen, som svarer, at de har gennemført hele forløbet. I gruppen af patienter, der ikke har afsluttet forløbet med en udslusningssamtale, svarer 15 pct., at de har fulgt hele forløbet, og 27 pct. svarer, at de har fulgt hele forløbet, men mangler den afsluttende samtale. Denne gruppe har imidlertid ikke besvaret spørgeskemaet i lige så høj grad som gruppen, der har fulgt hele forløbet. I gruppen af patienter, som begyndte i Motion og Kost på Recept det første år (april 2004 til marts 2005), har 69 pct. af denne gruppe patienter (endnu) ikke besvaret spørgeskemaet mod 34 pct. af patienterne, der har afsluttet behandlingen med en udslusningssamtale (tabel 3).

Tabel 3: Patienternes subjektive svar på (i spørgeskemaet) om de har gennemført hele træningen og kostvejledningen, opdelt efter om de har deltaget i den afsluttende udslusningssamtale (analysen omfatter kun patienter, der begyndte i MKpR fra april 2004 til marts 2005).

Har haft afsluttende samtale efter endt træning og kostvejledning	Har patienten fulgt hele behandlingsforløbet?					Total
	Ja, fulgt hele forløbet	Ja, gennemført træningen, men mangler afsluttende samtale	Nej, afsluttet efter 1 mdr.	Nej, afsluttet efter 2 mdr.	Nej, afsluttet efter 3 mdr.	
JA	195	134	3	6	8	346
	56,4pct.	38,7pct.	,9pct.	1,7pct.	2,3pct.	100,0pct.
NEJ	9	17	13	17	6	62
	14,5pct.	27,4pct.	21,0pct.	27,4pct.	9,7pct.	100,0pct.
I ALT	204	151	16	23	14	408
	50,0pct.	37,0pct.	3,9pct.	5,6pct.	3,4pct.	100,0pct.

Tre ud af fire af patienterne, som begyndte i Motion og Kost på Recept i 2004, har været til den afsluttende samtale (tabel 4).

Tabel 4: Andel af patienterne, som har gennemført den afsluttende udslusningssamtale efter endt træning og kostvejledning, opdelt på perioder for det tidspunkt patienten begyndte i MKpR

Gennemført afsluttende udslusnings-samtale	Tidspunkt for påbegyndt træning og kostvejledning				
	April 04 - juli 04	August 04 - November 04	December 04 - Marts 05	April 05 - juli 05	August 05 - december 05
JA	187	194	140	82	2
	75,7pct.	72,9pct.	67,0pct.	51,6pct.	1,1pct.
NEJ	60	72	69	77	186
	24,3pct.	27,1pct.	33,0pct.	48,4pct.	98,9pct.
I ALT	247	266	209	159	188
	100,0pct.	100,0pct.	100,0pct.	100,0pct.	100,0pct.

Der er betydelige udsving mellem klinikkerne på andelen af patienterne, som gennemfører træningen, vejledningen og den afsluttende samtale hos diætisten. I den første periode opnåede klinikkerne i Brønshøj og Borgergade en noget højere gennemførelsesprocent end klinikkerne på Vesterbro, på Amagerbro og i NordVest. Klinikken i Brønshøj har i alle perioderne haft en høj gennemførelsesprocent i sammenligning med de øvrige klinikker, mens 'NordVest' hele tiden har haft den laveste gennemførelsesprocent (dog undtaget den første periode, hvor klinikken på Vesterbro også var med). Gennemførelsesprocenten er lavere i perioden fra april 2005 til juli 2005, fordi der fortsat er patienter, der ikke har gennemført den afsluttende udslusningssamtale (tabel 5). Det må formodes at dette primært skyldes ferieperioden.

Tabel 5: Andel af patienterne, der har været til den afsluttende samtale (dato for anden vægtmåling hos diætisten), opdelt på perioder for påbegyndelse af træning og kostvejledning og opdelt på klinikker

Været til den afsluttende samtale	Klinik					
	Amagerbro	Borgergade	Brønshøj	NordVest	Rigshospitalet	Vesterbro
April 04 – juli 04	26	50	53	41	1	16
	61,9pct.	86,2pct.	89,8pct.	71,9pct.	100,0pct.	53,3pct.
August 04 – november 04	36	50	51	21	34	2
	78,3pct.	72,5pct.	81,0pct.	58,3pct.	68,0pct.	100,0pct.
December 04 – marts 05	20	23	41	15	41	
	74,1pct.	54,8pct.	87,2pct.	57,7pct.	61,2pct.	
April 05 – juli 05	11	18	16	10	27	
	68,8pct.	43,9pct.	57,1pct.	41,7pct.	54,0pct.	
August 05 – december 05	0	1	0	0	1	
	,0pct.	3,2pct.	,0pct.	,0pct.	2,0pct.	
Patienter der ikke har givet samtykke, er <u>ikke</u> medtaget i beregningen						

Som nævnt har tre ud af fire af alle de patienter, der har afsluttet træningen og vejledningen, også været til den afsluttende samtale med diætisten, inden behandlingen var afsluttet. Af disse patienter, der har været til den afsluttende samtale, har hver fjerde patient fået målt blodtrykket, knap 90 pct. har fået taget en blodprøve (men hos nogle af patienterne er der ikke en måling på alle blodparametrene), fire ud af fem er blevet konditionstestet, og næsten alle er blevet vejlet. Det er især patienterne, som har fulgt træning og vejledning på klinikken på Amagerbro, hvoraf en forholdsvis stor andel ikke har fået taget blodprøve, til forskel fra især patienterne fra klinikkerne i NordVest og på Rigshospitalet. Der er også store forskelle mellem klinikkerne på andelen af patienterne, der bliver konditionstestet. I klinikken i Borgergade er det kun tre ud af fire, som er blevet testet 2. gang, mens det samme gælder for næsten alle fra klinikken i NordVest.

Patienternes køn, alder og uddannelse

Siden påbegyndelsen af Motion og Kost på Recept har fordelingen mellem kvinder og mænd været konstant med 68 pct. kvinder og 32 pct. mænd. Tilsvarende har aldersfordelingen ikke ændret sig siden begyndelsen. 44 pct. er 60 år eller ældre, 53 pct. er 41 til 59 år og 9 pct. er 40 år eller yngre.

En sammenligning af patienternes uddannelsesniveau med uddannelsesniveaut for hele befolkningen i Københavns Kommune viser, at andelen af patienterne i Motion og Kost på Recept, som har en gymnasial uddannelse og / eller en videregående uddannelse, næsten svarer til andelen i hele befolkningen i samme aldersgruppe i Københavns Kommune. Der er en svag tendens til, at der blandt de ældste patienter i Motion og Kost på Recept er en lidt højere andel med en studentereksamen end i den københavnske befolkning som helhed i samme aldersgruppe. Der er således en relativ ligelig rekruttering til Motion og Kost på Recept fra lavere uddannede og højere uddannede (i forhold til fordelingen i Københavns Kommune i samme aldersgruppe). Vi ved imidlertid, at de tre diagnoser, som patienterne skal have for at blive henvist til Motion og Kost på Recept, i højere grad forekommer i gruppen af lavere uddannede end i gruppen af højere uddannede.¹ Derfor ville de lavere uddannedes andel af patienterne være højere end de lavere uddannedes andel af befolkningen i samme aldersgruppe i hele befolkningen, hvis rekrutteringen var ligelig fordelt i forhold til forekomsten af de tre diagnoser i befolkningen (tabel 6). Der er således en tendens til, at Motion og Kost på Recept i højere grad formår at tiltrække patienter med en længere skoleuddannelse end patienter med en lavere skoleuddannelse.

¹ Rugulies, R., Aust, B., & Syme, S. L. (2004). The epidemiology of health and illness. A socio-psycho-physiological perspective. In S. Sutton, A. Baum & M. Johnston (Eds.), *The Sage handbook of health psychology* (pp. 27-68). London: Sage Publishers.

Lynch, J. W., & Kaplan, G. A. (2000). Socioeconomic position. In L. F. Berkman & I. Kawachi (Eds.), *Social epidemiology* (pp. 13-35). New York: Oxford University Press.

Kunst, A. E., Groenohof, F., Mackenbach, J. P., & The EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. (1998). Occupational class and cause specific mortality in middle aged men in 11 European countries: comparison of population based studies. *EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. British Medical Journal*, 316(7145), 1636-1642.

Adler, N. E., Boyce, T., Chesney, M. A., Cohen, S., Folkman, S., Kahn, R. L., & Syme, S. L. (1994). Socioeconomic status and health. The challenge of the gradient. *American Psychologist*, 49(1), 15-24.

Tabel 6: Patienternes fordeling på skoleuddannelse, opdelt på aldersgrupper, og sammenholdt med hele befolkningen i Københavns Kommune (40 – 66 år) (pct.)

	Patienternes alder				Hele befolkningen i Københavns Kommune (40 – 66 år)	
	Yngre end 40 år	Mellem 40 og 59 år	Mellem 60 og 66 år	Ældre end 66 år	Mellem 40 og 59 år	Mellem 60 og 66 år
7. – 10. klasse / grundskole og erhvervsfaglig uddannelse 1) 2)	45	64	73	75	61	78
Gymnasial uddannelse og / eller videregående uddannelse	55	36	27	26	39	22
I alt – pct.	100	100	100	100	100	100
I alt - N	46	238	146	99	110537	23928
1) inklusiv de som har sat kryds ved 'Andet' i spørgeskemaet til patienter i Motion og Kost på Recept 2) inklusiv uoplyst uddannelse for hele befolkningen i Københavns Kommune						

47 pct. af patienterne er på arbejdsmarkedet eller studerende. Den lave andel skyldes til dels, at en stor del af patienterne er ældre end 64 år og derfor berettiget til folkepension. 68 pct. af patienterne, der er yngre end 60 år, er på arbejdsmarkedet eller studerende. I aldersgruppen 60 år og ældre er denne andel 22 pct.

Hver tredje patient har en husstandsindkomst på under 200.000 kr. om året, mens omkring hver tiende har en husstandsindkomst over 600.000 kr.

93 pct. af patienterne er født i Danmark, 3 pct. er født i et andet nordisk land eller EU-land, mens de sidste fire procent er født i et andet land. I Københavns Kommune som helhed er 88 pct. af den

voksne befolkning født i Danmark ². 90 pct. af patienternes mødre og 92 pct. af deres fædre er / var født i Danmark. De seneste otte måneder, fra april 2005 til november 2005, er andelen af patienter, der er født i et andet land, og især udenfor EU og Norden, øget til 10 pct. af patienterne, der begyndte i MKpR i denne periode. Disse patienter kommer især i klinikken i NordVest, hvor 12 pct. af patienterne er født i et andet land end Danmark.

Det må tilskrives befolkningssammensætningen i denne del af København.

Til sidst skal vi i dette afsnit se på patienternes sociale netværk. Halvdelen af patienterne bor sammen med en ægtefælle / partner. Det store flertal af patienterne svarer, at de har daglige eller jævnlige (1 – 2 gange om ugen) kontakter med familie og venner. Der er dog en mindre gruppe, som svarer, at de kun sjældent har kontakt med familie og / eller venner.

Patienternes diagnoser

Siden den første statusrapport er der ikke sket væsentlige ændringer i fordelingen af patienterne på de tre diagnoser, som kan 'udløse' en recept på motion og kostvejledning.

- 41 pct. har diagnosen 'diabetes type 2'. 57 pct. har diagnosen forhøjet kolesterol, og 64 pct. har forhøjet blodtryk.
- 21 pct. har både diagnosen 'diabetes type 2' og diagnosen 'forhøjet kolesterol', mens 23 pct. ikke har nogen af de to diagnoser.
- 22 pct. har både diagnose 'diabetes type 2' og diagnosen 'forhøjet blodtryk', mens 17 pct. ikke har nogen af de to diagnoser.
- 33 pct. har både diagnosen 'forhøjet kolesterol' og diagnosen 'forhøjet blodtryk', mens 12 pct. ikke har noget af de to diagnoser.

² Københavns Kommune (2005): Sundhedsprofil for Københavns Kommune.

- 12,3 pct. har alle tre diagnoser, mens 38,3 pct. har to af diagnoserne, 48,4 pct. kun har én af diagnoserne, og 1 pct. har ingen af de tre diagnoser.

Siden april 2004, da Motion og Kost på Recept begyndte, er der ikke sket væsentlige ændringer på fordelingen af diagnoserne mellem mænd og kvinder og mellem unge og ældre.

Patienternes helbredstilstand før påbegyndelsen af træningen og kostvejledningen

Inden træningen og kostvejledningen begynder har patienterne i gennemsnit en vægt på 88 kg for kvinderne og 101 kg for mændene. BMI er i gennemsnit 33 for både mænd og kvinder. 6 pct. har et BMI under 25, 29 pct. har mellem 25 og 30, 37 pct. har mellem 30 og 35, og 28 pct. har et BMI, der er højere end 35.

Ved lægebesøget, hvor lægen udskriver en recept på motion og kostvejledning, måles patientens blodtryk. Normalværdien for det systoliske blodtryk kan svinge mellem 100 og 130. Normalværdien for det diastoliske blodtryk kan svinge mellem 70 og 90. I 'Motion og Kost på Recept' regnes en systolisk værdi på over 140 og en diastolisk værdi på over 90 som forhøjet blodtryk. Ud fra de her definerede normalværdier har 44 pct. af patienterne et forhøjet systolisk blodtryk, og 26 pct. har et forhøjet diastolisk blodtryk før de begynder i MKpR. Der er ikke sket signifikante ændringer i fordelingen mellem patienter med et normalt blodtryk og patienter med et højt blodtryk.

Ved træningens begyndelse bliver patienterne testet for deres kondital. Denne opgørelse viser, at patienterne i gennemsnit har et kondital på 22, inden træningen begynder. 43 pct. havde et kondital på under 20, mens 13 pct. havde et 'acceptabelt' kondital på 30 og derover. Da det 'normale' kondital er højere hos mænd end hos kvinder (især hos yngre og midaldrende) og højere hos yngre end hos ældre, ville vi forvente at finde det samme i denne gruppe. Der er imidlertid overraskende små forskelle på det gennemsnitlige kondital mellem mænd og kvinder og mellem unge og ældre. Derfor er det især de unge patienter, som havde et svagt kondital, da de begyndte i MKpR. Hos mændene havde 33 pct. af de ældre patienter (70 år og ældre) et meget lavt kondital (< 19), mens hele 90 pct. af de yngre mandlige patienter (30 til 39 år) havde et meget lavt kondital (< 34). Hos kvinderne er de tilsvarende tal 43 pct. og 76 pct.

Siden MKpR startede er andelen med en meget dårlig kondition før træningen påbegyndte øget. Det skyldes primært, at der i den første periode af Motion og Kost på Recept fra april 2004 til juli 2004 var forholdsvis færre med en kondition under 20 og forholdsvis flere med en kondition over 30, end der har været efterfølgende. Det kan tilskrives, at lægerne er blevet bedre til at vurdere patienterne, inden der udskrives en recept.

Patienternes medicinforbrug fortæller også noget om deres helbredstilstand. 58 pct. af patienterne tog medicin mod forhøjet kolesterol, da de begyndte på Motion og Kost på Recept. 28 pct. tog medicin mod forhøjet blodtryk, 21 pct. mod sukkersyge og 50 pct. svarede, at de tog anden lægeordineret medicin. Desværre har en forholdsvis stor del af patienterne ikke besvaret dette spørgsmål. I ovenstående fordeling er de patienter, der ikke har besvaret spørgsmålet, udeladt af analysen. Men hvis de patienter, der ikke har besvaret spørgsmålene, har undladt at gøre det, fordi de ikke tager den pågældende medicin (patienten skal svare enten ja eller nej, men det er en almindelig erfaring, at mange kun sætter kryds, hvis de skal svare ja), så er andelen, som tager medicin betydelig lavere. I så fald er det kun 33 pct., som tager medicin mod forhøjet kolesterol, 16 pct. tager medicin mod forhøjet blodtryk, 12 pct. for sukkersyge og 29 pct. tager anden medicin dagligt.

Til trods for at næsten alle patienterne har fået en af diagnoserne 'diabetes type 2', 'forhøjet kolesterol' eller 'forhøjet blodtryk', og en stor del af dem vejer for meget og tager medicin, så synes de fleste af patienterne – før de begynder på træningen og kostvejledningen - at de har et godt eller nogenlunde helbred. 17 pct. svarer, at de har et 'dårligt' eller 'virkeligt dårligt' helbred, mens 27 pct. svarer 'godt', og 55 pct. svarer 'nogenlunde'. Der er dog kun 2 pct., som svarer, at de har et 'virkeligt godt' helbred. Siden Motion og Kost på Recept startede, er andelen, der svarer, at de har et dårligt helbred, vokset svagt. Der er ingen signifikante forskelle mellem mænd og kvinder på svarene på dette spørgsmål, og det samme gælder mellem yngre og ældre.

I spørgeskemaet har patienterne også svaret på, hvordan de selv vurderer deres fysiske form³. Under én procent synes, at den er virkelig god, mens 8 pct. svarer 'godt', og 41 pct. synes, den er 'nogenlunde'. En mere negativ og kritisk vurdering har halvdelen af patienterne, idet 41 pct. svarer

³ Dette spørgsmål blev ikke besvaret af de første ca. 500 patienter, fordi det ikke var inkluderet i det spørgeskema, som patienterne besvarede i den første fase af projektet.

'dårlig', og 10 pct. svarer 'meget dårlig'. Her ser vi også en tendens til, at de seneste patienter (begyndt siden april 2005) vurderer egen fysisk form mere kritisk eller negativt, end de første patienter gjorde. 14 pct. af patienterne, der er begyndt siden april 2005, svarer således, at de er i 'meget dårlig' fysisk form. Til sammenligning er andelen af de patienter, der begyndte tidligere i MKpR, som svarer det samme, kun halvt så stor.

Patienternes fysiske aktivitetsniveau

Vi skal til sidst i dette kapitel se på, hvor ofte patienterne er fysisk aktive, og hvad de siger til at dyrke motion. Ved begyndelsen af behandlingen har 26 pct. af patienterne svaret, at de dagligt var fysisk aktive, og 36 pct. har svaret, at de var det flere gange om ugen. 31 pct. satte kryds ved 'højst én gang om ugen', men 8 pct. har angivet svaret 'aldrig'. Der er imidlertid sket en ændring i svarmønsteret ved behandlingens begyndelse siden projektets første måneder. Blandt patienterne, der begyndte i Motion og Kost på Recept fra april til juli 2004, svarede 32 pct., at de dagligt var fysisk aktive, mens kun 4 procent svarede, at de aldrig var det. Siden er andelen, som svarer, at de dagligt er fysisk aktive, faldet, mens andelen, der aldrig er fysisk aktive, er steget til 12 pct. (i perioden fra april 2005 til december 2005).

Langt de fleste af patienterne svarer, at de er glade for bevægelse og fysisk aktivitet eller synes, at det er 'ok'. Ved behandlingens begyndelse var det kun 4 pct., der svarede, at de ikke bryder sig om at bevæge sig og være fysisk aktiv, mens 53 pct. har sat et kryds ved udsagnet: 'Jeg synes det er 'ok'', og 38 pct. har svaret, 'jeg er glad for bevægelse og fysisk aktivitet'. Siden starten på Motion og Kost på Recept er andelen, som ved begyndelsen af behandlingen svarer det sidste, dvs. er glade for at bevæge sig, faldet fra 47 pct. for patienterne, der begyndte fra april til juli 2004, til 29 pct. for patienterne, der begyndte med behandlingen i perioden fra august 2005 til december 2005.

Patienternes svar viser, at hovedparten har erfaring med idræt eller motion. Patienterne har besvaret spørgsmålet ved behandlingens begyndelse. Det er kun 18 pct., der aldrig har dyrket motion eller idræt, mens 34 pct. tidligere har dyrket idræt i en forening, 23 pct. i en aftenskole, 9 pct. på arbejdspladsen og 41 pct. 'på egen hånd' – alene eller sammen med andre. Dette svarmønster har været helt konstant siden Motion og Kost på Recept begyndte i april 2004.

