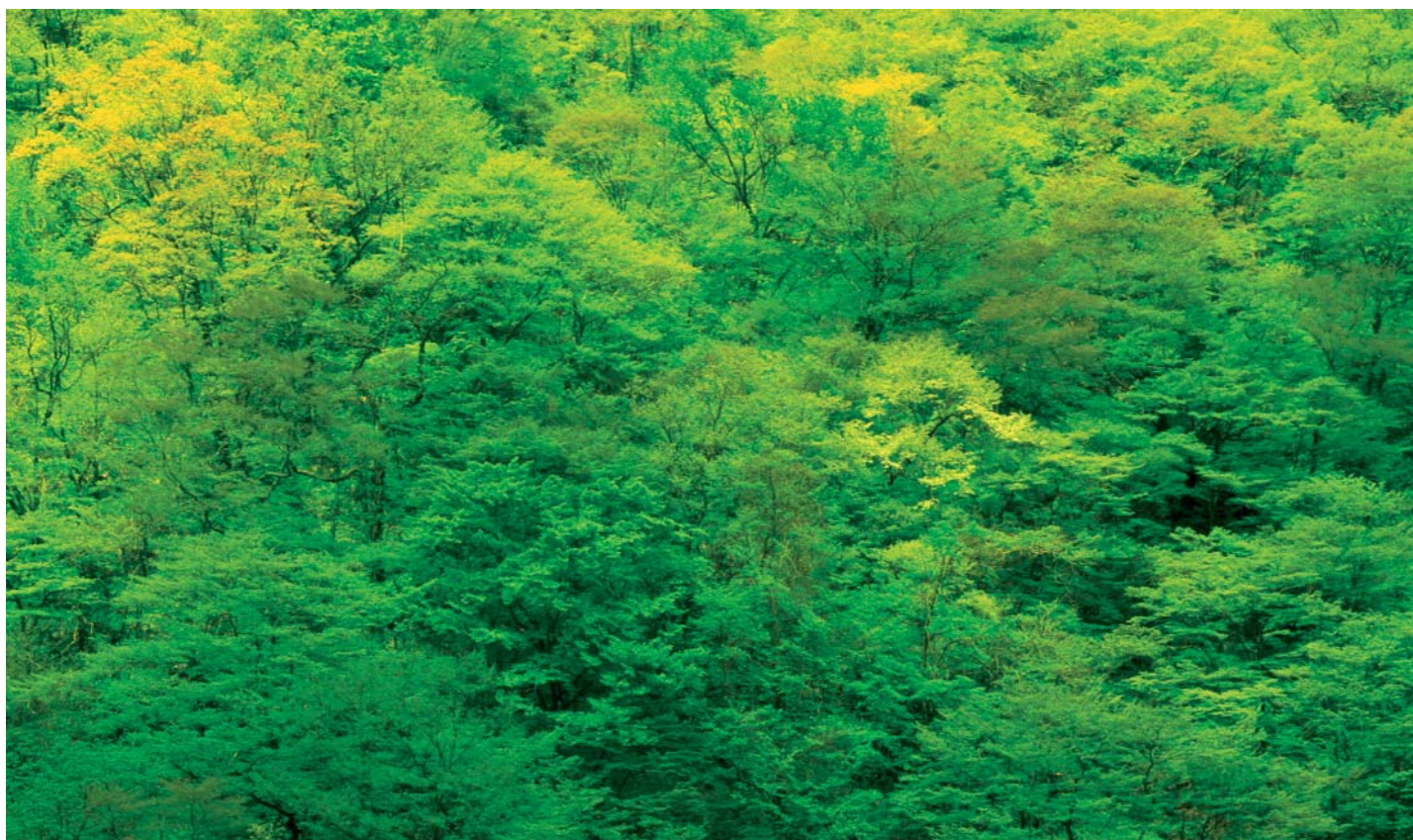


Motion på recept

– en litteraturgennemgang med fokus på
effekter og organisering

2004



Motion på recept

– en litteraturgennemgang med fokus på
effekter og organisering

Marlene Willemann

Motion på recept – en litteraturgennemgang med fokus på effekter og organisering

Udarbejdet af: Cand.scient.soc. Marlene Willemann, DSI Institut for Sundhedsvæsen

Udgiver:
Viden- og dokumentationsenheden
Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
Postboks 1881
2300 København S

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

Emneord: forebyggelse, metode, fysisk aktivitet, motion på recept, idræt

Sprog: Dansk

Version: 1,0

Versionsdato: september 2004

Elektronisk ISBN: 87-9143-90-3

Format: pdf

Denne rapport citeres således:

Willemann, Marlene

Motion på recept – en metodegennemgang med fokus på effekter og organisering
København: Viden- og dokumentationsenheden, Sundhedsstyrelsen 2004

Rapporten har gennemgået en ekstern peer review proces

Rapporten indgår i en serie publikationer, der sammenfatter den aktuelle viden om metoder til forebyggelse af sundhedsfremme. Serien kan læses i Metodekataloget på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk/metodekataloget

Indholdsfortegnelse

Forord	5
1 Indledning og formål	6
2 Beskrivelse af motion på recept	7
2.1 Definition af motion på recept	7
2.2 Forskellige modeller for motion på recept	7
3 Litteratursøgning	9
4 Diskussion af måling af effekter	10
5 Dokumentation for effekter af motion på recept	12
5.1 Effekter af interventioner med konkrete træningsforløb	12
5.2 Effekter af rådgivningsinterventioner	12
5.3 Afledte positive sideeffekter	13
6 Organisering af motion på recept	14
6.1 Organisatoriske forhold der kan have positiv indflydelse på effekten	14
6.2 Barrierer for anvendelse af motion på recept	17
7 Sammenfatning og konklusion	19
7.1 Måling af effekter	19
7.2 Foreliggende dokumentation af effekter	19
7.3 Organisatoriske forhold der kan fremme effekter af motion på recept	19
8 Referenceliste	21
9 Forfattere	23
Bilag 1. Detaljeret beskrivelse af litteratursøgning – og udvælgelse	24
Bilag 2. Oversigt over de inkluderede studier	26
Bilag 3. Resultater af de enkelte studier	28

Forord

Motion kan forebygge udviklingen af en række livsstilssygdomme som overvægt, forhøjet blodtryk, type 2 diabetes og iskæmisk hjertesygdom. I de senere år er der kommet fokus på brugen af motion som »lægemiddel« til personer, der er i risiko for at udvikle livsstilssygdomme, og i flere amter har de praktiserende læger fået mulighed for at henvise disse patienter til »motion på recept«.

I denne rapport sammenfattes den aktuelle forskning om effekten af »motion på recept« set i forhold til organiseringen af tilbuddet.

Rapporten viser, at der kun findes relativt få studier, der har undersøgt effekten af »motion på recept«. Disse studier viser, at man ikke skal forvente markante ændringer af det fysiske aktivitetsniveau hos størsteparten af patienterne på grund af frafald og manglende fastholdelse af et øget fysisk aktivitetsniveau. Til gengæld understreges det, at de mindre, men positive effekter på fysik og helbred, som en del studier finder, kan have stor betydning for folkesundheden, hvis de optræder hos et stort antal mennesker. Ligeledes optræder en række positive sideeffekter ved »motion på recept« som forbedringer af det sociale netværk, øget livskvalitet, glæde, selvtillid og selvværd.

Rapporten viser videre, at der ikke findes én bestemt måde at organisere »motion på recept« på. Hvordan tilbuddet skal tilrettelægges bør bl.a. afhænge af målgruppens forudsætninger og motivation og den sygdom/tilstand, man ønsker at behandle.

Der er fortsat behov for grundige evalueringer af tilbuddene om »motion på recept«, herunder evaluering af helbredseffekter på kort og lang sigt, så der kan opnås mere viden, om hvordan »motion på recept« bedst tilrettelægges.

Rapporten er skrevet af cand. scient. Marlene Willemann, DSI Institut for Sundhedsvæsen for Sundhedsstyrelsens Viden- og dokumentationsenhed. Viden- og dokumentationsenheden formidler viden om effekter af metoder til forebyggelse og sundhedsfremme, og rapporten indgår i en serie af publikationer om metoder til forebyggelse, der kan læses i Metodekataloget på Sundhedsstyrelsens hjemmeside (www.sst.dk/metodekataloget).

Finn Børlum Kristensen
Centerchef

September 2004

1 Indledning og formål

Baggrunden for litteraturgennemgangen er den stigende interesse for at tilbyde visse patientgrupper motion på recept i Danmark. Flere amter har allerede iværksat ordninger med motion på recept, og fælles for disse ordninger er, at de alment praktiserende læger kan henvise udvalgte patienter til et motionstilbud som alternativ til eller supplement til traditionel medicinsk behandling. Motion på recept retter sig således mod at hjælpe fysisk inaktive patienter med at forbedre deres helbred ved at være mere fysisk aktive. Målgruppe for motion på recept, som det tilrettelægges i Danmark, er fysisk inaktive patienter med fx type 2 diabetes, forhøjet blodtryk, overvægt, let depression, hjertesygdomme eller fysisk inaktive patienter, der er i risiko for at udvikle nogle af de ovenstående sygdomme/risikotilstande. Motion på recept finder i Danmark sted i primær sektor, nærmere betegnet hos den praktiserende læge og typisk i klinikker for fysioterapi.

På det kliniske område findes et evidensbaseret grundlag for motion som behandling ved en række sygdomme (fx de traditionelle livsstilssygdomme) (1). Vi ved således, at regelmæssig træning har positive effekter på forskellige sundhedsskadelige tilstande og på visse typer af sygdomme. Vi ved også hvilke former for træning, der har størst effekt på patienternes kliniske tilstand (1). Derimod eksisterer der knap så meget viden om, hvordan man skal organisere og tilrettelægge selve interventionen motion på recept, så flest muligt patienter bliver mere fysisk aktive og helst på sigt også fastholder et øget niveau for fysisk aktivitet¹. Der er mange faktorer og forhold, der har betydning for dette fx patientens motivation, aktivitetstype og andre organisatoriske forhold. Denne rapport sætter særligt fokus på organisatoriske forhold, der kan have indflydelse på, hvorvidt patienter deltager i motion på recept, øger og fastholder deres fysiske aktivitetsniveau.

Formålet med denne rapport er at foretage en systematisk gennemgang af videnskabelig litteratur om motion på recept med henblik på at beskrive den foreliggende dokumentation af metodens effekter set ud fra en organisatorisk vinkel. Denne vinkling betyder, at effekter i denne rapport defineres som: a) øget fysisk aktivitet; herunder eventuelle kliniske effekter på fx blodtryk og BMI, b) »compliance²« og fastholdelse af en øget fysisk aktivitet og c) psykosociale effekter som fx socialt netværk og glæde. Desuden er det formålet at diskutere en række organisatoriske forhold, der kan have indflydelse på effekter af motion på recept.

Rapportens målgruppe er praktikere og planlæggere, der beskæftiger sig med forebyggelse og sundhedsfremme.

1. Ligeledes findes der stort set ingen viden om sundhedsøkonomiske konsekvenser eller effekter af motion på recept.

2. »Compliance« oversættes i rapporten til gennemførelse eller fastholdelse, afhængig af hvilken sammenhæng der er tale om.

2 Beskrivelse af motion på recept

2.1 Definition af motion på recept

Litteratursøgningen viser, at der findes meget få videnskabelige studier af interventioner, der benævnes som »motion på recept«³, og som på et organisatorisk plan ligger tæt op af den danske model, og dermed er direkte sammenlignelige. I udlandet (især i USA, New Zealand og Australien) indebærer motion på recept fx ikke nødvendigvis et konkret træningsforløb, men kan i visse tilfælde udelukkende indebære, at praktiserende læger rådgiver inaktive patienter om motion, hvorefter patienten skal motionere på egen hånd. For at få et bredere dokumentationsgrundlag, og for at give et dækkende billede af, hvordan motion på recept organiseres i udlandet, inkluderer rapporten også studier af rådgivningsinterventioner (2-6), hvor en praktiserende læge rådgiver patienten om motion med det formål at øge patientens fysiske aktivitetsniveau.

I denne rapport kategoriseres interventioner således som »motion på recept«, når en praktiserende læge henviser fysisk inaktive patienter til et konkret træningsforløb⁴ eller rådgiver inaktive patienter om fremme af fysisk aktivitet.

2.2 Forskellige modeller for motion på recept

Litteratursøgningen viser, at ordninger med motion på recept organiseres på forskellige måder, som overordnet kan deles op i to hovedmodeller: a) interventioner med et konkret træningsforløb og b) rådgivningsinterventioner. Fælles for modellerne er, at de tager udgangspunkt i samme problemstilling: at motivere fysisk inaktive voksne til at blive mere fysisk aktive – og at de er forankret i primærsektoren, idet alle interventionerne indledes hos praktiserende læger. I det følgende skitseres de forskellige udenlandske modeller for motion på recept kort, suppleret med en kort gennemgang af hvordan motion på recept typisk organiseres i Danmark.

Interventioner med et konkret træningsforløb

Praktiserende læger henviser inaktive patienter til et konkret træningsforløb, der varetages af træningsspecialister fra et idrætsanlæg (»local leisure centre«)⁵ eller fra et privat motionscenter. Patienterne betaler ofte en mindre ydelse som en form for brugerbetaling. Træningen foregår i hold og/eller individuelt, og forløbet varer typisk 10-12 uger. Herefter er det meningen, at patienterne selv skal fastholde et eventuelt øget niveau for fysisk aktivitet. Denne fastholdelse hjælpes sommetider på vej ved fx at tilbyde medlemskab af det lokale idræts- eller motionscenter til en reduceret pris.

Som det vil fremgå af afsnit 2.2.3. falder den danske model for motion på recept ind under ovenstående kategori. Af den grund har studier af interventioner med konkrete træningsforløb (7-11) den mest direkte relevans i forhold til den danske model.

3. Motion på recept er på engelsk: »exercise referral schemes« eller »exercise prescription«.

4. Med konkret træningsforløb menes, at patienten henvises til et træningsforløb, der finder sted i et idrætsforum, hvad enten dette forum hører under den organiserede idræt, i en fysioterapiklinik eller i et fitnesscenter. Der kan være tale om holdtræning ledet af en instruktør, eller individuel træning med supervision fra en instruktør.

5. Et »leisure centre« i Storbritannien er ofte et lidt bredere begreb end et tilsvarende dansk idrætsanlæg. Organiseringen af de engelske idrætsfaciliteter kan både være privat og offentlig, hvor de i Danmark hovedsageligt er offentlige. I forbindelse med de engelske studier tales mest om lokale, offentlige idrætsanlæg (»community based leisure centres«), hvor der typisk er samlet flere forskellige aktiviteter i samme enhed, fx både svømmehal, fodboldbaner, badminton, motionsrum, massage etc. Som i Danmark vil der i reglen være en vis brugerbetaling forbundet med at benytte de enkelte aktiviteter. Hvor man i Danmark ofte melder sig ind i en bestemt forening for at dyrke en sportsgren (eks. badminton eller fodbold), er det i England almindeligt, at man har medlemskort til selve anlægget, og dermed umiddelbart har adgang til en bredere vifte af tilbud.

