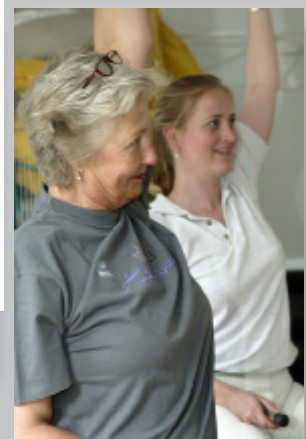
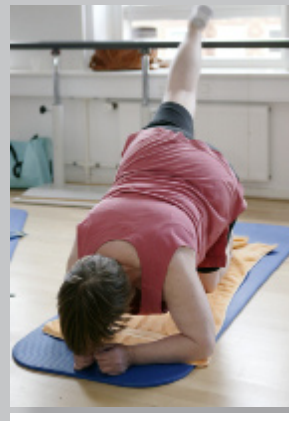
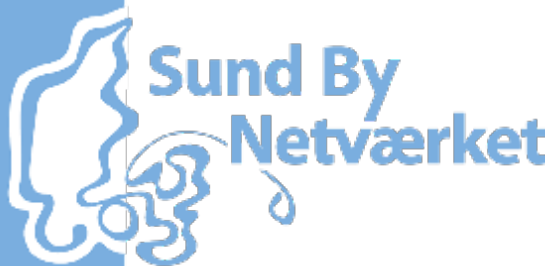


Motion på recept

Erfaringer og anbefalinger





Kolofon

Udarbejdelse af dette dokument er sket med udgangspunkt i et arbejdsseminar afholdt den 12.-13. juni 2007. På seminaret deltog 15 fagpersoner, der har arbejdet med planlægning og koordinering af Motion på recept i amter eller kommuner indtil udgangen af 2006. Yderligere deltog en repræsentant fra Sundhedsstyrelsen. Seminaret blev finansieret af Sund By Netværket. Følgende amter og kommuner var repræsenteret:

- Nordjyllands Amt
- Århus Amt
- Ribe Amt
- Vejle Amt
- Fyns Amt
- Vestsjællands Amt
- Storstrøms Amt
- Roskilde Amt
- Bornholms Regionskommune
- Københavns Kommune
- Frederiksberg Kommune

Titel:	Motion på recept - Erfaringer og anbefalinger
Udgave:	1. udgave
Udgivet år:	2007
Redaktion:	Hanne Bech Müller, tidl. Roskilde Amt Arne Gårn, Region Syddanmark, tidl. Fyns Amt Anne Rosell Holt, Frederiksberg kommune
Design og produktion:	Implement A/S
Sprog:	Dansk
Format:	Elektronisk
Pris:	Gratis
Udgiver:	Sund By Netværket



Indhold

Indledning	4
Roller i indsatsen – introduktion	6
Roller i indsatsen – koordinatoren	8
Roller i indsatsen – instruktøren	11
Roller i indsatsen – vejlederen	13
Træningssteder	16
Deltagere og holdsammensætning	19
Deltagerforløb	22
Træning	25
Sundhedsprofil	29
Samtaler	31
Almen praksis	35
Markedsføring	38
Evaluering	41
Budget	43
Perspektivering ved fremtidige MPR-indsatser	45
Fakta om Sund By Netværket	49



Sund By
Netværket

Indledning

Der er stærk evidens for, at fysisk aktivitet virker forebyggende og behandlende på en række sygdomme. Der er imidlertid kun begrænset viden om, hvordan indsatser med fysisk aktivitet kan støtte fysisk inaktive til et mere fysisk aktivt liv, og hvordan denne livsstilsforandring kan fastholdes. Motion på recept (MPR) er således et koncept, der er udviklet med henblik på at støtte fysisk inaktive voksne i at opnå et fysisk aktivt liv. Det centrale i tilbuddet MPR er, at en deltager indgår i et struktureret trænings- og vejledningsforløb på baggrund af en recept udskrevet af en alment praktiserende læge. Målgruppen er personer med livsstilsrelaterede sygdomme, der kan behandles med motion.

Konceptet med at udskrive en recept på motion stammer oprindeligt fra Sverige, men også i lande som bl.a. England og New Zealand har man arbejdet med konceptet. I Danmark blev "Motion på recept" sat på dagsordenen i efteråret 2002 af Forum for Motion ved en høring på Christiansborg, og i begyndelsen af 2003 udgav Sundhedsstyrelsen "Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling" (SST, 2003). I denne håndbog gennemgås evidensen for at anvende fysisk aktivitet i forebyggelse og behandling af 27 sygdomme.

Ribe Amt iværksatte i slutningen af 2002 et tilbud om MPR som det første

amt i Danmark. Dette initiativ blev i årene 2003-2005 efterfulgt af lignende projekter i yderligere ti af Danmarks 14 amter, samt i Københavns og Frederiksberg Kommune.

I enkelte af MPR-projekterne har der været tilbudt forløb med en kombination af motion og kost, ligesom MPR i enkelte projekter har været tilbudt sammen med motionsvejledning henvendt til borgere uden recept (se oversigt over projekter i bilag 1).

Langt størstedelen af disse indsatser er iværksat på projektbasis og ikke i egentlig drift. Projekterne har afprøvet en række organisatoriske aspekter af MPR med henblik på at opnå viden om, hvordan forløbene bedst sikrer en behandlingseffekt og en langsigtet fastholdelse af deltagerne i et fysisk aktivt liv. Der er publiceret evalueringer af nogle af disse projekter, ligesom evalueringer af andre af projekterne er under udarbejdelse i skrivende stund. Syddansk Universitet forventes at udgive en tillempet Medicinsk Teknologi Vurdering på baggrund af data fra en række af MPR-projekterne i foråret 2008, mens Sundhedsstyrelsen i foråret 2008 påbegynder et arbejde, der forventes at munde ud i anbefalinger vedrørende MPR.

Formålet med dette dokument om "Motion på recept – erfaringer og anbefalinger" er at formidle praktiske er-



faringer med organisering af MPR og at give anbefalinger til organisering af MPR. Således har MPR-projekterne ud over den evalueringsbaserede viden givet en masse praktiske erfaringer med, hvordan MPR kan organiseres. Erfaringerne i dette dokument er samlet af de koordinatore, der ledte MPR-projekterne i Danmark indtil d. 1. januar 2007. Målgruppen for dokumentet er fagpersoner på sundhedsområdet i kommuner, der planlægger at igangsætte MPR eller en lignende indsats. Vi håber således, at dokumentet kan bidrage med nyttig viden i planlægningsfasen med henblik på, at nye MPR-indsatser iværksættes på et kvalificeret grundlag.

Det er vigtigt at understrege, at dokumentet ikke bør betragtes som en evaluering. Således vurderer dokumentet ikke effekten af MPR og giver ikke anbefalinger i forhold til, om MPR bør iværksættes i kommunerne.

Dokumentet giver derimod svar på, hvordan MPR kan organiseres.

Erfaringsopsamlingen i dette dokument er inddelt i kapitler. De første fire kapitler beskriver rollerne i en MPR-indsats. Kapitlerne herefter beskriver centrale emner i organiseringen af MPR. Hvert emne er beskrevet i en indledende tekst. Yderligere er der for hvert emne en faktaboks med anbefalinger og forslag til overvejelser, man kan gøre sig i forbindelse med planlægningen inden for det pågældende emne. Nogle af emnerne afsluttes med et eksempel fra et amt eller en kommune for at give et billede af, hvordan dele af emnet har været grebet an i et tidligere MPR-projekt.

Til erfaringsopsamlingen hører bilag, der er samlet i et eget dokument. Bilagene kan også downloades og indeholder eksempler på konkrete værktøjer, der er udarbejdet i forbindelse med projekterne.

Roller i indsatsen – introduktion

De fleste af de igangsatte MPR-projekter har været organiseret i en typisk projektorganisering med en styregruppe bestående af for eksempel en koordinator, andre repræsentanter fra amt eller kommune, en repræsentant for de alment praktiserende læger, samt eventuelt andre involverede parter i projektet. Til at lede projektet har der alle steder været ansat en koordinator, typisk kaldt en projektkoordinator eller projektleder.