Frafald og barrierer

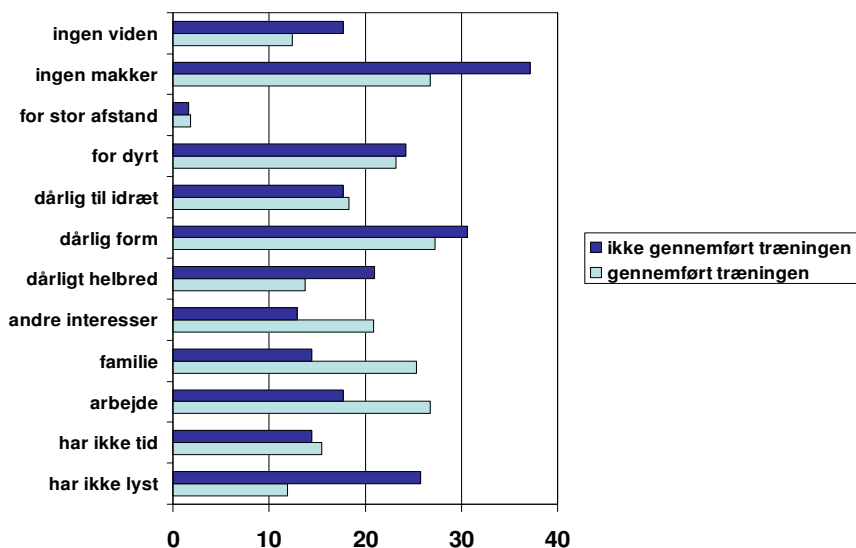
Som beskrevet ovenfor kan der konstateres et vist frafald fra projektet. Vi skal her se på, om der er forskel på gruppen af patienter, som ikke gennemfører hele forløbet med træning og kostvejledning, og gruppen der fuldfører forløbet. En sammenligning viser, at de frafaldne ikke skiller sig ud hvad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

Der er heller ingen signifikante forskelle på blodtryk, kondital og på de undersøgte blodværdier. Deres vurdering af eget helbred, hvor ofte de er fysisk aktiv (før de begyndte på MKpR) og deres lyst til fysisk aktivitet, adskiller sig heller ikke fra gruppen, der gennemfører træningen og kostvejledningen. Til gengæld synes hele 63 pct. af de frafaldne, at de er i dårlig eller meget dårlig form (da de begyndte i MKpR). I gruppen, der har gennemført hele forløbet, er andelen 49 pct. Endelig har de frafaldne betydeligt mindre erfaring med idræt og motion i forskellige sammenhænge. Andelen, der tidligere har dyrket idræt eller motion i en forening, i en aftenskole eller selvorganiseret er således halvt så stor som andelen hos de, der gennemfører.

I starten af undersøgelsen (spørgeskema 1) blev patienterne spurgt om, hvad der forhindrer dem i at være mere fysisk aktiv. Vi skal her se på hvilke barrierer, de selv mener er de vigtigste, og om der er forskel på svarene hos de, der stoppede i MKpR før tiden og de der har gennemført hele forløbet..

Ifølge patienterne selv er den væsentligste barrierer, a) at de prioriterer at bruge tiden på arbejde, familie og andre fritidsinteresser, b) at de synes at de er i for dårlig form til det, c) at de mangler nogen at motionere sammen med og d) at det koster for meget. Der er imidlertid væsentlige forskelle mellem de frafaldne og de, som gennemførte hele forløbet. De frafaldne svarer i højere grad, at de ikke har lyst, at de har dårligt helbred, og at de mangler nogen at motionere sammen med. Derimod synes de i mindre grad end de, der gennemfører forløbet, at arbejde, familie og andre fritidsinteresser er en barriere (figur 1).

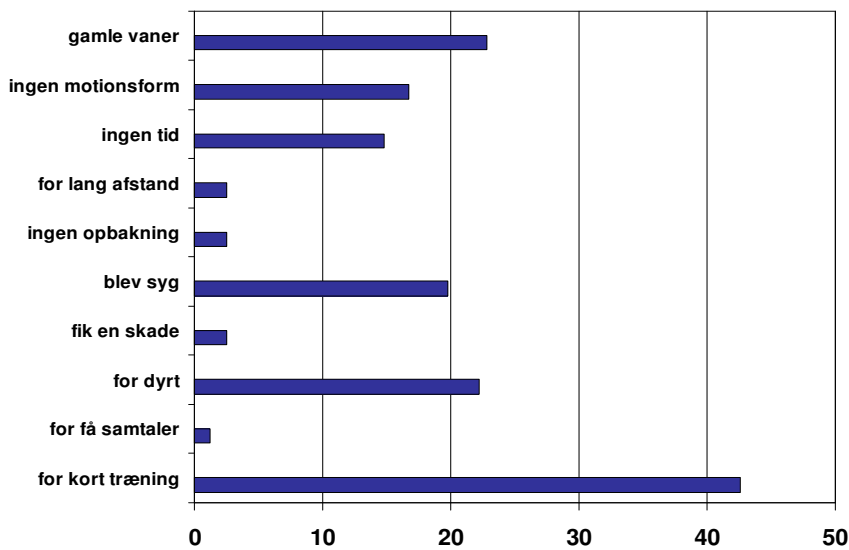
Figur 1: Hvad forhindrer patienterne i at være mere fysisk aktiv, opdelt på patienter, der har gennemført træningen og kostvejledningen og patienter der blev udmeldt før afslutningen (pct.)



I det tredje og sidste spørgeskema har patienterne kunnet svare på følgende spørgsmål: *'Hvis du ikke motionerer regelmæssigt efter deltagelsen i Motion og Kost på Recept, hvad er årsagerne?'*. Af 269 patienter, der i begyndelsen af december 2005 havde besvaret spørgeskema 3, havde 162 sat kryds ved et eller flere af udsagnene i dette spørgsmål. Det må tages som udtryk for, at mere end halvdelen af patienterne ikke selv synes, at de motionerer regelmæssigt (otte måneder efter at de sluttede med træningen i MKpR).

Patienternes væsentligste begrundelse for at de ikke er kommet i gang med at motionere regelmæssigt er, at 'træningsperioden på klinikken var for kort', 'at det er for dyrt at gå til motion', at de 'efter kort tid er faldet tilbage i gamle vaner', og at patienten 'blev syg'. Endvidere har hver tredje af de, der har besvaret spørgsmålet, angivet andre grunde end de svarmuligheder, der var angivet i spørgsmålet (figur 2).

Figur 2: Hvad er årsagen til, ifølge patienterne selv, at de ikke motionerer regelmæssigt (besvaret otte måneder efter afslutningen af deres deltagelse i MKpR) (pct.)



Konklusion

Patientantallet har været faldende gennem projektperioden. Antallet af patienter var højt i starten, hvor mere end 300 patienter begyndte på træningen og kostvejledningen gennem en fire måneders periode. Derpå faldt antallet til det laveste antal i perioden april 05 til juli 06 med kun 169 patienter. Derefter voksede antallet af henvisninger igen til 201 i perioden august til november 2005. Patientantallet bliver af lægerne sammenkoblet med medieomtalen af projektet. I starten var der mange patienter, der selv henvendte sig til lægen, efter at de havde hørt om projektet i medierne, men derefter har det mest været lægen, der har opfordret patienten til denne form for behandling.

Ud fra registreringerne af patienternes deltagelse i de forskellige samtaler og tests kan frafaldsprocenten opgøres til 32 pct. Dvs. at 68 pct. af de patienter, som påbegynder træningen og kostvejledningen, også gennemfører hele trænings- og vejledningsforløbet. De 'fracaldne' inkluderer dog også patienter, der ikke er mødt op til den afsluttende udslusningssamtale. Patienternes besvarelse af spørgeskemaerne viser imidlertid, at 88 pct. af patienterne gennemfører hele træningsforløbet, men en del kommer ikke til den afsluttende samtale. Projektets succeskriterium for gennemførelsen på 75 pct. må derfor siges at være opfyldt.

Patientgruppens sammensætning har ikke forandret sig siden start af undersøgelsen med henblik på køn, alder, uddannelse, deres diagnoser, helbredstilstand og fysisk aktivitetsniveau. Siden projektets påbegyndelse har køns- og aldersfordelingen været næsten konstant. 68 pct. kvinder, og 44 pct. er ældre end 60 år. I forhold til deres uddannelse svarer patienterne til Københavns befolkning, men den ældste del af patientgruppen er dog lidt bedre uddannet end den tilsvarende aldersgruppe i København som helhed. Der hvor der er en markant afvigelse i forhold Københavns befolkning er andelen af patienter med anden etnisk oprindelse. I MKpR er det kun 7 pct. af patienterne, der ikke er født i Danmark. Igennem 2005 er denne andel dog øget - især i NordVest kvarteret.

Patienternes diagnoser har ikke forandret sig siden starten af undersøgelsen. 12 pct. har alle tre diagnoser (type-2 diabetes, forhøjet blodtryk, forhøjet kolesterol), 41 pct. har diabetes, 64 pct. forhøjet blodtryk og 57 pct. forhøjet kolesterol. Patienterne vejer i gennemsnit 88 kg for kvinderne

og 101 kg for mændene. Det må betegnes som en meget høj gennemsnitsvægt, hvad den gennemsnitlige BMI på 33 også dokumenterer. Der er på mange måder tale om en 'tung' patientgruppe. Patienterne har opbygget bestemte spise- og levevaner gennem et forholdsvis langt liv. I forhold til den viden kan de beskrevne forandringer (se næste afsnit) ses i et mere positivt lys.

Ifølge deres egne oplevelser er størsteparten af patienterne glade for motion, har erfaringer med det og bevæger sig flere gange om ugen. Trods dette viser den første test, at patienterne har en forholdsvis lav kondition.

4. Effekten af Motion og Kost på Recept

Dette afsnit belyser, hvilken effekt Motion og Kost på Recept har haft på patienternes helbred og fysiske aktivitet. Analysen tager sigte på at besvare følgende spørgsmål.

- Hvordan vurderer patienterne det selv. Har de fået et bedre helbred, og er deres forventninger blevet opfyldt?
- Dyrker de mere motion og fysisk aktivitet?
- Hvad er den kliniske effekt?
- Hvor mange patienter har opnået væsentlige forbedringer på flere 'mål'?
- Hvilke patientgrupper har især opnået en effekt af MKpR?

Patienternes egen vurdering

De væsentligste forventninger til Motion og Kost på Recept er af helbredsmæssig karakter: At tabe sig og opnå et bedre helbred. Dernæst har patienterne forventninger om at få ændret motionsvaner og kostvaner og få mere viden om sund kost. Derimod har de færreste forventninger til 'det sociale' og det 'oplevelsesmæssige' (glæden ved motion), og derved adskiller deltagerne sig markant fra idræts- og motionsdyrkere i Danmark, som tillægger det sociale motiv og glædes-motivet stor betydning⁴. Der er små – ikke relevante - forskelle på forventningerne mellem mænd og kvinder.

Har Motion og Kost på Recept så levet op til forventningerne? I det andet spørgeskema har vi på ny spurgt patienterne om, hvilke forventninger de havde til tilbudet om træning og kostvejledning, og dernæst også spurgt, om forventningerne var blevet opfyldt. Patienterne bekræfter i store træk resultaterne fra det første spørgeskema, idet det især er ønsket om at tabe sig og få et bedre helbred, de har forventninger til. Det er imidlertid kun halvdelen, af de som har haft denne forventning, som mener, at denne forventning er blevet opfyldt. Det gælder også de mere specifikke sundhedsforventninger: At få et reduceret kolesterol, at få blodtrykket sænket, få blodsukkeret stabiliseret og at tabe sig (figur 3).

⁴ Se bl.a.

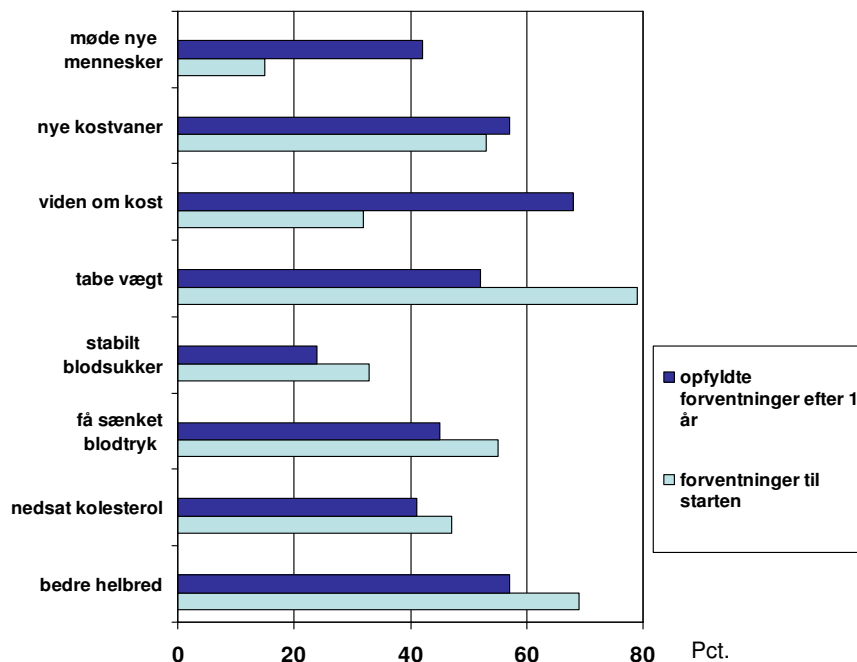
Ottesen, Laila og Ibsen, Bjarne (1999). Idræt, motion og hverdagsliv. Institut for Idræt, Københavns Universitet.
Larsen, Knud (2005). Træning på hold og i motionscenter. Resultater fra en medlemsundersøgelse i 34 gymnastik- og idrætsforeninger i DGI Roskilde Amt. Center for forskning i Idræt, Sundhed og Civilsamfund, Syddansk Universitet.
www.cisc.sdu.dk.

Efter forventninger om et bedre helbred kommer forventninger om at få nye motionsvaner og ændre kostvaner, som lidt over halvdelen af patienterne har forventninger om. Disse to forventninger synes patienterne i lidt højere grad (end forventningerne om et bedre helbred) er blevet opfyldt (blandt de som har haft denne forventning).

Forholdsvis få har forventninger om at få ny viden om sund kost og om at lære andre mennesker at kende. Til gengæld er der en stor del af de patienter, der havde denne forventning, som synes, at det er blevet opfyldt.

Otte måneder senere har deltagerne på ny svaret på, om en række mulige 'resultater' af deltagelsen i Motion og Kost på Recept er blevet opfyldt. Spørgsmålet er ikke helt identisk med spørgsmålet i det første og det andet spørgeskema, og der er føjet flere svaralternativer til. Dette kan have påvirket svarene. Med forbehold for dette kan vi konstatere, at andelen af patienterne, som nu svarer, at de har opnået et bedre helbred, er højere end efter endt træning og kostvejledning. Hele 56 pct. svarer, at de har opnået et bedre helbred. Det samme gælder også på de øvrige 'forventninger'. Dette resultat kan forklares med, at dem der har gennemført hele forløbet og de opfølgende samtaler har opnået en langtidseffekt af Motion og Kost på Recept (se derom senere)

Figur 3: Hvad var patienternes forventninger til Motion og Kost på Recept, og levede tilbuddet op til forventningerne – besvaret efter endt træning og kostvejledning og otte måneder senere



I alle tre spørgeskemaer – besvaret da deltagerne begyndte i Motion og Kost på Recept, efter endt træning og kostvejledning og otte måneder senere – har patienterne besvaret et enslydende spørgsmål: Hvordan synes du din nuværende helbredstilstand er?

Patienternes vurdering af deres helbred er mindre positivt end i befolkningen som helhed. Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen fra 2000 viser, at 74 pct. af aldersgruppen 45 til 66 år har et 'virkeligt godt' eller 'godt' helbred, når de selv skal vurdere det ⁵. I Københavns Kommune svarede 60 pct. i den samme aldersgruppe i 2004, at deres helbredstilstand er 'god' eller 'virkelig god'⁶. Sammenligner vi disse tal med svarene fra patienterne i MKpR, så viser undersøgelsen, at andelen af patienterne, som svarer, at deres helbred er 'virkeligt godt' eller 'godt' er mindre end halvt så stor som i befolkningen som helhed. I aldersgruppen 45 til 66 år svarer 2 pct. af patienterne, at de har et 'virkeligt godt' helbred, da de begyndte på træningen og kostvejledningen, mens 27 pct. svarer, at de har et 'godt' helbred.

⁵ Statens Institut for Folkesundhed (2000): Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen.

⁶ Københavns Kommune (2005): Sundhedsprofil for Københavns Kommune.

Vi vil her sammenligne svarene fra de patienter, som i december 2005 havde besvaret dette spørgsmål i alle tre spørgeskemaer. Det drejer sig om i alt 192 patienter. Det relativt lille antal skyldes, at de fleste af patienterne endnu ikke har besvaret det sidste spørgeskema, fordi det først udsendes otte måneder efter afslutningen af træningen og kostvejledningen. Efter endt træning er andelen af patienterne, som synes, at deres helbredstilstand er 'virkelig god', øget fra 2 til 6 pct., og andelen, som synes, at helbredstilstanden er 'god', er øget fra 35 til 56 pct. Denne andel falder ganske lidt otte måneder senere, men andelen, som svarer, at helbredstilstanden er 'god' eller 'virkelig god', er fortsat 19 procentpoint højere, end da gruppen begyndte i behandlingen (tabel 7).

Tabel 7: Patienternes svar på spørgsmålet: Hvordan synes du din nuværende helbredstilstand er, særligt for de samme patienter ved a) begyndelsen af træningen og kostvejledningen, b) efter endt træning og kostvejledning og c) otte måneder efter endt træning og kostvejledning

	Besvaret ved begyndelsen af deltagelsen i MKpR		Besvaret efter afsluttet træning og kostvejledning (ca. 5 mdr. efter starten)		Besvaret ca. otte måneder efter afslutningen af deltagelsen i MKpR	
	N =	Procent	N =	Procent	N =	Procent
Virkelig god	3	1,6	11	5,7	13	6,8
God	67	34,9	108	56,3	94	49,0
Nogenlunde	104	54,2	65	33,9	76	39,6
Dårlig	16	8,3	8	4,2	8	4,2
Meget dårlig	2	1,0			1	,5
Total	192	100,0	192	100,0	192	100,0

Ændring i motions- og kostvaner

Efter fire måneders træning i Motion og Kost på Recept er andelen, som svarer, at de er fysisk aktive flere gange om ugen, øget fra 36 pct. til 58 pct., mens andelen, der kun er fysisk aktiv 'højst én gang om ugen' eller 'aldrig', er formindsket tilsvarende (tabel 8). Denne sammenligning omfatter også kun de patienter, som indtil begyndelsen af december 2005 havde besvaret spørgsmålet i alle tre spørgeskemaer, men svarfordelingen for denne gruppe afviger ikke fra fordelingen, når alle besvarelser af spørgsmålet tages med. Otte måneder efter afslutningen på træningen og kostvejledningen på en af de seks fysioterapiklinikker er andelen, som er fysisk aktiv i mindst en halv time 'flere gange om ugen', faldet med ti procentpoint, men hovedparten af dette skyldes, at andelen, som hver dag er fysisk aktiv i mindst en halv time om dagen, er vokset med godt fem procentpoint, mens en næsten lige så stor andel er mindre fysisk aktiv, end da træningen sluttede. Et år efter at patienterne begyndte i Motion og Kost på Recept, er det fysiske aktivitetsniveau imidlertid klart højere end det var, da denne gruppe begyndte på træningen og kostvejledningen. Før træningen begyndte i MKpR svarede 61 pct., at de dagligt eller flere gange om ugen var fysisk aktiv i mindst en halv time. Et år senere var denne andel øget til 80 pct.

Selvom andelen af patienterne, der er fysisk aktive i mindst en halv time om dagen, er vokset, så er andelen fortsat betydeligt lavere end i befolkningen som helhed i Københavns Kommune. En undersøgelse fra 2004 viser således, at 40 pct. af mændene og 47 pct. af kvinderne i aldersgruppen 45 til 66 år er fysisk aktiv (ifølge dem selv) i mindst en halv time om dagen⁷. I samme aldersgruppe i patientgruppen er de samme andele otte måneder efter endt træning og vejledning 31 pct. for både mænd og kvinder.