Rådgivningsinterventioner

Kortvarig rådgivning

Kortvarig rådgivning indebærer udelukkende mundtlig rådgivning, og dermed hverken skriftlig rådgivning eller opfølgning. Praktiserende læger rådgiver patienter om fysisk aktivitet. Det er op til patienten selv at implementere disse råd ved at være mere fysisk aktiv i forbindelse med hjemmebase-rede aktiviteter (fx gåture og havearbejde) og/eller ved at træne i en konkret idrætsfacilitet.

Intensiv rådgivning

Intensiv rådgivning indebærer mundtlig og skriftlig rådgivning samt evt. opfølgingsforløb.

En praktiserende læge rådgiver patienten om fysisk aktivitet, og nedskriver råd om fysisk aktivitet på en recept. I Norge, New Zealand og Australien har man særlige »grønne recepter« specielt til dette formål. Det er meningen, at patienten selv skal implementere disse råd i sit hverdagsliv. Denne form for rådgivning efterfølges fx af støttende telefonopkald til patienten foretaget af en træningsspecialist, ligesom lokale idrætsforeninger evt. også kan kontakte patienten for at informere denne om deres motionstilbud.

Den danske model

Ifølge oplysninger fra Center for Forebyggelse i maj 2004 (12) var motion på recept planlagt eller blev allerede tilbudt i Ribe, Ringkøbing, Vejle, Nordjyllands, Sønderjyllands, Vestsjællands, Frederiksborg, Storstrøms og Fyns Amter samt i Københavns Kommune og Bornholms Region-skommune. I det følgende beskrives først den mest udbredte model for motion på recept i Danmark, dernæst nævnes nogle alternative modeller.

Målgrupperne er typisk fysisk inaktive personer, der enten har fået konstateret livsstilsrelaterede sygdomme, eller er i risiko for at udvikle disse sygdomme, samt inaktive patienter med mildere former for depression. Overvægtige patienter henvises også til ordningen, mens svært overvægtige (BMI>35) generelt ikke modtager tilbud om motion på recept. Henvisningen foretages af den praktiserende læge, og konsultationen dækkes under den offentlige sygesikring. Alle ordninger har en egenbetaling, der varierer fra 200-1.500 kr. Recepten indebærer typisk et træningsforløb af 3-4 måneders varighed, der koordineres og varetages af en fysioterapeut. Træningsforløbet består typisk af nogle timers ugentlig holdtræning under vejledning af en fysioterapeut eller en specielt uddannet instruktør, kombineret med træning på egen hånd, evt. gennem et lokalt motionstilbud. Undervejs i forløbet modtager patienten vejledning om motion og kost fra fysioterapeuter og diætister. Som i de udenlandske modeller for motion på recept er den bagvedliggende hensigt, at opnå varige livsstilsændringer og fastholdelse af fysisk aktivitet på eget initiativ (12).

Der eksisterer imidlertid også andre modeller for motion på recept. I Bornholms Regionskommune henviser praktiserende læger patienter til en samtale med en *fysioteker*, som er idrætsuddannet. Samtalen foregår på apoteket og varer ca. 45 minutter. På baggrund af samtalen visiterer fysiotekeren patienterne videre til lokale idrætsforeninger, hvor patienten skal dyrke motion på egen hånd. Herudover tilbydes patienterne et motionsprogram, hvor de to fysiotekere underviser. Dette finder sted i et motionscenter, hvor der er muligheder for gymnastik og træning i maskiner. Programmet indeholder både fysisk aktivitet og teori, bl.a. i form af kostvejledning. I Fyns Amt tilbydes udover den klassiske model for motion på recept også motion i håndkøb. Her kan alle inaktive voksne, der er motiverede for at bevæge sig mere, få et gratis tilbud om hjælp til at finde den rette motionsform- og tilbud i det lokale foreningsliv (12).

3 Litteratursøgning

Der er blevet søgt i relevante internationale og nationale databaser for videnskabelig litteratur (jf. bilag 1), ligesom en citationsanalyse af al identificeret litteratur er foretaget. Det skal bemærkes, at der ikke er søgt specifikt på organisering af motion på recept, men at der i stedet er søgt bredt på motion på recept for at sikre at alle relevante studier blev inkluderet. Efter den første gennemgang af den identificerede litteratur (i alt 389 hits) var der 93 relevante referencer, som opfyldte de fastsatte inklusionskriterier (jf. bilag 1). Disse referencer kan overordnet inddeles i fire tematisk relaterede klynger:

- En klynge litteratur beskæftiger sig med interventioner, hvor praktiserende læger henviser patienter til et konkret træningsforløb varetaget af træningsspecialister. Træningsforløbene kan fx finde sted i lokale idrætsanlæg eller i private motionscentre.
- En anden klynge indeholder litteratur om rådgivningsinterventioner, hvor praktiserende læger rådgiver patienter om fysisk aktivitet. Nogle metoder indebærer mundtlig og/eller skriftlig rådgivning, mens andre metoder derudover indebærer opfølgning på patientens implementering af motionsrådene.
- En tredje klynge, som også er langt den største, indeholder litteratur om både rådgivnings- og motionsinterventioner, der ikke er organiseret omkring praktiserende læger, og som kan betegnes som isolerede forskningsforsøg⁶. Denne litteratur sammenligner typisk flere forskellige motionsinterventioner med henblik på at vurdere, hvilke der er de mest effektive i forhold til at fremme fysisk aktivitet hos inaktive voksne.
- En fjerde – og meget lille – klynge indbefatter studier, der indeholder pointer eller resultater ang. organisatoriske forhold, der har betydning for patienters og praktiserende lægers deltagelse i ordninger med motion på recept – og dermed har indflydelse på effekter af motion på recept. Disse studier har ofte ikke som hovedformål at undersøge organiseringens betydning for effektiviteten, men inkluderer organisationsaspekter i deres hovedanalyse⁷.

Efter anden gennemgang var der 10 relevante referencer, som opfyldte de fastsatte inklusionskriterier (jf. bilag 1). Se bilag 2 for en oversigt over den inkluderede litteratur.

I gennemgangen af effekter af motion på recept inddrages de to førstnævnte klynger af litteratur, hvor organiseringen af interventionen er centreret omkring praktiserende læger, og dermed finder sted i den praktiske virkelighed. Studierne i den tredje klynge litteratur undersøger interventioner, der udføres som en del af et forskningsforsøg. Disse interventioner er isoleret fra den praktiske virkelighed, hvorfor vilkårene for interventionen er anderledes end vilkår for interventioner i primær sektor. Enkelte studier fra denne klynge anvendes i afsnit 6. Relevante referencer fra den fjerde klynge litteratur og fra al identificeret litteratur (dvs. de 389 referencer) inddrages i afsnit 6, der handler om organisering af motion på recept.

6. Med isoleret menes, at den undersøgte intervention ikke finder sted i den praktiske virkelighed, men foregår isoleret fra denne, ofte i universitetsregi. Interventionen er tilrettelagt for forskningens skyld, og involverer ikke praktiserende læger. Det er et såkaldt »studiedesign«, hvor interventionen foretages udelukkende med henblik på at måle effekter.

7. Der er ikke fundet nogen studier, der har organisation af motion på recept som hovedformål.

4 Diskussion af måling af effekter

Som det vil fremgå af selve litteraturgennemgangen i afsnit 5, anvender de inkluderede studier vidt forskellige effektmål. Overordnet kan de inddeles i tre kategorier:

- fysiske og/eller kliniske effektmål som fx blodtryk, BMI og selvrapporeret fysisk aktivitet
- »compliance« effektmål, der måler om patienterne fastholder den fysiske aktivitet under og efter interventionsperioden, samt måler deltagelsesprocent i ordninger med konkrete træningsforløb
- psykosociale effektmål som fx livskvalitet, selvværd, socialt netværk og mental tilstand.

Desuden måler et enkelt studie omkostningseffektivitet. Overordnet set skal man være opmærksom på, at de anvendte fysiske/kliniske effektmål er intermediære (surrogat)mål, idet man i studierne ikke har målt ændringer i sygelighed eller dødelighed, som må formodes at være formålet med interventionen, men alene har målt ændringer i risikofaktorer for sygelighed og død.

Generelt er det svært at evaluere interventioner som motion på recept, fordi mange forskellige faktorer i samfundet påvirker effekterne af indsatsen. Når en patient deltager i en ordning med motion på recept, er der mange ydre faktorer, der har indflydelse på, om han øger sit aktivitetsniveau. Det kan fx være familiens og vennernes støtte, muligheder for gåture i lokalområdet, eller om det er besværligt at komme frem til der, hvor aktiviteten finder sted (13). Desuden er det vanskeligt at evaluere motion på recept, for det første fordi de eksisterende redskaber til at måle fysisk aktivitet er problematiske, for det andet fordi det er svært at måle resultaterne af motionsinterventionen.

De eksisterende redskaber til måling af fysisk aktivitet er, ifølge Riddoch et al. (8), unuancerede, idet de ikke er i stand til at opfange subtile ændringer i patienternes fysiske aktivitetsniveau. Derfor er der stor sandsynlighed for, at små, men vigtige, ændringer, overses i de eksisterende målemetoder. Denne betragtning underbygges ved at sammenholde resultater fra studier, der bruger eksperimentelt design med casestudier, som typisk bygger på kvalitative data. Førstnævnte viser typisk små, positive effekter, mens sidstnævnte viser bredere og mere betydelige effekter. I randomiserede kontrollerede forsøg måles fx ikke de effekter, som interventionen har på læger, træningsmedarbejdere eller patienternes familie og venner. Effektivitetsstudier er tilbøjelige til udelukkende at fokusere på det fysiske aktivitetsniveau, og dermed overses nemt andre reelle virkninger af ordningen som fx større livsglæde og socialt netværk. Ligeledes er der varierende effekter på patienter, og de kan tilmed være overraskende i forhold til interventionens oprindelige formål. Det fremhæves bl.a., at ordninger med motion på recept, der typisk etableres for fx at påvirke blodtryk og vægt, reelt viser sig at have effekt på helt andre områder fx i forhold til psykosociale effektmål (8).

Endvidere er det vanskeligt at måle resultaterne af motionsinterventioner, når formålet er at vurdere det fysiske aktivitetsniveau. Selvrapporeret fysisk aktivitet⁸ er et populært effektmål, men samtidig problematisk i forhold til måling af visse typer aktiviteter. Eksempelvis bliver ikke-sportslige og hjemmebaserede aktiviteter ifølge Riddoch et al. (8) ofte ignoreret, hvilket giver et upræcist billede af patienternes reelle aktivitetsniveau. Objektive metoder (fx bevægelsessensorer, pulsfrekvensmålinger og observation) er de mest valide, men nogle af dem er både dyre og tidskrævende (8). Der er imidlertid klare fordele ved at bruge disse objektive metoder frem for selvrapporeret fysisk aktivitet. Under alle omstændigheder er det vigtigt at validere selvrapporeringer, dels fordi folk har tendens til at overestimere mængden af den fysiske aktivitet de udfører (14), og dels fordi ikke-sportslige og hjemmebaserede aktiviteter ofte udelades ved sammentællingen af fysisk aktivitet (8).

Et andet centralt spørgsmål i diskussionen om måling af effekter er, om man skal måle effekter på kort (<12 mdr.), mellem (12-24 mdr.) eller lang (>24 mdr.) sigt. Generelt måles der oftest korttidseffekter (<12 mdr.) (8, 13), men spørgsmålet er, om opfølgningstiden ikke skal være længere (>24

8. Patienterne rapporterer selv, hvor meget fysisk aktivitet de udfører fx ved hjælp af en aktivitetslogbog eller et spørgeskema.

mdr.), i de tilfælde hvor man vil vurdere patienternes motivation og fastholdelse. Modsat kan der argumenteres for, at studier, der måler korttidseffekter, er relevante, fordi de fysiske effekter typisk optræder længe før, der er gået 24 måneder, fx efter 6 uger. Et argument for at måle effekter på lang sigt er, at de helbredsfordele, der opnås i forbindelse med øget fysisk aktivitet, er flygtige, og derfor er kun langtidseffekter meningsfulde (8). Dette understreges af, at selve formålet med motion på recept typisk er at motivere patienterne til at foretage varige livsstilsændringer med henblik på at opnå ændringer i sygelighed og dødelighed. Det er netop det, som sker efter interventionens afslutning, der har størst effekt på helbredet, og dermed en afgørende betydning for langtidseffekten. Meget få studier undersøger effekter efter interventionens ophør. Opfølgning udover interventionsperioden er påkrævet, hvis man vil måle effektiviteten, forstået som deltagerens fastholdelse af øget fysisk aktivitet på eget initiativ (8, 13).

Det er desuden problematisk at måle effekter af motion på recept, hvis der er et stort frafald blandt deltagerne i interventionen. I så fald måles der kun på dem, der gennemfører interventionen, og dermed er der stor sandsynlighed for misvisende positive resultater. Således bør alle patienter, der er inkluderet i den givne intervention/behandling, indgå i analysen, uanset om de har gennemført interventionen eller ej (jf. Intention-To-Treat analyse).

På baggrund af litteraturen ser det ud som om, at en pluralistisk tilgang, der, udover fysiske effektmål, inkluderer »compliance« og psykosociale effektmål, giver et mere præcist billede af interventionens effekter, især hvis der også måles effekter på lang sigt (>24 mdr.). Desuden er det vigtigt, at inkludere alle henviste patienter, uanset om de gennemfører træningsforløbet eller ej.

5 Dokumentation for effekter af motion på recept

I det følgende gennemgås dokumentation for effekter af interventioner med hhv. konkrete træningsforløb og rådgivningsinterventioner. I bilag 3 redegøres for resultaterne af de enkelte studier.

5.1 Effekter af interventioner med konkrete træningsforløb

Der er identificeret i alt 5 studier af interventioner med konkrete træningsforløb, heraf 3 med kvantitative data (7, 10, 11). Disse måler udelukkende effekter på kort sigt (<12 mdr.). Kun en vis del af de henviste patienter starter på træningsforløbet (35%, 60% og 87%). Relativt få af de henviste patienter gennemfører træningsforløbet (17%, 18% og 25%), og endnu færre fastholder et øget aktivitetsniveau i tiden efter træningsforløbet. Et (ukontrolleret) studie viser, at 14% fastholder aktivitetsniveauet efter 6 måneder (7), et randomiseret studie viser ingen signifikant forøgelse i fysisk aktivitet efter 37 uger (11), og et tredje studie viser, at der efter 8 måneder forekommer en forøgelse af total fysisk aktivitet (10).