For at kunne igangsætte og drive MPR kræves forskellige funktioner. Indsatsen skal planlægges og koordineres, der skal varetages træning af MPR-holdene og udarbejdes sundhedsprofiler, og der skal afholdes vejledende samtaler med deltagerne med henblik på at fremme motivationen for et fysisk aktivt liv. De forskellige opgaver i indsatsen beskrives i dette dokument med udgangspunkt i tre nøglefunktioner:

1. Koordinatoren
2. Instruktøren
3. Vejlederen

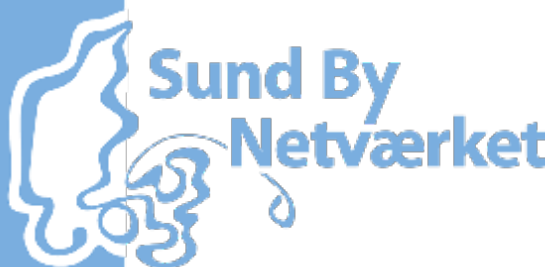
Afhængigt af indsatsens omfang, geografiske spredning og budget kan disse funktioner varetages af flere eller færre personer, ligesom der kan afsættes et vidt forskelligt antal ar-

bejdstimer til de forskellige funktioner. Der kan afhængigt af organiseringen være personalemæssigt overlap mellem de forskellige funktioner. Teksten i de følgende kapitler om disse roller skal således ses som funktionsbeskrivelser og ikke opfattes som specifikke enkeltpersoners rolle i indsatsen.

Antallet af personer, der skal indgå i MPR-indsatsen, bør afhænge af ambitioner for indsatsen, forventninger om deltagerantal, samt ansættelsesvilkår for vejledere og instruktører. Hvis træningen eksempelvis varetages på en fysioterapiklinik på baggrund af udbud, kan instruktørrollen udgøre en mindre del af jobbet for en fysioterapeut på klinikken. Varetages træningen af kommunalt personale, kan den samme person eksempelvis være både instruktør og koordinator.

Det er af stor betydning, at alle involverede personer, uanset organisatorisk tilknytning til indsatsen, formår at indgå i et konstruktivt samarbejde om tilbuddet.

Det har vist sig mest hensigtsmæssigt, at funktionerne fordeles på flere personer. Dels er indsatsen meget sårbar over for personaleudskiftning, hvis alle roller varetages af én person, dels kan deltagerne knytte sig meget



til den ene person og derved have sværere ved at komme videre til andre motionstilbud efter træningsforløbets ophør.

Overordnet er det afgørende for projektets succes, at der etableres en klar ansvarsfordeling i indsatsen. De tre nøglefunktioner vil derfor i det følgende blive beskrevet hver for sig.

Eksempler

I Ribe Amt har der ligesom i de fleste øvrige hidtidige MPR-projekter været en amtslig koordinator for indsatsen. Instruktører på de tilknyttede træningssteder har haft ansvaret for såvel instruktørfunktionen med træning og udarbejdelse af sundhedsprofiler som vejlederfunktionen med vejledende samtaler.

I Frederiksberg Kommune har én person fungeret som koordinator, vejleder og instruktør i forbindelse med udendørs træning og foreringsbesøg med MPR-holdene, mens instruktører har varetaget den primære, indendørs træning.

I Fyns Amt har en amtslig koordinator stået for den centrale koordinering. Fire vejledere har i hvert deres geografiske projektområde forestået vejledning, en lokal koordinering i forhold til samarbejde med lokale motionsudbydere og alment praktiserende læger, samt lokal markedsføring.

Derudover har instruktører forestået træning og udarbejdelse af sundhedsprofiler. De vejledende samtaler har været en delt opgave mellem instruktører og vejledere. Således har vejlederne forestået en indledende samtale, en samtale i forbindelse med udslusning fra træningsforløbet samt opfølgende samtaler.

Roller i indsatsen – koordinatoren

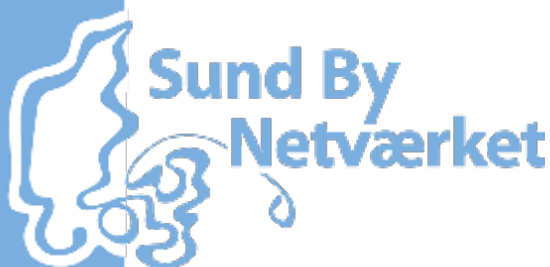
Det anbefales, at MPR-indsatsen startes med at udpege én person med det overordnede koordinerende ansvar, herefter kaldet koordinatoren. En vigtig del af koordinatorens opgave er at varetage forarbejdet med planlægning af indsatsen. I planlægningsfasen skal bl.a. følgende opgaver varetages:

- Tilrettelæggelse af henvisningsprocedure og henvisningskriterier, herunder afklaring af hvordan deltagerne henvender sig til tilbuddet efter modtagelse af en recept.
- Tilrettelæggelse af henvisningsprocedure og henvisningskriterier, herunder afklaring af hvordan deltagerne henvender sig til tilbuddet efter modtagelse af en recept
- Tilknytning af træningssted og instruktører, herunder indgåelse af eventuelle aftaler og kontrakter
- Udarbejdelse af retningslinier for træningsforløbet og tilrettelæggelse af indhold i sundhedsprofiler og vejledende samtaler, herunder afklaring af rollefordeling i varetagelse af disse opgaver
- Eventuelt indkøb af udstyr til sundhedsprofiler og træning, hvis dette ikke forefindes
- Aftaler om hvilke andre motionstilbud end den primære træning, der kan indlægges i forløbet

- Planlægning af kompetenceudvikling i forhold til varetagelse af træning og samtaler
- Planlægning af evaluering og opfølgning
- Markedsføring af indsatsen over for henvisende læger og praksispersonale, samt borgere

Hvor lang tid, der skal afsættes til denne planlægning, afhænger for eksempel af volumen af indsatsen og af, om indsatsen er helt ny. Det skal understreges, at planlægningens omfang ikke bør undervurderes, og at grundig planlægning er en væsentlig forudsætning for at skabe en velkoordineret indsats. I de tidligere MPR-projekter er der brugt op mod seks måneders fuldtidsarbejde på planlægningsfasen. Der vil dog være en række erfaringer og konkrete manualer med videre, som kan lette planlægningen i fremtidige indsatser, hvis den nødvendige viden indhentes. Det anbefales således at indhente viden for eksempel hos tidligere koordinatører, i tidligere evalueringer, i Sund By Netværket, i regionernes rådgivning på forebyggelsesområdet, hos Sundhedsstyrelsen med videre.

Efter projektets igangsættelse er det koordinatorens opgave at følge op på og justere indsatsen. Dette gælder for eksempel i forhold til indholdet af deltagerforløbet, tilknytning af eksterne



Sund By Netværket

motionstilbud, forhold vedrørende aktørerne i indsatsen med videre. Endelig ligger der en væsentlig opgave i løbende markedsføring af indsatsen, fortsat kompetenceudvikling i forhold til træning og særligt vejledning.

I en række MPR-projekter har der været gode erfaringer med at skabe et fagligt inspirerende miljø, hvor instruktører og vejledere udveksler erfaringer. Det er koordinatorens ansvar at skabe rammerne for dette. Yderligere kan koordinatoren have gavn af at indgå i eget netværk på tværs af forskellige MPR-indsatser med henblik

på erfaringsudveksling og inspiration til fortsat udvikling af indsatsen.

Kompetencer

Der er potentielt mange grundlag for at varetage en stilling som koordinator, idet den primære kompetence er projektstyring. Det er en fordel, hvis koordinatoren har en uddannelsesmæssig baggrund, der giver trænings- og sygdomsfaglig viden. Ligeledes er det en fordel, hvis koordinatoren har kendskab til og erfaring med forebyggelse og sundhedsfremme.

Vi anbefaler

At tilknytte én person som koordinator, der:

- Har kompetencer inden for projektstyring og har trænings- og sygdomsfaglig viden
- Varetager den overordnede koordinering, herunder kontakt til involverede parter
- Varetager tilrettelæggelse af deltagerforløbene og det overordnede indhold i træning, samtaler og sundhedsprofiler
- Har ansvar for evaluering, opfølgning og justering af indsatsen
- Søger at skabe et fagligt og inspirerende miljø for instruktører og vejledere
- Har ansvar for formidling og markedsføring af tilbuddet
- Har ansvaret for tilknytning af træningsleder og instruktører
- Er budgetansvarlig



Overvej

- Hvilken faglig baggrund og hvilket erfaringsgrundlag hos koordinatoren vil give de bedste forudsætninger for at igangsætte og styre MPR-indsatsen?
- Hvordan sikres organisatorisk forankring af indsatsen, således at personafhængigheden bliver mindst mulig?

Roller i indsatsen – instruktøren

Instruktørens primære rolle er at varetage træningen. I MPR-indsatser vil der ofte være flere instruktører til at varetage træningen, idet antallet afhænger af den ønskede kapacitet i tilbuddet.