Tabel 8: Patienternes svar på spørgsmålet: Hvor ofte er du fysisk aktiv i mindst en halv time?, særskilt for de samme patienter ved a) begyndelsen af træningen og kostvejledningen, b) efter endt træning og kostvejledning og c) otte måneder efter endt træning og kostvejledning

	Besvaret ved begyndelsen af deltagelsen i MKpR		Besvaret efter afsluttet træning og kostvejledning (ca. 5 mdr. efter starten)		Besvaret ca. otte måneder efter afslutningen af deltagelsen i MKpR	
	N =	Procent	N =	Procent	N =	Procent
Dagligt	47	24,6	53	27,7	63	33,0
Flere gange om ugen	70	36,6	110	57,6	90	47,1
Højst én gang om ugen	67	35,1	24	12,6	30	15,7
Aldrig	7	3,7	4	2,1	8	4,2
Total	191	100,0	191	100,0	191	100,0
Analysen bygger kun på de patienter, som har besvaret det pågældende spørgsmål i alle tre spørgeskemaer. Antallet af respondenter er relativt lavt i denne sammenligning, fordi det kun er de patienter, der havde afsluttet træningen og vejledningen inden den 1. marts 2005, som har haft mulighed for at besvare skema 3 (udsendes ca. 13 mdr. efter at patienten begyndte i MKpR). Dette omfatter 475 patienter. Af disse havde 291 besvaret skema 3 i begyndelsen af december 2005. Af de 291 patienter er der endvidere næsten 100 patienter, som ikke har besvaret enten skema 1 eller skema 2.						

⁷ Københavns Kommune (2005): Sundhedsprofil for Københavns Kommune.

Efter fire måneders træning på en af fysioterapiklinikkerne er andelen, som er glad for bevægelse og fysisk aktivitet, øget med næsten 10 procentpoint. Der er dog fortsat en meget stor del, 45 pct., som nøjes med at sætte kryds ud for svaret: 'Jeg synes det er 'ok' (tabel 9).

Tabel 9: Patienternes svar på spørgsmålet: Hvad synes du om at bevæge dig og være fysisk aktiv, særskilt for de samme patienter ved a) begyndelsen af træningen og kostvejledningen og b) efter endt træning og kostvejledning

	Besvaret ved begyndelsen af deltagelsen i MKpR		Besvaret efter afsluttet træning og kostvejledning (ca. 5 mdr. efter starten)	
	N =	Procent	N =	Procent
Jeg bryder mig ikke om det	16	3,5	12	2,7
Jeg synes det er OK	229	50,8	204	45,2
Jeg er glad for bevægelse og fysisk aktivitet	184	40,8	224	49,7
Ved ikke	22	4,9	11	2,4
Total	451	100,0	451	100,0

Efter endt træning i Motion og Kost på Recept svarer kun 7 pct. af patienterne, der har besvaret spørgeskemaet, at de ikke motionerer. Tre af fire motionerer alene, og halvdelen motionerer med en fast makker eller i en gruppe. En stor del motionerer således både alene og sammen med andre. I det tredje spørgeskema er der ikke spurgt på helt samme måde. Derfor skal man være varsom med en direkte sammenligning. Sammenligningen i nedenstående tabel gælder patienter, der har besvaret de respektive spørgsmål i begge skemaer. 12 pct. har svaret, at de ikke har dyrket motion under nogle af de anførte former det sidste halve år, dvs. en lidt større andel som ikke dyrker nogen form for motion, end da træningen og vejledningen var afsluttet. Det kan dels skyldes forskellene mellem spørgsmålene, dels at nogle få måske er stoppet med at motionere. Andelene, som angiver, at de indenfor det sidste halve år har motioneret alene og / eller i en gruppe, er også betydeligt lavere, end da de stoppede med MKpR.

Otte måneder efter afslutningen af træningen og kostvejledningen svarer 13 pct., at de inden for det sidste halve år har dyrket motion i en idrætsforening, 31 pct. har gjort det i et motionscenter, 9 pct. i en aftenskole og 16 pct. et andet sted (tabel 10).

Tabel 10: Andelen af patienterne som dyrker motion under forskellige organiseringsformer, særskilt for de samme patienter, besvaret ved a) efter endt træning og kostvejledning og b) otte måneder efter endt træning og kostvejledning

	Besvaret efter afsluttet træning og vejledning		Besvaret ca. otte måneder efter afslutningen af deltagelsen i MKpR							
	Motionerer du alene eller sammen med andre?		Den sidste uge		Den sidste måned		I det sidste halve år		Nej 1)	
	N =	Pct.	N =	Pct.	N =	Pct.	N =	Pct.	N =	Pct.
Motionerer alene / på egen hånd	157	74,8	54	25,8	16	7,7	44	21,1	95	45,5
Motionerer med fast makker/gruppe	107	51,0	19	9,1	4	1,9	24	11,5	161	77,3
Motioneret i en idrætsforening			14	6,8	3	1,4	9	4,3	181	87,4
Motioneret i et motionscenter			25	12,1	9	4,4	29	14,1	143	69,4
Motioneret på hold i en aftenskole			11	5,3	3	1,4	5	2,4	189	90,9
Motioneret et andet sted			23	11,1	2	1,0	8	3,8	175	84,1
Motionerer ikke	15	7,1								
Svaret NEJ på alle svarmulighederne 1)									25	11,9
N = 210										
1) Nej omfatter også de respondenter, der ikke har sat et kryds udfor den enkelte svarmulighed (betragtes også som et NEJ)										

I både det andet og det tredje spørgeskema har deltagerne i Motion og Kost på Recept besvaret et spørgsmål om, hvilke former for motion og fysisk aktivitet de har deltaget i / udført i ugen inden skemaet blev besvaret. Ved at sammenligne svarene på de to identiske spørgsmål for deltagere, som har besvaret begge spørgeskemaer, kan vi danne os et billede af, om aktivitetsniveauet og deltagelsen under de forskellige aktivitetsformer har ændret sig fra lige efter træningens afslutning i MKpR til otte måneder senere. Sammenligningen afslører et lidt mindre aktivitetsniveau på de fleste aktivitetsformer otte måneder efter afslutningen af træningen og kostvejledningen end lige efter træningens afslutning. Det gælder især 'rask gang', svømning, 'motion der hjemme' og motion i fitnesscenter. Den eneste aktivitetsform, som er gået frem, er hårdt fysisk arbejde, og det kan dels skyldes, at spørgsmålet i spørgeskema 2 kan opfattes som hårdt fysisk lønarbejde, men det kan også skyldes, at skema 2 overvejende er besvaret i efteråret og om vinteren, mens det tredje skema overvejende er besvaret om sommeren og om efteråret (tabel 11).

Tabel 11: Andelen af patienterne som har udført en af nedenstående former for motion og fysisk aktivitet mindst en gang i den sidste uge (før skemaet blev besvaret) – kort tid efter afslutningen af træning og kostvejledning og otte måneder efter afslutningen (kun patienter som har besvaret begge spørgeskemaer)

Form for motion og fysisk aktivitet	Besvaret efter afsluttet træning og kostvejledning (ca. 5 mdr. efter starten)		Besvaret ca. otte måneder efter afslutningen af deltagelsen i MKpR	
	N =	Pct.	N =	Pct.
Rask gang	127	58,3	103	47,2
Cykling	113	51,8	117	53,7
Svømning	37	17,0	29	13,3
Motion der hjemme	50	22,9	38	17,4
Motion i en forening	40	18,3	36	16,5
Motion i et fitnesscenter	57	26,1	42	19,3
Motion i en aftenskole	12	5,5	13	6,0
Motion på arbejdspladsen	4	1,8	2	,9
Hårdt fysisk arbejde	12	5,5	27	12,4
Havearbejde / rengøring	106	48,6	108	49,5
Anden form for motion	38	17,4	34	15,6
N = 218				

Lidt over 80 pct. af patienterne svarer, at de har fulgt eller delvist fulgt egne mål for kostændringer. 10 pct. erkender, at de ikke har fulgt målene, og 7 - 8 pct. svarer, at de ingen mål havde. Dette spørgsmål har patienterne besvaret i såvel det andet spørgeskema som i det tredje. Der er kun ubetydelige forskelle i svarmønstret mellem de to besvarelser (tabel 12).

Tabel 12: Patienternes vurdering af, om de har fulgt egne mål for kostændringer – efter endt træning og kostvejledning og otte måneder senere (andel af patienter, der har besvaret begge spørgeskemaer)

	Besvaret efter afsluttet træning og kostvejledning (ca. 5 mdr. efter starten)		Besvaret ca. otte måneder efter afslutningen af deltagelsen i MKpR	
	Antal	Procent	Antal	Procent
Ja, jeg har fulgt mine mål	47	22,3	53	25,1
Jeg har delvist fulgt mine mål	129	61,1	120	56,9
Nej, jeg har ikke fulgt mine mål	20	9,5	20	9,5
Jeg havde ingen mål for kostændringer	14	6,6	17	8,1
Ved ikke	1	,5	1	,5
Total	211	100,0	211	100,0

Konklusion

Efter fire måneders intervention er patienterne blevet mere fysisk aktive. Før træningen og vejledningen begyndte, svarede 61 pct., at de motionerede dagligt eller flere gange om ugen. Efter endt træning er denne andel vokset til 85 pct. Et år efter at patienten begyndte i MKpR svarer 80 pct. af patienterne, at de dagligt eller flere gange om ugen er fysisk aktive. Det må betegnes som en succes. Ser man på aktiviteterne, så går og cykler de fleste patienter, men havearbejde eller rengøring udgør også en stor del af det daglige motionsregnskab (halvdelen af patienterne). Tre af fire motionerer alene, og halvdelen motionerer med en fast makker eller i en gruppe. Spørger

patienterne om, hvor meget de selv har fulgt deres mål for kostændring, så svarer ikke mindre end 80 pct. JA. Kun 10 pct. har ikke fulgt deres mål. Disse tal må betragtes som en succes, både hvad der angår stigningen i den fysiske aktivitet og overholdelsen af egne kostændringer. I det følgende skal nu vurderes, om de kliniske værdier matcher denne selvoplevede forbedring i fysisk aktivitetsniveau og kostsammensætning. I sammenligning med den samlede befolkning vurderer patienterne fra Motion og Kost på Recept deres helbred mindre positivt.

Behandlingens kliniske effekt

Vi skal i dette afsnit se på, hvilken klinisk effekt deltagelsen i Motion og Kost på Recept har på patienternes sundhedstilstand. Der er i princippet flere måder at analysere effekten af behandlingen på.

For det første kan man se på, hvor mange der efter endt træning og vejledning har opnået 'normale værdier' på de undersøgte værdier. Det forudsætter imidlertid, at man har sådanne entydige 'normalværdier', og det er vanskeligt at præcisere, fordi der skal tages højde for individuelle kendetegn (bl.a. alder).

For det andet kan man se på, hvor mange der har forbedret sig så meget, at det har en signifikant betydning for deres sundhedstilstand. Det er imidlertid også vanskeligt at anlægge præcise kriterier for dette, bl.a. fordi det afhænger af udgangspunktet for den enkelte patient.

For det tredje kan man belyse, hvor mange der har opnået en signifikant forbedring på de undersøgte test og målinger. Det er denne fremgangsmåde, vi benytter i det følgende.

Analysen omfatter følgende kliniske parametre:

- Konditallet
- Vægt
- BMI
- Taljemål
- Systoliske blodtryk
- Diastoliske blodtryk

- Glykeret hæmoglobin (HbA1c)
- Totalkolesterol
- HDL-kolesterol
- LDL kolesterol
- Triglycerider
- Fasteglukose.

Hver af disse parametre analyseres på to måder:

Først sammenlignes resultaterne af test og målinger, som er gennemført

- a) før træningen og kostvejledningen påbegyndtes,
- b) ved behandlingens afslutning (ca. 4 mdr. efter behandlingen begyndte),
- c) to måneder efter endt behandling,
- d) samt otte måneder efter afslutningen, dvs. ca. et år efter at behandlingen begyndte.

Denne første del omfatter både 1) en sammenligning af resultaterne af alle, som er blevet undersøgt og testet de fire gange, 2) en sammenligning af resultaterne for de patienter, som er blevet testet alle fire gange, og 3) en sammenligning af resultaterne for patienter, der havde værdier under det normale på den pågældende parameter, inden træningen og kostvejledningen begyndte.

Dernæst analyseres det, hvor stor en andel af patienterne, der efter fire måneders træning og kostvejledning har opnået en betydelig forbedring efter fire måneders behandling.

Til slut foretages en analyse af, hvor mange af patienterne, der har opnået en betydelig forbedring på flere af undersøgte variable, og om der kan identificeres en større effekt hos nogle patientgrupper (opdelt efter køn, alder, uddannelse, klinik de har trænet på mv.) i sammenligning med andre.

Konditallet

Alle patienterne tilbydes en konditionstest fire gange under hele forløbet. Den første gennemføres i begyndelsen af træningsforløbet på klinikken. Den anden gennemføres i slutningen af de fire måneders træningsforløb. Den tredje gennemføres to måneder efter afsluttet træning på klinikken. Endelig gennemføres den sidste otte måneder efter træningens afslutning, dvs. et år efter at patienten begyndte i Motion og Kost på Recept.

Det er lykkedes at opnå en konditionstest på 79 pct. af patienterne ved træningens påbegyndelse. De efterfølgende tests har ikke samme høje andel. Det skyldes både frafaldet fra træningen, og at en del ganske enkelt ikke møder op til testen. I begyndelsen af december 2005 havde i alt 123 patienter gennemført alle fire konditionstest.

En sammenligning af gennemsnittet for konditallet for alle de testede viser, at konditallet i gennemsnit forbedres med 4 fra første til anden test, dvs. fra træningens påbegyndelse til dens afslutning. Da konditallet i gennemsnit er på 22 ved træningens begyndelse, svarer en forbedring på 4 til en 20 pct. forbedring. Derefter holder patienterne den gennemsnitlige værdi, som de opnåede ved den 2. test. Næsten det samme viser en sammenligning af gennemsnittet for konditallet for de patienter, som har gennemført alle test. Dog ser vi et svagt, men ikke statistisk signifikant, fald fra 3. til 4. test (tabel 13).

Den gennemsnitlige forbedring på 4,0 - svarende til 20 pct. - dækker dog over meget store forskelle. 21 pct. havde samme kondital eller et lavere tal ved anden test end ved første test, mens 79 pct. havde et højere kondital. 36 pct. havde opnået en forbedring på mere end 25 pct., og 14 pct. havde en forbedring på mere end 50 pct.

Det er især de patienter, som havde et meget lavt kondital ved 1. test, der har opnået en forbedring. Denne gruppe har i gennemsnit opnået en forbedring på 4,9 svarende til 27 pct. (tabel 14). Som nævnt ovenfor er det især de yngre og midaldrende patienter, som havde et meget lavt kondital i forhold til det normale for alderen, før de begyndte på træningen i MKpR. De yngre og midaldrende (under 50 år) opnår da også en relativ større forbedring af konditallet (5,5 i gennemsnit) end de ældre gør (3,9 i gennemsnit).

Tabel 13: Gennemsnitsværdi for konditallet fra 1. test (begyndelsen af træningen), 2. test (ved træningens afslutning), 3. test (2 måneder efter afslutningen af træningen) og 4. test (otte måneder efter træningens afslutning)

		1. test	2. test	3. test	4. test
Alle patienter	Antal testede	852	510	328	156
	Gennemsnitsværdi 1)	22,5	26,8 *	26,9 *	27,1 *
	Standardafvigelsen	7,6	8,8	9,7	9,9
Patienter som er testet alle fire gange					
Patienter som er testet alle fire gange	Antal testede	123	123	123	123
	Gennemsnitsværdi 1)	24,2	28,2 *	28,4 *	27,3 *
	Standardafvigelsen	7,6	9,7	10,2	9,8
Patienter med 'meget lavt' kondital ved 1. test 2)					
Patienter med 'meget lavt' kondital ved 1. test 2)	Antal testede	274	274		
	Gennemsnitsværdi 1)	18,2	23,1 *		
	Standardafvigelsen	3,9	6,8		
1) Følgende værdier i databasen er ikke medtaget i analysen: Værdier mellem 0 og 5 og værdier over 80 2) Definitionen på 'meget lavt' kondital kan læses på Motion-online: http://www.motion-online.dk * angiver at der er en statistisk signifikant forskel (< .005) mellem den første test af konditallet og den pågældende test					

52 pct. af patienterne har ved den anden test af konditallet, som gennemføres efter fire måneders træning, opnået en forbedring på mere end 15 pct., som er et af succeskriterierne i MKpR. To måneder senere, hvor patienterne igen konditests, er det fortsat mere end halvdelen af patienterne, som har et kondital, der er mere end 15 pct. højere, end da de begyndte i MKpR. Men ved den fjerde test, som gennemføres ca. otte måneder efter afslutningen af træningen og vejledningen, er andelen faldet til 42 pct. Patienterne synes altså at tabe lidt af forbedringen, som de havde opnået efter træning og vejledning på klinikkerne i fire måneder (tabel 14).

Tabel 14: Andel af patienterne (der er blevet testet), som har forbedret konditallet siden 1. test - ved 2. test, 3. test og 4. test (pct.)

Pct. ændring i forhold til første test	2. test	3. test	4. test
Mere end 15 pct.	51,8	53,2	42,4
Mellem 0 og 15 pct.	28,1	22,8	23,2
Tilbagegang eller ingen forbedring	20,1	24,1	34,4
I alt	100,0	100,0	100,0
N =	488	316	151

Vægt

En sammenligning af patienternes vægt ved behandlingens start med vægten ved behandlingens afslutning viser et gennemsnitligt vægttab på 3,3 kg. Ved målingen to og otte måneder efter udslusningen fra Motion og Kost på Recept er vægten yderligere reduceret, så det gennemsnitlige vægttab er 5,2 kg. Sammenligner vi alene de patienter, som er blevet vejet fire gange, ser billedet en anelse mindre positivt ud. Også her finder vi et vægttab, men faldet er ikke helt så stort, og det fortsætter ikke til 4. måling (tabel 15).

Der er meget store forskelle på vægten. Ved den første måling vejede den 'letteste' 48 kg, mens den 'tungeste' vejede 188 kg. Der er da også store variationer i vægtændringerne hen over forløbet. 80 pct. opnåede en vægtreduktion, mens 20 pct. tog på i vægt. 25 pct. reducerede vægten med op til 2 kg, yderligere 35 pct. opnåede et vægttab på 2 til 5 kg, og 20 pct. tabte mere end 5 kg. Det højeste vægttab var godt 20 kg (tabel 16).

Tabel 15: Gennemsnitsværdi for patienternes vægt ved 1. måling (begyndelsen af træningen), 2. måling (ved træningens afslutning), 3. måling (2 måneder efter afslutningen af træningen) og 4. måling (otte måneder efter træningens afslutning (kg.))

		1. måling	2. måling	3. måling	4. måling
Alle patienter	Antal undersøgte	1078	591	403	198
	Gennemsnitsværdi (kg)	92,7	89,4 *	87,8 *	87,5 *
	Standardafvigelsen	18,1	17,7	17,6	17,1
	Spredning (range)	139,3	123,1	109,4	90,0
Patienter som er testet <u>alle fire gange</u>					
Patienter som er testet <u>alle fire gange</u>	Antal undersøgte	181	181	181	181
	Gennemsnitsværdi (kg)	89,8	87,0 *	86,8 *	87,4 *
	Standardafvigelsen	17,2	16,4	16,7	17,4
	Spredning (range)	96,1	82,7	87,4	90,0
* angiver at der er en statistisk signifikant (<.005) forskel mellem den første måling af vægten og den pågældende måling					

Tabel 16: Andel af patienterne (der er blevet testet), som har reduceret vægten siden 1. måling - ved 2. måling, 3. måling og 4. måling (pct.)

Pct. ændring i forhold til første test	2. test	3. test	4. test
> 5 pct.	24,4	26,8	28,9
2,5 til 5,0	27,4	25,3	18,8
0 - 2,5	30,1	26,6	23,4
< 0	18,1	21,3	28,9
I alt	100,0	100,0	100,0
N =	591	403	197

BMI

Fra første til anden måling af BMI sker der en gennemsnitlig reduktion fra 32,7 til 31,4, og to måneder senere er gennemsnittet yderligere reduceret til 30,8 for de patienter, som indtil begyndelsen af december 2005 var målt og vejet. Sammenligningen af patienter, som er undersøgt alle fire gange, viser et noget mindre fald fra behandlingen begyndte til et år efter på 0,8 i gennemsnit. Patienter med et BMI på over 32 ved første måling havde ved anden måling i gennemsnit opnået en reduktion på 1,1, dvs. en mindre reduktion end patienter, der havde et BMI under 32 ved første måling (tabel 17).