For den relativt lille sub-gruppe af henviste patienter, der gennemfører et helt træningsforløb, dokumenteres positive effekter i form af forbedring af selvoplevet fysisk og psykisk helbred, reduktion i BMI og systolisk blodtryk samt et generelt bedre velbefindende. Forøgelsen i patienternes fysiske aktivitetsniveau er størst kort tid efter træningsforløbet (fx 8 uger). Herefter viser et studie (11), at aktivitetsniveauet falder støt, som tiden går, idet der efter 37 uger ikke længere ses et øget aktivitetsniveau hos de henviste patienter, mens et andet studie (10) viser, at der efter 8 måneder ses en forøgelse af moderat og total fysisk aktivitet. Således er dokumentationen vedr. patienters fastholdelse af fysisk aktivitet i tiden efter træningsforløbet ikke entydig. Endvidere viser et studie (10), at hovedparten af dem, der gennemfører træningsforløbet, øger deres fysiske aktivitet i form af små gradvise ændringer, idet det er vanskeligt at få patienter til at opnå det anbefalede niveau for fysisk aktivitet. Det er desuden mere kostbart at motivere patienten til at opnå det anbefalede niveau for fysisk aktivitet end at motivere patienten til at opnå små, gradvise ændringer (10).

Der findes ingen dokumentation, der måler effekter af interventioner med konkrete træningsforløb på mellem (12-24 mdr.) og på lang sigt (>24 mdr.).

To af de inkluderede studier (8, 9), anvender kvalitative metoder til at måle psykosociale effekter. De dokumenterer, at interventioner med konkrete træningsforløb er populært blandt patienterne, og at der kan opnås en forbedring af patienternes selvoplevede helbred. Endvidere viser de, at der kan opnås positive effekter af personlig og social karakter som fx forbedret mental tilstand, socialt netværk og større selvværd – og tillid.

Den foreliggende dokumentation er knap og har flere svagheder end styrker. En af svaghederne er, at der ikke er målt effekter på mellem og lang sigt, og at dokumentation bygges på få studier af varierende kvalitet. Nogle af studierne metodiske kvalitet er ringe (8, 9), og der redegøres ikke tilstrækkeligt for den anvendte metode.

5.2 Effekter af rådgivningsinterventioner

I alt er der identificeret 5 studier (2-6), der måler effekter af rådgivningsinterventioner, hvoraf de fleste anvender flere forskellige effektmål. Derfor deles den foreliggende dokumentation op i forhold til effektmål og opfølgningstid.

Den foreliggende dokumentation, der måler effekter på kort sigt (<12 mdr.), viser, at mundtlig rådgivning kan give forøgelser i patienternes fysiske aktivitetsniveau. To studier (3, 4) viser positive

effekter i form af et øget fysisk aktivitetsniveau, mens et studie (6) dokumenterer varierende effekter, idet andelen af patienter, der udøver fysisk aktivitet, stiger, mens den gennemsnitlige varighed af patienternes fysiske aktivitet ikke forøges.

Dokumentationen, der måler effekter på mellem sigt (12-24 mdr.), viser, at et studie (5) finder en forøgelse i patienternes fysiske aktivitetsniveau efter 12 måneder. Et andet studie (3) viser derimod, at der efter 12 måneder ikke længere ses nogen positiv effekt på patienternes aktivitetsniveau. Et tredje studie (2) viser, at der efter 24 måneder ikke findes et øget fysisk aktivitetsniveau. I forhold til effektmålet fysisk aktivitet er dokumentationen således ikke entydig. Livskvalitet er kun målt i et enkelt studie (5), som viser en forbedret livskvalitet efter 12 måneder. Kardio-respiratorisk funktion⁹ er også kun målt i et enkelt studie (2), som dokumenterer en forbedring af kvinders kardio-respiratoriske funktion efter 24 måneder, hvorimod der ikke ses en forbedring af samme funktion blandt mænd. Risikoen for hjertesygdomme er ligeledes kun målt i et enkelt studie (5), hvor der ikke blev opnået statistisk signifikante ændringer i risikoen for hjertesygdomme (reduktion af blodtryk).

Der findes ingen dokumentation, der måler effekter på lang sigt (>24 mdr.).

Kvaliteten af den foreliggende dokumentation kan betegnes som varierende, idet den både har svagheder og styrker. Styrker idet flere studier bygger på relativt store populationer, og har et relativt lille frafald (2, 3, 5, 6). Svagheder fordi der er tale om ganske få studier, og at nogle af disse kun måler effekter efter 6 uger (4, 6), hvilket er for kort en opfølgningstid i forhold til at sige noget om interventionens reelle effektivitet – dvs. om den fører til et varigt øget aktivitetsniveau.

5.3 Afledte positive sideeffekter

Hvilke positive sideeffekter, der afledes af motion på recept, hænger sammen med, hvad der defineres som studiets effektmål. Hvis de primære effektmål er af fysisk/klinisk karakter, kan positive sideeffekter ved motion på recept siges at være forbedringer af patientens sociale netværk, livskvalitet, glæde, selvtillid og selvværd. Desuden viser et enkelt studie (7), at ændringer i fysisk aktivitetsniveau kan foranledige patienten til at ændre på andre livsstilsvaner som fx kost og/eller rygning. Et andet studie viser (8), at motion på recept har positive sideeffekter på patientens omgivelser (fx familie og venner) og på det involverede personale, som bliver mere opmærksomme på vigtigheden af at være fysisk aktiv, hvorfor nogle måske øger deres fysiske aktivitetsniveau. I forlængelse af dette kan motion på recept tænkes at skærpe store dele af befolkningens opmærksomhed på, at motion er vigtigt for at opretholde et godt helbred – særligt pga. den relativt store medieomtale, som motion på recept har fået og stadig får. Desuden kan det tænkes, at de praktiserende lægers opmærksomhed på forebyggelse generelt øges med indførelsen af motion på recept i amterne.

9. Maksimal iltoptagelse = VO₂max.

6 Organisering af motion på recept

I det følgende diskuteres først forskellige organisatoriske forhold, som kan have en positiv indflydelse på effekter af motion på recept. Dernæst følger et afsnit, hvor barrierer for anvendelse af motion på recept diskuteres. Dette afsnit er baseret på udvalgte dele af den samlede identificerede litteratur (dvs. de 389 referencer) bl.a. systematiske reviews og isolerede forskningsforsøg. Læseren skal være opmærksom på, at resultaterne fra forskningsforsøgene ikke umiddelbart kan overføres til den danske model for motion på recept, idet der i disse forsøg ikke er en praktiserende læge involveret, og fordi de anvendte rekrutteringsmetoder¹⁰ bevirker, at deltagerne aktivt melder sig selv, frem for at takke ja til lægens tilbud om at deltage i motion på recept. Ydermere ses ofte en overvægt af veluddannede blandt de rekrutterede deltagere. Dermed fungerer interventionerne i forskningsforsøgene under helt andre vilkår end den motion på recept, der effektueres i den praktiske virkelighed. På trods af dette kan disse studier bruges som inspiration til, hvorledes man kan organisere ordningerne med motion på recept, så de bliver mere effektive.

6.1 Organisatoriske forhold der kan have positiv indflydelse på effekten

På baggrund af litteraturgennemgangen ser det ud til, at den store udfordring er at få patienterne til at fastholde deres træningsindsats både under og efter den pågældende intervention. Dette ses især ved de interventioner, der tilbyder konkrete, institutionsbaserede træningsforløb. Den lave grad af fastholdelse under og efter deltagelse i motion på recept giver samlet set en ringere effekt og har dermed betydelige konsekvenser for effekten af motion på recept. I det følgende diskuteres forskellige organisatoriske forhold, der muligvis kan være med til at forbedre patienternes fastholdelse, og dermed i sidste ende også kan forbedre effektiviteten af motion på recept.

Træningslokalitet

En metaanalyse af 11 amerikanske studier belyser strategier til at fremme fysisk aktivitet (15). Den viser, at lokale selvorganiserede fysiske aktiviteter¹¹ som fx gåture fører til en større forøgelse i deltageres aktivitetsniveau end interventioner, der forudsætter, at deltagerne møder op til skemalagt træning (individuel eller i hold) i et idrætslokale (»facility based«). Der er fx mere succes forbundet med ordination af gåture end med at ordinere aktivitet, der kræver, at deltagerne skal komme til en planlagt træningssession. Alle interventioner, der indebærer anbefaling af gåture, finder stigninger i aktivitet, og aktiviteter med moderat intensitet er ligeledes forbundet med en højere fastholdelsesprocent. Det konkluderes, at når gåture anbefales frem for institutionsbaseret træning, er det muligt at opnå en forøgelse i deltageres fysiske aktivitet. En årsag til, at hjemmebaseret træning tilsyneladende fører til øget fastholdelse, er en positiv sammenhæng mellem træningens bekvemmelighed og fastholdelse. Desuden viser metaanalysen, at personer, der træner alene, fuldfører flere træningssessioner end personer, der træner i grupper (15). Samme forfattere konkluderer i et andet review, at dette, kombineret med det upraktiske i at skulle møde op på bestemte lokaliteter på særlige tidspunkter, skønnes at reducere fastholdelsen i de interventioner, der henviser til institutionsbaseret holdtræning. Også i dette review peges på, at hjemmebaseret træning (fx gåture) ser ud til at give større aktivitet og et højere fastholdelsesniveau i forhold til institutionsbaseret træning (16). Et andet studie fremhæver, at institutionsbaserede interventioner kan give bagslag i forhold til visse grupper af patienter og peger på, at hjemmebaseret træning er et bedre alternativ til disse grupper (8).

10. Ofte annonceres der efter deltagere i lokale medier, og denne rekrutteringsmetode fortæller meget lidt om, hvordan man skal øge det fysiske aktivitetsniveau for den meget store del af befolkningen, der generelt ikke svarer på sådanne annoncer.

11. Lokale selvorganiserede fysiske aktiviteter er en oversættelse af de engelske begreber »home based« og »community based« fysisk aktivitet. Lokale selvorganiserede fysiske aktiviteter er aktiviteter, som ikke finder sted i en idrætsforening eller i et fitnesscenter, men som foregår i patienternes lokalområde fx i den lokale park eller skov. Aktiviteterne kan både være organiseret af de lokale sundhedsmyndigheder, lokale idrætsforeninger eller af en gruppe af patienter henvist til motion på recept, og indebærer et tilbud om fysisk aktivitet fx ved at mødes med andre patienter for at cykle eller gå en tur. Denne type aktivitet kan også være organiseret af den enkelte patient i form af, at denne beslutter sig for at være mere fysisk aktiv i sit hverdagsliv fx ved at lave mere havearbejde.

Et amerikansk randomiseret kontrolleret forskningsforsøg undersøger effekterne af holdbaseret versus hjemmebaseret udholdenhedstræning blandt inaktive mænd og kvinder mellem 50-65 år (17). Deltagerne i holdgruppen træner på superviserede hold i en lokal institution, mens deltagerne i de to hjemmegrupper¹² skal træne på eget initiativ. Deltagerne i hjemmegrupperne modtager skriftlig information samt mundtlig rådgivning via regelmæssige telefonopkald fra en motionsmedarbejder. Efter 1 år er andelen af deltagere, der fastholder niveauet for fysisk aktivitet betydelig større i de to hjemmegrupper sammenlignet med holdgruppen. Efter 2 år har deltagerne i den ene (den højintensive) hjemmegruppe et niveau for fastholdelse, der er bedre end holdgruppen. Alle tre grupper har efter 1 år signifikant bedre kondition i forhold til kontrolgruppen. Efter 2 år har den højintensive hjemmegruppe en højere stigning i iltoptagelse end de to andre grupper. Som en årsag til at hjemmegrupperne har større effekt end holdgruppen nævnes, at superviseret hjemmebaseret træning giver en ekstra fleksibilitet og bekvemmelighed, som gruppebaserede programmer ikke kan tilbyde. Dette skønnes også at være en væsentlig årsag til, at hjemmegrupperne opnår relativt høje deltagelsesprocenter over længere tid (2 år) (17).

Et af studierne fra afsnit 5 peger ligeledes på, at interventioner der øger muligheden for aktivitet, der ikke kræver tilsyn i et idrætslokale (fx gåture), kan fremme patienternes fastholdelse (10).

Dokumentationen vedr. lokalitet peger både på fordele og ulemper forbundet med institutionsbaserede træningsforløb. En del af de ovenstående studier fremhæver, at hjemmebaseret træning giver højere fastholdelse end institutionsbaseret træning. Set i lyset af at de inkluderede studier af interventioner med et konkret, institutionsbaseret træningsforløb (jf. afsnit 5) trods alt viser moderate positive effekter på patienternes aktivitetsniveau, er det uklart, om institutionsbaseret eller hjemmebaseret træning er mest effektivt. Det ser ud til at nogle patienter vil have mest glæde af at deltage i institutionsbaseret træning, og herigennem opnå den bedste fastholdelse af træningsindsatsen, mens hjemmebaseret træning passer bedre til fastholdelse af andre grupper. Spørgsmålet er imidlertid om de amerikanske studiers resultater kan overføres til danske forhold, idet vi, modsat amerikanerne, i Danmark har en lang tradition for frivillig idræt, som må antages på et eller andet niveau at have åbnet danskernes øjne for den sundhedsmæssige gevinst ved at dyrke idræt.

Aktivitetstype

Et amerikansk forskningsforsøg undersøger, hvorvidt flere korte træningsintervaller om dagen, sat i forhold til ét langt dagligt træningsinterval¹³, kan øge fastholdelsen, kardio-respiratorisk funktion og vægttab hos inaktive, overvægtige kvinder mellem 20-50 år (18). Begge grupper blev instrueret i at påbegynde et hjemmebaseret træningsprogram bestående af aerob træning 5 dage om ugen, primært gåture. Undersøgelsen viser, at træning i korte intervaller er bedst egnet til at styrke fastholdelsen, øge vægttabet og forbedre konditionen blandt overvægtige kvinder, når disse effektmål sammenholdes med resultaterne fra gruppen der trænede i langvarige intervaller (18).

Et review af interventioner, der har til formål at fremme fysisk aktivitet, bekræfter antagelsen om, at moderat intensiv træning generelt ser ud til at give en bedre fastholdelse blandt deltagerne (16). Ydermere er der en sandsynlighed for, at korte træningsintervaller af 3-10 minutters varighed, der er skræddersyet til den enkelte persons karakteristika, giver stærkere effekter i forhold til forøgelse af fysisk aktivitet (19).

Tilpasset rådgivning

Flere reviews peger på, at interventioner, hvor rådgivningsstrategien er tilpasset patienternes adfændsændringsstadiet (parathed til at ændre adfærd) eller patienternes karakteristika, har større positive effekter end rådgivningsstrategier, der ikke tager højde for disse forhold (8, 19, 20). Ligeledes viser et af de inkluderede studier, at rådgivning struktureret ud fra patientens parathed til at ændre adfærd kan fremme effektiviteten (4).