Instruktøren planlægger træningen i overensstemmelse med anbefalingerne fra Sundhedsstyrelsens håndbog om fysisk aktivitet (SST, 2003) og med udgangspunkt i de retningslinier for træningen, som er udarbejdet af koordinatoren. Planlægning af træningsforløbet kan eventuelt ske i samarbejde med koordinatoren eller de øvrige instruktører i MPR. Det er instruktørens opgave at holde fokus på deltageres motivation for fysisk aktivitet gennem træningsforløbet, ligesom instruktøren bør bidrage til at skabe en god stemning på holdet. Instruktørrollen omfatter således ikke udelukkende igangsætning af træning, men kræver også en særlig forståelse for deltageres situation.

Som en del af træningsforløbet bør der igangsættes aktiviteter uden for det primære træningssted. Denne opgave kan varetages af instruktøren eller en tilknyttet vejleder (jævnfør kapitlet "Træning").

Det anbefales at tilbyde MPR-deltagerne at få udarbejdet sundhedsprofiler (jævnfør kapitlet "Sundhedsprofil"). I hidtidige MPR-indsatser har det oftest været personer med instruktørrollen,

der har varetaget denne opgave. Det er dog også en mulighed, at en tilknyttet vejleder står for udarbejdelsen af sundhedsprofiler, idet data fra sundhedsprofilerne anvendes i forbindelse med vejledende samtaler.

Generelt er instruktør- og vejlederrollen tæt forbundet. I de fleste hidtidige MPR-projekter har de samme personer varetaget de funktioner, der er knyttet til både instruktør- og vejlederrollen. Hvis funktionerne er opdelt på flere personer, er det vigtigt, at opgavedelingen er tydelig i forbindelse med eksempelvis motivering og udslusning fra MPR til anden fysisk aktivitet.

Instruktørens kontraktlige tilknytning til MPR-indsatsen kan organiseres på forskellig vis. I enkelte hidtidige MPR-projekter er der indgået en kontrakt direkte mellem instruktør og amtet eller kommunen, men i langt de fleste MPR-projekter er der indgået en kontrakt mellem amtet eller kommunen og de involverede træningssteder. Kontrakten her har sikret en samlet betaling til træningsstedet per deltager eller per hold. Det anbefales, at en sådan kontrakt yderligere forpligter træningsstedet til at anvende instruktører med en bestemt faglig baggrund, og gerne med anførelse af navngivne personer, med henblik på at sikre fagligheden i træningen. Kontrakten bør sikre betaling for tidsforbrug med deltagelse i møder, administration i forhold til deltagerregistrering med



videre. Betaling for det administrative arbejde kan enten ske ved en timebetaling for et forudbestemt antal timer eller ved, at der betales et samlet rammebeløb for træningsindsatsen, der også inkluderer administration.

Kompetencer

Instruktøren skal have kompetencer til at tilrettelægge en alsidig træning med udgangspunkt i faglige anbefalinger for målgruppen. Herudover skal instruktøren kunne differentiere træningen i et vist omfang og tage individuelle hensyn til den enkelte deltagers skavanker. Endelig skal instruktøren evne at motivere en målgruppe af ikke-motionsvante voksne.

Instruktørerne bør have en uddannelsesmæssig baggrund, der giver trænings- og sygdomsfaglig viden. I de hidtidige MPR-indsatser er der anvendt personer med en idrætsfaglig universitetsuddannelse og fysioterapeuter.

Det anbefales, at de personer, der varetager instruktørrollen, har en opdateret viden inden for fysisk aktivitet i forhold til diagnosegrupper. I flere af de hidtidige MPR-projekter har instruktørerne deltaget i kompetenceudviklende kurser inden for dette område.

Vi anbefaler

Overvej

At tilknytte instruktører, der:

- Har en trænings- og sygdomsfaglig uddannelsesbaggrund
- Varetager træningen af deltagerne i forløbet, herunder udarbejder en detailplanlægning af træningen
- Hvor mange instruktører skal der være tilknyttet per hold og i indsatsen samlet?
- Skal instruktøren eller vejledere udarbejde sundhedsprofiler?
- Skal instruktøren eller vejlederen have ansvar for kontakt til andre motionsudbydere end træningsstedet?
- Hvilken kompetenceudvikling vil gavne instruktørerne i deres rolle?

Roller i indsatsen – vejlederen

Den primære opgave i vejlederfunktionen er at afholde vejledende samtaler med deltagerne, dels i starten af forløbet, under forløbet og som opfølgning efter forløbet. I vejlederfunktionen ligger bl.a. den indledende kontakt til deltagerne i en første samtale før træningsforløbet om tilbuddets indhold, forventninger til forløbet, praktiske informationer med videre. De vejledende samtaler er en væsentlig del af et deltagerforløb med henblik på at fremme deltagernes motivation til et mere fysisk aktivt liv (se kapitel om "Samtaler"). Samtalerne planlægges med udgangspunkt i principperne for den motiverende samtale eller andre samtaleteknikker beregnet til personlige forandringsprocesser. Koordinatoren bør have ansvaret for at tilrettelægge retningslinjer for samtalerne, eventuelt i samarbejde med en person, der varetager vejlederfunktionen.

Der kan yderligere lægges opgaver i vejlederfunktionen i relation til udslusning af deltagerne til andre motions tilbud efter ophør af MPR-træningen. Disse opgaver kan omfatte eksempelvis kortlægning af lokale motionstilbud, der kan indgå i vejledningen, samt samarbejde med motionsudbydere om etablering af motionstilbud målrettet målgruppen. Kortlægning af lokale motionstilbud sikrer, at vejlederen har et godt kendskab til tilbuddenes indhold, træningsintensitet, lokaler, instruktører med videre, med henblik

på at kvalificere vejledningen af den enkelte deltager.

I næsten alle hidtidige MPR-projekter har der været personsammenfald, således at instruktørerne i træningen samtidig har varetaget vejlederfunktionen. Samtalerne har her været afholdt i forbindelse med udarbejdelse af sundhedsprofiler. Fordelen ved dette personsammenfald er, at personen med ansvar for vejledningen opbygger et stort kendskab til deltagerne, og at indsatsen med motivering af deltagerne ikke er fordelt på flere personer, hvilket kræver en koordinering. I to hidtidige MPR-projekter har der dog været tilknyttet egentlige vejledere til indsatsen: I Frederiksberg Kommune har vejledere været ansat i kommunen og i Fyns Amt hos de eksterne samarbejdspartnere.

Hvis man i fremtidige MPR-indsatser ønsker et særligt fokus på vejledningsdelen af tilbuddet, kan det overvejes at dele vejleder- og instruktørrollen på forskellige personer. Dette kan være en fordel, hvis instruktøren ikke rent tidsmæssigt kan varetage et særligt intensivt vejledningsforløb eller yde en særlig indsats i forhold til samarbejdet med eksterne motionsudbydere. Endelig kan det være en fordel, hvis man prioriterer kompetencer i vejlederfunktionen, som ikke indgår i instruktørens kompetencer.



Sund By Netværket

Kompetencer

Personen, der varetager vejledningsfunktionen, bør have kompetencer til at motivere deltagerne til at ændre livsstil. Vejlederen skal have kendskab til samtaleteknik i relation til livsstilsændringer, ligesom det er en fordel, at vejlederen har trænings- og sygdomsfaglig viden. Det er en oplagt mulighed at opkvalificere vejlederen med kurser i den motiverende samtale eller andre

samtaleteknikker, samt træningsfaglige kurser. Vejlederen kan have forskellig uddannelsesmæssig baggrund som for eksempel en universitetsgrad i idræt eller folkesundhedsvidenskab, fysioterapeut, ergoterapeut, sygeplejerske eller lignende. Det er væsentligt at fremhæve, at personlige egenskaber som engagement og empati er vigtige hos vejlederen i tillæg til den faglige viden om motion.

Vi anbefaler

At tilknytte vejledere, der:

- Har kendskab til samtaleteknik i relation til livsstilsændring, og som har trænings- og sygdomsfaglig viden
- Har ansvar for vejledende samtaler
- Er tilknyttet bestemte deltagere igennem hele forløbet

Overvej

-
- Skal rollerne som instruktør og vejleder varetages af de samme personer?
 - Hvor mange vejledere skal der samlet set være i indsatsen?
 - Hvilken uddannelsesmæssig baggrund skal vejlederen have?
 - Hvilken kompetenceudvikling vil gavne vejlederen i sin rolle?