Tabel 17: Gennemsnitsværdi for patienternes BMI ved 1. måling (begyndelsen af træningen), 2. måling (ved træningens afslutning), 3. måling (2 måneder efter afslutningen af træningen) og 4. måling (otte måneder efter træningens afslutning)

		1. måling	2. måling	3. måling	4. måling
Alle patienter	Antal undersøgte	1075	593	404	197
	Gennemsnitsværdi	32,7	31,4 *	30,8*	30,8 *
	Standardafvigelsen	6,5	7,2	5,3	5,2
Patienter som er testet <u>alle fire gange</u>	Antal undersøgte	180	180	180	180
	Gennemsnitsværdi	31,6	30,7 *	30,6 *	30,8 *
	Standardafvigelsen	5,1	4,9	5,0	5,2
BMI på > 32 ved første måling	Antal undersøgte	275	275		
	Gennemsnitsværdi (mmHg)	36,8 *	35,7 *		
	Standardafvigelsen	6,1	8,4		
* angiver at der er en statistisk signifikant (<.005) forskel mellem den første måling af BMI og den pågældende måling					

Efter træningen og vejledningen i fire måneder har fire ud af fem af patienterne opnået et fald i BMI, og hver fjerde har reduceret værdien med mere end fem pct. Men når der er gået et år, dvs. otte måneder efter træningens og vejledningens afslutning, har næsten hver tredje patient forøget BMI, mens der fortsat er en fjerdedel, som har reduceret BMI med mere end 5 pct. i forhold til startværdien (tabel 18).

Tabel 18: Andel af patienterne (der er blevet testet), som har reduceret BMI siden 1. test - ved 2. test, 3. test og 4. test (pct.)

Pct. ændring i forhold til første test	2. test	3. test	4. test
> 5 pct.	25,0	28,0	27,9
2,5 til 5,0	26,5	23,0	17,8
0 - 2,5	31,2	29,7	23,9
< 0	17,4	19,3	30,5
I alt	100,0	100,0	100,0
N =	593	404	197

Taljemål

Taljemålet giver information om, hvor i kroppen patienterne taber sig. Det er afgørende, hvor fedtet er placeret. Hvis det er omkring maven og brystkassen, er det farligere, end hvis det for eksempel sidder på lårene eller bagen. Jo højere fedtet sidder på kroppen, jo større er risikoen for at få hjertelidelser og sukkersyge.

Taljemålene viser et vedvarende gennemsnitligt fald i løbet af det år, de fire undersøgelser gennemføres. Den procentuelle ændring er således større end ændringen i BMI (tabel 19). Til forskel fra BMI fastholdes reduktionen i taljemålet (i gennemsnit), efter at træningen og vejledningen er afsluttet, og det er kun hver tiende patient, som har fået et større taljemål under forløbet, mens resten har opnået en forbedring (tabel 20).

Tabel 19: Gennemsnitsværdi for patienternes taljemål ved 1. måling (begyndelsen af træningen), 2. måling (ved træningens afslutning), 3. måling (2 måneder efter afslutningen af træningen) og 4. måling (otte måneder efter træningens afslutning)

		1. måling	2. måling	3. måling	4. måling
Alle patienter	Antal undersøgte	1073	574	378	190
	Gennemsnitsværdi (mmHg)	106,7	102,1 *	101,5 *	100,9 *
	Standardafvigelsen	13,2	12,6	13,2	14,1
Patienter som er testet <u>alle fire gange</u>	Antal undersøgte	166	166	166	166
	Gennemsnitsværdi (mmHg)	105,8	101,1 *	100,9 *	100,6 *
	Standardafvigelsen	13,5	12,9	13,1	14,7
* angiver at der er en statistisk signifikant (<.005) forskel mellem den første taljemåling og den pågældende måling					

Tabel 20: Andel af patienterne (der er blevet testet), som har reduceret taljemålet siden 1. test - ved 2. test, 3. test og 4. test (pct.)

Pct. ændring i forhold til første test	2. test	3. test	4. test
> 5 pct.	35,3	39,8	40,7
2,5 til 5,0	28,0	28,3	23,3
0 - 2,5	27,4	23,0	24,9
< 0	9,3	8,8	11,1
I alt	100,0	100,0	100,0
N =	572	374	189

Systolisk blodtryk

Sammenligner vi tallene for det systoliske blodtryk for de patienter, som har fået målt blodtrykket ved behandlingens begyndelse, ved træningens afslutning, to måneder senere og til slut otte måneder efter behandlingens afslutning, ser vi et fortsat fald i den gennemsnitlige værdi fra 141,2 mmHG ved den første måling til 135,4 i den sidste måling. Sammenligninger vi alene de patienter, der har fået taget blodtrykket alle fire gange, finder vi også et tydeligt fald efter træningens og vejledningens afslutning, og derefter er den gennemsnitlige værdi for det systoliske blodtryk næsten stabilt. Ser vi særskilt på de patienter, som havde et systolisk blodtryk over 140 ved første måling, finder vi et gennemsnitligt fald i blodtrykket ved anden måling på 13,6, dvs. en markant større reduktion end i patientgruppen som helhed (tabel 21).

Tabel 21: Gennemsnitsværdi for patienternes systoliske blodtryk ved 1. måling (før påbegyndelsen af træningen), 2. måling (ved træningens afslutning), 3. måling (2 måneder efter afslutningen af træningen) og 4. måling (otte måneder efter træningens afslutning)

		1. måling	2. måling	3. måling	4. måling
Alle patienter	Antal undersøgte	1000	465	277	142
	Gennemsnitsværdi (mmHg)	141,2	137,0 *	136,0 *	135,4 *
	Standardafvigelsen	17,0	15,6	15,4	18,0
Patienter som er testet alle fire gange					
Patienter som er testet alle fire gange	Antal undersøgte	104	104	104	104
	Gennemsnitsværdi (mmHg)	141,2	136,3 *	137,6 *	136,5 *
	Standardafvigelsen	13,2	12,5	13,9	14,1
Systolisk blodtryk på > 140 ved 1. måling					
Systolisk blodtryk på > 140 ved 1. måling	Antal undersøgte	197	197		
	Gennemsnitsværdi (mmHg)	156,9	143,3 *		
	Standardafvigelsen	11,6	14,8		
* angiver at der er en statistisk signifikant (<.005) forskel mellem den første måling af det systoliske blodtryk og den pågældende måling					

Tre ud af fire af patienterne opnår et fald i blodtrykket fra første til anden måling, mens en tilsvarende andel opnår et fald i det systoliske blodtryk på mere end 10 pct. Denne fordeling er stort set uændret ved 3. og 4. måling (tabel 22).

Tabel 22: Andel af patienterne (der er blevet testet), som har reduceret det systoliske blodtryk siden 1. test - ved 2. test, 3. test og 4. test (pct.)

Pct. ændring i forhold til første test	2. test	3. test	4. test
> 10 pct.	25,0	27,8	28,8
3,5 til 10	26,5	23,8	21,6
0 – 3,5	20,6	17,2	18,0
< 0	27,9	31,1	31,7
Total	100,0	100,0	100,0
N =	456	273	139

Diastolisk blodtryk

Ændringerne i det diastoliske blodtryk ligner ændringerne i det systoliske blodtryk. Der er sket et markant fald – i gennemsnit – fra første og til anden måling, og derefter er det opnåede niveau fastholdt i gennemsnit. Patienter med et diastolisk blodtryk over 90 mmHG ved første måling have

ved anden måling opnået en forbedring på i gennemsnit 9,6, dvs. en meget markant forbedring (tabel 23).

Tabel 23: Gennemsnitsværdi for patienternes diastoliske blodtryk ved 1. måling (før påbegyndelsen af træningen), 2. måling (ved træningens afslutning), 3. måling (2 måneder efter afslutningen af træningen) og 4. måling (otte måneder efter træningens afslutning).

		1. måling	2. måling	3. måling	4. måling
Alle patienter	Antal undersøgte	1000	465	275	141
	Gennemsnitsværdi	86,3	83,1 *	82,8 *	82,1 *
	Standardafvigelsen	10,5	10,0	10,5	8,4
Patienter som er testet <u>alle fire gange</u>	Antal undersøgte	104	104	104	104
	Gennemsnitsværdi	85,1	82,5 *	82,0 *	81,8 *
	Standardafvigelsen	9,3	8,6	9,4	8,5
Diastolisk blodtryk på > 90 ved 1. måling	Antal undersøgte	110	110		
	Gennemsnitsværdi (mmHg)	99,1	89,5 *		
	Standardafvigelsen	6,4	9,5		
* angiver at der er en statistisk signifikant (<.005) forskel mellem den første måling af det diastoliske blodtryk og den pågældende måling					

Tabel 24: Andel af patienterne (der er blevet testet), som har reduceret det diastoliske blodtryk siden 1. test - ved 2. test, 3. test og 4. test (pct.)

Pct. ændring i forhold til første test	2. test	3. test	4. test
> 10 pct.	29,4	29,5	26,5
3,5 til 10	19,7	24,4	19,9
0 – 3,5	26,5	22,9	25,0
< 0	24,3	23,2	28,7
Total	100,0	100,0	100,0
N =	456	271	136

Glykeret hæmoglobin

Glykeret hæmoglobin (HbA1c) har en normalværdi på < 6,5 pct. Patientens værdi for HbA1c skal gerne falde som følge af træningen og kostomlægning.

Fra første til anden måling ser vi et tydeligt fald, når vi sammenligner alle, der har fået denne test, men ved fjerde måling er værdien igen steget. Ser vi alene på de patienter, der havde en værdi på over 6,5 pct. ved første måling, så viser analysen, at denne gruppe i gennemsnit har opnået en endnu større (0,5 procentpoint) fra første til anden måling. Afgrænser vi analysen til de 77 patienter, som har fået denne test alle fire gange, er patienterne i gennemsnit på samme niveau ved fjerde test som ved første test et år tidligere (tabel 25). Dette kan forklares med, at en del af disse patienter ikke have en unormal værdi for glykeret hæmoglobin, da de blev testet første gang.

Tabel 26 viser, at omkring halvdelen af patienterne har en højere værdi ved anden test end ved første test, og ved fjerde test har næsten hver tredje patient en værdi, der er mindst 5 pct. højere end ved den første test hos lægen - før træningen og kostvejledningen i MKpR begyndte.

Tabel 25: Gennemsnitsværdi for 'glykeret hæmoglobin' (HbA1c) ved 1. måling (før påbegyndelsen af træningen), 2. måling (ved træningens afslutning), 3. måling (2 måneder efter afslutningen af træningen) og 4. måling (otte måneder efter træningens afslutning).

		1. måling	2. måling	3. måling	4. måling
Alle patienter	Antal undersøgte	721	395	255	131
	Gennemsnitsværdi	6,81	6,54 *	6,52 *	6,72
	Standardafvigelsen	1,37	1,02	,99	1,06
Patienter som er testet <u>alle fire gange</u>	Antal undersøgte	77	77	77	77
	Gennemsnitsværdi	6,9	6,8	6,76	6,90
	Standardafvigelsen	1,32	1,14	1,09	1,09
HbA1c på > 6,5 pct. ved 1. måling	Antal undersøgte	163	163		
	Gennemsnitsværdi (mmHg)	7,8	7,3 *		
	Standardafvigelsen	1,23	1,01		
* angiver at der er en statistisk signifikant (<.005) forskel mellem den første måling af glykeret hæmoglobin og den pågældende måling					

Tabel 26: Andel af patienterne (der er blevet testet), som har forbedret blodværdien for Hba1c siden 1. måling - ved 2. måling, 3. måling og 4. måling (pct.)

Pct. ændring i forhold til første test	2. test	3. test	4. test
> 6 pct.	24,3	23,3	27,8
0 - 6	24,9	20,5	18,5
- 5 - 0	26,7	33,0	21,3
< - 5 pct.	24,0	23,3	32,4
Total	100,0	100,0	100,0
N =	329	215	108

Totalkolesterol

Totalkolesterol har en normalværdi på < 5 mmol/l. Denne værdi skal gerne falde som følge af behandlingen. På denne blodværdi finder vi et tydeligere fald gennem hele forløbet, og det gælder også, når vi alene sammenligner de patienter, der har fået taget en blodprøve alle fire gange. Ser vi alene på de patienter, de havde højere værdi end 5 mmol/l ved første måling, finder vi, at en gennemsnitlig reduktion på 0,5 mmol/l (tabel 27).

Tabel 28 viser, at andelen af patienterne, som opnår et fald i totalkolesterol i forhold til den første test, vokser under forløbet. Hver fjerde patient har en værdi for kolesterol, som er mere end 12,5 pct. bedre end ved den første test, og næsten 60 pct. har opnået et fald i værdien for totalkolesterol.

Tabel 27: Gennemsnitsværdi for 'totalcholesterol' ved 1. måling (før påbegyndelsen af træningen), 2. måling (ved træningens afslutning), 3. måling (2 måneder efter afslutningen af træningen) og 4. måling (otte måneder efter træningens afslutning).

		1. måling	2. måling	3. måling	4. måling
Alle patienter	Antal undersøgte	990	532	337	167
	Gennemsnitsværdi (mmol/l)	5,70	5,42 *	5,48 *	5,28 *
	Standardafvigelsen	1,22	1,14	1,11	1,11
Patienter som er testet <u>alle fire gange</u>	Antal undersøgte	132	132	132	132
	Gennemsnitsværdi (mmol/l)	5,66	5,34 *	5,34 *	5,23 *
	Standardafvigelsen	1,25	1,13	1,03	1,11
Totalcholesterol på > 5 mmol/l ved 1. måling	Antal undersøgte	377	377		
	Gennemsnitsværdi (mmHg)	6,3	5,8 *		
	Standardafvigelsen	0,96	1,01		
* angiver at der er en statistisk signifikant (<.005) forskel mellem den første måling af totalcholesterol og den pågældende måling					

Tabel 28: Andel af patienterne (der er blevet testet), som har forbedret blodværdien for totalcholesterol siden 1. måling - ved 2. måling, 3. måling og 4. måling (pct.)

Pct. ændring i forhold til første test	2. test	3. test	4. test
> 12,5 pct.	23,5	20,4	27,1
5 - 12,5 pct.	23,1	18,0	19,3
0 - 5 pct.	13,4	17,1	20,5
< 0 pct.	40,0	44,4	33,1
Total	100,0	100,0	100,0
N =	523	333	166

HDL-kolesterol

HDL kolesterol, som har en normalværdi på > 1 mmol/l, skal gerne stige som følge af behandlingen. Fra første til anden måling sker der imidlertid et lille fald, men derefter stiger værdien, så den ved fjerde måling er 0,05 mmol/l højere end ved første måling. En sammenligning af de patienter, som har fået en blodtest alle fire gange, viser en uændret gennemsnitlig værdi fra første til fjerde test. Hvis analysen afgrænses til de patienter, der ved første måling havde en værdi for HDL kolesterol, der var mindre end 1 mmol/l, viser analyser, at denne gruppe opnåede en stigning i værdien fra første til anden måling på 0,1 mmol/l (tabel 29).

Tabel 29: Gennemsnitsværdi for HDL-kolesterol' ved 1. måling (før påbegyndelsen af træningen), 2. måling (ved træningens afslutning), 3. måling (2 måneder efter afslutningen af træningen) og 4. måling (otte måneder efter træningens afslutning).

		1. måling	2. måling	3. måling	4. måling
Alle patienter	Antal undersøgte	977	521	335	166
	Gennemsnitsværdi (mmol/l)	1,38	1,35 *	1,41 *	1,43 *
	Standardafvigelsen	,39	,35	,37	,37
Patienter som er testet <u>alle fire gange</u>	Antal undersøgte	131	131	131	131
	Gennemsnitsværdi (mmol/l)	1,43	1,39 *	1,41	1,43
	Standardafvigelsen	,35	,39	,37	,38
HDL-kolesterol på < 1 mmol/l ved 1. måling	Antal undersøgte	53	53		
	Gennemsnitsværdi (mmHg)	0,9	1,01 *		
	Standardafvigelsen	,06	,27		
* angiver at der er en statistisk signifikant (<.005) forskel mellem den første måling af HDL-kolesterol og den pågældende måling					

Der er en betydelig spredning på ændringerne i HDL-kolesterol. Mere end halvdelen af patienterne har en lavere værdi ved anden test end ved første test, mens hver fjerde har oplevet en stigning på mere end 7 pct. (tabel 30).

Tabel 30: Andel af patienterne (der er blevet testet), som har forbedret blodværdien for HDL kolesterol siden 1. måling - ved 2. måling, 3. måling og 4. måling (pct.)

Pct. ændring i forhold til første test	2. test	3. test	4. test
< 7 pct.	25,3	28,3	26,2
-7 - 2 pct.	25,9	28,6	23,8
2 - 10 pct.	22,7	19,5	26,2
> 10 pct.	26,1	23,7	23,8
Total	100,0	100,0	100,0
N =	506	329	164

LDL kolesterol

LDL kolesterol har en normalværdi på < 3 mmol/l. Denne værdi skal gerne falde under behandlingen. På denne værdi ser vi et meget markant fald fra 3,48 mmol/l til 3,16 mmol/l i gennemsnit ved den fjerde måling. Det samme tydelige fald finder vi, når vi alene sammenligner de

117 patienter, som har fået denne blodtest alle fire gange. Reduktionen er endnu større (0,3 mmol/l), hvis vi alene ser på de patienter, som ved første måling havde en 'unormal' værdi for LDL kolesterol, dvs. over 3 mmol/l (tabel 31). Men her er det kun godt halvdelen af patienterne, som har opnået et betydeligt fald i blodværdien for LDL kolesterol (tabel 32).

Tabel 31: Gennemsnitsværdi for LDL-kolesterol' ved 1. måling (før påbegyndelsen af træningen), 2. måling (ved træningens afslutning), 3. måling (2 måneder efter afslutningen af træningen) og 4. måling (otte måneder efter træningens afslutning).

		1. måling	2. måling	3. måling	4. måling
Alle patienter	Antal undersøgte	935	497	325	159
	Gennemsnitsværdi (mmol/l)	3,48	3,33 *	3,35 *	3,16 *
	Standardafvigelsen	1,03	,98	,99	1,01
Patienter som er testet <u>alle fire gange</u>	Antal undersøgte	117	117	117	117
	Gennemsnitsværdi (mmol/l)	3,40	3,28 *	3,27 *	3,15 *
	Standardafvigelsen	1,05	1,03	,97	,99
LDL-kolesterol på > 3 mmol/l ved 1. måling	Antal undersøgte	315	315		
	Gennemsnitsværdi (mmHg)	4,0	3,7		
	Standardafvigelsen	0,69	0,83		
* angiver at der er en statistisk signifikant (<.005) forskel mellem den første måling af LDL-kolesterol og den pågældende måling					

Tabel 32: Andel af patienterne (der er blevet testet), som har forbedret blodværdien for LDL kolesterol siden 1. måling - ved 2. måling, 3. måling og 4. måling (pct.)

Pct. ændring i forhold til første test	2. test	3. test	4. test
> 12,5 pct.	26,0	24,4	30,7
0 - 12,5 pct.	27,2	26,0	25,5
-7,5 - 0 pct.	20,9	19,9	21,6
< - 7,5 pct.	26,0	29,8	22,2
Total	100,0	100,0	100,0
N =	470	312	153

Triglycerider

Triglycerider, som har en normalværdi på < 2mmol/l, skal gerne falde under behandlingen. Tallene i tabel 34 viser, at der også her sker et tydeligt fald fra 1. test til 4. test. Ser vi alene på patienter, der

havde en værdi for triglyderider på over 2 mmol/l ved første måling, finder vi et betydeligt fald på 0,7 mmol/l i gennemsnit (tabel 33). De procentuelle ændringer på denne blodværdi varierer meget. Hver fjerde patient oplever et fald i denne test på mere end 30 pct., mens en næsten lige så stor andel får en stigning på mere end 15 pct. (tabel 34).

Tabel 33: Gennemsnitsværdi for 'Triglycerider' ved 1. måling (før påbegyndelsen af træningen), 2. måling (ved træningens afslutning), 3. måling (2 måneder efter afslutningen af træningen) og 4. måling (otte måneder efter træningens afslutning).