12. Den ene hjemmegruppe laver højintensiv fysisk aktivitet, mens den anden gruppe laver lavintensiv aktivitet.

13. Deltagere i det langvarige træningsinterval udfører den fastsatte mængde træning i ét langt træningsinterval, hvorimod deltagerne i det kortvarige træningsinterval udfører samme mængde træning over flere omgange af 10 minutters varighed.

Et australsk forskningsforsøg undersøger, hvorvidt tilpasset rådgivning om fysisk aktivitet er effektivt i forhold til at øge den fysiske aktivitet og nedbringe kardiovaskulære risikofaktorer hos inaktive patienter over 60 år (21). En træningsspecialist giver deltagerne, og deres eventuelle ægtefæller, 20 min. individualiseret rådgivning omkring fordelene af fysisk aktivitet samt en pjece, der indeholder en plan for fysisk aktivitet¹⁴ i de følgende 3 måneder. Denne plan, potentielle barrierer for fysisk aktivitet og strategier til at overvinde disse, diskuteres. Formålet er, at inkorporere fysisk aktivitet i personens normale gøremål samt at styrke vedkommendes tro på at kunne gennemføre programmet. Der ses efter 12 måneder en større stigning i selvrapporteret fysisk aktivitet i interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen. Sidstnævnte modtog en pjece om gode kostvaner, som blev diskuteret i 20 min. Viljen til at træne er ligeledes højere i interventionsgruppen. Der blev imidlertid ikke fundet ændringer i de kliniske effektmål vedr. kardiovaskulære risikofaktorer. Interventionen betegnes som en succes, men det understreges, at denne succes kan skyldes, at studiet er baseret på frivillige deltagere, der på trods af deres inaktivitet allerede er motiveret til at blive mere fysisk aktive. Desuden anbefales der hovedsageligt gåture som fysisk aktivitet, hvilket som nævnt i sig selv kan have en positiv indvirkning på graden af succes (21).

Social støtte, opfølgning og praktiske forhold

To af de inkluderede studier i afsnit 5 viser, at de sociale aspekter ved institutionsbaseret holdtræning, i form af personalets og de andre patienters støtte, hjælper patienten til at gennemføre forløbet (8, 11).

Ligeledes peger Taylor et. al. (11) på, at etablering af mere formaliseret social støtte under det konkrete træningsforløb, kan have en positiv effekt på fastholdelsen af et forøget aktivitetsniveau på længere sigt. Denne sociale støtte går i praksis ud på at sætte deltagerne i forbindelse med andre lokale muligheder for at dyrke motion, når træningsforløbet er afsluttet.

Et amerikansk forskningsforsøg undersøger om fastholdelsen er større, når voksne mennesker deltager i et træningsprogram med en partner (gifte par) versus uden en partner (gifte som træner uden en partner) (22). Der konkluderes, at gifte par, som træner i det samme superviserede træningsprogram, har en højere fastholdelse og et lavere frafald end gifte, der træner uden deres partner. Disse forskelle er sandsynligvis i højere grad relateret til partnerens støtte end til deltagerens egen motivation (22).

En undersøgelse, som belyser og sammenligner karakteristika ved personer, der hhv. fuldfører og ikke fuldfører et 10 ugers træningsforløb, viser, at der ikke er tydelige forskelle mellem de to grupper (23). Men de personer der fuldfører forløbet, er mindre afhængige af støtte fra andre i træningsforløbet, set i forhold til dem, der ikke fuldfører programmet. Manglen på social støtte hos ikke-fuldførere kan føre til færre og mere sporadiske besøg i motionscentret med deraf færre fysiologiske forbedringer, som igen kan føre til tvivl og mindre motivation til at fortsætte programmet. Det anbefales derfor at tilbyde holdtræning og at lave makkerordninger (»buddy systems«), så træningsoplevelsen bliver mere social (23).

Erfaringer¹⁵ fra en ordning med motion på recept i England viser, at fastholdelsen blandt deltagere steg fra 20% til 56% efter forbedringer af forskellige organisatoriske forhold (24). Der blev bl.a. sørget for transport til træningsstedet for personer uden befordringsmidler, tilrettelagt træningsforløb for personer med særlige behov (fx overvægtige) og oprettet træningshold for par, venner og slægtninge. Desuden viser erfaringerne, at fastholdelsen er større, når patienter træner i relativt små grupper og med en instruktør til at lede gruppen. Dette giver en mere social stemning, samtidig med at der er en person til stede, som patienterne kan tale med om deres vanskeligheder (24).

Et review viser, at regelmæssige telefonopkald er en almindelig metode til at følge op på og støtte deltageren i hjemmebaserede interventioner (15). Fra alle hjemmebaserede interventioner, hvor kon-

14. Denne plan indebærer aerobe aktiviteter med moderat intensitet min. 3 gange om ugen i mindst 20 min. per gang.

15. Der er ikke tale om en systematisk evaluering af ordningen, men der redegøres for nogle erfaringer.

takten med deltagerne vedligeholdes via regelmæssige telefonopkald, rapporteres positive effekter. Når der regelmæssigt følges op på deltagerne kan denne forøgelse fastholdes i op til 2 år (15). Dokumentationen for at denne opfølgning fungerer som en støtte for patienterne, og dermed bidrager til større positive effekter, er ikke entydig. Blandt andet viser et af de inkluderede studier, at en intervention med langvarig, regelmæssig opfølgning via telefonopkald ikke har bedre effekter på deltagernes kardio-respiratorisk funktion end interventioner uden regelmæssig opfølgning (2).

Et mere praktisk forhold, der kan fremme deltagernes fastholdelse, er at tilbyde træning på tidspunkter, hvor det er bekvemt for folk, der arbejder fuld tid, at deltage (11, 22, 24). Andre praktiske forhold, der kan fremme fastholdelsen, er at undgå feriepauser og skiftende instruktører (7).

6.2 Barrierer for anvendelse af motion på recept

Barrierer for anvendelse af motion på recept centrerer sig omkring barrierer knyttet til de praktiserende læger og til patienterne.

Lægers barrierer

En dokumenteret barriere er, at de praktiserende læger ikke henviser tilstrækkeligt med patienter, og/eller at de ikke henviser relevante patienter til ordningen (25). Desuden viser et studie, at mange praktiserende læger i Canada slet ikke rådgiver patienter om fysisk aktivitet (26). Dem, der gør, rådgiver ofte mindre om fysisk aktivitet end om anden vigtig sundhedsfremmende adfærd¹⁶. Årsager til dette er bl.a. tidspres samt mangel på uddannelse i og viden om, hvordan man skal rådgive. Bl.a. har de utilstrækkeligt med redskaber og materiale til rådighed (26). Én årsag til, at de praktiserende læger henviser få patienter til ordninger med motion på recept, kan tænkes at være, at læger generelt synes at være skeptiske overfor behandlinger og forebyggelsesindsatser, som ikke er evidensbaserede, hvilket motion på recept (endnu) ikke kan siges at være. Lægerne ved godt, at motion har en gavnlig effekt på helbredet, men de er måske i tvivl om, hvorvidt selve interventionen motion på recept har en effekt.

Det er ifølge Hillsdon (25) problematisk, at ordningerne med motion på recept er afhængige af henvisninger fra praktiserende læger. Han mener, at antagelsen om, at praktiserende læger er de rette til at identificere de patienter, der kan få mest ud af et øget fysisk aktivitetsniveau, er fejlagtig. Et studie, der har til formål at kortlægge engelske, praktiserende lægers viden om fysisk aktivitet, bekræfter det førnævnte canadiske studie, og finder store huller i deres specifikke viden om helbredsfordelene ved fysisk aktivitet. For eksempel nedprioriterer de praktiserende læger rådgivning om fysisk aktivitet i forhold til rådgivning om rygning, forhøjet blodtryk og fed kost som risikofaktorer for hjertesygdomme (25).

Mangel på tid er, ifølge Swinburn og Sager (27), den hyppigst nævnte årsag til, at praktiserende læger er relativt tilbageholdende med at udskrive motion på recept. Af andre årsager nævnes utilstrækkelig viden og tiltro til egne evner indenfor rådgivning om fysisk aktivitet. Endnu en barriere for anvendelse af motion på recept er af systemisk karakter, idet organiseringen af primærsektoren sjældent er rettet mod rådgivning om adfærd. En typisk konsultation varer 10-15 minutter, hvilket hovedsageligt bestemmes af aflønningsformen. Dermed er konsultationen ofte for kort til at inkorporere en fem minutters vurdering af patienten og udskrive en recept på motion, hvis der samtidig også skal tages stilling til patientens andre problemer. Desuden er lægemiddelindustriens omfattende markedsføringsstrategier af medicin en vigtig konkurrent til de praktiserende lægers udskrivelse af motion på recept (27). Et enkelt review tager denne problematik op og viser, at det er muligt at påvirke lægers adfærd, i forbindelse med rådgivning om forebyggelse, gennem økonomiske incitamenter, undervisningsbesøg, brug af remindere i lægens EDB-system samt gennem audit og feed-

16. Tilsvarende undersøgelser er ikke foretaget i Danmark, så der er ikke nogen dokumentation for, at det skulle forholde sig ligesådan blandt danske praktiserende læger.

back. De refererede studier viser moderate eller ingen effekter, men generelt er effekten størst, hvis flere strategier kombineres (28).

Patienters barrierer

Andersen (29) viser i et review, at de 4 største barrierer for at være fysisk aktiv blandt overvægtige i et vægttabsprogram (som inkluderer motion) er tidsnød, forlegenhed ved at deltage i fysiske aktiviteter, mangel på fornøjelse forbundet med dette, og at de ikke er i stand til at træne intensivt. Disse barrierer kan ikke umiddelbart overføres på andre patientgrupper, idet undersøgelsen er foretaget blandt overvægtige patienter.

Endvidere vurderer denne rapport forfatter, at nedenstående forhold kan udgøre barrierer for anvendelsen af motion på recept.

En relativ høj brugerbetaling (fx over 1000 kr.) kan tænkes at være en potentiel barriere for patienternes anvendelse af motion på recept, især i sundhedssystemer som det danske, hvor patienterne er vant til, at de fleste ydelser leveres uden brugerbetaling. Nogle mennesker kan synes, det er for mange penge at give for noget, som man måske ikke i forvejen er 100% motiveret til at starte på. Andre har måske en trængt økonomi og føler ikke, at de kan afse pengene, selv om de måske gerne ville. Et studie fra England viser, at brugerbetaling for ordninger med motion på recept kan udgøre en barriere for nogle mennesker, men modsat er der ingen dokumentation for, at gratis motion på recept fremmer patienternes deltagelse (30).

Den lokalitet, hvor den ordinerede motion finder sted, kan i sig selv være en barriere for nogle patienter. Hvis træningsforløbet fx foregår i et motionscenter, kan man risikere, at nogle patienter ikke føler sig godt tilpas i dette miljø. Det kan bl.a. skyldes, de kan have store komplekser over deres egen krop, at deres fysiske formåen ikke kan leve op til træningsniveauet i motionscentret eller fordi de associerer motionscentre med noget, som de ikke selv synes, at de passer ind i – som et sted kun meget sporty mennesker benytter. Denne antagelse bekræftes af Fox et. al. (31), som når frem til, at det er vigtigt for patienternes fastholdelse, at motions- og idrætsanlæg forsøger at transformere deres sporty og fitness image til et image, hvor der lægges vægt på en mere social atmosfære.

Stor afstand fra patientens bopæl til det sted, hvor træningen foregår, kan også tænkes at være en barriere, især hvis transporten er besværlig. Eksempelvis kan man forestille sig, at det vil forhindre ældre mennesker på landet i at deltage i en ordning med motion på recept, hvis træningsforløbet finder sted langt fra deres hjem.

Endelig kræver motion på recept, at borgerne rent faktisk er i kontakt med deres praktiserende læge. Risikoen ved at den praktiserende læge fungerer som »gate keeper« er, at man måske ikke får formidlet tilbuddet om motion på recept til de borgere, der ikke konsulterer deres praktiserende læge, eller som kommer meget sent i et sygdomsforløb, selv om netop sådanne grupper kunne drage fordel af det. I Danmark havde 84% af den danske befolkning i 2002 kontakt med en praktiserende læge mindst 1 gang (32), og i løbet af en 3-årig periode har 92% i aldersgruppen 40-70 år én eller flere konsultationer hos deres praktiserende læge (33). Dette tyder på, at denne problemstilling er ikke helt så relevant i Danmark, som den er i andre lande. En vigtig relateret pointe er, at de patienter, der har størst risiko eller har det dårligste helbred, ifølge Riddoch (8), er mindst tilbøjelige til at deltage i en ordning med motion på recept. Med dette menes, at det kan være vanskeligt at motivere lige præcis de patienter, der kunne have størst glæde af at deltage i motion på recept, til rent faktisk at deltage.

7 Sammenfatning og konklusion

7.1 Måling af effekter

■ *Anvendelse af pluralistiske effektmål*

Ved både at anvende fysiske/kliniske, »compliance« og psykosociale effektmål får man et mere præcist billede af effekterne af motion på recept, end hvis der fx kun anvendes fysiske/kliniske effektmål.

■ *Måling af effekter på lang sigt (>24 mdr.)*

Det er en klar fordel at måle effekter på lang sigt, hvis man vil vurdere om motion på recept hjælper patienterne med at fastholde et øget fysisk aktivitetsniveau.

■ *Inklusion af patienter, som ikke gennemfører forløbet og som ikke fastholder aktivitetsniveau*

Inklusion af disse patienter har to fordele. For det første at man undgår at skabe misvisende positive resultater. For det andet at man bliver i stand til at opnå viden om, hvorfor nogle patienter ændrer deres fysiske aktivitetsniveau, mens andre ikke gør.

7.2 Foreliggende dokumentation af effekter

Der mangler generelt mere dokumentation af metodens effekter, og især mangler der studier, der måler effekten af motion på recept på mellem (12-24 mdr.) og lang sigt (>24 mdr.), og som samtidig inkluderer alle henviste patienter i analysen med henblik på at opnå viden om, hvorfor nogle patienter fastholder aktiviteten, mens andre ikke gør.

■ *Den foreliggende dokumentation af effekter af motion på recept er knap*

Der eksisterer relativt få studier af god kvalitet – og hovedparten af disse måler effekter på kort sigt, hvorved der ikke måles på, om patienterne fastholder et eventuelt forhøjet fysisk aktivitetsniveau.

■ *Det er urealistisk at forvente markante ændringer af det fysiske aktivitetsniveau hos størstedelen af de henviste patienter*

I stedet bør forventninger være rettet mod mindre, men positive effekter, som også kan være meningsfulde, når et stort antal mennesker oplever dem.

■ *Effekten af motion på recept er begrænset*

Der eksisterer imidlertid et forbedringspotentialt i forhold til fremtidige studiers undersøgelsesdesign, idet redskaberne til at måle fysisk aktivitet kan forbedres, så de bliver mere præcise. Ligeledes kan flere effekter måles, hvis man inkluderer psykosociale effektmål.