Eksempel

Fyns Amt/Region Syddanmark har understøttet MPR-indsatsen ved etablering af en særlig motionsvejlederfunktion. Vejlederen er den nøgleperson, der binder indsatsen sammen lokalt. Vejlederens opgaver er:

- Samarbejde med praktiserende læger
- En bred kommunikationsindsats om tilbuddet
- Vejledning af deltagere før, under og efter træningsforløbet
- Kortlægning af relevante motionstilbud i lokalområdet
- Samarbejde med motionsudbydere om målrettede motionstilbud

Vejlederen yder også vejledning til fysisk inaktive voksne, der ikke indgår i MPR. Denne vejledning er gratis og kræver ingen henvisning fra lægen. Enhver med behov for dette kan kontakte vejlederen og komme ind "lige fra gaden".



Træningssteder

I de hidtidige MPR-projekter er træningen foregået på et primært træningssted i hvert lokalområde. Dette har i nogle projekter været suppleret med træning på andre lokaliteter med henblik på at vise deltagerne forskellige træningsmiljøer. Ved valg af træningssted er det vigtigt, at træningsstedet har en kapacitet, der modsvarer det budgetterede årlige deltagerantal i tilbuddet. Det er vigtigt at overveje, på baggrund af hvilke kriterier for faciliteter, træningsstedet udvælges. Herunder bør det overvejes, om tilbuddet primært skal være behandlende eller sundhedsfremmende. Denne synsvinkel kan bl.a. bidrage til at afklare, om der skal vælges en fysioterapeutklinik, et træningscenter eller eventuelt en idrætsorganisation som træningssted. I overvejelserne omkring valg af træningssted bør herudover også indgå, om træningstilbuddet skal drives af kommunen selv eller af eksterne samarbejdspartnere, samt i hvilket regi det ønskes at foregå som for eksempel i et sundhedscenter, klinik, forening, højskole, fitnesscenter med videre. I bilag 2 ses et eksempel på kriterier for udvælgelse af eksterne udbydere.

Der kan være økonomiske, geografiske eller praktiske begrænsninger for valg af træningssted, men generelt kan det anbefales at vælge træningssteder med mulighed for varieret indendørs træning, og som har de nødvendige rammer til træning i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens an-

befalinger. Det er herunder optimalt med faciliteter, der giver mulighed for kredsløbstræning og styrketræning af de store muskelgrupper i maskiner, samt for alsidig træning og leg på et frit gulvareal. Gode omklædnings- og badefaciliteter anbefales.

Det er optimalt, hvis der er mulighed for forskellig udendørs træning i nærheden af træningsstedet. For mange deltagere har det stor betydning, at træningsstedet ligger i deres nær-område, og at der er let adgang med offentlige transportmidler. Endelig har det betydning, at der på træningsstedet er mulighed for at samles socialt i forbindelse med træningen, således at deltagerne har mulighed for at danne netværk.

I størstedelen af hidtidige projekter har den primære træning foregået på fysioterapiklinikker. I tilknytning hertil har der i nogle tilfælde været anvendt for eksempel en gymnastiksal til mere pladskrævende aktiviteter, når klinikken ikke har haft tilstrækkelig plads. Yderligere har udendørs aktiviteter i nærområdet som for eksempel stavgang været tilbudt som en del af forløbet. I et par amter er træningen foregået i foreninger og friluftorganisationer, og i to andre amter i fitnesscentre. Endelig er træningen i et amt foregået i såkaldte "motionskonsortier" bestående af fysioterapeutklinikker eller kommunale fysioterapeuter i kombination med idræts- eller friluftsga-



Sund By Netværket

nisationer. Der er her lagt vægt på at lade træningen foregå i foreningslivet blandt andre motionister med henblik på at lette overgangen til motion efter afslutning af MPR-tilbuddet. Der har således i MPR-projekterne generelt været en tendens til ikke kun at involvere fysioterapeutklinikker, men også at inddrage træningssteder, som kan benyttes af deltagerne efter MPR-

forløbets afslutning. Erfaringerne er, at det er meget efterspurgt af deltagerne at kunne fortsætte på træningsstedet.

Det anbefales at undersøge juridiske forhold i relation til patientsikkerhed og patientforsikring, herunder hvilket ansvar træningsstedet og dets instruktører har i forbindelse med træning af patienter henvist på recept.

Vi anbefaler

- Vælg træningssteder med mulighed for:
 - Alsidige indendørs aktiviteter på frit gulvareal
 - Styrke- og kredsløbstræning i maskiner
 - Udendørs træning i nærområdet
 - Omklædning og bad
 - At mødes socialt
- Vælg så vidt muligt et træningssted, der er geografisk centralt og med gode offentlige transportmidler
- Udbyd træningen et sted, hvor deltagerne kan fortsætte efter tilbuddets ophør
- Vælg et træningssted, der signalerer sundhedsfremme
- Anvend ud over det primære træningssted forskellige andre inden- og udendørs træningssteder til dele af forløbet

Overvej

-
- Hvilke kvalitetskriterier skal danne grundlag for udvælgelse af træningssted?
 - Drives tilbuddet bedst af kommunen eller af en ekstern samarbejdspartner?
 - Skal der tages højde for regler om patientsikkerhed eller forsikring på træningsstedet?



Eksempel

I Storstrøms Amts er der afprøvet et koncept med tværfaglige motionskonsortier. Et motionskonsortium er defineret som en tværfaglig sammensat gruppe af aktører involveret i fysisk træning, idræt og friluftsliv. Deltagelsen af flere aktører i konsortiet har haft til formål at styrke deltagernes mulighed for at blive i det miljø, hvor de har påbegyndt de nye motionsvaner.

Der er blevet udvalgt ni forskellige motionskonsortier geografisk placeret i hele Storstrøms Amt. Motionskonsortierne er meget forskelligt organiseret:

- Kommunalt sundhedscenter i samarbejde med Skov og Naturstyrelsen og lokal idrætsforening
- Private motionscentre i samarbejde med lokale idrætsforeninger
- Private fysioterapeutklinikker i samarbejde med lokale idrætsforeninger
- Fysioterapeutskole i samarbejde med lokale idrætsforeninger og privat motionscenter
- Fysioterapeutafdeling på et sygehus i samarbejde med lokal idrætsforening og motionscenter

Deltagere og holdsammensætning

I størstedelen af de afprøvede MPR-projekter har målgruppen primært været patienter med livsstilsrelaterede sygdomme af metabolisk karakter som hypertension, hjertekarsygdomme, insulinresistens, type II diabetes og dyslipidæmi, men også andre diagnoser har indgået i MPR. Det primære grundlag for at kunne henvise til MPR bør være, at fysisk træning kan anvendes som behandling, supplement til behandling eller som forebyggelse af videreudvikling af sygdommen. Sundhedsstyrelsens "Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling" gennemgår effekten af træning på en række diagnoser.

Uanset hvilken målgruppe, der vælges for MPR, er det vigtigt, at denne er klart afgrænset, og at der er opsat klare og operationelle in- og eksklusionskriterier. Uklare kriterier giver usikkerhed hos de eksterne samarbejdspartnere som de praktiserende læger, hvilket vil medføre et stort antal af fejlhenviste deltagere.

Valget af henvisningskriterier har betydning for, hvor bred målgruppen er, og hvor mange deltagere, der vil blive henvist til MPR. Inden indsatsens start bør prioriteringen af de forskellige potentielle målgrupper nærmere overvejes, ligesom en begrundelse for denne prioritering bør indgå. Ligeledes må der være en vis sammenhæng mellem målgruppens størrelse og ressourcerne for indsatsen. Det kan her også være nødvendigt at overveje,

hvordan man håndterer, hvis antallet af deltagere overskrider de budgettede midler. Alternativerne kan være ventelister til tilbuddet, en indsnævring af målgruppen eller en øget allokering af ressourcer til tilbuddet.

En væsentlig erfaring er, at en snæver målgruppe med få diagnoser kan gøre det vanskeligt at oprette hold af en tilstrækkelig størrelse inden for en rimelig tidshorizont, efter at recepten er udskrevet. Herudover har valget af henvisningskriterier en effekt på holdets sammensætning. Eksempelvis vil en snæver målgruppe med få diagnoser skabe mere homogene hold, mens mere brede målgrupper med mange diagnoser giver mere heterogene hold. Homogeniteten kan generelt øges ved for eksempel at oprette både dag- og aftenhold, der henvender sig til henholdsvis ældre og yngre deltagere i forhold til disse gruppers arbejdsmarkedssituation, eller ved at opdele holdene efter deres træningstilstand eller funktionsevne.

Det er værd at bemærke, at MPR i sin hidtidige form er målrettet deltagere, der selv er i stand til at varetage deres fortsatte motion. Der bør derfor i inklusionskriterierne lægges vægt på, at deltagerne skal have en vis fysisk og psykisk funktionsevne for at kunne deltage og ikke være kraftigt belastet af andre sygdomme end den primære henvisningsårsag. Således bør deltagerens funktionsniveau muliggøre deltagelse i alsidig holdbaseret



træning. Flere projekter har indeholdt øvre Body Mass Index-grænser for deltagelse bl.a. på baggrund af en antagelse af, at svær fedme er en funktionsmæssig begrænsning. Det er dog mere hensigtsmæssigt med en konkret vurdering af funktionsniveau i hvert enkelt tilfælde.