		1. måling	2. måling	3. måling	4. måling
Alle patienter	Antal undersøgte	963	514	331	157
	Gennemsnitsværdi (mmHg)	1,96	1,72 *	1,67 *	1,64 *
	Standardafvigelsen	1,14	1,04	,90	,89
Patienter som er testet <u>alle fire gange</u>	Antal undersøgte	125	125	125	125
	Gennemsnitsværdi (mmHg)	1,92	1,68 *	1,61 *	1,58 *
	Standardafvigelsen	1,25	1,09	,79	,89
Triglycerider på > 2 mmol/l ved 1. måling	Antal undersøgte	181	181		
	Gennemsnitsværdi (mmHg)	3,2	2,5 *		
	Standardafvigelsen	1,42	1,30		
* angiver at der er en statistisk signifikant (<.005) forskel mellem den første måling af triglycerider og den pågældende måling					

Tabel 34: Andel af patienterne (der er blevet testet), som har forbedret blodværdien for triglycerider siden 1. måling - ved 2. måling, 3. måling og 4. måling (pct.)

Pct. ændring i forhold til første test	2. test	3. test	4. test
> 30 pct.	25,0	23,1	25,2
10 - 30 pct.	21,8	26,2	27,7
-15 - +10	30,0	23,4	23,2
< - 15	23,2	27,4	23,9
Total	100,0	100,0	100,0
N =	496	321	155

Fasteglukose

Fasteglukose har en normalværdi på < 6 mmol/l, og denne værdi skal gerne falde under behandlingen. Fra første til anden test sker der et tydeligt fald, og derpå fastholdes dette niveau. På

denne parameter finder vi også en større forbedring for den gruppe af patienter, der ved første test havde en unormal værdi for fasteglucose, end for hele patientgruppen (tabel 35). I løbet af et år er der en tendens til, at en stigende andel af patienterne opnår et betydeligt fald i værdien for fasteglucose (tabel 36).

Tabel 35: Gennemsnitsværdi for 'Fasteglucose' ved 1. måling (før påbegyndelsen af træningen), 2. måling (ved træningens afslutning), 3. måling (2 måneder efter afslutningen af træningen) og 4. måling (otte måneder efter træningens afslutning).

		1. måling	2. måling	3. måling	4. måling
Alle patienter	Antal undersøgte	922	493	300	145
	Gennemsnitsværdi	6,50	6,16 *	6,06 *	6,20 *
	Standardafvigelsen	2,15	1,70	1,58	1,83
Patienter som er testet <u>alle fire gange</u>	Antal undersøgte	104	104	104	104
	Gennemsnitsværdi	6,58	6,32 *	6,09 *	6,27 *
	Standardafvigelsen	1,66	1,70	1,72	1,85
Patienter med fasteglucose på > 6 mmol/l	Antal undersøgte	231	231		
	Gennemsnitsværdi (mmHg)	7,9	7,2 *		
	Standardafvigelsen	2,27	1,88		
* angiver at der er en statistisk signifikant (<.005) forskel mellem den første måling af fasteglucose og den pågældende måling					

Tabel 36: Andel af patienterne (der er blevet testet), som har forbedret blodværdien for fasteglucose siden 1. måling - ved 2. måling, 3. måling og 4. måling (pct.)

Pct. ændring i forhold til første test	2. test	3. test	4. test
> 12 pct.	23,4	27,0	32,8
3,5 - 12 pct.	26,7	27,0	20,9
- 5 +3,5 pct.	24,9	23,5	20,1
< - 5 pct.	24,9	22,4	26,1
Total	100,0	100,0	100,0
N =	453	281	134

Forbedring på flere parametre

Træningen og vejledningen tager sigte på at få patienterne til at motionere mere og spise sundere for derved at styrke deres helbred i generel forstand. Vi skal i dette afsnit se på, hvor mange af

patienterne der har opnået en betydelig forbedring fra første til anden test på tre af de undersøgte parametre: Kondital, BMI og blodtryk. Tabel 37 viser, at 6 pct. af patienterne har opnået en væsentlig fremgang på alle tre parametre, 18 pct. har opnået det på to af parametrene, og 42 pct. har opnået det på én parameter. Hver tredje af patienterne har ikke opnået en væsentlig forbedring på nogle af de tre parametre.

Tabel 37: Andel af patienterne, som har opnået en væsentlig fremgang fra 1. til 2. test / måling på følgende værdier: Kondi, BMI og Diastoliske blodtryk

	N =	Pct.
Lille forbedring eller tilbagegang på alle tre parametre	122	34,0
Væsentlig fremgang på én af de tre parametre	151	42,1
Væsentlig fremgang på to af de tre parametre	63	17,5
Væsentlig fremgang på alle tre parametre	23	6,4
Total	359	100,0
<p>1) Med 'væsentlig' menes de (ca.) 25 pct. af patienterne på den pågældende test / måling, som har opnået den største forbedring. Det gælder for patienter, der har opnået disse forbedringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kondital: Forbedring på mere end 25 pct. ▪ BMI: Forbedring på mere end 5 pct. ▪ Diastolisk blodtryk: Forbedring på mere end 10 pct. <p>Analysen omfatter kun de patienter, som har en måling fra både 1. og 2. test på alle tre parametre.</p>		

Analyse af patientgrupper

Til slut vil vi se på, hvilke grupper der får mest ud af Motion og Kost på Recept. Her alene belyst ud fra, hvor stor en andel der har opnået en væsentlig fremgang på de tre parametre, som fremgår af tabel 37.

Analysen viser, at andelen af patienterne, som har opnået en væsentlig forbedring på flere af de tre parametre, er størst blandt patienterne, der har fulgt træning og vejledning på Rigshospitalet og klinikken i 'Brønshøj' (tabel 38). Der er dog tale om relativt små forskelle og den statistiske signifikans er lav. Ser vi alene på forbedring på konditionen, er det også 'Rigshospitalet' og 'Brønshøj', der kommer ud med det bedste 'resultat' med mere end 40 pct. af patienterne, der har opnået et kondital, der er mindst 25 pct. højere ved 2. test end ved 1. test.

Tabel 38: Andel af patienterne, som har opnået en væsentlig fremgang fra 1. til 2. test / måling på følgende tre parametre: Kondi, BMI og Diastoliske blodtryk, særskilt på klinikkerne.

	Klinik				
	Amagerbro	Borgergade	Brønshøj	NordVest	Rigs- hospitalet
Ingen forbedring eller tilbagegang på alle parametre	18	33	24	28	18
	43,9%	41,3%	24,7%	41,2%	25,0%
Væsentlig forbedring på én af parametrene	15	32	42	26	36
	36,6%	40,0%	43,3%	38,2%	50,0%
Væsentlig forbedring på to parametre	6	10	23	9	15
	14,6%	12,5%	23,7%	13,2%	20,8%
Væsentlig forbedring på alle tre parametre	2	5	8	5	3
	4,9%	6,3%	8,2%	7,4%	4,2%
Total	41	80	97	68	72
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
P < .3					

Disse forskelle kan skyldes forskelle i patient-rekrutteringen, dvs. at klinikkerne med de bedste resultater rekrutterer patienter, der er mere motiveret for behandlingen eller i udgangspunktet har lettere ved at forbedre sig. Det er der dog intet der tyder på. På såvel de sociale baggrundsvariable (alder, køn, uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet mv.) som diagnose og kliniske parametre (blodtryk, kondital mv.) er gennemsnitstallene for patienterne på Rigshospitalet og klinikken i Brønshøj tæt på gennemsnittet for hele patientgruppen. Forskellene kan også skyldes, at der på nogle klinikker er mulighed for at træne ubegrænset eller forskelle i kvaliteten af træningen.

Sammenligner vi forbedringerne mellem de forskellige patientgrupper finder vi kun små forskelle på andelen af patienterne, der har opnået væsentlige forbedringer på flere af de tre parametre (tabel 39).

Tabel 39: Andel af patienterne, som har opnået en væsentlig fremgang fra 1. til 2. test / måling på følgende værdier: Kondi, BMI og Diastoliske blodtryk, særskilt efter diagnoser

	Patienter med diagnosen ...		
	Diabetes 2	Forhøjet kolesterol	Forhøjet blodtryk
Ingen forbedring eller tilbagegang på alle parametre	54	73	73
	34,8%	35,4%	31,2%
Væsentlig forbedring på én af parametrene	68	81	107
	43,9%	39,3%	45,7%
Væsentlig forbedring på to parametre	25	41	39
	16,1%	19,9%	16,7%
Væsentlig forbedring på alle tre parametre	8	11	15
	5,2%	5,3%	6,4%
Total	155	206	234
	100,0%	100,0%	100,0%
P < .4			

Der er en svag men ikke statistisk signifikant tendens til, at kvinderne i lidt højere grad end mændene opnår en væsentlig forbedring af træningen og kostvejledning. Tilsvarende synes alderen at have betydning for, hvor mange der forbedrer sig på de undersøgte parametre. Jo ældre patienterne er, jo større er andelen, som ikke har opnået en væsentlig forbedring. På grund af det

relativt lille antal patienter, der indgår i denne analyse, er forskellene imidlertid ikke statistisk signifikante. På de enkelte værdier er der en stærk sammenhæng mellem alder og et fald i BMI. Jo yngre patienterne er, jo større er andelen, som har opnået et betydeligt fald i BMI. Den samme tendens ser vi på konditallet. Jo ældre patienterne er, jo større er andelen, som ved anden test ikke har opnået en fremgang ved træningen (tabel 40).

Der er også en svag tendens til, at patienter med en gymnasial uddannelse i højere grad har opnået en effekt af behandlingsforløbet, men da det især er yngre patienter, der har en gymnasial uddannelse, synes dette statistiske sammenfald mere at skyldes aldersfaktoren. Der er ingen signifikante forskelle på effekten mellem uddannelsesgrupper, erhvervsgrupper, indtægtsgrupper og mellem patienter, der bor alene, og patienter der bor sammen med en anden.

Tabel 40: Andel af patienterne, som har opnået en væsentlig fremgang fra 1. til 2. test / måling på følgende værdier: Kondi, BMI og Diastoliske blodtryk, særskilt for aldersgrupper

	Patienternes alder				Total
	Yngre end 40 år	Mellem 40 og 59 år	Mellem 60 og 66 år	Ældre end 66 år	
Ingen forbedring eller tilbagegang på alle parametre	6	42	41	33	122
	23,1%	28,2%	36,9%	45,2%	34,0%
Væsentlig forbedring på én af parametrene	14	64	46	27	151
	53,8%	43,0%	41,4%	37,0%	42,1%
Væsentlig forbedring på to parametre	3	32	17	11	63
	11,5%	21,5%	15,3%	15,1%	17,5%
Væsentlig forbedring på alle tre parametre	3	11	7	2	23
	11,5%	7,4%	6,3%	2,7%	6,4%
Total	26	149	111	73	359
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
P < .2					

Opsummering og vurdering af de kliniske effekter

Vi skal her opsummere resultaterne af analyserne af de kliniske mål, og derpå følger en vurdering af, hvilken betydning disse effekter af træningen og kostvejledningen har for patienternes helbred.

- I gennemsnit har patienterne opnået et *vægttab* på 3,4 kg i løbet af de første fire måneder. Vægten bevares de efterfølgende to måneder, hvorefter den stiger med knap et halvt kilo, men ligger stadig 2,4 kg under startvægten.
- Deres *kondital* stiger i gennemsnit med 21 pct. fra første til anden konditionstest, og dette niveau fastholdes i en tredje test efter seks måneder. Til den fjerde test falder patienternes kondital med ca. 5 pct..
- *Taljemålet* mindskes med 4,7 cm i de første fire måneder, med 0,2 cm i de følgende to måneder og med 0,3 cm i den fjerde test. Her er patienterne gennemgående blevet 'tyndere' i løbet af et år.
- Det *systoliske blodtryk* falder i gennemsnit med 5 mmHG gennem de første fire måneder og holdes efterfølgende stabil. Det *diastoliske blodtryk* falder i gennemsnit med 3.3 mmHG, bevares efterfølgende og falder yderligere ved testen 12 måneder efter start.

Blodværdierne forbedres gennem de første fire måneder, og den opnåede værdi fastholdes næsten de efterfølgende måneder.

- *HbA1c* falder fra første til anden måling, holdes stabil i tredje måling og stiger lidt ved fjerde måling.
- *Totalkolesterol* falder de første fire måneder og holdes stabil derefter.
- *HDL kolesterol* falder lidt ved den anden måling, men stiger som forventet efterfølgende.
- *LDL kolesterol* falder gennem hele undersøgelsesperioden.
- *Triglycerider* falder gennem hele undersøgelsesperioden.
- *Fasteglukose* er faldende til tredje måling og stiger lidt bagefter, men forbliver under startværdien.

To tredjedel af patienterne har forbedret deres kliniske værdier i væsentlig grad på mindst en af de

undersøgte parametre.

Afgrænses analysen til den del af patienterne, som ved den første måling / test havde en værdi på den pågældende parameter, der var dårligere end det 'normale', viser analysen en betydelig større forbedring. MKpR har således størst effekt på de dårligste patienter.

Endelig viser analysen, at effekten af træningen og kostvejledningen er størst hos de patienter, der har fulgt træning og vejledning på Rigshospitalet, og resultaterne tyder også på, at effekten er større hos de midaldrende end hos de ældre patienter.

Vurdering af de kliniske effekter ⁸

Til slut vil vi vurdere, hvilken betydning de opnåede forbedringer har for patienternes helbred. Vurderingen er opdelt på følgerne af forbedringer af blodtrykket, blodlipiderne, insulinresistensen samt kondital og vægt.

Blodtryk

Den gennemsnitlige reduktion på ca. 5 mmHg i systolisk blodtryk efter 4 måneder med motion er på samme niveau, som blev rapporteret i to metaanalyser, hvor effekten af træning blev analyseret ⁹. Det samme gælder for nedgangen i diastolisk blodtryk på ca. 3 mmHg. I tidligere studier er det vist, at effekten af motion er større hos de, der initialt har et højere blodtryk ¹⁰. Det gælder også for deltagerne i dette studie. Tendensen er om noget endnu mere markant med en nedgang på godt 13 mmHg hos de, der havde højest systolisk blodtryk (gennemsnit på 157mmHg). En tilsvarende stor nedgang kunne noteres for det diastoliske blodtryk, hvilket i denne gruppe initialt var 90 mmHg og

⁸ Dette afsnit er udarbejdet af Professor Bengt Saltin, Rigshospitalet

⁹ Whelton SP, Chin A, Xin X, He J. Effect of aerobic exercise on blood pressure; a metaanalysis of randomized, controlled trials. *Ann Intern Med* 2002; 136: 493-503.

¹⁰ Cornellisen VA, Fagard RH. Effects of endurance training on blood pressure, blood pressure-regulating mechanisms, and cardiovascular risk factors. *Hypertension* 2005; 46: 667-675

blev reduceret med 10 mmHg. Lige så vigtigt som fundet af denne nedgang i blodtryk efter de første fire måneder er det faktum, at det lavere blodtryk var opretholdt, når deltagerne kom til 12 måneders opfølgingsundersøgelse.

Betyder den observerede reduktion noget hvad angår risiko for iskæmisk hjertesygdom og slagtilfælde (stroke)? Hvis man tager udgangspunkt i den store gennemgang af litteraturen der er publiceret i Lancet i 2002, så medfører den i projektet opnåede reduktion i blodtryk en reduceret risiko på 30-40 pct. for apopleksi, som fører til død, og på 20-30 pct. for fatal hjerteinfarkt¹¹. Det skal også nævnes, at den ovenfor rapporterede effekt af træning på moderat højt blodtryk er i samme størrelsesorden, som kan opnås med terapi med farmaka.

Blodlipider

En positiv effekt af træningen og kostvejledningen kan også noteres hvad angår de undersøgte fraktioner af blodfedter. Middelværdien for totalcholesterol og LDL-cholesterol var initialt let forhøjede (5.70 resp. 3.45 mmol l⁻¹) og blev reduceret med henholdsvis 0.3 og 0.15 mmol l⁻¹ efter 4 måneders motion. For begge variablers vedkommende kunne en yderligere reduktion noteres til 5.23 og 3.15 mmol l⁻¹ ved 12 måneders opfølgingsundersøgelse. HDL-cholesterol niveauet (det ”gode” kolesterol) var i normalområdet i starten af projektet (1.4 mmol l⁻¹) og kun marginale ændringer kunne observeres efter 4, 6 og 12 måneder. Ratio LDL-/HDL-cholesterol blev dog forbedret og nærmede sig normalområdet, hvilket var mest udtalt ved undersøgelsen efter 12 måneder. Triglyceridkoncentrationen blev også påvirket positivt. Det initiale, relativt høje niveau på 1.9-2.0 mmol l⁻¹ blev gradvist reduceret i løbet af de 12 måneder med ca. 0.4 mmol l⁻¹ og kom dermed indenfor normalområdet.

Som for blodtryks vedkommende findes der i litteraturen også oversigter over blodlipider, der kan give en idé om, dels hvorvidt de i projektet noterede forandringer er de ”forventede” og dels om, hvorvidt de kan medføre en reduceret risiko for iskæmisk hjertesygdom. Den opnåede reduktion for TG, totalcholesterol og LDL-cholesterol er om noget større, end det, der er rapporteret som

¹¹ Lewington S, Clarke R, Oizilbash N, Peto R, Collins R. Prospective studies collaboration. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. Lancet 2002; 360: 1903-1913.

gennemsnit i sammenfatningen af 28 undersøgelser af effekten af træning på blodlipider ¹². I disse studier ses også en lille forøgelse af HDL-kolesterol (5 pct.). At det ikke er tilfældet for de personer, der har deltaget i nærværende projekt, kan formentlig forklares med, at udgangsværdien var høj og i normalområdet. De, der indledningsvis havde de allerlaveste HDL-kolesterolniveauer, fik en 10 pct. forøgelse af deres HDL-kolesterolværdi. Den i dette studie observerede reduktion af LDL-/HDL-ratio er af samme størrelsesorden, som er rapporteret i tidligere studier ¹³.

Med de i dette projekt opnåede forbedringer i blodlipidprofil kan effekten hvad angår risikoreduktion for iskæmisk hjertesygdom beregnes til at medføre en ca. 30 pct. formindsket risiko for at dø af et hjertetilfælde ¹⁴.

Insulinresistens

Der blev kun fundet marginale forandringer i de to variabler, der blev undersøgt som indikatorer for insulinresistens. Reduktionen i fasteglukose var 0.3 mmol l⁻¹ fra en let forhøjet fasteværdi på 6.5-6.6 mmol l⁻¹. De der havde den højeste blodglukoseværdi (7.9 mmol l⁻¹) opnåede en reduktion på 0.7 mmol l⁻¹. HbA1c ændrede sig ikke for hele gruppen, men de personer, der havde højest udgangsværdi (7.8 pct.) reducerede deres niveau til 7.3 pct.. Forandringen går altså i den rigtige retning, men den er lille. Det kan delvis forklares med, at den undersøgte gruppe som helhed ikke havde markant unormale værdier før de startede i projektet. Det er dog et observandum, at effekten af motions- og kostprojektet er så lille. Det kan bero på, at den gennemførte træning og kostforandring ikke er tilstrækkelig til at påvirke glukosestofskiftet mere markant ¹⁵.

¹² Leon AS, Sanchez OA. Response of blood lipids to exercise training alone or combined with dietary intervention. Med Sci Sports Exerc 2001; 33: S502-S515.

¹³ Leon AS, Sanchez OA. Response of blood lipids to exercise training alone or combined with dietary intervention. Med Sci Sports Exerc 2001; 33: S502-S515.

¹⁴ Leon AS, Sanchez OA. Response of blood lipids to exercise training alone or combined with dietary intervention. Med Sci Sports Exerc 2001; 33: S502-S515.

¹⁵ Houmard JA, Tanner CJ, Slentz CA, Duscha BD, McCartney JS, Kraus WE. Effect of the volume and intensity of exercise training on insulin sensitivity. J Appl Physiol 2004; 96: 101-106.