7.3 Organisatoriske forhold der kan fremme effekter af motion på recept

Litteraturen peger på forskellige organisatoriske forhold, der kan fremme effekter af motion på recept. Dokumentationen vedr. hvilke organisatoriske forhold, der fremmer effekter af motion på recept er ikke entydig, hvilket indikerer, at der ikke findes én bestemt god måde, hvorpå man skal organisere motion på recept. I det følgende opstilles en række valgmuligheder i organiseringen af motion på recept.

■ *Lokale selvorganiserede fysiske aktiviteter vs. institutionsbaseret træning*

Nogle studier konkluderer, at det er bedst at fundere ordninger med motion på recept på lokale selvorganiserede fysiske aktiviteter, andre at institutionsbaseret træning er mere hensigtsmæssig. Denne tvetydighed kan skyldes, at det er vanskeligt at give generelle anbefalinger omkring organiseringen af motion på recept. Hertil er målgruppen for interventionen for heterogen og vil dermed have vidt forskellige behov, motiver og interesser.

- *Træning med ægtefælle/partner vs. træning uden ægtefælle/partner*
Et enkelt studie konkluderer, at patienter der træner sammen med deres ægtefælle/partner i højere grad fastholder deres træningsindsats end patienter, der træner uden ægtefælle/partner.
- *Social støtte forøger patienternes fastholdelse*
Det at patienternes fysiske aktivitet støttes af venner, familier eller andre personer i deres omgivelser, spiller en væsentlig rolle for patienternes fastholdelse.
- *Regelmæssig opfølgning vs. ingen opfølgning*
Hvorvidt regelmæssig opfølgning med henblik på at motivere og støtte patienterne forøger fastholdelsen både under og efter interventionen er uklart, hvorfor der er behov for forskning, som undersøger effekter af forskellige opfølgingsstrategier.
- *Aktiviteter med moderat intensitet vs. aktiviteter med høj intensitet*
Litteraturen viser, at motion af moderat intensitet, som fx gåture, giver lavere frafald blandt patienter end højintensiv træning. Desuden er det vigtigt, at den mængde af aktivitet, der ordineres, passer til patientens konditionsniveau, såfremt man ønsker at øge fastholdelsen i træningsforløbet.
- *Tilpasset rådgivning vs. generel rådgivning*
Flere studier viser, at tilpasset rådgivning af patienterne og en tilpasset tilgang til udformningen af det konkrete træningsforløb kan give større effekter i forhold til en generel tilgang, hvor alle patienter får det samme tilbud. Rådgivning om motion kan med fordel tage udgangspunkt i patientens »parathed» (adfærdsændringsstadie) til at ændre adfærd¹⁷. Ligeledes kan det konkrete træningsforløb med fordel tilrettelægges specifikt i forhold til forskellige grupper af patienter. For eksempel kan overvægtige patienter tilsyneladende bedre fastholde et forøget aktivitetsniveau gennem holdtræning i et træningslokale, mens ældre patienter med forhøjet blodtryk sandsynligvis bedre kan fastholde et øget aktivitetsniveau gennem lokal selvorganiseret fysisk aktivitet. Rådgivningen og træningsforløbet kan således med fordel tilrettelægges, så det tager hensyn til de forskellige patientgruppers behov, karakteristika og vilkår for at være mere fysisk aktive.

17. En sådan tilpasset tilgang forudsætter, at de praktiserende læger og motionsmedarbejderne (fysioterapeuter) er tilstrækkeligt uddannede i relevante teoribaserede teknikker til at kortlægge patientens motivation for adfærdsændringer og til at motivere patienten optimalt.

8 Referenceliste

1

Klarlund Pedersen B, Saltin B. Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling. København: Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse, 2003.

2

Effects of physical activity counseling in primary care: the Activity Counseling Trial: a randomized controlled trial. *JAMA* 2001; 286(6):677-687.

3

Bull FC, Jamrozik K. Advice on exercise from a family physician can help sedentary patients to become active. *Am J Prev Med* 1998; 15(2):85-94.

4

Calfas KJ, Long BJ, Sallis JF, Wooten WJ, Pratt M, Patrick K. A controlled trial of physician counseling to promote the adoption of physical activity. *Prev Med* 1996; 25(3):225-233.

5

Elley CR, Kerse N, Arroll B, Robinson E. Effectiveness of counselling patients on physical activity in general practice: Cluster randomised controlled trial. *British Medical Journal* 2003; 326(7393):793-796.

6

Swinburn BA, Walter LG, Arroll B, Tilyard MW, Russell DG. The green prescription study: a randomized controlled trial of written exercise advice provided by general practitioners. *Am J Public Health* 1998; 88(2):288-291.

7

Lord JC, Green F. Exercise on prescription: does it work? *Health Educ J* 1995; 54:453-464.

8

Riddoch C, Puig-Ribera A, Cooper A. Effectiveness of physical activity promotion schemes in primary care: a review. Health Education Authority, 1998.

9

Singh S. Why are GP exercise schemes so successful (for those who attend)? Results from a pilot study. *J Manag Med* 1997; 11(4):233-237.

10

Stevens W, Hillsdon M, Thorogood M, McArdle D. Cost-effectiveness of a primary care based physical activity intervention in 45-74 year old men and women: a randomised controlled trial. *Br J Sports Med* 1998; 32(3):236-241.

11

Taylor AH, Doust J, Webborn N. Randomised controlled trial to examine the effects of a GP exercise referral programme in Hailsham, East Sussex, on modifiable coronary heart disease risk factors. *J Epidemiol Community Health* 1998; 52(9):595-601.

12

Lindstrøm M. Status på motion på recept i amterne december 2003. Downloaded fra www.sst.dk/motionsmidlet april 2004.

13

Kallings LV, Leijon M. Erfarenheter av Fysisk aktivitet på recept – FaR. Statens Folkhälsoinstitut, 2003.

14

Sims J, Smith F, Duffy A, Hilton S. The vagaries of self-reports of physical activity: a problem revisited and addressed in a study of exercise promotion in the over 65s in general practice. *Fam Pract* 1999; 16(2):152-157.

15

Hillsdon M, Thorogood M. A systematic review of physical activity promotion strategies. *Br J Sports Med* 1996; 30(2):84-89.

16

Hillsdon M, Thorogood M, Anstiss T, Morris J. Randomised controlled trials of physical activity promotion in free living populations: a review. *J Epidemiol Community Health* 1995; 49(5):448-453.

17

King AC, Haskell WL, Young DR, Oka RK, Stefanick ML. Long-term effects of varying intensities and formats of physical activity on participation rates, fitness, and lipoproteins in men and women aged 50 to 65 years. *Circulation* 1995; 91(10):2596-2604.

18

Jakicic JM, Wing RR, Butler BA, Robertson RJ. Prescribing exercise in multiple short bouts versus one continuous bout: effects on adherence, cardiorespiratory fitness, and weight loss in overweight women. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1995; 19(12):893-901.

19

Eakin EG, Glasgow RE, Riley KM. Review of primary care-based physical activity intervention studies: effectiveness and implications for practice and future research. *J Fam Pract* 2000; 49(2):158-168.

20

Dishman RK, Buckworth J. Increasing physical activity: a quantitative synthesis. *Med Sci Sports Exerc* 1996; 28(6):706-719.

21

Halbert JA, Silagy CA, Finucane PM, Withers RT, Hamdorf PA. Physical activity and cardiovascular risk factors: effect of advice from an exercise specialist in Australian general practice. *Med J Aust* 2000; 173(2):84-87.

22

Wallace JP, Raglin JS, Jastremski CA. Twelve month adherence of adults who joined a fitness program with a spouse vs without a spouse. *Journal of Sports Medicine and Physical Fitness* 1995; 35(3):206-213.

23

Martin C, Woolf-May K. The retrospective evaluation of a general practitioner exercise prescription programme. *Journal of Human Nutrition and Dietetics* 1999; 12(Suppl. 1):32-42.

24

Hammond JM, Brodie DA, Bundred PE. Exercise on prescription: Guidelines for health professionals. *Health Promotion International* 1997; 12(1):33-41.

25

Hillsdon M. Promoting physical activity: issues in primary health care. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1998; 22 Suppl 2:S52-S54.

26

Petrella RJ, Wight D. An office-based instrument for exercise counseling and prescription in primary care. The Step Test Exercise Prescription (STEP). *Arch Fam Med* 2000; 9(4):339-344.

27

Swinburn B, Sager R. Promotion of exercise prescriptions in general practice for older populations. *Geriatrics and Aging* 2003; 6(7):20-23.

28

Sønbo Kristiansen I, Wisløff T. Grønn resept – effekt og kostnadseffektivitet. En forenklet litteraturgjennomgang. Oslo: Sintef Unimed, 2003.

29

Andersen RE. Exercise, an active lifestyle, and obesity: Making the exercise prescription work. *Physician and Sportsmedicine* 1999; 27(10):41-50.

30

Tai SS, Gould M, Smith P, Iliffe S. Promoting physical activity in general practice: Should prescribed exercise be free? *Journal of the Royal Society of Medicine* 1999; 92(2):65-67.

31

Fox K, Biddle S, Edmunds L, Bowler I, Killoran A. Physical activity promotion through primary health care in England. *Br J Gen Pract* 1997; 47(419):367-369.

32

Sygesikring 2002. Danmarks Statistik, 2003.

33

Type 2-diabetes. Medicinsk teknologivurdering af screening, diagnostik og behandling. København: Sundhedsstyrelsen, 2003.

9 Forfattere

Rapporten er skrevet af projektleder, cand.scient.soc. Marlene Willemann,
DSI Institut for Sundhedsvæsen
Dampfærgevej 27-29
2100 København Ø
Tlf. 35298400

Projektmedarbejder, M.Sc. i Health Services Management Anders Blædel Lassen har fungeret som faglig sparringspartner under afrapporteringsprocessen. Bac.scient.san.publ. og fysioterapeut Inger Dahl-Petersen har i samarbejde med DSI's bibliotek og projektlederen forestået store dele af litteratursøgningen – og udvælgelsen. Vicedirektør Henrik Hauschildt Juhl har stået for den interne kvalitetssikring af rapporten.

Bilag 1

Detaljeret beskrivelse af litteratursøgning – og udvælgelse

Søgestrategi

Litteratursøgningen påbegyndtes i efteråret 2003, blev opdateret i februar 2004 og er foretaget i følgende databaser: **Medline**, **Embase**, **Cochrane Library**, **Health Technology Assessment** (HTA) basen og i **DARE** (Database of Abstracts of Reviews of Effects).

I **Medline** 1993 ff. er der søgt på følgende emneord

- Exercise/all AND Prescription-Non-Drug/all

Der er dernæst søgt på:

- Exercise/all AND (Primary-Health-Care/all OR Family-Practice/all) AND Health-Promotion/all OR Primary-Prevention/all)

I **Embase** 1994 ff. er der søgt på emneordene:

- explode »Physical-Activity«/all AND fritekst-Prescription AND explode »Exercise«//all

endvidere er der søgt på

- explode »Physical-Activity«/all AND fritekst-Prescription AND explode »Counseling«/all (explode »Physical-Activity«/all AND explode »Exercise«/all) AND General-Practice/all

Der er søgt AND, idet Physical-Activity og Exercise i Embase synes at overlape hinanden. Der er søgt fritekst på prescription, da drug-non-prescription kan være et evt. ikke-anvendt emneord.

Søgningerne er rensset for dubletter mellem Medline og Embase.

Der er efterfølgende kontrolsøgt i **Cochrane Library** på følgende søgeord: Exercise and prescription (222 hits), Physical activity and prescription (75) og exercise and referral (170) og physical activity and referral (37). Denne kontrolsøgning identificerede primært dubletter til de i forvejen identificerede referencer. Dog fandtes to nye referencer. Desuden er der søgt i **Health Technology Assessment (HTA) basen** på samme søgeord som i Cochrane. Ved søgningen i Cochrane Library på »green prescription« fandtes 4 referencer i »Register of controlled trials« og 1 reference i HTA-basen. I **DARE** (Database of Abstracts of Reviews of Effects) søgtes på exercise and prescription og på physical activity and prescription, primært for at få udpeget andre randomiserede undersøgelser.

Der er foretaget en særlig søgning med henblik på at identificere dansk og nordisk litteratur om emnet. Der er søgt i **Ugeskrift for Læger** 1955 ff. – fuldtekst/DVD på frasen »motion på recept« samt »motion som lægemiddel«, der blev fundet ganske få artikler, der dog kun refererer til en beskrivelse. I **Månedsskrift for Praktisk lægegering** 1991 ff. – fuldtekst/CD-rom er der søgt på samme søgeord, men der var ingen relevante artikler. I **Tidsskrift for den Norske Lægeforening** og **Läkartidningener** der søgt på »grøn recept«/»grønn resept« samt på »motion og primärprevention«. Det samme er gjort i databasen **Swe-Med**. Der er desuden foretaget oversigtlige søgninger i **DSI-Bib**, **Dan-Bib**, **Libris** og **BibSys**. Søgningerne her gav dog ikke yderligere relevante referencer.

Endelig er der foretaget en søgning i tidsskriftet »**Patient Education and Counseling**« – online/fuldtekst på søgeordene prescription, exercise, physical activity. Her blev fundet få referencer af relevans, og disse viste sig, på nær én, at være dubletter til de i forvejen identificerede referencer.

Der er desuden foretaget citationsanalyse af al litteratur for at sikre, at yderligere relevant litteratur blev identificeret. I alt gav søgningen 389 hits.

In – og eksklusionskriterier

Ved at gennemgå abstracts for de 389 referencer blev relevant litteratur til nærmere gennemgang udvalgt på baggrund af følgende in – og eksklusionskriterier:

Inklusionskriterier

- Studier af voksne (>16 år)
- Videnskabelig litteratur¹⁸
- Engelsksproget eller skandinavisk litteratur
- Studier hvor interventionen finder sted i primær sektor
- Studier der undersøger effekter af interventioner, hvis formål er at fremme fysisk aktivitet
- Studier der undersøger barrierer for anvendelse af motion på recept.

Eksklusionskriterier

- Litteratur fra før 1980.
- Studier der vurderer kliniske effekter af fysisk træning generelt.
- »Grå litteratur«, herunder interne evalueringer af ordninger med motion på recept¹⁹.

Efter denne gennemgang var der 93 relevante referencer, som opfyldte alle fire inklusionskriterier. Disse referencer kan overordnet inddeles i fire tematisk relaterede klynger.

Alle 93 referencer blev gennemgået med henblik på at foretage en yderligere sortering af den udvalgte litteratur på baggrund af følgende in- og eksklusionskriterier.