Vi anbefaler 12-16 deltagere ved oprettelse af hold. Dette antal er tilpas stort til at skabe mulighed for netværksdannelse blandt deltagerne og en positiv gruppedynamik under træningen samtidig med, at der i et vist omfang kan tages individuelle hensyn i instruktionen. Der må på baggrund af erfaringer fra flere MPR-projekter påregnes et frafald på ca. 25 %.

I de fleste hidtidige MPR-projekter har der været sammensat lukkede hold, det vil sige hold kun for MPR-deltagere, hvor deltagerne starter og afslutter deres forløb samtidigt. Det kan overvejes at have løbende optag på MPR-holdet i indsatser med et særligt lavt deltagerflow, således at nye deltagere kan starte deres forløb umiddelbart efter henvisning til tilbudet, hvor motivationen for forløbet er stor. Ulempen ved dette er dog, at netværksdannelsen blandt deltagerne må forventes at være svagere, idet den enkelte deltager ikke følger de samme deltagere i hele forløbet. Fordelen ved at have hold, der kun er for MPR-deltagere, er, at der herved skabes et fællesskab på holdet, ligesom deltagerne i højere grad får mulighed for at danne netværk og støtte hinanden både under og efter forløbet.

Erfaringerne fra de forskellige MPR-projekter viser, at mændene kun udgør op til 1/3 af deltagerne. Det vil derfor være hensigtsmæssigt i planlægningen og markedsføringen af tilbuddet at overveje, hvordan MPR-indsatsen i højere grad kan appellere til mænd. Hvis der påtænkes at igangsætte forløb under MPR henvendt til personer af anden etnisk oprindelse, kan det i nogle tilfælde være hensigtsmæssigt med kønsadskilte hold.

I et fremtidigt koncept for MPR kan det overvejes at gøre henvisningskriterierne bredere end de hidtil anvendte, for eksempel ved at inkludere relevante målgrupper inden for socialområdet (se afsnittet om "Perspektiver ved fremtidige MPR-indsatser").

Deltagerbetaling

Det er vigtigt at overveje, om der skal være deltagerbetaling eller ej og i givet fald hvor stor. Deltagerbetaling har i de hidtidige projekter været på mellem 500 og 1500 kroner og har i de fleste projekter været på 750 kr. Betaling af dette beløb synes ikke at have været begrænsende, men der ikke er egentlige opgørelser over, hvor mange der ikke har ønsket at deltage på grund af denne betaling. Deltagerbetaling kan bidrage til at sikre, at kun deltagere med en vis motivation for at deltage starter forløbet. Omvendt kan det være en u hensigtsmæssig konsekvens, hvis netop de grupper med størst behov for tilbuddet afstår fra at deltage på grund af deltagerbetaling.



Vi anbefaler

- Definer og afgræns målgruppen ud fra for eksempel diagnose, alder, køn, funktionsevne eller etnicitet
- Anvend klare inklusions- og eksklusionskriterier
- Tilstræb hold med 12-16 deltagere, der starter og afslutter deres forløb samtidigt

Overvej

-
- Hvor mange deltagere kan indgå i indsatsen årligt ifølge budgettet?
 - Hvordan skal de forskellige potentielle målgrupper prioriteres i forhold til ressourcerne?
 - Hvor mange borgere i kommunen opfylder inklusionskriterierne?
 - Skal der være deltagerbetaling, og hvor stort skal beløbet være?
 - Kan tilbuddet struktureres på en særlig måde for at få flere mænd til at deltage?

Deltagerforløb

Deltagerforløbene er i de fleste hidtidige MPR-projekter opbygget efter den samme model, dog med mindre variationer. Bilag 3 viser et konkret

eksempel på deltagerforløb. Et typisk deltagerforløb er opbygget på følgende måde:

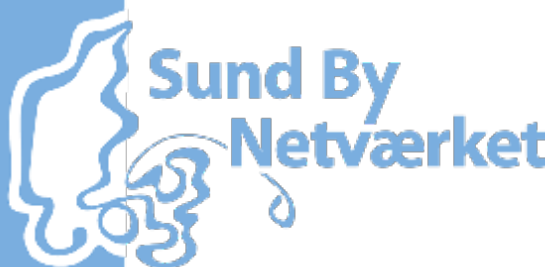
Start	Henvi- sing hos læge Tilmelding til MPR Indledende samtale Eventuelt sundhedsprofil
Træningsforløb	Træning på hold, herunder præsentation af forskellige aktiviteter hos andre motionsudbydere
Afslutning	Samtale – herunder plan for efterfølgende motionsaktiviteter Eventuelt sundhedsprofil
Opfølgning	Samtale - herunder opfølgning på plan for motionsaktiviteter Eventuelt sundhedsprofil

Efter henvisning fra egen læge er det op til deltageren selv at henvende sig til en kontaktperson for MPR-tilbuddet (typisk en vejleder eller en instruktør med vejlederfunktion) med henblik på at starte forløbet. Der afholdes en indledende vejledende samtale, hvor der orienteres om forløbet, og gensidige forventninger afklares. Yderligere indgår motivering af deltageren i denne samtale. Der kan eventuelt udarbejdes en sundhedsprofil i forbindelse med denne første samtale. I nogle MPR-projekter har instruktørerne afholdt fælles informationsmøder for et nyt MPR-hold på træningsstedet

med information om sundhedsprofiler, praktisk information om træningen, rundvisning af faciliteter med videre.

Træningsforløbet igangsættes, når der er samlet et tilstrækkeligt antal henvisninger til at starte et hold. Der bør tilstræbes en hurtig start efter henvisning, mens deltagerne synes motiverede for at starte forløbet, idet en lang ventetid kan opleves negativt og føre til, at motivationen for at indgå i forløbet daler.

Træningsforløbet har i de hidtidige MPR-projekter typisk varet tre-fire må-



neder med to gange ugentlig træning af én times varighed. Det er en væsentlig erfaring, at træningsforløbene bør have en vis varighed, for at deltagerne føler sig klar til at starte i motionstilbud i andet regi. Således oplever deltagerne ofte træningsforløbet som for kort i forhold til dette. Det er imidlertid en fin balance på den ene side at skabe en nødvendig tryghed og tilvænning til fysisk aktivitet samt at indarbejde nye motionsvaner, og på den anden side ikke at vænne deltagerne så meget til MPR-træningen, at de kun forbinder fysisk aktivitet med instruktøren og træningsstedet i MPR-forløbet. Endelig vil antallet af træningstimer også være et resourcespørgsmål. En af de helt væsentlige udfordringer for en MPR-indsats er således at sikre den nødvendige udslusning til motion i andet regi.

I forhold til sikring af en kortsigtet fysiologisk effekt burde træningen foregå hyppigere end to gange om ugen. For de fleste er der dog tidsmæssige barrierer forbundet med dette, hvorfor vi anbefaler to gange ugentlig træning. Nogle MPR-projekter har reduceret hyppigheden af træningen fra to til én gang per uge midtvejs i forløbet med henblik på, at deltagerne selv kan påbegynde træning i andet regi. Der er ikke entydige erfaringer, der kan sige, om dette er hensigtsmæssigt eller ej.

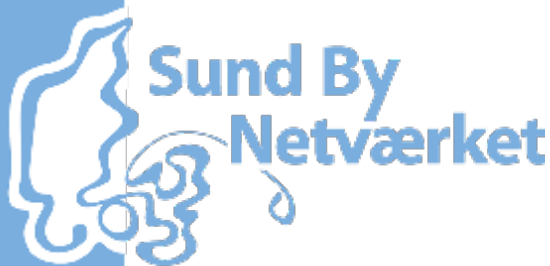
Træningsforløbet afsluttes med en vejledende samtale, hvor deltageren og vejlederen blandt andet i fællesskab

lægger en plan for deltagerens videre motion. Der kan eventuelt udarbejdes en afsluttende sundhedsprofil til evaluering af forløbets effekt på deltagerens sundhedstilstand.

Vi anbefaler, at der tilbydes mindst én opfølgende samtale efter træningsforløbets ophør, eksempelvis efter tre-seks måneder. Der kan også her tilbydes udarbejdelse af en sundhedsprofil.