Betydning af forandringer i kondition og kropstørrelse

Det skal først konstateres, at de personer, der blev henvist til projektet, havde et konditions- og BMI-niveau, der lå i det område, som projektet var rettet imod. Konditionen var initialt $22.5 \text{ ml kg}^{-1} \text{ min}^{-1}$ og markant (30-40 pct.) under den værdi ($28\text{-}30 \text{ ml kg}^{-1} \text{ min}^{-1}$), der medfører en forøget risiko for alvorlig kronisk, livsstilsrelateret sygdom¹⁶. Motion medførte en forbedring på $4\text{-}5 \text{ ml kg}^{-1} \text{ min}^{-1}$, hvilket medfører, at efter 4 måneders træning havde middelværdien for kondition nærmet sig ”normal”-niveauet, men den var ikke helt kommet over på positivsiden. De personer, der havde den dårligste kondition inden de startede i projektet, hvilke udgør 1/4 af hele gruppen, havde et kondital på $18 \text{ ml kg}^{-1} \text{ min}^{-1}$ i gennemsnit. De forøgede ganske vist deres niveau med næsten 30 pct. i de første 4 måneder, men opnåede alligevel kun halvdelen af den forøgelse, der skal til for at nå op på $28 \text{ ml kg}^{-1} \text{ min}^{-1}$. Længere træning under instruktørvejledning og frem for alt lidt hårdere intensitet ville formentlig kunne bidrage til at forhøje deres konditionsniveau yderligere.

Det er dog vigtigt at konkludere, at de noterede forbedringer, der blev opnået i løbet af de første 4 måneder og opretholdt frem til 12 måneders undersøgelsen, er af betydning ud fra et sundhedsperspektiv. Baseret på nyligt publicerede data fra en undersøgelse af kondition og risiko for død pga. hjertesygdom er den beregnede risikoreduktion i størrelsesordenen 30-40 pct. som følge af den i dette projekt opnåede forbedring¹⁷.

Der kunne også noteres en positiv udvikling hvad angår kropsvægt. BMI blev reduceret med 0.9 og de lavere værdier holdt gennem hele opfølgingsperioden. Det repræsenterer en vægtreduktion på 2 pct.. Taljemålet, der initialt var på 105.8 cm blev reduceret med 5.2 cm eller 4.9 pct.. Det anses for vigtigst at reducere talje-/mavefedme og den observerede reduktion i vægt synes primært at være sket i dette område af kroppen. Det er sandsynligt, at reduktionen i kroppens fedtindhold har haft en betydning for den observerede nedgang i TG¹⁸. Den kan også have en vis betydning for

¹⁶ Blair SN, Kohl HW III, Paffenbarger RJ Jr., Clark DG, Cooper KH, Gibbons LW. Physical fitness and all cause mortality. A prospective study of healthy men and women. JAMA 1989; 262: 2395-2401.

¹⁷ Gulati M, Black HR, Shaw LJ, et al. The prognostic value of a nomogram for exercise capacity in women. N Eng J Med 2005; 353: 468-475.

¹⁸ Leon AS, Sanchez OA. Response of blood lipids to exercise training alone or combined with dietary intervention. Med Sci Sports Exerc 2001; 33: S502-S515.

risikoreduktion hvad angår alvorlig kronisk sygdom, men den relative rolle må bedømmes som lille i forhold til den effekt, som den forbedrede kondition har medført ¹⁹.

¹⁹ Blair SN, Kohl HW III, Paffenbarger RJ Jr., Clark DG, Cooper KH, Gibbons LW. Physical fitness and all cause mortality. A prospective study of healthy men and women. JAMA 1989; 262: 2395-2401.

Gulati M, Black HR, Shaw LJ, et al. The prognostic value of a nomogram for exercise capacity in women. N Eng J Med 2005; 353: 468-475.

5. Den kvalitative undersøgelse af læger, fysioterapeuter og diætister

Et delmål for evalueringen er at undersøge de involverede faggrupper i Motion og Kost på Recept. Dertil blev ti læger, ti fysioterapeuter og de fem involverede diætister udvalgt. Lægerne blev interviewet som enkeltpersoner, diætisterne som en fokusgruppe og fysioterapeuterne både som fokusgruppe og som enkeltpersoner. Alle interviewede personer er anonymiseret.

Den centrale målsætning for denne del af evalueringen var at afdække faggruppernes erfaringer, vurderinger og oplevelser af problemer i forbindelse med det første år i MKpR. I den kvalitative undersøgelse af fysioterapeuterne indgår Joan Radoors masterprojekt 'fysioterapi og MKpR'. Joan er selv uddannet fysioterapeut og har gennemført fokusinterviews i 'Borgergade' og på 'Amager'.

Evaluering af lægerne

I perioden april til november 2005 blev de ti læger interviewet. Udvalgskriterierne for lægerne var både antallet af patienterne, de havde henvist, og deres geografiske placering. Der indgår erfaringer fra de læger, som har henvist mange patienter i det første halve år af MKpR. Der er tale om 3 mænd og 7 kvinder.

1 læge fra Brønshøj

2 læger fra Vanløse

3 læger fra Indre By

1 læge fra Nordvest

1 læge fra Amager

1 læge fra Østerbro

1 læge fra Valby

Følgende emner er indgået i evalueringen af lægerne:

- Erfaringer med MKpR
- Udviklingen i antallet af henvisninger
- Lægernes syn på udvalgskriterierne
- Ændringer i kliniske parametre
- Nedsættelse af medicindosering som følge af MKpR

- Andre virkninger end de kliniske hos patienterne
- Lægens syn på egen rolle i MKpR
- Lægens syn på, hvad der skal til for at patienterne bibeholder en aktiv livsstil
- Lægernes erfaring i forhold til kommunikationen med Sundhedsforvaltningen

Erfaringer efter halvandet år med MKpR

Lægerne blev spurgt om deres erfaringer med tilbuddet MKpR efter halvandet år. Deres svar koncentrerer sig hovedsageligt om projektets gavn for patienterne, om hvor mange patienter der er henvist, samt om patienterne er glade for MKpR. Flere læger påpeger, at selvom der er en del patienter, der ikke viser de store udsving i kliniske parametre, har projektet alligevel gjort gavn for de fleste patienter:

‘Det er et godt projekt, en god idé og vi har gode erfaringer’ (Mandlig læge, Indre By).

‘De har måske ikke tabt sig så meget i vægt, som de har forventet, og deres kolesteroltal har heller ikke flyttet sig så meget. Men der er mange som siger, at de er enormt glade for det motionstilbud, de har fået, og de føler, at de har fået det bedre med sig selv – altså ved at komme ud og bruge kroppen og dyrke noget motion. Så på den måde har det været godt! Og jeg synes, det har motiveret nogle mennesker til og i hvert tilfælde komme i gang og bruge kroppen noget mere’ (Kvindelig læge fra Vanløse).

5 ud af 10 læger mener, at projektet har gavnet de fleste af deres patienter.

1 ud af 10 læger mener, at projektet har gavnet ca. halvdelen.

2 ud af 10 læger mener, at kun en lille gruppe har haft gavn af projektet.

1 ud af 10 læger kan ikke huske patienterne godt nok til at vurdere erfaringerne fra projektet.

Udvikling i antallet af henvisninger

Alle læger har oplevet en tilbagegang i antallet af henvisninger. Flere påpeger, at denne tilbagegang skyldes, at de patienter, som er egnede i forhold til udvalgskriterierne allerede har fået tilbudet om at deltage, og at de som læger stadig forsøger at henvise egnede patienter. De fleste læger påpeger, at

nyhedsværdien for projektet er faldet, at projektet af og til kan drukne i alle de andre tilbud, og projekter som lægen skal vælge imellem, og at de som læge i perioder har glemt at henvise patienter.

‘Tilbagegang kan jo hænge sammen med, at man har en pulje af patienter, som er motiverede, som mangler det sidste skub. Og når de er kommet af sted, går det lidt langsommere’ (Mandlig læge, Indre By).

‘Men nu er der også kommet Frederiksberg, og det er nogle andre henvisningsblanketter. Vi har jo også patienter, som bor på Frederiksberg. Og man kan godt sige, det gør det lidt mere plumret. Og lidt mere besværligt’ (Kvindelig læge 1, Indre By).

‘I starten var der jo meget omtale i lokalaviserne og i pressen i det hele taget. Det smittede meget af på patienterne, og de kom selv og spurgte. (Kvindelig læge 2, Indre By).

Lægernes syn på udvalgsriterierne

‘Hvorfor skal man vente til de har fået sukkersyge. Der er nogle, hvor man ligesom kan se, der er en vis overvægt. Det behøver ikke at være X-large, men bare en BMI over 30 måske’ (Kvindelig læge, Indre By).

4 ud af 10 læger synes, udvalgsriterierne er passende nu (men i starten var BMI for stramt).

3 ud af 10 læger synes, at vægtgrænserne er for snævre.

3 ud af 10 læger synes, at der generelt er for stramme kriterier.

Der er en del af lægerne, som gerne ville have udvidet inklusionsriterierne for deltagelse i MKpR.

Der ytres ønsker om:

- At alle patienter, som har lyst, kan deltage.
- At KOL patienter kan deltage.

- At deprimerede patienter kan deltage.
- At alle overvægtige generelt kan deltage.

Ændringer i kliniske parametre

6 ud af 10 læger mener, der er kliniske forbedringer (mindre ændringer).

3 ud af 10 læger mener ikke, der er kliniske forbedringer.

1 ud af 10 læger ved det ikke.

Lægerne er ikke enige, om der sker kliniske forbedringer, men er overordnet meget positive overfor projektet. Nogle synes, at der sker kliniske forandringer, andre synes at der især sker noget på det psykiske plan.

‘Fra et klinisk skøn, så har de fået det bedre. Det er et utroligt vigtigt parameter, at de både fysisk og psykisk har det bedre. Og mange af dem har faktisk tabt sig, fået bedre kondition og er glade for at komme i gang med at røre sig noget mere’ (Kvindelig læge 2, Indre By).

‘Ja, vi laver jo målinger, og det er klart, at selvom målet måske ikke helt bliver opfyldt, synes jeg egentligt ikke endnu, at nogen ikke har haft en eller anden bedring, om det så er på vægt, på blodtryk eller kolesteroltal. Der er nogle enkelte, der får hele dynen ud af det, og så er der nogle, de kun får delmål måske, men stadigvæk kan man sige: At bare det, at de bliver motiveret til at gøre noget selv! Fordi det er dem, der kommer op til mig og siger: ‘Du skal bare give mig nogle piller!’. Og vi kan jo ikke give piller mod alt, vel! Vi ved, man kan give mod blodtryk, kolesterol og det der. Men bare det, at de kommer i gang og rører sig – de får det også bedre psykisk. Og det synes jeg også betyder utrolig meget!’ (Mandlig læge, Brønshøj).

‘Jeg kan godt have min tvivl, om man kan se det på tallene, som man håbede. Måske skal der gå længere tid, og man kan måske ikke se så forfærdelig meget på blodværdier’ (Mandlig læge, Indre By).

Nedsættelse af medicindosering som følge af MKpR

Et mål af MKpR er at nedsætte patienternes medicinforbrug gennem regelmæssig motion og kostændring. I spørgeskemaerne angiver 15 pct. af patienterne, at deres medikation har forandret sig i løbet af de første fire måneder. Lægerne virker dog overvejende skeptiske overfor målsætningen om at nedsætte medicindoseringen.

3 ud af 10 læger har nedsat medicindoseringen (kun ved få patienter).

6 ud af 10 læger har ikke nedsat medicindoseringen.

1 ud af 10 læger ved ikke.

‘Jeg vil gå ned i medicin, hvis blodtrykket ligger normalt. Men med sukkersygepatienter er det nok urealistisk, at man kan nedsætte medicinen. Det er jo en fremadskridende sygdom. Men man kan måske udskyde tidspunktet’ (Mandlig læge, Indre By).

‘Der har ikke været nogen patient, der har sagt, skulle vi skrue lidt ned for blodtrykssænkende medicin. Sådan er det ikke. Men de skulle jo også ligge i lang tid og være rigtigt velreguleret. Så kunne man overveje at sætte dosis ned. Jeg tror ikke, det er realistisk. Det er det ikke. Men jeg plejer at sige, at de skal betragte motion som en del af deres medicin’ (Kvindelig læge 2, Indre By).

Psykosociale virkninger af Motion og Kost på Recept

Alle læger har i forskellig grad oplevet, at MKpR har haft en psykologisk positiv virkning på nogle patienter. Alle læger svarer ja på spørgsmålet, om der er andre virkninger end de kliniske.

10 ud af 10 læger siger, der er andre virkninger end de kliniske i MKpR.

‘Ja, og det er dem, jeg egentlig synes er mest lovende! Altså, der er nogle, de bliver fuldstændig euforisk, og de kommer og er rigtig glade. Jeg har ikke tidligere oplevet dem som glade. Og de går stavgang, og altså der er rigtig mange der finder en lille niche, som de synes de kan li!’ (Kvindelig læge i Vanløse).

‘Det er jo en vigtig følelse, at man kan gøre noget selv. Man bliver stimuleret og bliver nurset lidt, og der er tid til kostgennemgang og en samtale omkring det, som vi slet ikke kan honorere her (i lægeklinikken –)’ (Kvindelig læge 2, Indre By).

Lægens syn på egen rolle i Motion og Kost på Recept

Lægerne er startstedet for alle patienter i MKpR. Hvis lægen ikke skriver en henvisning, kan patienterne ikke deltage. Hos ca. halvdelen af patienterne er det lægen, der opfordrer til deltagelse i MKpR, den anden halvdel opfordrer patienten lægen til at henvise dem.

7 ud af 10 synes, de har en central og vigtig rolle.

3 ud af 10 synes ikke, de har en særlig rolle, udover at henvise.

Alle læger mener, at MKpR er et godt tilbud, men er også enige om, at der bør gribes ind tidligere og åbnes op for flere patientgrupper. Flere nævner, at der bør gøres noget specielt for indvandrere, at der skulle åbnes op for alle, der har lyst. Lægerne synes, at projektet er et godt redskab for lægerne til at opfange en gruppe, der ellers er svær at nå.

Lægenes syn på, hvad der skal til for at patienterne bibeholder en aktiv livsstil

Lægenes forslag rækker fra nedsættelse af skat for vægttab til vedvarende motivation. Det er deres fornemmelse, at det skal være sjovt at dyrke motion, fordi bare som pligt rykker det ikke noget. Grundlæggende handler det for lægerne ligesom for de andre behandlende faggrupper om at få mennesker til at forstå, at deres helbred er deres eget ansvar og ikke noget, der kan reguleres ved hjælp af medicin.

‘Det skal komme indefra, de skal ville det selv, og de skal også forstå, at ansvaret for deres helbred er deres eget, altså det er ikke noget, vi skal gøre for dem’ (Kvindelig læge, Vanløse).

‘Jamen, at de får 1 pct. skattelettelse hver gang de taber 5 kg, det tror jeg vil være en god motivationsfaktor (grin)! For nogle vil det jo være, at de får det bedre i kroppen. Og de holder ved, men der er også mange der ikke lader sig rykke, hvor der

er andre faktorer, der gør det for nemt at lade være. Så synes jeg også, politikkerne skulle vedtage, at alt det usunde skulle koste dobbelt så meget' (Kvindelig læge, Amager).

*'Der skal en holdningsændring til, for mange af dem har jo den der indstilling:'
Jamen vi kan ikke nå det, vi har for travlt, og det kan ikke passes ind' og sådan
noget, så det er noget med, at det er en holdning, og det tager jo flere år, det ved
man jo!' (Kvindelig læge, NordVest).*

*'Man kan prøve at motivere dem, altså at de får en masse ros, når de kommer op.
Jeg bruger meget ros. De synes måske ikke, at 2 kg på en måned er meget, men så
siger man, at på et halvt år, er det 12 kg ikke, og det er sgu da meget flot!' (Mandlig
læge, Brønshøj).*

*'At vi fastholder fokus på det. Det må være det, så er der jo nogle, der bliver fanget
af det, og som også er i stand til at holde fast, det kan man da se (kort pause). At det
lykkes at overbevise nogle' (Mandlig læge, Valby).*

*'Jeg tror, det primære er, at de fysisk og formentligt også psykisk har mærket
velvære, hvis man kan sige det sådan, altså de føler sig godt tilpas, de har færre
smerter, de kan noget mere, de kan magte noget, de har mere energi – det tror jeg, er
det væsentlige, mere end at deres blodprøver er blevet lidt pænere! Og når de
mærker et bedre liv, så vil de også være motiveret til at forsætte'(Kvindelig læge,
Østerbro).*

Lægernes erfaring i forhold til kommunikationen med Sundhedsforvaltningen

9 ud af 10 læger synes der er god kommunikation.

1 ud af 10 læger synes der mangler information.

Læger har ikke megen tid. Derfor skal skriftligt materiale være meget kortfattet og overskueligt. Lægerne læser nyhedsbrevene og føler sig grundlæggende velinformeret. De har ikke så meget

behov for et statusmøde om projektet, men udtrykker snarere et behov for tilbagemelding fra egne patienter.

'Det informationsmateriale, der blev sendt ud, det var kanongodt, fordi det var virkelig pindet ud både til patienten og også til lægen. Det har været rigtig godt'
(Kvindelig læge, Indre by).

En læge manglede information om sin rolle som læge i forhold til blodprøvetagning, her havde der for ham været behov for en personlig opringning i stedet for skriftlig information, der drukner i alle de andre tilbud, der kommer, og som man kan klikke ind på.

8 ud af 10 læger læser altid nyhedsbrevet.

1 ud af 10 læger læser nyhedsbrevet af og til.

1 ud af 10 læger har en sygeplejerske, som er meget interesseret i forebyggelse, der læser det.

Konklusion

- Lægerne er overordnet meget tilfredse med MKpR.
- Lægerne ser gerne henvisningsområdet udvidet til alle overvægtige patienter.
- Lægerne er ambivalente over for muligheden for nedsætning af medicindoseringen. Nogle prøver det, andre er mere skeptiske, især med henblik på diabetesmedicin.
- Lægerne oplever, at MKpR viser positive resultater, men fremhæver især livskvalitet som et vigtigt resultat.
- Lægerne føler sig velinformeret om MKpR, men ønsker meget kortfattede informationer.

Evaluering af diætisterne

Diætisterne er sammen med fysioterapeuterne den centrale gruppe i behandlingsforløbet af MKpR. De har i alt seks samtaler med patienterne og har en vigtig rolle i at motivere patienterne til at skifte til en aktiv livsstil og en balanceret ernæring. En rolle, som ikke er nem at opfylde. I forhold til lægerne, som 'bare' skal skrive en recept og kontrollere den kliniske status, skal diætisterne etablere en relation til patienterne, som skal danne grundlag for en livsstilsforandring. Diætisterne får hjælp

til at arbejde med den 'motiverende samtale' og får supervision, men står ellers foran en ret svær opgave. De skal forstå en livsstil, et menneske har opbygget i løbet af mange år og være med til at forandre den. Samtidig bliver diætisterne gennem deres målinger (af vægt, taljemål etc.) også en kontrolinstans for patienterne for en lykkedes eller mislykkedes behandlingsproces.

I evalueringen af diætisterne indgår både deres vurdering af patienternes forløb, men også deres egne behov eller problemer i forhold til MKpR. Følgende emner har vist sig at være centrale for diætisterne:

- Arbejdsorganisation
- Mødet med patienterne
- Selvansvar og barrierer
- Kommunikation som forandrer adfærd

Rammerne for diætisternes arbejde

Diætisternes samtale med patienterne kredser om forholdsvis intime emner, såsom forbrug af mad, oplevelse af tilbagefald og personlige kriser. En forudsætning for at gennemføre disse samtaler er at kunne råde over et eget lokale, hvor der ikke opholder sig andre. Det gælder desværre ikke for alle klinikker, på en af klinikkerne skal diætisten dele lokale med fysioterapeuterne. Det er ikke hensigtsmæssigt i forhold til diætistens rolle og opgave.

Mødet med patienterne

Diætisterne skal i løbet af et forholdsvis kort tidsinterval møde patienterne, få et indblik i situationen og anbefale ændringer. Diætisterne skal møde patienterne i et mellemrum. De skal finde en balance mellem at være for tæt på og for langt fra, mellem at være personlige og empatiske, men også faglige og krævende. At finde hinanden i dette rum er hårdt arbejde og tager tid. Diætisterne er en del af et behandlingssystem, som kræver resultater og forbedringer af kliniske tal, men skal samtidig være dem, der har et tillidsforhold til patienterne. De bliver ofte patienternes 'advokat', men de bliver også nogle gange dem, patienternes utilfredshed med 'samfundssystemet' går ud over.

'Jeg har haft en patient, som var meget ubehagelig, meget aggressiv. Jeg kunne knapt nok åbne munden, så råbte han af mig. Det var bare rigtig ubehageligt'.

Heldigvis er disse oplevelser undtagelserne i MKpR. Den største del af patienterne giver udtryk for stor tilfredshed med diætisterne, og mange patienter har udtrykt ønske om at have flere kontakter med dem i løbet af perioden. Der er både patienterne og diætister, der har givet udtryk for, at der er alt for lidt tid.