Inklusionskriterier

- Primærstudier
- Studier hvor interventionens målgruppe er inaktive voksne (>16 år).
- Studier hvor den undersøgte intervention er organiseret omkring en praktiserende læge, dvs. at en praktiserende læge aktivt skal indgå i interventionen fx ved at henvise patienter eller rådgive om fysisk aktivitet.
- Studier der undersøger effekter af interventioner, med et konkret træningsforløb *eller* rådgivning om forøgelse af fysisk aktivitet.

Eksklusionskriterier

- Studier der vurderer effekten af et måleredskab, fx selvrapporeret fysisk aktivitet eller måling af hjerterefrekvens.
- Studier der ikke finder sted i primærsektor, men som foregår isoleret fra den praktiske virkelighed.

10 relevante referencer opfyldte ovenstående inklusionskriterier (se bilag 2 for en oversigt over den inkluderede litteratur).

18. Med videnskabelig litteratur menes undersøgelser baseret på anerkendte videnskabelige metoder og/eller litteratur underkastet peer review.

19. Riddoch et. al. (8) har i 1998 kortlagt interne evalueringer af ordninger med motion på recept i England. Det konkluderes, at resultaterne af disse evalueringer ofte er mere favorable end resultaterne fra de publicerede studier. Der blev ikke fundet eksempler på evalueringer med en høj faglig kvalitet, sandsynligvis udføres de ikke pga. manglende ressourcer. Det anbefales derfor, at evalueringer af motion på recept udføres i samarbejde med forskningsorganisationer. Dette skal ikke forstås således, at interne evalueringer ikke kan bidrage med værdifulde erfaringer, men i en litteraturgennemgang af videnskabelig litteratur kan de ikke inddrages pga. den forholdsvis ringe faglige kvalitet (8).

Bilag 2

Oversigt over de inkluderede studier

Artikel	Land	Intervention	Metode	Resultat	Diskussion
Lord & Green, 1995	UK	10-ugers motionsprogrammer udskrevet af en praktiserende læge (PL) til personer med både eksisterende og potentielle helbredsproblemer. Involverer standard brugerbetaling for ydelser på recept.	Evalueret der både anvender spørgeskemaer og kvalitative interviews med relevante aktører.	Blandt dem der gennemførte programmet, ses generelt en mere positiv egenopfattelse af både fysisk og mentalt helbred. Over halvdelen ændrer deres livsstil positivt. Kun 14% af de oprindeligt henviste er stadig aktive efter 6 mdr.	Barrierer for deltagelse er væsentlige at identificere såfremt man ønsker at sikre bedre compliance.
Taylor, Doust & Webborn, 1998	UK	10-ugers motionsprogrammer udskrevet af en PL til inaktive personer ml. 40-70 år, der ryger, har højt blodtryk eller er overvægtige. Brugerbetaling i form af halv pris i forhold til en normal motionstime, for maks. 20 timer i alt. Supervision på frivillig basis.	Randomiseret kontrolleret studie.	87% anvendte tilbuddet, og 28% af disse deltog i mindst 15 timers motion. Gennemsnitlig deltagelse var 9,1 timer. Der måles en vis effekt på reduktion af hudfolden samt lavere blodtryk, især i gruppen der deltog i 15 eller flere timer.	Efterfølgende interviews peger på, at de fysiske rammer, samt det rådgivende personales engagement, er vigtige faktorer for motivation til fortsat deltagelse.
Stevens et al., 1998	UK	Inaktive eller meget sparsomt motionerende personer ml. 45-74 år tilbydes, via et brev fra deres PL, et 10-ugers træningsprogram i et lokalt motionscenter.	Randomiseret kontrolleret studie.	Analysere omkostninger af interventionen. Det er relativt dyrere at øge motionsniveauet til det anbefalede, aktive niveau, set i forhold til at skabe mindre positive ændringer, hvor målet ikke nødvendigvis er at nå det anbefalede stadie.	Der er en stor andel af faste omkostninger forbundet med denne form for intervention, hvilket gør en høj deltagelsesrate væsentlig mht. omkostninger per aktivitetsstigning.
Singh, 1997	UK	Patienter rekrutteres efter inklusion i en ordning med motion på recept ordineret af en PL. Ordningen indeholder superviseret fysisk aktivitet i et idrætsanlæg.	Observationsstudie hvori der indgår interviews med patienter rekrutteret fra to idrætsanlæg.	Effektmålene er psykosociale og primært vendt mod deltagernes egen opfattelse af forløbet. Det fremstilles generelt som værende populært blandt de interviewede, både med hensyn til fysiske og psykiske gevinster.	Det er en meget lille population der er inkluderet i interviewrunden, og der deltager ikke personer der er faldet fra programmet undervejs. Desuden lægger programmet ikke 'pres' på deltagerne i form af forventet aktivitetsniveau, men giver plads til individuelle forskelle i lyst og engagement, hvilket forfatterne mener, kan være en væsentlig årsag til populariteten.
Riddoch et al., 1998	UK	Review og 3 casestudier af ordninger med motion på recept. Casestudierne er inkluderet i rapportens afsnit 4.	Kvalitative metoder, dvs. interviews og observation.	Der ses en forskel mellem konklusionerne fra hhv. review og case-studier. Førstnævnte viser samlet en moderat effekt af i forhold til fysiske/kliniske effektmål, mens sidstnævnte opnår markant bedre effekter i forhold til psykosociale effektmål.	Rapporten påpeger vigtigheden af, at interventionerne er organiseret ud fra viden om effekter, samt at det involverede personale er trænet til formålet. Desuden diskuteres det, om ikke hjemmebaserede eller mindre 'sportslige' træningsfora er en mere hensigtsmæssig ramme end motionscentre.
Elley et al., 2003	New Zealand	Ser på »Green prescription« ordningen, hvis målgruppe er inaktive, raske patienter ml. 40-79 år. Patienterne hos en PL screenes, og de mindre aktive får tilbud om et rådgivningsforløb forankret i den lokale sportsforening, og følges op af en træningsspecialist ansat der.	Klynge randomiseret kontrolleret studie.	Der blev fulgt op efter 12 måneder, og både interventions- og kontrolgruppen viste forbedringer inden for de fleste effektmål (bl.a. blodtryk og livskvalitet). Interventionsgruppen havde en større forbedring af den selvvaluerede livskvalitet end kontrolgruppen.	Studiet finder ingen signifikante forbedringer af deltagernes risiko for hjerte-kar sygdomme. Dertil er populationen for lille og opfølgningstiden for kort. En af styrkerne er dog, at populationen er forholdsvis repræsentativ, idet den dækker et større geografisk område og har en høj deltagelsesgrad.
Bull & Jamrozik, 1998	Australien	Mundtlig og skriftlig rådgivning af fysisk inaktive patienter fra deres familielæge omkring betydningen af, og individuelle muligheder for, at dyrke motion. En interventionsgruppe får tildelt skriftligt standardmateriale, en anden modtager »skræddersyet« materiale.	Der gøres brug af 2 interventionsgrupper og 1 kontrolgruppe, men grupperne er ikke randomiseret. I stedet er de udvalgt ud fra besøg hos deres læge og grupperet ud fra »interventionsdage« og »kontrol-dage«, hvor stillesiddende patienter udvælges via et spørgeskema.	Ud fra spørgeskemaer tilsendt deltagerne hhv. 1, 6 og 12 måneder efter den rådgivende konsultation, konkluderes det, at der er flere deltagere i interventionsgrupperne der er blevet aktive end i kontrolgrupperne. Resultatet er tydeligst efter 1 måned, og derefter snævreres forskellen ind.	Der er problemer med at bekræfte validiteten af de indsamlede data, idet forsøget baserer sig på deltagernes egne vurderinger af opnået aktivitetsniveau. Dog er en mindre gruppe interviewet telefonisk efter 1 måned for at bekræfte deres egne vurderinger. Desuden er det sandsynligt at dem, der ikke har ønsket at udfylde opfølgende spørgeskema i højere grad har opnået dårligere resultater end dem der har medvirket i hele processen.

Artikel	Land	Intervention	Metode	Resultat	Diskussion
Swinburn et al., 1998	New Zealand	Mundtlig rådgivning omkring fysisk aktivitet til patienter der vil have fordel af mere aktivitet. De er identificeret gennem 2 lægecentre, og inddelt i en »motion på recept« gruppe samt en gruppe der kun modtager mundtlig rådgivning.	Randomiseret kontrolleret forsøg, hvor begge grupper får en form for intervention, den ene med både mundtlig og skriftlig vejledning, den anden kun med mundtlig.	Der ses en gavnlig effekt af kombinationen af skriftlig og mundtlig rådgivning. I interventionsgruppen ses en højere andel af patienter der bliver aktive i opfølgingsperioden (6 uger) end i kontrolgruppen. Varigheden af de enkelte aktiviteter er ens for grupperne.	Studiet lægger vægt på at rekruttering sker gennem primærsektoren, dels grundet praktiserende lægers store kontaktholdelse, dels grundet den formodede vilje til at tale helbred folk der konsulterer en praksislæge formodes at have. Forfatterne anerkender selv, at opfølgingsperioden på 6 uger er relativ kort i forhold til at konkludere noget om fastholdelse.
The Activity Counseling Trial, 2001	USA	Fysisk inaktive patienter ml. 35-75 år inddeles i 3 grupper, der modtager hver sit interventionsprogram. Alle grupper får mundtlig og skriftlig vejledning fra deres PL, og gruppe 1 nøjes med dette. Gruppe 2 modtager derudover interaktiv post og adfærrådgivning. Gruppe 3 modtager alt ovenstående samt regelmæssig telefonrådgivning samt adfærrådgivning.	Randomiseret kontrolleret forsøg med 3 grupper, hvoraf 2 får forskellige interventioner, mens den 3. udgør kontrolgruppen, hvor deltagerne modtager den nationalt anbefalede rådgivning om motion.	Der blev fulgt op på både respiratoriske og aktivitetsrelaterede effektmål efter 24 måneder. For kvinder ses en forbedring af de respiratoriske effektmål i både gruppe 2 og 3. For mænd registreres ingen forskelle.	Deltagerne er rekrutteret på basis af frivillighed og har en generelt en god socioøkonomisk status. Kontrolgruppen fik en anbefalet form for rådgivning, men mange læger i USA følger ikke denne anbefaling, og undersøgelsen sammenligner ikke rådgivning generelt med ingen rådgivning. Studiet har en relativ høj tilbagemeldingsprocent.
Calfas et al., 1996	USA	Ved brug af det såkaldte PACE rådgivningsprogram inddeles en PL's patienter i 3 »adfærrådgivningsstadier«, med hver sin målrettede intervention. Fysisk aktivitet hos patienter fra disse læger, samt hos patienter fra en kontrolgruppe, følges.	Der gøres brug af interventions- og kontrolgruppe, men grupperne er ikke randomiseret, eftersom der bevidst er inkluderet læger i interventionsgruppen med interesse for motionsfremmende tiltag.	4-6 uger efter en PACE rådgivning hos den PL, er 52% af de førhen inaktive personer i interventionsgruppen blevet aktive, mens det samme er tilfældet for 12% i kontrolgruppen. Desuden er varigheden af gåturene markant længere i førstnævnte gruppe.	PACE vurderes af de deltagende læger til at være et enkelt og praktisk redskab, der målretter indsatsen ud fra individets forudgående motivation og aktivitetsniveau. Dette studie har dog en meget kort opfølgingsperiode.

Bilag 3

Resultater af de enkelte studier

I det følgende gennemgås resultater fra studier i de to grupper af inkluderet litteratur, dvs. studier der omhandler konkrete træningsforløb, og studier om rådgivningsinterventioner. I gennemgangen lægges der vægt på at beskrive resultaterne så systematisk som muligt. Derfor redegøres – i det omfang det er muligt²⁰ – for studiets design, effektmål og hvordan disse måles, opfølgningstid, selve interventionen og studiets resultater samt konklusioner. Det skal bemærkes, at de nedenstående refererede resultater er statistisk signifikante medmindre andet er anført.

Resultater fra studier af konkrete træningsforløb

Lord & Green (7) evaluerer i et pilotstudie en ordning med motion på recept i England. Studiet undersøger antallet af patienter der fuldfører træningsforløbet, årsager til frafald og ændringer i patienternes helbredstilstand. Hovedparten af de patienter, der henvises til ordningen, bliver det i forbindelse med en rutine screening for kardiovaskulære sygdomme hos en praktiserende læge, men også overvægtige, storrygere, patienter med et højt kolesteroltal og andre patienter, der kan forbedre deres helbred ved at dyrke regelmæssig motion, henvises til ordningen. Ordningens effekt evalueres primært via spørgeskemaer udfyldt af patienterne selv. Dette suppleres med kvalitativ informationsindsamling fra deltagere, praktiserende læger og en styregruppe. Som en sidste metode til dataindsamling interviewes 2 fokusgrupper med deltagere der har gennemført træningsforløbet, en gruppe med deltagere der ikke har gennemført træningsforløbet, samt en gruppe med deltagelse af styringskomiteen. Effektmålene er selvrapporert fysisk aktivitet og psykosociale effektmål vedr. selvvurderet helbred og tilfredshed med interventionen. Studiet måler ordningens effekter efter 10 uger, hvor en afsluttende konsultation hos motionsmedarbejderen udføres, og efter 6 måneder, hvor et spørgeskema sendes ud til patienterne.

Patienterne betaler £ 4,75 for at deltage, svarende til det almindelige gebyr for udskrivning af en recept. Efter henvisningen fra den praktiserende læge kommer patienten til en indledende konsultation med en lokalt tilknyttet motionsmedarbejder (»community health and fitness officer«), som sammen med patienten vurderer og diskuterer hvilke træningsmuligheder, der er mest passende for patienten. Selve træningsforløbet varer 10 uger, indeholder 3 sessioner om ugen af op til 1 times varighed, og der er 15 forskellige motionsformer²¹ til rådighed.

Undersøgelsen viser, at ud af de 419 patienter, der blev henvist til træningsforløbet, mødte 60% (252 patienter) op til den indledende konsultation hos motionsmedarbejderen. Efter det 10 uger lange træningsforløb er der 18% (77 patienter) af de oprindelige 419 patienter tilbage i programmet, samt yderligere 8 patienter der indrapporterer selvstændig fysisk aktivitet²². Det svarer til en fastholdelsesprocent på 34 (85 ud af 252) blandt de oprindeligt henviste, der også deltog i det første møde med motionsmedarbejderen. Efter 6 måneder kan 14% (64 ud af de 419 patienter), fordi de stadig er fysisk aktive, betegnes som uafhængige og regelmæssige motionister. Endvidere viser studiet, at træningsforløbet ikke giver væsentlige ændringer i patienternes BMI²³, men 57% af dem, der gennemfører træningsforløbet, foretager positive ændringer i deres kost-, ryge- eller alkoholvaner, om end primært indenfor førstnævnte kategori. De kvalitative data viser, at der i forhold til selvvurderet helbred efter 10 uger er væsentlig indikation for, at de patienter, som fuldfører forløbet oplever, at de har forbedret deres helbred. 24% flere beskriver deres helbred i positive termer, mens 18% færre beskriver deres helbred i negative termer. Desuden ses en forbedring af patienternes mentale helbred, idet 55% (42 patienter) af dem, der fuldførte forløbet, ved den indledende konsultation

20. De kvalitative studier redegør fx ikke for alle disse punkter.

21. Bl.a. vandaerobics, cykling, tennis, vægttræning, badminton, dans, svømning, orienteringsløb, bordtennis og gåture.

22. Data for fastholdelse er baseret på, at patienterne møder op til en konsultation efter 10 uger, hvilket 77 patienter gør. Ikke fremmødte patienter får tilsendt et spørgeskema pr. post, og her svarer 8 patienter, at de er fysisk aktive. 85 personer i alt regnes derfor som »fastholdere«.