Der findes ingen entydig anbefaling af, hvordan et deltagerforløb sammensættes mest optimalt. Således er der en række uafklarede spørgsmål i forhold til, hvordan forløbet bedst kan understøtte deltagernes livsstilsforandring. Sammensætningen af forløbet er således i høj grad et spørgsmål om prioriteringer og ressourcer. Det bør i planlægningen af en MPR-indsats overvejes, i hvilken grad vejledningsdelen prioriteres i forhold til træningsdelen, i hvilken grad sundhedsprofiler prioriteres, hvordan opfølgningen kan understøtte deltagernes fortsatte indarbejdelse og fastholdelse af nye vaner med videre.

Ud over træning, vejledende samtaler og sundhedsprofiler kan det overvejes at indføje andre elementer i deltagerforløbet med henblik på at fremme udslusningen til andre tilbud. Det kan eksempelvis være aftenmøder med lokale motionsudbydere, hvor deltagerne kan få afklaret spørgsmål og møde instruktører med videre.



Sund By Netværket

Der vil forekomme et vist frafald blandt deltagerne på et MPR-hold på grund af sygdom, praktiske eller familiemæssige forhold med videre. Det bør derfor overvejes i forbindelse med planlægningen af en MPR-indsats, om delta-

gere kan indgå i forløbet mere end én gang. Dette kan afgøres af praktiske faktorer som kapacitet og økonomi, eller der kan træffes en principiel beslutning herom.

Vi anbefaler

- Organiser indsatsen, så deltagerne kommer i gang med forløbet hurtigst muligt efter henvisning
- Planlæg træningsforløb af mindst tre-fire måneders varighed med to gange ugentlig træning
- Indlæg mindst tre individuelle samtaler med vejledning og motivering i forløbet: En indledende samtale med orientering om forløbet, en afsluttende samtale og en opfølgende samtale
- Tilbyd sundhedsprofiler ved start og afslutning af træningsforløbet

Overvej

-
- I hvilken grad prioriteres vejledningsdelen i forhold til træningsdelen, herunder i forhold til ressourceforbrug?
 - Hvordan kan deltagerforløbet tilrettelægges, så udslusning til anden motion fremmes bedst muligt?
 - Hvordan mindskes frafald?
 - Kan deltagere få en recept flere gange?



Træning

I planlægningen af en MPR-indsats bør formålet med selve træningen beskrives. Der vil typisk være overordnede mål om en kortsigtet behandling af deltagerens sygdom, samt om en livsstilsforandring med henblik på en langsigtet forebyggelse af yderligere udvikling af livsstilssygdom. Dog bør nærmere delmål med træningen beskrives. Det kan således være forskelligt, om der fokuseres særligt på selve træningseffekten, tilvænningen til fysisk aktivitet, bevægeglæde eller helt andre aspekter ved træningen.

Træningen i MPR bør være tilrettelagt efter Sundhedsstyrelsens anbefalinger for forskellige diagnosegrupper (SST, 2003). Det bør understreges, at træningsanbefalingerne for en række forskellige metaboliske diagnoser som hjertekarsygdom, type 2 diabetes og metabolisk syndrom ligner hinanden, således at det er muligt at følge anbefalingerne på trods af forskellige diagnoser på samme MPR-hold.

På baggrund af anbefalingerne for målgruppen i de hidtidige MPR-indsatser bør træningen generelt indeholde en kombination af konditions- og styrketræning med henblik på forbedret kondition og øget metabolisk fitness hos deltagerne. Det er væsentligt, at instruktøren sikrer progression i træningens fysiske udfordringer. Der bør være et særligt fokus på intensiteten i træningen, således at deltagerne vænnes til at arbejde med tilstrækkelig høj

intensitet i forhold til anbefalingerne. Det er nyttigt at anvende en maksimal test eller højintensiv træning med henblik på, at deltagerne oplever fornemmelsen af at arbejde maksimalt eller nærmaksimalt. Der kan efterfølgende anvendes pulsmålere eller Borgskalaen til at understøtte træning med en passende intensitet.

Træningen bør indeholde et varieret udbud af aktiviteter og træningsformer. Dette bør dels ske ved varieret træning på det primære træningssted, dels ved at en del af træningen foregår uden dørs og ved afprøvning af forskellige lokale motionstilbud. Formålet med dette er, at deltagerne får gode oplevelser med fysisk aktivitet og får erfaring med, hvilke aktiviteter, de trives med at dyrke. I de hidtidige MPR-projekter har MPR-hold eksempelvis afprøvet så forskellige aktiviteter som svømning og vandgymnastik, stavgang, lokale motionsstier, boksetræning, spinning, dans, kajaksejls, cricket og golf. Således bør instruktøren eller eventuelt en tilknyttet vejleder introducere deltagerne for mulighederne for uorganiseret motion i nærområdet, der vil kunne benyttes af deltagerne efter forløbet ophør. Yderligere bør instruktøren eller en vejleder arrangere og medvirke i besøg hos lokale idrætsforeninger, motionscentre, aftenskoler eller andre motionsudbydere. Det kan anbefales at lave aftaler om faste prøvetimer for MPR-holdene hos nogle af disse lokale motionsudbydere. Der kan



således sammensættes en samlet "træningspakke" af forskellige motionsaktiviteter. Et eksempel på hvordan et træningsforløb med prøvetimer og udendørs træning kan tilrettelægges er vedlagt som bilag 3.

Træningen tilrettelægges holdbaseret. Der kan tages individuelle hensyn i et vist omfang, men der kan ikke udarbejdes individuelle træningsprogrammer.

Instruktøren bør så vidt muligt søge at stimulere socialt samvær og netværksdannelse mellem deltagerne med henblik på at skabe et positivt forløb og øge chancen for fastholdelse i et fysisk aktivt liv. Eksempelvis kan instruktøren opfordre deltagerne til sammen at afprøve motionstilbud i til-læg til MPR-træningen. Der er eksempler på, at deltagerne har fungeret som træningsmakere, ligesom store dele

af MPR-hold har trænet videre sammen i andet regi end MPR-træningen. Endelig er der eksempler på, at deltagere har oprettet hold eller foreninger for tidligere MPR-deltagere.

Der er en let forøget risiko for akutte tilfælde af hjertesygdom eller lignende ved træning med høj intensitet. Dette bør dog ikke afholde instruktørerne fra at tilrettelægge træning efter anbefalingerne, idet risikoen for hjertesygdom på længere sigt populært sagt må betragtes som større ved ikke at træne højintensivt. Det kan anbefales, at instruktørerne oplyses om træningsanbefalinger og risiko med henblik på at forebygge berøringsangst i forhold til højintensiv træning. Det kan være nyttigt at lade instruktørerne gennemgå et kursus i livreddende førstehjælp.

Vi anbefaler

- Beskriv mål og delmål med træningen
- Planlæg træningens indhold med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger for de enkelte diagnosegrupper
- Hav fokus på intensiteten i træningen og anvend pulsmåling eller Borgskala til støtte af dette
- Sørg for et varieret udbud af aktiviteter i træningen såvel indendørs som udendørs og hos forskellige motionsudbydere
- Lav aftaler med motionsudbydere om prøvetimer for MPR-holdene

Overvej

- Hvordan fremmes gruppedynamikken bedst muligt i træningen?
- Hvordan kan netværk blandt deltagerne understøttes?
- Hvilke tilbud skal deltagerne præsenteres for i forløbet?
- Hvilke sikkerhedsaspekter i forhold til træningen kan øge instruktørernes tryghed, og hvilken information har de behov for?
- Skal instruktørerne have et kursus i livreddende førstehjælp?

Eksempel

I Frederiksberg Kommune har den primære træning foregået i gymnastiksale. Hver træningsgang har indeholdt opvarmning og træning af kondition, styrke, balance og koordination. Træningen er afsluttet med udspænding. Henover de 4 måneder har der været indlagt en række forløb, hvor der er blevet lagt ekstra vægt i teori og praksis på de forskellige dele. Det var koordinatoren, som udarbejdede planen til instruktørerne for hvilke teoretiske og praktiske elementer, der skulle indgå i træningen, og hvornår i forløbet, de kunne ligge. Den overordnede plan skitseres nedenfor.