‘Kommunikationen er meget undervurderet i projektet. Hvorfor får vi ikke tid til at tale med patienten? Det er i samtalen, hvor man rykker nogle holdninger, at de også selv kan komme til udtryk’.

Selvansvar og barrierer

‘Der er mange, der overhovedet ikke kan se, at det er deres eget ansvar. De er ikke engang kommet derhen, hvor de forstår, at man er nødt til at tage ansvar for sig selv’.

‘Jeg synes, at succes er der, hvor jeg kommer ind i samtale med patienten. Det er der, hvor jeg synes, at jeg kan komme ind til patienten og få overført ansvaret til dem selv. Fordi en del forventer, at det er behandlerens system, der tager ansvar for deres overvægt og deres manglende fysiske aktivitet, men hvor vi får dem vendt’.

Et af de centrale begreber i problematikken omkring ændring af livsstil er motivation og selvansvar. De patienter, der deltager i MKpR skal motiveres til at tage ansvar for deres ernæring og motionsvaner, og det er diætisterne, som skal motivere patienterne til at ændre livsstil. Fællesskab og netværker har betydning for ændring af livsstil, men en forudsætning for at patienterne søger hen til disse netværk og fællesskaber og fastholder en eventuel livsstilsændring er, at de er motiverede for det.

‘Jeg tror mange er så vævet ind i deres egne fortrængninger og dårlige undskyldninger, at de slet ikke kan se det selv. Jeg tænker på dem, der siger: ‘Nej, nu er det sommer. Jeg venter lige med at melde mig ind i et fitnesscenter’. Hvor der er andre, der gør det bare – nu!’

Kommunikationen som forandrer adfærd

At få skiftet gamle vaner ud med nye kræver viden om sammenhænge og en kommunikation, der forandrer noget. For at ændre kost skal man have viden om den rigtige kostsammensætning, men det er bestemt ikke nok. Adfærdsændring handler om at omsætte viden i praksis og føle en trang til at gøre det. De fleste patienter ved, hvornår de spiser forkert, og hvad de 'burde' gøre. Men at få opbygget en ny motivation forudsætter en tæt relation mellem behandler og patient, en relation, hvor begge parter skal tage hinanden alvorligt.

Samarbejdet mellem patienten og diætisten skal foregå som en kommunikation, hvor der sker forandringer i et partnerskab mellem hhv. diætist, fysioterapeut og patient. Denne kommunikation indebærer, at der ikke indtages en autoritær, styrende og formanende rolle, men derimod anerkender patientens ekspertise og perspektiv. Diætisten skal som rådgiver finde frem til patientens indre motivation for forandring og ligesom trække det ud af personen. Den indre motivation bygger på patientens egne opfattelser, mål og værdier. I sin rolle som samarbejdspartner skal diætisten ikke kun være en person, der videregiver viden og indsigt, men også finder ressourcer og motivation hos patienten selv. Nogle gange vil der snarere være tale om information, når diætisten antager, at patienten mangler afgørende viden, indsigt eller færdigheder, der er nødvendige for forandring. Ansvar for forandring forbliver dog hos patienten, som kan tage imod rådgivning eller afvise den. Ansvar *må* ligge hos patienten, ellers sker der ingen adfærdsændring.

I forhold til praksis drejer de overordnede principper sig om at udtrykke empati, tydeliggøre uoverensstemmelse med en ønsket tilstand (fx et mindre taljeomfang) og understøtte patientens forventning om at mestre situationen. Motivationssamtalen er ikke en terapisaftale, da samtalen bevidst styrer hen imod en afklaring af ambivalensen med hensyn til en adfærdsforandring. Målet er at hjælpe mennesker ud af en fastlåst situation og hjælpe dem over deres ambivalens. For at bevare den situation, hvor det er patienten, og ikke rådgiveren, der fremsætter argumenter for forandring, forsøges det at finde frem til patientens selvopfattede diskrepans mellem nuværende adfærd og væsentlige personlige mål eller værdier.

Diætister prøver på at ændre patienternes målsætning til realistiske målsætninger. At indføre en ny livsstil kan ikke handle om et slavisk forbud. Det handler om at skabe beredskab til en livsstilsændring og en accept af tilbagefald.

‘Det handler ikke om sort-hvidt succes eller ikke succes. Det handler om at se, at den her patient rykkede på noget. Det kan godt være, det var motion. Det kan også være, det var små ting i kosten. Det kunne være, at man var begyndt at spise grønsager, et eller andet, men hvor man er kommet videre’.

Modstand fra patientens side skal dermed ikke mødes med modstand. Hvis man hævder, at det er patienten selv, der er ansvarlig for at beslutte og styre sin egen forandring, betyder det også, at personen er i stand til dette. Diætisten skal derfor understøtte patientens forventninger om at kunne mestre processen.

‘Jeg bruger nogen tid på at få dem til at sige: ’Det her er en proces og du skal ikke forvente, at det lige kan laves om på en gang’.

Og det er ikke altid let at understøtte en patient i denne proces. Ofte ‘jagter’ man en patient, som ‘slipper væk’ eller er som en ‘ål’. Patienterne falder i ‘huller’ og ‘tabes’. Det kræver megen fingerspidsfornemmelse at satse på selvansvarlighed samtidig med at følge op og overtage en støttende funktion.

Konklusion

- Diætisterne har brug for egne lokaler.
- Diætisterne skal udfylde mange roller. De skal være informerende, støttende, kontrollerende og opfølgende.
- Diætisterne har en nøglefunktion i MKpR, og hvis diætisternes rolle som den person, der vedligeholder en kontinuerlig kontakt til patienten, tages alvorlig, så skal der afsættes flere timer til det.

Evaluering af fysioterapeuterne

Evalueringen forgik i alle fem klinikker, og samtalerne med fysioterapeuterne var både formelle fokusinterviews, enkeltinterviews, men også mere uformelle samtaler om oplevelser med MKpR.

Følgende emner har vist sig centrale for evalueringen af fysioterapeuterne:

- Arbejdsorganisation og faciliteter
- Motivation af patienterne
- Muligheder for at skabe fællesskab og netværk
- Samarbejde med eksterne motionsstilbud

Fysioterapeuterne har sammen med diætisterne en central rolle i Motion og kost på recept. De står for testning, tilrettelægning af den træning, som skal ændre helbred og skabe forudsætninger for en aktiv livsstil. De har en vigtig rolle i motivationen af patienterne. I realiteten bliver det dog ofte til at lave konditests og stå for træningsdelen i en ellers meget presset hverdag. En fysioterapiklinik kan på en ekstern evaluator nemt virke som en uoverskuelig banegård, hvor telefoner kimer, sekretæren prøver at bevare overblik, hvor der er rift om behandlingslokaler og patienter både venter, går, træner og klæder om. I MKpR er klinikkerne de steder, hvor der skal lægges et grundlag for en vedvarende adfærdsændring med henblik på kost og motion. De interviewede fysioterapeuter har generelt oplevet det som positivt og spændende at være med i MKpR. Alle understreger, at patienterne har fået et bedre humør, og der har været en positiv stemning på holdene. På trods af de gode oplevelser med MKpR er der nogle faktorer, der har givet anledning til frustrationer eller et ønske om ændring af den nuværende form.

Arbejdsorganisation og faciliteter

Ser man sig omkring i klinikkerne, så kan det i hvert fald konkluderes, at der sjældent er for megen plads til at træne grupper mellem 8 til 10 patienter. De dårligste faciliteter var i starten på klinikken på Amager. Disse er i løbet af det første år dog blevet erstattet med rigtig gode faciliteter. Der er kun en klinik, der har et gymnastikgulv og en gymnastiksal. På de andre klinikker dominerer indtrykket af kondicykler og træningsmaskiner.

Omklædning, plads og redskaber

‘Jeg synes, vores faciliteter mangler nogle bedre omklædningsmuligheder og bedre badefaciliteter’.

Ikke alle klinikker har omklædnings- eller badefaciliteter, hvad der normalt regnes som standard inden for miljøer, der rummer fysisk aktivitet. Der er mange patienter, men også fysioterapeuter, der giver udtryk for, at de mangler bade- eller omklædningsfaciliteter de forskellige steder.

Åbne og rullende hold

Selve træningen foregår forskelligt i klinikkerne. På alle klinikker træner patienterne i 4 måneder, men selve måden at sammensætte holdene på er forskellige. På klinikken i Borgergade arbejdes med såkaldte rullende hold, hvilket betyder, at nye deltagere kommer ind på hold, hvor andre har været i gang et stykke tid. På de andre klinikker har man faste lukkede hold, hvilket indebærer, at deltagerne træner med de samme i hele forløbet. De rullende hold begrundes med, at de nye kan blive inspireret af at se fremgangen hos de, der har været i gang et stykke tid. Fordelen ved at have faste hold er, at der kan skabes en større tryghed og tillidsfuldhed patienterne imellem, idet de kommer til at kende hinanden. Patienterne har færre hæmninger, når der ikke er andre, der kommer ind og forstyrrer under træningen.

Resultaterne fra evalueringen peger på, at der ikke er forskel på åbne eller lukkede hold med blik på frafaldsprocenten. Der falder hverken signifikant mere eller mindre patienter fra i Borgergade.

Nogle fysioterapeuter fortæller, at lægerne engang imellem er for dårlige til at informere om, hvad MKpR går ud på, hvorved det ofte bliver en opgave for klinikkens sekretær at informere patienterne, når de ringer og spørger, hvad klinikken kan tilbyde. Her har sekretæren en væsentlig rolle, som den der fortæller, at klinikken tilbyder gymnastik på gulv, maskiner og stavgang.

Samarbejde med diætisterne

Samarbejdet mellem diætist og fysioterapeuterne bliver gennemgående beskrevet og også oplevet som meget positivt.

‘Hende og jeg har et rigtig fint samarbejde, det må jeg sige!’

Diætisterne har en udvidet rolle i MKpR, fordi de står for at rådgive patienterne både om fysisk aktivitet og kost. Diætisterne er efteruddannet i den motiverende samtale, hvorfor de også står for motivering til fysisk aktivitet. Dette har skabt en del forvirring hos fysioterapeuterne, idet de ikke er dem, der som fagfolk skal rådgive individuelt om fysisk aktivitet. Dette problem vil blive uddybet senere.

Træningsintensitet

For at opnå en effekt med henblik på parametre som blodtryk eller kolesterol, skal der trænes med en forholdsvis høj intensitet. Samtidig ved man fra erfaringer med andre patientgrupper, at især aktiviteter med moderat intensitet er forbundet med en højere fastholdelsesprocent. Nogle fysioterapeuter er kritiske overfor tilrettelæggelsen af selve træningen i MKpR. De synes, det er for hårdt for folk, der ikke er vant til at bevæge sig.

‘Jeg har haft et hold, der har meget modstand på... Efter Morten Zacho udstillede et dekret, hvor vi fik at vide, ...nu skulle de have en halv times kondition at starte med, og det er de fleste simpelthen for dårlige til....De er slet ikke vant til at komme derop, og de bryder sig ikke om det....Jeg kan godt forstå det. Jeg synes altså også, det er hårdt at løbe op og ned af en stepbænk en halv time.’

Patienterne er svære at motivere, hvis de skal ligge i et højt pulsleje. Ud fra to fysioterapeuters erfaring vil det være mere optimalt med en blidere opstart, samtidig med at patienterne skal kunne komme i klinikken over længere tid.

Den manglende tid

Fysioterapeuterne lægger i interviewene stor vægt på tilrettelæggelsen og organiseringen af MKpR. Dette bunder i høj grad i den tid, de har til rådighed med patienterne og dermed arbejdsforholdene. Som nævnt tidligere er det på fysioterapiklinikkerne den pågældende diætist, der har den motiverende samtale med patienterne, både hvad angår kost og fysisk aktivitet. Men mange patienter vil gerne have et mere personligt program fra fysioterapeuten. Fysioterapeuterne ser manglende tid som en hæmsko for at kunne give individuel rådgivning og gå ind i den enkelte

persons situation. Hvis en patient har et andet problem udover deres livsstilssygdom, som f.eks. dårlig ryg, knæ eller hofte, må patienterne komme med en henvisning på det pågældende problem, for at det kan undersøges og vurderes nærmere. Når patienterne kommer på MKpR-holdet er de 8-10 på et hold, og her er det vanskeligt at tage hensyn til hver enkeltes behov. Træningen foregår et sted, hvor der er patienter både før og efter. Fysioterapeuterne kan tale med patienterne, mens de træner, her kan de f.eks. spørge ind til om patienterne får trænet hjemme, og hvad de har tænkt sig at lave, når de stopper på klinikken. Det bliver 'stjålne to minutter', og det er ofte det nærmeste, de kan komme på at rådgive dem. Under træningen skal patienterne gerne ligge i et pulsleje med en 'Borg' på 15-17, hvor de bliver så forpustede, at de ikke kan sige hele sætninger. Den eneste lidt mere sammenhængende tidsperiode, fysioterapeuterne har med de enkelte patienter, er under konditesten, patienterne skal have, inden de starter og efter seks måneder. Der er sat en halv time af til det, og der kan fysioterapeuten samtidig prøve at fortælle lidt om, hvad MKpR går ud på, og hvilke lokaler de skal være i. De beskeder, der er angående træningen, bliver givet i plenum på selve holdene.

'Det er jo på nuværende tidspunkt diætisten, der står for alt det der, ikke. Også når de stopper hernede med træningen, så bliver de jo kontaktet en måned efter, de er stoppet, det vil så sige 5 måneder henne i forløbet, der bliver de jo kontaktet per telefon eller e-mail, for at høre, hvordan det går... Det er også diætisten. Og der kunne jeg godt have lyst til at have en finger med der...'

Sammenfattende ser det ud til, at der er et spændingsfelt mellem den fysioterapeutiske profession og deres rolle i MKpR. Fysioterapeuterne er uddannet til at træne syge mennesker, frem for f.eks. fitnessinstruktører, hvor der er mere usikkerhed om deres faglige kunnen i forhold til denne patientgruppe. Ud fra interviewene tyder det på, at fysioterapeuterne ikke får mulighed for at bruge dem selv som faggruppe fuldt ud, hvilket kan skabe forvirring om deres rolle.

Sammenfattende tyder det på, at der skal være mere klarhed over de enkelte faggruppers rolle. I MKpR kan det undre, hvorfor diætisten, der som faggruppe ikke har det samme niveau af viden om fysisk aktivitet som fysioterapeuten, skal varetage rådgivningen af dette.

Motivation af patienterne

Nogle fysioterapeuter har givet udtryk for forvirring omkring deres udelukkelse fra at have den motiverende samtale med patienterne, samtidig med at de alligevel skulle på kursus i den motiverende samtale. Fra Folkesundhed Københavns side har meningen været, at fysioterapeuterne skulle bruge nogle elementer fra teorien bag den motiverende samtale, når de taler med patienterne under træningen.

‘Vi gør det som fysioterapeuter, hvor vi går rundt og ser, hvad vi kan gøre for, at de bliver motiverede,... så er det op til den enkelte fysioterapeut, hvis de har lyst til at gå ind og, ... eller hvad skal man sige, hvilke strategier vi bruger for at motivere dem for fremtiden.’

Patientgruppen

Patienterne var meget motiverede. I starten af MKpR var der mange, der selv tog kontakt til lægen og sagde, at de gerne ville være med. Nogle patienter har af deres læge fået at vide, at de skal prøve MKpR i de 4 måneder. Disse patienter er nok blevet presset lidt mere. Men overordnet er de patienter, der henvender sig til klinikkerne motiverede for at komme i fysioterapiklinikkerne. Der er jo også en del, som slet ikke gør brug af lægens henvisning.

‘Da projektet startede, havde de en helt anden motivation, men nu, hvor projektet har kørt et år, så kommer der en gang imellem én, hvor lægen har sagt: ‘Nu prøver du det her i 4 måneder, og så kan vi snakkes ved om piller bagefter’.

‘De er blevet tvunget, presset lidt mere. Da det startede, gik folk selv til lægen’.

‘Jeg synes, de er mere dovne, giver hurtigere op og kommer med: ‘Nej, det gør jeg ikke. Jeg giver dig ikke 10 minutter mere’, som om de gør det for mig i stedet for at tage noget af det ansvar selv. Jeg synes, de er meget gode til at fraskyde ansvar’.

I spørgsmålet om hvorvidt der er forskel på at motivere forskellige patientgrupper, nævner flere fysioterapeuter, at de overvægtige mange gange prøver at springe over, hvor gærdet er lavest, og er sværere at få til at lave noget. Der er flere, der fortæller, at de, der er i arbejde, generelt er nemmere at motivere, end de der går hjemme. Der må man som fysioterapeut i starten være ‘lidt mere over dem’, hjælpe dem mere og komme med yderligere forklaringer om det gode ved motion.

‘Når det begynder at gå godt på holdene, og de finder ud af, hvad det er, de skal lave hver gang, de kommer, og de lærer hinanden at kende og sådan noget, så synes jeg, det kommer helt af sig selv.’

Men der er også mange hold, som bare kører, og hvor der ikke er nogen særlig grund til at motivere, da de patienter der deltager i MKpR er ‘fyr og flamme’ og gerne vil træne. En fysioterapeut fortæller, at hun alligevel ikke kan lade være med at motivere dem, mens de træner.

‘Det ligger jo implicit i det at være fysioterapeut, det giver en slags kropsskole, samtidig ... vi kan ikke lade være.’

Sammenfattende tyder det på, at fysioterapeuterne er meget selvbestemmende i forhold til deres måde at motivere patienterne på. Ud fra fysioterapeuternes udsagn er de som fagfolk vant til at motivere patienter, da det er en naturlig del af det at være fysioterapeut.

Muligheder for at skabe netværk og fællesskab mellem patienterne

Flere undersøgelser har vist, at fællesskab og netværk har stor betydning for deltagelse og fastholdelse. I sundhedsstyrelsens litteraturgennemgang om effekter og organisering af motion på recept internationalt og nationalt har det vist sig, at der er flere positive sideeffekter ved motion på recept. Dette er forbedringer af patientens sociale netværk, livskvalitet, glæde, selvtillid og selvværd. Derfor er der i interviewene spurgt ind til, hvordan fysioterapeuterne oplever betydningen af fællesskab og netværk patienterne imellem, og hvad de evt. kan gøre for at fremme dette.

Fællesskabet på holdet er både bestemt af, hvordan holdet fungerer som gruppe, hvordan stemningen er på holdet, om patienterne kan snakke sammen og som en forlængelse heraf, hvor trykke patienterne er ved hinanden. Hvad angår betydningen af gruppen har mange oplevet, at der har været fællesskab på holdet, men det er mest udbredt, hvis holdet bliver ved som gruppe. Holdene bakker hinanden op og interesserer sig for hinanden, men mest med fokus på motion. Stemningen på holdene har betydning i og med, at patienterne bliver mere afslappede omkring deres evner, i forhold til deres udseende og hvor god eller dårlig deres kondition er. Der udtrykkes

ligeledes, at hvis fysioterapeuterne kan få patienterne til at grine, og det hele bliver lidt sjovere, så bliver de bedre. Fysioterapeuterne gør en del for at få patienterne til at mødes.

'Hvis man starter med den der rå, men hjertelige tone, og griner lidt, så kommer der et fællesskab ... især hvis der er nogle af de lidt rå og sjove mænd med!'

Hvis patienterne har det godt socialt på holdet, er der mindre fravær til træningen, og der er mindre frafald i det hele taget. Omvendt er der på de hold, hvor der er få deltagere fra starten, en tendens til, at de resterende på holdet hurtigt falder helt fra, eller har sværere ved at møde op hver gang. Det er vigtigt, at fysioterapeuterne sørger for, at patienterne kommer godt ind på hinanden det første stykke tid. Når de har det godt sammen på holdet er de bedre til:

'At give hinanden et spark bagi, hvis der er en, der ikke har været der en gang eller to.'