23. BMI = Body Mass Index.

fik registreret en GHQ²⁴ score på 3 eller mere. Dette indikerer et niveau for mentale lidelser, hvor patienterne er i risiko for at udvikle psykisk sygdom, men efter 10 uger befinder kun 4 patienter sig over denne tærskel. De kvalitative data peger på, at de sociale aspekter ved ordningen kan have været med til at skabe disse forbedringer i patienternes generelle velbefindende. Samme data viser, at afbræk i patienternes etablerede rutiner som fx sygdom, skader og ferie, opleves som årsager til frafald. Andre årsager er holdtræningens tidspunkt, skiftende instruktører og oplevelsen af et for intensivt træningsniveau. Analysen er deskriptiv, og der er således ikke udført statistiske beregninger på talmaterialet.

Forfatterne konkluderer, at deltagerne har fornøjelse af motion på recept ordninger, og selv føler, at de opnår gevinster ved at deltage. Der ses dog væsentlige problemer med at identificere og fjerne barrierer for deltagelse.

Taylor, Doust and Webborn (11) evaluerer i et randomiseret kontrolleret studie en ordning med motion på recept i England. Studiet måler ændringer i patienternes fysiske aktivitet, blodtryk, rygning og fedtprocent i løbet af en periode på 37 uger. De i alt 142 patienter blev randomiseret fordelt i hhv. en træningsgruppe og en kontrolgruppe. Begge grupper modtog en brochure om at forebygge hjertesygdomme, men fik ingen specifik rådgivning om at ændre livsstil. Inaktive mænd og kvinder mellem 40-70 år, karakteriseret ved at være rygere, have forhøjet blodtryk eller ved at være overvægtige (BMI>25), henvises til træningsforløbet. Effekter måles dels ved hjælp af blodtryksmåling, vejning, måling af »hudfolder«²⁵, dels via patientens tilstedeværelse i motionscenteret. Derudover udfylder patienterne løbende spørgeskemaer omkring livsstil, medicinforbrug og fysisk aktivitet. Effekter måles løbende, sidste gang efter 37 uger.

Patienterne får et kort med en underskrevet henvisning fra den praktiserende læge, hvor følgende punkter er anført: årsag til henvisning, anbefalet træningsintensitet, hvilepuls, blodtryk samt hvilke aktiviteter de ikke bør deltage i. Kortet danner grundlag for en introduktionssamtale i et idrætsanlæg (»leisure centre«), hvor patientens livsstil vurderes, opfattelser af træning og mål diskuteres, og hvor målinger af blodtryk, vægt og højde, samt rådgivning omkring brug af diverse træningsredskaber, udføres. Formålet er at påbegynde et 10 uger langt træningsforløb med op til 20 træningssessioner, der hver koster £ 1,30²⁶. Patienterne opmuntres til at øge varigheden og intensiteten af træningen i løbet af henvisningsperioden, og kan få supervision på forespørgsel.

Undersøgelsen viser, at patienterne i interventionsgruppen i gennemsnit gennemfører 9,1 træningssessioner ud af de 20 som tilbydes. 13% (12 personer) af dem, der får en henvisning, benytter sig aldrig af tilbuddet, og 17% af de henviste (16 personer) gennemfører alle sessioner. Efter 26 uger udfører 15% flere deltagere i træningsgruppen mindst én ugentlig moderat eller energisk aktivitet, set i forhold til deres oprindelige niveau, mens en lignende ændring ikke ses hos kontrolgruppen. Denne effekt er imidlertid ikke statistisk signifikant efter 37 uger. Efter 16 uger har interventionsgruppen reduceret deres fedtprocent med 8,1% sammenlignet med kontrolgruppen. Der blev ikke fundet statistisk signifikante forskelle i blodtryk mellem de to grupper, og træningsforløbet har ikke nogen indvirkning på rygeadfærd, brug af blodtryksnænkende medicin eller antal af besøg hos praktiserende læger. Endvidere viser undersøgelsen, at en høj individuel deltagelsesprocent (>15 træningssessioner) medfører de bedste resultater, idet fedtprocent, BMI og blodtryk blev reduceret væsentligt i denne gruppe med hhv. 10,3%, 2,7% og 8,1%.

Forfatterne konkluderer, at henvisning til et konkret træningsforløb kan lede til kortvarige forøgelser i fysisk aktivitet og reduktioner i antallet af hudfolder og blodtryk, men at langsigtede virkninger afhænger af, om man er i stand til at fremme deltagernes fastholdelse i ordningens træningsforløb.

24. General Health Questionnaire (GHQ) er en analyse til vurdering af en persons velbefindende. I forbindelse med psykisk helbred anvendes ofte et spørgeskema med 12 spørgsmål omkring patientens oplevelse af adfærd og bestemte symptomer og indenfor en given periode. Type og antal af dette sammentælles, og en score udregnes. Jo højere et tal der opnås, des større er sandsynligheden for tilstedeværelsen af psykiske problemer. (kilde: Department of Health, Social Services and Public Safety, <http://www.dhsspsni.gov.uk>)

25. Oversat fra engelsk: »skinfolds«. Måling af hudfolder er én blandt flere metoder, der kan benyttes til at estimere kroppens fedtprocent.

26. Dette beløb er halvdelen af den normale takst.

Stevens et. al. (10) undersøger i et randomiseret kontrolleret studie omkostningseffektiviteten af en ordning med motion på recept i England, som har til formål at øge den fysiske aktivitet hos inaktive personer mellem 45-74 år, der ikke har medicinske kontraindikationer for dette. Studiets effektmål er patienternes fysiske aktivitetsniveau, som måles ved hjælp af selvrapporterede oplysninger, og omkostninger forbundet med at hæve patienternes aktivitetsniveau. Effekter måles efter 8 måneder ved hjælp af spørgeskemaer.

Patienterne fra to praktiserende læger inddeles, på baggrund af oplysninger fra et spørgeskema, i fire aktivitetskategorier: inaktive, under middel, over middel og fuldt aktive. Patienter, der hører ind under de første tre kategorier kategoriseres som inaktive, og får derfor tilsendt et brev fra deres praktiserende læge, der inviterer dem til en konsultation med en træningsmedarbejder (»exercise development officer«) i det lokale idrætsanlæg. Konsultationen indebærer bl.a. et spørgeskema om livsstil og medicinforbrug, fysiske målinger (højde, vægt og BMI), vurdering af det nuværende niveau for fysisk aktivitet og afklaring af tilgængelige muligheder for at blive mere fysisk aktiv. Sidstnævnte tilrettelægges efter at øge det, som patienterne allerede gør, fremfor at forsøge at foretage store ændringer i livsstilen. Træningsforløbet varer i 10 uger, hvorefter patienterne inviteres til en ny konsultation med træningsmedarbejderen for at diskutere deres fremgang. Patienter i kontrolgruppen tilsendes information om lokale idrætsanlæg og private motionscentre (»health clubs«) sammen med information om fysisk aktivitet og sundhed.

Undersøgelsen viser, at ud af de 363 patienter, der er i interventionsgruppen, møder 35% (126 patienter) op til den første konsultation med træningsmedarbejderen. 25% (91 patienter) møder op til den anden konsultation i slutningen af det 10 uger lange træningsforløb. Efter 8 måneder er mængden af moderat og total fysisk aktivitet større i interventionsgruppen, sammenholdt med kontrolgruppen, mens den øgede mængde af energisk aktivitet ikke er statistisk signifikant. I alt bevæger 79 patienter i interventionsgruppen sig op i et højere niveau for fysisk aktivitet, mens kun 17 bevæger sig nedad. De største ændringer ses fra inaktiv til under middel (14%) og fra under middel til over middel (14%).

Studiet analyserer desuden omkostninger på forskellige niveauer, med udgangspunkt i, at det primære formål er at foranledige en reduktion i antallet af inaktive patienter. At rykke en person fra gruppen af inaktive til en af de aktive grupper koster £ 623 pr. person. Udgifterne ved at få en person, hvis fysiske aktivitet ligger under det anbefalede niveau, til at øge aktivitetsniveauet, så det kommer op på dette niveau, udregnes til at være £ 2.498 pr. person. At forøge den fysiske aktivitet relativt, dvs. at få patienten op i hvilken som helst højere aktivitetsgruppe, koster £ 327 pr. person. Undersøgelsen viser således, at det er markant dyrere at motivere folk til at opfylde det anbefalede aktivitetsniveau²⁷, når det sammenholdes med udgifterne til interventionens egentlige formål, nemlig forøgelse af fysisk aktivitet. På grund af en høj andel af faste omkostninger ved interventionen (leje af haller og udstyr) er en høj deltagelsesprocent vigtig for at holde omkostningerne pr. aktivitetsstigning nede. Studiet peger på, at størstedelen af den fysiske aktivitet, patienterne udfører, foretages væk fra idrætsanlægget. På det grundlag peger forfatterne på, at indsatser som fokuserer på at øge muligheder for aktiviteter, der ikke kræver tilsyn i et idrætsanlæg (fx gåture), kan have en større positiv effekt på det fysiske aktivitetsniveau, end institutionsbaserede interventioner.

Forfatterne konkluderer, at det er muligt at reducere andelen af inaktive personer, men at det er mere vanskeligt og forholdsvis kostbart at få patienterne til at opnå det anbefalede niveau for fysisk aktivitet (»fuldt aktiv« gruppen). Små gradvise ændringer i motionsadfærd synes at være mere opnåelige end store ændringer, ligesom en stigning i moderat fysisk aktivitet er nemmere at opnå end en stigning i energisk fysisk aktivitet.

Singh (9) undersøger, hvordan en ordning med motion på recept i England modtages af patienter. Det primære fokus er, hvordan de oplever, at deres helbred forbedres. Undersøgelsen anvender

27. Det anbefalede aktivitetsniveau er enten 20 episoder á 30 min moderat aktivitet eller 12 episoder á 20 min energisk motion fordelt over 4 uger.

psykosociale effektmål, og indsamler viden om disse ved hjælp af deltagerobservation og kvalitative interviews af 13 deltagere i et motionscenter.

Praktiserende læger henviser patienter til forskellige idrætsfaciliteter, hvor de modtager superviseret træning. Herefter vurderes patienterne af ordningens koordinator. Denne vurdering indebærer et fortroligt interview på 30-45 min., som bl.a. fokuserer på, hvorfor patienten er blevet henvist, tidligere og eksisterende problemer samt medicinering. Patienterne får udleveret en pjece, der giver adgang til 20 træningstimer i idrætsanlægget. Hvis patienterne ønsker det, kan de få 20 timer ekstra til halv pris.

Generelt viser undersøgelsen, at ordningen med motion på recept er meget populær, og opleves som behagelig for dem, der deltager. Patienterne tilkendegiver, at ordningen hjælper dem med ikke at tage på, forbedrer deres funktionsniveau og forbedrer kroppens fysiologiske system. De fremhæver sociale og emotionelle aspekter ved at træne i hold som vigtigt, idet det støtter dem og hjælper dem igennem evt. vanskeligheder med at fastholde træningsindsatsen. Det må dog tages i betragtning, at studiet ikke inkluderer personer, der falder fra undervejs, eller aldrig møder op til træningstimerne.

Forfatterne konkluderer, at ordningen med motion på recept er succesfuld, fordi den giver visse patienter, som hidtil ikke har trænet, mulighed for at opleve fornøjelse ved at dyrke motion i et superviseret miljø.

Riddoch et. al. (8) foretager i forlængelse af et systematisk review af litteratur om motion på recept casestudier af tre ordninger med motion på recept i England. De har det til fælles, at en praktiserende læge henviser patienten til forskellige former for træning som fx institutionsbaseret og/eller hjemmebaseret træning, og alle ordningerne har desuden en lav egenbetaling. Formålet er, at undersøge virkningen af ordningerne i en bred forstand. Der fokuseres således ikke snævert på, om ordningerne fører til en øget fysisk aktivitet, men i stedet på brede og psykosociale effektmål, som måles ved hjælp af observationer og kvalitative interviews.

Undersøgelsen viser, at de mennesker (inkl. patienter), der er involveret i en ordning med motion på recept, generelt har en meget positiv holdning til motion på recept. Der ses positive effekter, som overvejende er af personlig og social karakter. Det drejer sig bl.a. om, at patienterne møder andre med samme sygdom eller lignende livserfaringer, eller støtter og opmuntrer hinanden til at være fysisk aktive. Andre positive effekter er, at patienterne oplever et tilhørsforhold til en gruppe, de bliver mindre deprimerede, angstede og stressede samt får større selvværd og selvtillid.

Resultater fra studier af rådgivningsinterventioner

Elley et. al. (5) undersøger i et cluster randomiseret kontrolleret forsøg effektiviteten af en »grøn recept« i New Zealand. Den grønne recept indebærer, at praktiserende læger mundtligt og skriftligt rådgiver patienter om fysisk aktivitet, hvorefter træningsspecialister fra de lokale idrætsforeninger følger op på patientens aktivitetsniveau med telefonrådgivning. Målgruppe for den grønne recept er inaktive, raske patienter mellem 40-79 år. 878 patienter inkluderes i studiet. Studiet måler effekter efter 12 måneder i forhold til ændringer energiforbrug (det totale energiforbrug og energiforbrug i fritiden), risiko for hjertesygdomme udtrykt ved data for blodtryk, samt livskvalitet. Validerede spørgeskemaer, som patienten selv udfylder, anvendes til at måle energiforbrug og livskvalitet. Puls og blodtryk måles ved hjælp af elektroniske måleredskaber.

I interventionsgruppen diskuterer den praktiserende læge øget fysisk aktivitet med patienten, og de beslutter i fællesskab passende mål for dette, hvilket typisk indebærer hjemmebaseret fysisk aktivitet som fx gåture. Disse mål nedfældes på en grøn recept og gives til patienten. Hvis patienten indvilger, sendes en kopi til den lokale idrætsforening (»sports foundation«). Træningsspecialister fra idrætsforeningen foretager i løbet af de efterfølgende 3 måneder mindst 3 telefonopkald af 10-20 min. varighed til patienterne med henblik på at opmuntre dem til, og støtte dem i, at øge deres fysiske aktivitet. Hvert kvartal udsendes nyhedsbreve fra idrætsforeningen, som informerer om idrætsaktivi-

teter i lokalområdet. Desuden får patienten tilsendt materiale, der skal motivere ham/hende til at være mere fysisk aktiv, samt særlige træningsprogrammer såfremt vedkommende er interesseret. Ved et efterfølgende besøg hos den praktiserende læge får patienterne feedback på deres indsats. Kontrolgruppen er genstand for den almindelige praksis på området.