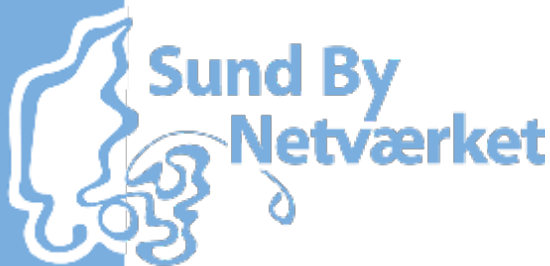
1. måned	2. måned	3. måned	4. måned
Opstart med præsentation af hinanden, forventningsafklaring, navnelege og let træning	Forløb om konditionstræning med praktiske øvelser på lav, moderat og høj intensitet. Der benyttes Borgskala og pulsøre til at understøtte teoriundervisningen om kondition og træning heraf	Forløb om styrketræning med praktisk introduktion til cirkeltræning, udholdenhedstræning med elastikker og styrketræning med egen vægt og frivægte	Forløb om balance og koordinationstræning, hvor balancen testes, og der laves praktiske øvelser, der eksemplificerer teorien
Forløb om opvarmning og udspænding med praktiske øvelser, der eksemplificerer teorien			Sjov afslutning, fx "OL".



Udover den overordnede plan har koordinatoren udarbejdet et katalog over mulige træningsøvelser i gymnastiksalen, således at træningen kan blive så varieret som mulig.

Der har været to fuldtidsansatte motionsvejledere i Frederiksberg Kommune, som dels har varetaget vejlederfunktionen i MPR, dels har været ansat i Motionsrådgivningen, hvor de har vejledt borgere i et af kommunens andre tilbud. Vejlederen har udover samtalerne stået for at introducere deltagerne til mulighederne i lokalområdet. I alt har vejlederen haft holdene otte gange. Tre til fire gange har træningen bestået af selvorganiseret motion for eksempel gåture, stavgang, cykelture og svømning mm., og fire til fem gange har vejlederen haft holdet ude at besøge forskellige motionshold. Prøvetimerne har taget udgangspunkt i deltagernes ønsker. Prøvetimerne var gratis og foregik som hovedregel på normale vilkår, således at deltagerne kunne møde instruktøren og de andre medlemmer.

Funktionen med en motionsvejleder har haft den fordel, at der har været de tidsmæssige ressourcer til, at motionsvejlederen kunne sætte sig ind i, hvilke aktiviteter der fandtes i lokalområdet. Deltagerne har efterfølgende givet udtryk for, at det var væsentligt for dem selv at opleve, at der fandtes tilbud, som de kunne følge med i, og mange af deltagerne er også efterfølgende begyndt i et eller flere af de tilbud, de er blevet introduceret for. Funktionen med en motionsvejleder kan således have været en medvirkende årsag til, at deltagere fortsatte med at være fysisk aktive efter forløbets ophør.



Sundhedsprofil

En sundhedsprofil er en individuel registrering af en deltagers sundhed i forhold til udvalgte parametre. Sundhedsprofilen udarbejdes på baggrund af fysisk testning (for eksempel konditionstest og måling af kropssammensætning) og helbredsspørgsmål i relation til deltagerens fysiske aktivitetsniveau og livsstil (for eksempel selv vurderet helbred og fysisk form). Bilag 4 viser to eksempler på skemaer til brug under udarbejdelse af sundhedsprofil og som noteringsark til motiverende samtale.

Formålet med en sundhedsprofil er, at den skal motivere deltageren til at være mere fysisk aktiv. Således kan målinger af for eksempel kondition bidrage til at øge deltagerens bevidsthed om egen sundhed ved sammenligning med normalbefolkningen på samme alder. Yderligere kan sundhedsprofiler bruges til at vurdere effekter af træningsforløbet for den enkelte, hvorfor sundhedsprofiler bør tilbydes umiddelbart før starten på træningsforløbet, eventuelt undervejs i forløbet og endelig ved forløbets afslutning. Sundhedsprofiler bør være et tilbud og ikke en pligt for deltageren. Sundhedsprofiler bør ikke stå alene, men bør anvendes i tilknytning til samtaler med deltageren om motivation og barrierer for et mere fysisk aktivt liv.

Endvidere er det vigtigt at overveje formålet med sundhedsprofiler, herunder om de kan bruges som led i samtaler

med deltageren, eller om de også skal indgå i evaluering af indsatsen. I evalueringssøjemed bør det kraftigt overvejes, om kvaliteten af indsamlede data i sundhedsprofilerne står mål med de ressourcer, der bruges på udarbejdelse af sundhedsprofilerne. Det skal understreges, at udarbejdelse af sundhedsprofiler kræver relativt megen arbejdstid, idet der er tale om kontakt med hver enkelt deltager af en vis varighed.

Til måling af deltagernes kondition har der i de fleste MPR-projekter været anvendt cykeltests, i nogle tilfælde wattmax-test og i andre tilfælde submaksimale test. Maksimale test giver som udgangspunkt mere præcise mål for kondition, men kan være vanskeligere at udføre for målgruppen, der ofte ikke er vant til at udføre maksimalt eller nær-maksimalt arbejde. Trods fejlkilder kan konditionstest udmærket fungere som pædagogisk virkemiddel til illustration af forbedringer hos deltageren i løbet af træningsforløbet. Yderligere kan konditionstest tjene det formål, at deltagerne prøver at arbejde ved bestemte intensiteter og således får en kropslig fornemmelse af, hvad let, moderat og høj intensitet er. Se eventuelt mere om konditionstest på www.motion-online.dk

Det bør overvejes, om sundhedsprofilerne skal udarbejdes af instruktøren, vejlederen, en motionsvejleder eller en



anden person, der er ansat til denne funktion.

Det kan overvejes at inddrage andre fysiologiske mål ved hjælp af blodprøver foretaget af den henvisende alment praktiserende læge (for eksempel kolesterol og glykeret hæmoglobin). Det bør dog igen nøje overvejes, om resourceforbruget står mål med værdien af disse målinger.

I de hidtidige MPR-projekter har der været et stort fokus på deltagernes fysiske aktivitetsniveau og kondition.

Tilsvarende har der helt bevidst ikke været fokus på vægttab. Begrundelsen er, at en fysisk aktiv, men overvægtig person, har en lavere risiko for udvikling af livsstilsrelaterede sygdomme end en normalvægtig, men fysisk inaktiv person. Tilsvarende har de hidtidige MPR-projekter ønsket at fokusere på bevægeglæde og de positive psykiske aspekter ved motion som velvære og overskud snarere end det behandlingsmæssige aspekt af træningen.

Vi anbefaler

Tilbyd sundhedsprofiler i starten og afslutningen af forløbet, for eksempel i form af:

- Konditionstest
- Målinger af kropssammensætning (talje- og hoftemål, Body Mass Index)
- Helbredsspørgsmål (selvvurderet helbred)

-
- Hvem skal afholde sundhedsprofilen?
 - Skal sundhedsprofilerne kun bruges som emne for samtaler med deltagerne, eller er formålet også evaluering af indsatsen?
 - Hvilken konditionstest passer bedst til den enkelte deltager/målgruppe?
 - Skal der måles blodtryk og tages blodprøver?

Overvej



Samtaler

Vejledende samtaler med deltageren spiller en central rolle i forløbet under MPR. I størstedelen af de afprøvede MPR-projekter har der som minimum været indlagt en start- og slutsamtale. Yderligere har nogle projekter givet mulighed for opfølgningssamtaler. Ved forløb på mere end seks måneder kan det overvejes at indlægge yderligere en midtvejssamtale. Om der indlægges yderligere samtaler i forløbet vil afhænge af ressourcer og faglige prioriteringer af forløbets sammensætning. Samtalerne har typisk en varighed af 45-60 minutter inklusiv udarbejdelse af sundhedsprofil. Bilag 4 viser et eksempel på en manual for afholdelse af samtaler.

I den indledende samtale indgår emner som helbred, fordele og barrierer ved fysisk aktivitet, social støtte fra familie og omgangskreds med videre. Formålet med denne samtale er bl.a. at bidrage til en forventningsafklaring hos deltageren og herudover at støtte deltageren i at tro på, at det kan lykkes at blive mere fysisk aktiv. Samtalen afsluttes med, at deltageren sammen med vejlederen sætter nogle mål for aktivitetsniveauet i forløbet, og en handlingsplan for eksempelvis deltagerens ugentlige motion nedskrives.

Samtalen har desuden også funktion af en screeningssamtale, hvor det afdækkes, om deltageren er egnet og motiveret for at deltage i et MPR-forløb. Erfaringerne viser, at det pri-

mært er deltagere med en vis fysisk kapacitet og funktionsevne og med en vis motivation, som gennemfører forløbet. Eksklusion af deltagere i forbindelse med den første samtale kan være hensigtsmæssig i forhold til at undgå at bidrage til dårlige oplevelser for deltageren og i forhold til at skabe MPR-hold med potentielt positive grupperelationer. Endelig udnyttes kapaciteten i tilbuddet bedre, hvis indledende screening reducerer det senere frafald.