Udslusning

I forhold til at fortsætte træningen på egen hånd er deltagerne meget afhængige af hinanden. Det er på længere sigt meget vigtigt for dem at finde én at gå til noget sammen med, da kun halvdelen af patienterne, ifølge evalueringen, 8 måneder efter projektets ophør tager af sted alene. De patienter, der kun begrænset har deltaget i træningen, er typisk de, der ikke bagefter fortsætter med at være fysisk aktive, idet de ikke har fundet en makker eller en gruppe. Når de har en at træne med, har de ligesom en uskreven kontrakt med denne person eller træningsgruppe, hvilket bevirker, at de i højere grad fastholder træningen. Hvis de derimod skal træne selv, er det lettere at have undskyldninger for ikke at få det gjort. I fungerende udslusningsgrupper, der har dannet sig f.eks. i forbindelse med Brønshøj klinikken, SOS og Rigshospitalet eller NordVest klinik og Trim Team, er der en større chance for en fungerende udslusning og længerevarende adfærdsændring.

Hold sammensætning

Holdene bliver ikke sammensat efter bestemte principper, f.eks. alder eller diagnose. Flere patienter og fysioterapeuter giver udtryk for, at det vil være hensigtsmæssigt at finde frem til, hvem der passer sammen, og på den måde mere bevidst sætte holdene sammen. Flere af deltagerne har givet

udtryk for, at når de først har lært hinanden at kende på holdet og er blevet trygge ved hinanden, vil de gerne kunne fortsætte træningen sammen.

Men patienterne er faktisk ikke så interesseret i at finde nye mennesker til 'at gå i byen og drikke kaffe med', men vil gerne være sammen om selve træningen. I et af det bedst fungerende hold efter afslutning af træningen træner man efter 15 måneder stadigvæk sammen og sender hinanden sms, når deltagerne ikke kommer. Men der har ikke været private møder udenfor træningslokalet. Denne gruppe udtrykker f.eks. et behov for at have en time med deres fysioterapeut engang imellem for at rette op på problemstillinger eller få nogle fif.

MKpR-deltagerne kommer ind i et fællesskab, hvor netværket imellem dem kan tænkes at blive tættere efterhånden, uden at de nødvendigvis behøver at blive nære personlige venner. For deltagerne personligt kan dette lette adgangen til en sundere livsstil. Dannelsen af flere foreninger som Trim Team Nordvest eller SOS vil fremme motionsdeltagelse hos de ellers inaktive. Der er stort behov for, at MKpR-deltagerne kan dyrke motion et sted, hvor de ikke føler sig anderledes. Ud fra referaterne fra en af procesevalueringerne, som projektlederen har gennemført, prioriterer en af klinikkerne at støtte deltagerne i at styrke sammenholdet. Det kan dog konstateres, at det er meget forskelligt, om det enkelte hold har ønsket at mødes. Men de ser det alligevel som vigtigt, at der fra klinikkens side støttes op omkring det sociale. Men der er forskellige behov for forskellige former for fællesskab, og man skal i højere grad se på, hvad den enkelte har brug for.

Samarbejde med eksterne motionstilbud

I MKpR er der lagt op til, at fysioterapiklinikkerne skal samarbejde med idrætsforeninger og fitnesscentre. Patienterne skal efter de 4 måneder på klinikken gerne have et andet motionstilbud, hvor de kan fortsætte med at være fysisk aktive. Idet fællesskab er væsentligt for deltagelse, er det relevant at se på, hvilke fællesskabsformer der er i henholdsvis fitnesscentre og idrætsforeninger. Men ofte har fysioterapeuterne ikke haft tid og overskud til at varetage denne opgave. I en af procesevalueringerne fremgår det, at deltagerne oplever det som en mangel ikke at have en personlig samtale med fysioterapeuten om træning og fremtidige motionsformer. Deltagerne mener, at det er nødvendigt at prioritere den individuelle samtale med fysioterapeuterne, idet de som faggruppe har den nødvendige viden omkring træning og har kendskab til patienternes

træningsniveau. Det er derfor vigtigt, at fysioterapeuten følger med i patientens fysiske udvikling og indgår i opfølgningen heraf.

Fysioterapeuternes erfaringer med at samarbejde med eksterne idræts- og motionstilbud er både positive og negative. En fysioterapeut fortæller, at hun havde en uheldig kontakt med Fitness.dk, da hun oplevede, at de nærmest kun valgte at oplyse om prisen. Hun ville gerne have, at patienterne kunne få en gratis prøvetime på lige fod med andre.

‘Folkesundhed København laver jo Motionslisten, som diætisten gør dem opmærksom på eksisterer. Men det er så det.’

Motionslisten findes på Folkesundhed Københavns hjemmeside og er ment som en hjælp til, at patienterne kan blive inspireret i forhold til, hvad der findes af idrætstilbud. På motionslisten kan de få oplysninger om, hvad tilbuddet koster, hvor det foregår, og hvor hård træningen er. Motionslisten bliver løbende opdateret.

Det er et problem, hvis fysioterapeuterne skal tage med patienterne ud til andre motionstilbud. Så skal de tage fri fra klinikken, hvilket der ikke er tid til. Der har været et møde, hvor forskellige gymnastikforeninger og f.eks. Dansk Vandrelaug deltog.

‘Vel nærmest for at give os noget inspiration eller hinanden noget inspiration, hvordan vi kunne give det videre til folk og sådan noget. Og det var da meget godt, og det gik der da også en hel dag med. Men i virkeligheden, hvor meget kan vi bruge det?’

En fysioterapeut beskriver Dansk Cykelunions besøg på klinikken som positivt og som en succes. Hun valgte at give sig tid til det, fordi hun synes det er vigtigt, men det var tidskrævende pga. en del korrespondance med Dansk Cykelunion. Hun mener ikke, at der er tid nok til dette arbejde. Der er flere, der er enige om, at som MKpR fungerer nu, er det ‘utopisk’ at tro, at de som fysioterapeuter kan gøre mere.

Det er fysioterapeuterne, der skal stå for at tage patienterne med ud i nærmiljøet til andre motionstilbud, men de nævner, at det tager for megen tid at skulle ringe til forskellige foreninger og høre, hvilke tilbud de har. Klinikkerne har ikke konkret samarbejde med idrætsforeninger og fitnesscentre. Samarbejdet kan blive bedre, men det kræver både, at de, der tilbyder aktiviteter, ved, hvad det er, de vil tilbyde, og at de, der får tilbuddet, ved mere om, hvad tilbuddet indeholder.

Den nemmeste løsning: Samme motion, samme sted

En succesrig metode for udslusningen er, som sagt, hvis patienterne kan fortsætte i de vante omgivelser, som f.eks. i Brønshøj eller på Amager, hvor man har fået et træningscenter tilknyttet klinikken. Dette bevirker, at flere af patienterne i MKpR fortsætter i klinikkens træningscenter efter endt træningsforløb. Som det fremgår af interviewene har både patienter og fysioterapeuter på forskellig vis forestillinger eller fordomme om henholdsvis fitnesscentre og gymnastikforeninger. Patienterne har ofte en forestilling om, at det i fitnesscentrene kun er små tynde piger. Desuden er de bange for, at de i et fitnesscenter hele tiden skifter underviser, og at det derfor bliver for upersonligt.

Men fysioterapeuter har også oplevet holdningsskifte. De havde f.eks. et helt hold med i et styrketræningscenter, hvor de havde en halv times aerobic og efterfølgende prøvede de deres maskiner.

‘Og der har jeg hørt flere sige: ‘Gud jamen, det var jo slet ikke så slemt, når vi først kom derved, og der var da slet ikke nogen, der kiggede mærkeligt på mig, og det var da helt almindelige mennesker, der var der.’

Hvis fysioterapeuterne ikke har tid eller interesse i at tage med patienterne ud i udslusningsmiljøer, kan det tænkes at begrænse antallet af deltagere, der fortsætter træningen. Fysioterapeuter beskriver også patienternes modstand mod gymnastikforeninger, især nogle af mændene synes, at det er noget ‘pjat’ eller ‘en kvindelig ting’.

Det vigtigste mål, set ud fra et sundhedsmæssigt synspunkt, selvfølgelig være, at patienterne vedbliver at være fysisk aktive på den ene eller anden måde. I forhold til samarbejdet mellem klinikkerne, fitnesscentrene og idrætsforeningerne, ser det ud til, at der er nogle begrænsninger. Her ville en motionskonsulent kunne løse en del af problemet..

Sammenfatning

Sammenfattende kan man sige, at fysioterapeuterne skal motivere andre og prøve at forstå en eventuel manglende motivation til påbegyndelse eller fastholdelse af et øget fysisk aktivitetsniveau. De har som oftest en baggrund, hvor de har gode kropslige erfaringer med at være fysisk aktive, de ved hvad det indebærer af hjertebanken, ømhed og sved på panden. De har med andre ord en anden kropsfornemmelse end de mennesker, der ikke er vant til at bevæge sig, og måske oven i købet har negative kropslige erfaringer med dette. Det kan være svært at blive motiveret for at være fysisk aktiv i fritiden i form af træning. Dette må tænkes ind i udformningen af træningsprogrammer, der må tage udgangspunkt i, at målgruppen skal have nye positive oplevelser med fysisk aktivitet, der med tiden kan indlejres i kroppen. Derfor må der ses kritisk på, om MKpR skal have en blidere opstart og vare over længere tid for at patienterne langsomt kan vænne sig til at være fysisk aktive og få en positiv oplevelse med dette.

Fysioterapeuternes rolle i MKpR i Københavns Kommune er centrale og kunne med fordel udvides. Fra starten var det meningen, at fysioterapeuterne skulle tage sig af konditionstestene og stå for selve træningsdelen. I kontrakten med fysioterapiklinikkerne lå desuden, at fysioterapeuterne skulle være opsøgende over for eksterne idrætstilbud så som træning i forskellige idrætsforeninger og fitnesscentre. Dette arbejde indbefattede ligeledes, at fysioterapeuterne skulle præsentere patienterne for disse idrætstilbud ved at tage ud med dem. På den måde skulle patienterne tidligt i forløbet på klinikken få en idé om, hvad de efterfølgende kunne tænke sig at fortsætte med. Dette er stadig hensigten, men rollefordelingen har ændret sig løbende. Fysioterapeuterne har ikke haft den fornødne tid og overskud til at være opsøgende og tage med patienterne ud og besøge eksterne idrætstilbud. I selve træningsdelen har fysioterapeuterne ikke umiddelbart haft indflydelse på, hvordan styrke- og konditionsforholdene skulle doseres. To af de interviewede fysioterapeuter er meget inde på, at de oplever træningen som værende for hård til patienter, der ikke er vant til at få pulsen højt op, og som har siddet stille i mange år. Derfor kommer de alligevel til at have indflydelse, eftersom de har forståelse for dette og i nogle tilfælde 'motiverer i den modsatte retning'. Men overordnet er det ikke op til dem, hvordan træningen tilrettelægges.

Et stort problem, som fysioterapeuterne i interviewene lægger meget vægt på, er tiden. Dette influerer som sagt på mulighederne for det opsøgende arbejde, men ligeledes på mulighederne for at

snakke med den enkelte patient og give individuel rådgivning. På fysioterapiklinikken er der andre patienter både før og efter holdtræningen, hvorfor de ikke har mulighed for at snakke med dem der. Fysioterapeuterne har været på kursus i 'den motiverende samtale', men har ikke noget med den at gøre, eftersom det er diætisten, der har motivationssamtalen både med henblik på kost og på motion. Dette har frustreret fysioterapeuterne, da det er dem som faggruppe, der ved mest om fysisk aktivitet. Meningen, fra Folkesundhed Københavns side, har været, at fysioterapeuterne skulle gå rundt og snakke med hver enkelt under selve træningen. De fortæller dog, at det kun bliver til meget korte samtaler, der ikke udmønter sig i en egentlig dialog. De vil meget gerne have mere tid til at snakke med hver enkelt både før, under og efter de 4 måneder, hvor de gerne vil være med i opfølgningen.

Med hensyn til at motivere patienterne til at være fysisk aktive har der dermed været nogle begrænsninger. Trods det har de givet udtryk for, at de motiverer, 'som fysioterapeuter nu gør', hvilket vil sige, de fortæller dem, hvad fysisk aktivitet er godt for, og hvilke fordele patienterne opnår ved at træne. Fysioterapeuterne har oplevet de fleste patienter som værende meget motiverede for træning, og at patienterne har været gode til at bakke hinanden op og lære af hinandens erfaringer. Alligevel er der nogle, der falder fra undervejs. For at motivere dem, har de gjort meget for at styrke det sociale fællesskab på holdet, og 'få dem til at mødes'. På de to klinikker har de ikke gjort så meget ud af 'den tredje halvleg' men mere styrket sammenholdet under selve træningen. De har oplevet, at der har været en god stemning på holdene, og at graden af fællesskab har haft stor indflydelse på patienternes lyst til at komme til træning og fortsætte med dette. De har desuden erfaret, at når patienter bliver trygge ved hinanden og den pågældende klinik, vil patienterne helst fortsætte træningen samme sted. Patienterne kunne bruge deres indbyrdes netværk til at finde en at træne sammen med, når de skal fortsætte træningen på egen hånd.

Konklusion

- Fysioterapeuterne mangler tid
 - Fysioterapeuterne mangler tid til at opfylde patienternes forventninger (om individuelle træningsprogrammer).
 - Fysioterapeuterne mangler tid til at opfylde egne forventninger (f.eks. om at sætte sig ind i patienternes forløb).
 - Fysioterapeuterne mangler tid til at opfylde eksterne krav (f.eks. som at opsøge eksterne motionsmiljøer).
- Fysioterapeuterne oplever sig ikke som selvbestemmende i træningsorganisationen, da der f.eks. kræves hård træning til at flytte målinger, hvor der nogle gange kunne ønskes en 'blid' start på motion.
- Fysioterapeuterne føler sig begrænset med henblik på deres muligheder for motivation til fysisk aktivitet, da en del af ansvaret for det er lagt over til diætisten, og de reelt næsten ikke har muligheder for taletid med patienterne.
- Fysioterapeuterne oplever forskellige behov for netværk blandt patienterne. Der er et behov for fællesskab, men det indskrænker sig til motionsdelen.
- Fysioterapeuterne har ikke tid at opsøge eller modtage eksterne idrætsmiljøer, og der er kun få miljøer (f.eks. foreninger), der selv har opsøgt klinikkerne.

6. Sammenfatning og vurdering

Grundlaget for midtvejsrapporten er 1228 patienter, der primo december 2005 var påbegyndt træning og vejledning på en af klinikkerne.

Evalueringsgruppen vurderer at Motion og Kost på Recept er en succes:

For det første gennemfører omkring 75 pct. af patienterne træningen og kostvejledningen.

For det andet bliver en stor del af patienterne gladere for motion og bevægelse i hverdagen.

For det tredje opnår en betydelig del af patienterne en forbedring på de relevante sundhedsparametre og giver selv udtryk for, at de har forbedret deres helbred og livskvalitet.

For fjerde er de involverede faggrupper tilfredse med forløbet, som efter nogle startvanskeligheder (med kliniklokaler eller konditionstesten) har fundet ind i en god rytme.

Overordnet kan der efter mere end halvandet år med Motion og Kost på Motion konkluderes følgende.

Patientgruppen

- Der er tale om en **konstant patientgruppe** med henblik på kønsfordeling, alder, etnisk oprindelse, uddannelse, diagnose. To tredjedel er kvinder, og over 40 pct. er over 60 år gammel. Patienterne er for 97 pct. vedkommende af dansk oprindelse.
- De kvindelige patienter **vejer** i gennemsnit 88 kg, når de begynder, og de mandlige vejer 101 kg. i gennemsnit. 30 pct. har en **BMI** mellem 25 og 30, 37 pct. har en BMI mellem 30 og 35 og 28 pct. har en BMI, som er højere end 35.

Behandlingsforløbet

- **Patienthenvisningen** er faldende i forhold til starten af MKpR. I perioden august til november 2005 er færre patienter henvist end i samme periode sidste år, men mere end i sommerperioden 2005.
- Der et **frafald** på 32 pct., herunder er dog også patienter, som har fulgt træning og vejledning, men ikke er mødt op til den sidste samtale. Der er en tendens til, at det i særlig

grad er patienter, som er på sygedagpenge, kontanthjælpsmodtager eller førtidspensionist. De frafaldne patienter har også mindre erfaring med idræt og motion end dem der forsætter.

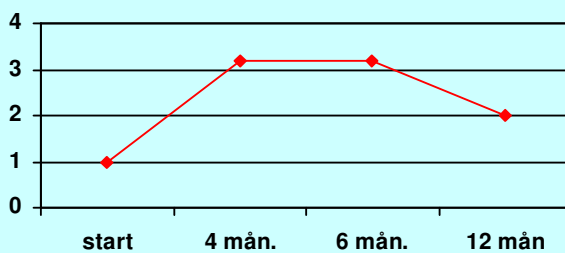
Effekter af Motion og Kost på Recept

De selvoplevede effekter

- Næsten halvdelen af patienterne oplever en forbedring i **selvvurderet helbred** i løbet af året med MKpR. Forbedringen er størst efter 4 måneder og falder lidt i løbet af de næste 8 måneder, men er stadig større end i starten.
- Patienterne er ifølge deres egen vurdering blevet mere fysisk aktive. En større andel er glad for fysisk aktivitet sammenlignet med starten af tilbuddet. Efter et års træning motionerer tre ud af fire patienter alene og halvdelen sammen med en makker eller i en gruppe. 13 pct. dyrker motion i en idrætsforening, 31 pct. i et motionscenter, 9 pct. i en aftensskole og 16 pct. et andet sted. De mest brugte former for motion og fysisk aktivitet er rask gang, havearbejde og cykling.
- 12 pct. af patienterne motionerer slet ikke.

De kliniske effekter

Der er en gennemgående tendens med henblik på de fleste undersøgelsesvariable. De undersøgte værdier forbedres i løbet af de fire træningsmåneder, holdes konstant i de følgende to måneder og falder ganske lidt i det følgende halve år. Efter et år er resultaterne dog fortsat klart bedre end i starten af Motion og Kost på Recept. Der er her taget udgangspunkt i en analyse af de patienter, som er blevet testet alle fire gange gennem hele forløbet.



- Der kan konstateres et gennemsnitligt **vægttab** på 2,8 kg i løbet af de første fire måneder. Vægten bevares de efterfølgende to måneder, hvorefter den stiger med knap et halvt kilo, men ligger stadig 2,4 kg under startvægten.
- **Konditallet** stiger i gennemsnit med 21 pct. fra første til anden konditionstest, og dette niveau fastholdes i en tredje test efter seks måneder. Til den fjerde test falder konditallet med ca. 5 pct..
- **Taljemålet** mindskes med 4,7 cm i de første fire måneder, med 0,2 cm i de følgende to måneder og med 0,3 cm i den fjerde test. Her er patienterne gennemgående blevet 'tyndere' i løbet af et år.
- Det **systoliske blodtryk** falder i gennemsnit med 5 mmHG gennem de første fire måneder og holdes efterfølgende stabil.
- Det **diastoliske blodtryk** falder i gennemsnit med 3.3 mmHG, bevares efterfølgende og falder yderligere ved testen 12 måneder er start.
- **HbA1c** falder fra første til anden måling, holdes stabil i tredje måling og stiger lidt ved fjerde måling.
- **Totalkolesterol** falder de første fire måneder og holdes stabil bagefter.
- **HDL** kolesterol falder lidt ved den anden måling, men stiger efterfølgende.
- **LDL** kolesterol falder gennem hele undersøgelsesperioden.
- **Triglycerider** falder gennem hele undersøgelsesperioden.
- **Fasteglukose** er faldende til tredje måling og stiger lidt bagefter, men forbliver under startværdien.
- En analyse af disse forbedringer peger på, at der er opnået en **betydelig sundhedsgevinst**.

Faggruppernes vurdering af MKpR

- **Lægerne** er overordnet meget tilfredse med MKpR og ser gerne henvisningsområdet udvidet til alle overvægtige patienter. Lægerne er ambivalente over for muligheden for en nedsættelse af medicindoseringen.
- **Diætisterne** har en nøglefunktion i MKpR, og hvis diætisternes rolle som den person, der vedligeholder en kontinuerlig kontakt til patienten, tages alvorlig, så skal der afsættes flere timer til det.
- **Fysioterapeuterne** synes at de mangler tid til at opfylde patienternes forventninger (om individuelle træningsprogrammer), til at opfylde egne forventninger (f.eks. om at sætte sig

ind i patienternes forløb) og til at opfylde eksterne krav (f.eks. som at opsøge eksterne motionsmiljøer). De føler sig begrænset med henblik på deres muligheder for motivation til fysisk aktivitet, da en del af ansvaret for det er lagt over til diætisten, og de reelt næsten ikke har muligheder for taletid med patienterne.