Undersøgelsen viser, at den fysiske aktivitet i fritiden efter 12 måneder er steget mere i interventionsgruppen end i kontrolgruppen (54,6 min/ugen vs. 16,8 min/ugen). Ligeledes er det totale energiforbrug steget mere i interventionsgruppen end i kontrolgruppen (9,76 kcal/kg/ugen vs. 0,37 kcal/kg/ugen). Der rapporteres ikke noget aggregeret mål for livskvalitet, men der findes statistisk signifikante forbedringer i forbindelse med fysisk rolle, smerte, velbefindende og vitalitet, mens der vedr. fysisk funktion, social funktion, emotionel rolle og mental tilstand ikke dokumenteres signifikante forskelle. Andelen af patienter i interventionsgruppen, som opnår 2,5 timers moderat eller energisk aktivitet pr. uge, stiger med 14,6% sammenlignet med 4,9% i kontrolgruppen. Det systoliske og diastolske blodtryk forbedres i interventionsgruppen, men denne ændring er ikke statistisk signifikant fra det, kontrolgruppen opnåede. Der er heller ingen statistiske signifikante forskelle i ændringer i risikoen for hjertesygdomme mellem de to grupper.

Forfatterne konkluderer, at grønne recepter efter 12 måneder er effektive i forhold til at øge patienternes fysiske aktivitet og forbedre deres livskvalitet. Desuden observeres en tendens til nedadgående blodtryk, men der er ingen statistisk signifikant ændring i risikoen for hjertesygdomme.

Bull og Jamrozik (3) undersøger i et klinisk kontrolleret forsøg effekten af en rådgivningsintervention, hvor praktiserende læger mundtligt rådgiver inaktive patienter om fysisk aktivitet, og kombinerer dette med nedskreven information. To interventioner, en standard og en skræddersyet, testes overfor hinanden og sammenholdes med en kontrolgruppe, der ikke modtager rådgivning om fysisk aktivitet. Målgruppe for interventionerne er alle inaktive patienter, der konsulterer deres praktiserende læge. 763 patienter inkluderes i studiet, og effekter måles efter 1, 6 og 12 måneder. Effektmål er patienternes fysiske aktivitetsniveau, der måles ved hjælp af spørgeskemaer, som patienterne selv udfylder efter 1, 6 og 12 måneder. Det skal bemærkes, at patienterne kategoriseres som aktive, når de har deltaget i en enkelt episode af fysisk aktivitet inden for de foregående to uger. Dette skal ses i forhold til andre studier, der ofte definerer folk som fysisk aktive, når de er aktive tre gange inden for en uge.

Standardinterventionen består af 2-3 min mundtlig rådgivning om fysisk aktivitet samt en standard brochure om træning, der sendes hjem til patienterne et par dage efter konsultationen. Den skræddersyede intervention indebærer 2-3 min. mundtlig rådgivning, og en skræddersyet brochure²⁸, der ligeledes sendes hjem til patienterne. I den mundtlige rådgivning orienterer lægen bl.a. om vigtigheden og relevansen af regelmæssig træning, samt giver anbefalinger for moderat intensitet træning.

Undersøgelsen viser, at der efter 1 måned er en forskel i andelen af patienter, som nu er aktive i kontrolgruppen (31%) sammenlignet med den kombinerede interventionsgruppe (40%). Samme forskel findes også efter 6 måneder, hvor 30% i kontrolgruppen er aktive mod 38% i de to interventionsgrupper tilsammen. Efter 12 måneder er der stadig flere patienter i interventionsgrupperne, der er aktive (36%) i forhold til kontrolgruppen (31%), men forskellen er ikke længere statistisk signifikant. Efter 1 måned rapporterer en femtedel af deltagerne i kontrolgruppen, at de mindst 1 gang har udført det anbefalede niveau for fysisk aktivitet i løbet de 2 foregående uger. Dette er en statistisk signifikant forskel fra deltagerne i interventionsgrupperne, hvor over en tredjedel rapporterer, at de udfører det anbefalede niveau for fysisk aktivitet. Til gengæld er forskellen ikke statistisk signifikant efter 6 eller 12 måneder. Flere deltagere i interventionsgrupperne (47%) rapporterer, at de træner mere end det antal timer, der som minimum anbefales, sammenlignet med kontrolgruppen (38%). Resultaterne efter 6 og 12 måneder viser ingen statistisk signifikante forskelle mellem de 2 grupper i forhold til dette effektmål.

28. Begge brochurer indeholder billeder af måder at være fysisk aktiv på og en tekst, der beskriver den fysiske aktivitet, fordele ved regelmæssig fysisk aktivitet, barrierer for fysisk aktivitet og hvordan man starter med at lave mere fysisk aktivitet. Det fremgår ikke, hvad forskellen mellem standard og den skræddersyede brochure er.

Forfatterne konkluderer, at en simpel rådgivningsintervention, kombineret med skriftligt oplysningsmateriale, kan reducere fysisk inaktivitet på kort sigt (<12 mdr.), hvorimod der efter 12 måneder ikke findes en signifikant forskel i fysisk aktivitet mellem kontrol- og interventionsgrupper.

Swinburn et. al. (6) undersøger, om skriftlig målorienteret rådgivning kombineret med mundtlig rådgivning fra en praktiserende læge – i form af en »grøn recept« – øger patienters fysiske aktivitetsniveau mere end mundtlig rådgivning alene. Studiet er et randomiseret kontrolleret forsøg. Målgruppe for interventionen er inaktive voksne patienter, der med fordel kan øge deres fysiske aktivitet. Effekten måles ved hjælp af telefoninterviews efter 6 uger.

For hver patient opstilles der mål for øget fysisk aktivitet, og herefter fordeles patienterne i en gruppe, der kun modtager mundtlig rådgivning, og i en gruppe, der både modtager mundtlig og skriftlig rådgivning ved at få skrevet deres mål ned på en grøn recept. I den mundtlige rådgivning er det hyppigste træningsråd for begge grupper flere gåture. Gruppen, der får udskrevet en grøn recept, består af 218 personer, mens gruppen, der udelukkende modtager mundtlig rådgivning, udgøres af 238 personer.

Den deskriptive del af undersøgelsen viser, at det samlede antal patienter i de to grupper, der efter 6 uger udøver fysisk aktivitet, er steget fra 54% til 81%. I gruppen, der har fået udskrevet en grøn recept, er andelen af aktive personer steget fra 51% til 86%, mens andelen i den anden gruppe er steget fra 56% til 77%. Der er derimod ikke en statistisk signifikant forskel mellem grupperne med hensyn til varigheden af den fysiske aktivitet, idet begge grupper forøger deres fysiske aktivitet med i gennemsnit ca. 1 time pr. uge.

Forfatterne konkluderer, at en skriftlig, målorienteret grøn recept, kombineret med mundtlig rådgivning, er et nyttigt redskab for de praktiserende læger i forhold til at motivere patienter til at øge deres aktivitetsniveau.

The Writing Group for the Activity Counseling Trial Research Group (2) undersøger i et randomiseret kontrolleret forsøg effekterne af 2 rådgivningsinterventioner sammenlignet med den eksisterende praksis og med hinanden. Patienterne fordeles randomiseret i tre grupper: rådgivningsgruppen (kontrolgruppe, 292 deltagere), støttegruppen (»assistance group«, 293 deltagere) og vejledningsgruppen (»counseling group«, 289 deltagere). Målgruppen er fysisk inaktive patienter uden alvorlig kronisk sygdom mellem 35-75 år. Effektmålene er kardio-respiratorisk funktion målt ved hjælp af træningstest samt selvrapporteret fysisk aktivitet, indhentet ved hjælp af strukturerede interviews. Der måles efter 6 og 24 måneder.

I *rådgivningsgruppen* giver de praktiserende læger patienterne råd om hensigtsmæssigt aktivitetsniveau, baseret på de nationale standarder for anbefalet fysisk aktivitet. Patienten henvises til yderligere vejledning hos en sundhedspædagog (»health educator«), der arbejder i klinikken. Sundhedspædagogen udleverer eksisterende uddannelsesmateriale om fysisk aktivitet, besvarer spørgsmål vedr. lægens anbefalinger, og kan ringes op i tilfælde af spørgsmål. Der er et opfølgende besøg hos lægen og sundhedspædagogen. Rådgivningen fra sundhedspædagogen begrænser sig i denne gruppe til information om type og mængde af fysisk aktivitet. I *støttegruppen* gives de samme lægelige råd og oplysende materiale som i rådgivningsgruppen. I tillæg udfører sundhedspædagogen adfærdsvejledning i 30-40 min., hvilket bl.a. indebærer udvikling af en individuel plan for fysisk aktivitet.

Sundhedspædagogen ringer til patienterne en uge efter den første konsultation for at tilbyde rådgivning og støtte. Desuden modtager patienterne et månedligt nyhedsbrev, med henblik på at øge deres kognitive og adfærdsmæssige evner for fysisk aktivitet. *Vejledningsgruppen* modtager samme ydelser som de to foregående grupper, men i tillæg modtager disse patienter telefonrådgivning af en sundhedspædagog hver anden uge, hvilket efter 6 uger reduceres til 1 månedligt opkald i interventionens første år. Telefonrådgivningen tilbyder bl.a. hjælp til at løse problemer vedr. fastholdelse og social støtte, og herudover afholdes egentlig holdundervisning i evner til at adoptere og vedligeholde fysisk aktivitet.

Efter 24 måneder er der for mænd ingen forskel i fysisk aktivitet og kardio-respiratorisk funktion mellem de tre grupper. For kvinder er der ingen forskel i fysisk aktivitet, mens den kardio-respiratoriske funktion er ca. 5% bedre i vejlednings- og støttegrupperne end i rådgivningsgruppen (kontrolgruppe).

Forfatterne konkluderer, at støtte- og vejledningsinterventionerne er lige effektive blandt kvinder, men blandt mænd er disse interventioner ikke mere effektive end den eksisterende praksis.

Calfas et. al. (4) undersøger i et kontrolleret forsøg virkningen (»efficacy«) af en kort rådgivningsprotokol, udført af praktiserende læger, med det formål at øge den fysiske aktivitet hos inaktive, raske voksne. Rådgivningsprotokollen er en del af programmet PACE (Physician-based Assessment and Counseling for Exercise), som er udviklet til at overvinde lægers barrierer for at vejlede patienter om fysisk aktivitet²⁹. Patienterne fordeles i en interventionsgruppe (96 deltagere) og i en kontrolgruppe (114 deltagere). Der måles på en enkelt for form for fysisk aktivitet, gåture. Det samlede antal ture, samt længden af disse, registreres på ugentlig basis. Resultaterne indsamles via telefoninterviews og selvrapportering af fysisk aktivitet. Derudover følges en mindre gruppe deltagere i både interventions- og kontrolgruppen via direkte monitorering med bevægelses-sensorer. Virkningen måles 4-6 uger efter rådgivningen finder sted.

I den praktiserende læges venteværelse udfylder patienterne i interventionsgruppen et skema, som lægesekretæren eller praksissygeplejersken bruger til at kategorisere patienterne i ud fra adfærdsændringsstadier (»stages of change«): *førovervejelse*, *overvejelse* og *aktive*. Patienten får en stadietilpasset protokol tilbage, som de udfylder delvist inden de kommer ind til lægen. Denne gennemgår protokollen med patienten, diskuterer relevante emner i forhold til vedkommendes aktivitetsniveau og udfylder protokollens anbefalingsafsnit. Patienter i *førovervejesstadiet* modtager en personlig besked om at tænke på de personlige fordele ved fysisk aktivitet, samt stærkt at overveje at starte et træningsprogram. Patienter i *overvejesstadiet* opstiller i samarbejde med lægen aktivitetsmål, identificerer muligheder for social støtte, diskuterer hvordan man kan overvinde barrierer, og fremhæver fordelene ved fysisk aktivitet. Lægen roser patienter i *aktivstadiet* og diskuterer måder, hvorpå man kan undgå tilbagefald til en inaktiv livsstil. Målet for rådgivningen er, i forhold til de fleste patienter, at fremme fysisk aktivitet af moderat intensitet, primært gåture. Desuden modtager patienter i interventionsgruppen et 10 min. langt telefonopkald fra en sundhedspædagog (»health educator«) to uger efter lægebesøget, hvor spørgsmål besvares og forløbet diskuteres. Studiet undersøger virkningen af den protokol, der gives til patienter i overvejesfasen, fordi størstedelen af populationen befinder sig i denne fase.

Undersøgelsen viser, at efter 4-6 uger har en større andel af patienterne i interventionsgruppen ændret sig fra at være i overvejesfasen til at være i den aktive fase, idet 52% af deltagerne i interventionsgruppen er blevet regelmæssigt aktive i forhold til 12% af deltagerne i kontrolgruppen. Endvidere forøger deltagerne i interventionsgruppen længden af deres gåture med næsten 40 min pr. uge, hvor deltagerne i kontrolgruppen forøger længden med 10 min.

Forfatterne konkluderer, at inaktive patienter, som modtager PACE interventionen, er mere tilbøjelige til at blive fysisk aktive end patienterne i kontrolgruppen, på trods af en sammenlignelig »parathed« ved undersøgelsens start. Forfatterne mener desuden at have påvist, at kategoriseringen af patienterne efter »parathed« til at ændre deres fysiske aktivitetsniveau inden lægekonsultationen, fremmer lægernes mulighed for at målrette deres budskaber i konsultationen, og dermed bedre er i stand til at opfylde patienternes behov.

29. PACE er en struktureret tilgang til kortere rådgivning omkring fysisk aktivitet og ernæring. Det har baggrund i behavioristiske teorier, og selve rådgivningen tager udgangspunkt i et spørgeskema til patienten omkring fysisk aktivitet, kostvaner samt vedkommendes motivation til forbedringer. Dette omregnes til en score, og herudfra allokeres patienten til 1 af 3 rådgivningsprotokoller: Et førovervejesprogram rettet mod at initiere en holdningsændring hos de personer, der ingen interesse har i at ændre deres livsstil; et overvejesprogram der hjælper med konkrete motions- og kostinitiativer for dem, der allerede har en positiv indstilling; samt et aktivprogram, der støtter allerede aktive personer i fastholdelse. Ideen er, at forskellige grupper har forskellige rådgivningsbehov, og på denne måde målrettes indsatsen mere direkte mod forskelligt motiverede grupper(kilde: www.paceproject.org).