De efterfølgende samtaler har til formål fortsat at motivere deltageren til at være fysisk aktiv, samt at følge op på dennes mål og justere handlingsplanen. Deltagerens motivation for at være fysisk aktiv er en væsentlig forudsætning for, at deltageren fortsætter med at være fysisk aktiv efter forløbet. Samtalerne kan således bidrage til, at deltagerne reflekterer over, hvilke positive ændringer, der er indtruffet, hvilken type motion, der har været mest lystbetonet, egne barrierer for at fortsætte med at være fysisk aktiv med videre. I samtalen lægges der vægt på, at deltageren finder den rette motionsform at fortsætte med, får struktureret en ugentlig motionsplan og forbereder sig på, hvordan midlertidige tilbagefald til fysisk inaktivitet håndteres.

Det er væsentligt, at der afsættes ressourcer til opfølgende samtaler efter træningsforløbet med henblik på langsigtet fastholdelse af deltagerens



nye motionsvaner, og det kan overvejes at arbejde med såvel individuelle samtaler som gruppesamtaler i opfølgingsperioden. Fordelen ved den individuelle tilgang er, at den enkelte deltager får mulighed for at komme til orde og blive vejledt individuelt, mens gruppesamtaler kan bidrage til, at deltagerne lærer af hinandens erfaringer og herved bidrager til fælles løsninger. Ligeledes kan gruppesamtaler fremme netværksdannelsen mellem deltagerne og herved bidrage til, at deltagerne finder sammen om motionstilbud som "motionspartnere". Det bør endvidere nævnes, at individuelle samtaler er betydeligt mere tidskrævende end gruppesamtaler, og at antallet af individuelle samtaler derfor bør afvejes i forhold til indsatsens mål

og ressourcer. Det kan overvejes, om nogle af de opfølgende samtaler kan bestå af telefonsamtaler, da dette er mindre ressourcekrævende.

I næsten samtlige afprøvede MPR-projekter er den motiverende samtale ("Motivationssamtalen", W.R. Miller og S. Rollnick, Hans Reitzels Forlag 2004) anvendt som samtaleteknik, men andre teknikker kan også overvejes. Det bør altid være styrende for samtalen, at deltageren betragtes som eksperten i eget liv, og at deltageren selv kommer med løsningsforslag i forhold til motionsplaner med videre. På baggrund af sundhedspsykologiske adfærdsmodeller kan rådgivning i traditionel forstand fra vejlederen til deltageren ikke anbefales.

Vi anbefaler

- Indlæg mindst tre individuelle samtaler med vejledning og motivering i forløbet: En indledende samtale med orientering om forløbet, en afsluttende samtale og en opfølgende samtale
- Indlæg samtaler i tilknytning til udarbejdelse af sundhedsprofiler
- Afsæt tid undervejs i forløbet til gruppesamtaler
- Sørg for, at samtalerne tager udgangspunkt i sundhedspsykologiske adfærdsmodeller



Overvej

- Hvor mange samtaler og hvilke typer af samtaler (individuelle, gruppebaserede og telefoniske) skal indlægges i forløbet, og hvornår i forløbet placeres samtalerne?
- Hvad er formålet med samtalerne, og hvad skal udbyttet af dem være?
- Hvordan kan samtalerne bidrage til, at deltagerne gør brug af hinanden både under og efter forløbet?
- Skal der indlægges midtvejssamtaler ved forløb på seks mdr. eller derover?

Eksempel **Gruppebaserede temamøder**

I Frederiksberg Kommune er der individuelle samtaler ved start og efter fire og ti måneder. Herudover er der gruppesamtaler efter to og syv måneder. Gruppesamtalerne afholdes som temamøder, som typisk starter med en times motion og efterfølges af ca. to timers oplæg og snak med lidt fælles spising.

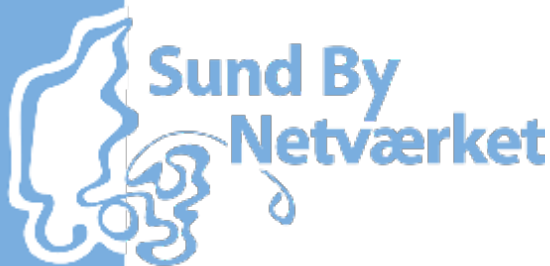
Temamødet ved to måneder handler om den proces, deltagerne er i gang med i forhold til at ændre vaner og livsstil. På mødet drøftes bl.a., hvad vaner er, om deltagerne før har ændret vaner, hvordan det tidligere er lykkedes at ændre vaner, og hvilke fordele der har været ved at være mere fysisk aktiv. Da træningen på dette tidspunkt reduceres fra to til én gang om ugen, tilskyndes deltagerne ligeledes til at komme i gang med motion på egen hånd én gang om ugen. Der lægges op til, at de kan finde en motionsmakker i gruppen.

Temamødet ved syv måneder har primært det formål, at deltagerne får hørt hinandens erfaringer med at fortsætte med at være fysisk aktive efter træningens afslutning, hvilke aktiviteter de er i gang med og deres



erfaringer med disse aktiviteter, samt om det har været svært at fastholde den fysiske aktivitet. Endvidere bliver der på mødet drøftet, om der er nogen, der har behov for en motionsmakker, og om der eventuelt kan laves aftaler med andre fra holdet.

Udover de nævnte temamøder afsættes der tid under træningen både i starten og i slutningen af forløbet til, at deltagerne kan få lejlighed til at tale sammen. Emnerne er for eksempel, hvorfor de er med i MPR, hvad deres oplevelser er af forløbet, og hvilke planer de har for deres fremtidige fysiske aktivitet.



Almen praksis

En vigtig del af MPR-konceptet har været, at kun deltagere med en recept fra egen læge kunne deltage i MPR. De praktiserende læger spiller derfor en central rolle i en MPR-indsats, og det er en afgørende forudsætning for MPR-indsatsens succes, at der er en positiv holdning til indsatsen hos de praktiserende læger. De praktiserende læger bør involveres allerede i planlægningsfasen og inddrages i udformningen af den del af tilbuddet, der vedrører lægerne, herunder for eksempel fastlæggelse af henvisningsprocedure samt inklusions- og eksklusionskriterier.

Det er væsentligt at sikre en god kommunikation mellem instruktør eller vejleder og de alment praktiserende læger om deltagernes forløb. Lægen kan eksempelvis informeres om den enkelte deltager i forhold til gennemførelse og frafald, handlingsplaner, hvilke aktiviteter deltageren er kommet i gang med, og hvilken oplevelse deltageren har af forløbets effekt. Disse tilbagemeldinger til lægerne er afprøvet i forskellig grad i de hidtidige projekter, men det kan overvejes at gøre tilbagemeldingerne til lægerne mere struktureret. De praktiserende læger kan på denne måde bidrage til at følge op på forløbet og fortsat motivere deltageren.

Det er væsentligt for et udbytterigt samarbejde med de praktiserende læger at have forståelse for vilkårene

i almen praksis, herunder at lægerne ofte har begrænset tid til mødeaktivitet med videre, og at mange andre har en interesse i at involvere de praktiserende læger på en lang række felter. Inddragelse af de praktiserende læger i planlægningsfasen kan for eksempel ske ved, at repræsentanter fra de alment praktiserende læger indgår i en planlægningsgruppe sammen med koordinatoren eller ved at inddrage praksiskonsulenter i arbejdet. Det har for eksempel vist sig nyttigt at have et samarbejde om etablering af henvisningsprocedurer, idet det viste sig hensigtsmæssigt at anvende allerede eksisterende henvisningsblanketter (for eksempel blanket til vederlagsfri fysioterapi, blanketter til andre lokale tilbud eller lignende) i stedet for, at lægerne skulle have flere forskellige henvisningsblanketter. Generelt må det anses som en fordel, at repræsentanter fra almen praksis kan bidrage til at skabe ejerskab for indsatsen i egne kredse.

Involvering af de praktiserende læger kan også ske gennem afholdelse af temamøder både inden igangsættelsen af indsatsen og undervejs i forløbet, hvor de praktiserende læger og praksispersonale får relevante informationer om forløbet. Man bør dog være opmærksom på ydelsesstrukturen for de praktiserende læger, hvor de normalt honoreres for tid, der bruges på møder med kommunerne med videre. Møder af denne art kan



således være særdeles ressourcekrævende rent økonomisk. Der er dog eksempler på, at MPR-projekter har afholdt møder uden honorering.

Erfaringer viser, at det øvrige personale i almen praksis (sygeplejersker, laboranter, sekretærer) med fordel kan inddrages i arbejdet med livsstilsændringer hos patienterne. Praksispersonalet kan ofte tildeles den fornødne tid til for eksempel at varetage en motiverende samtale samt sørge for de praktiske procedurer i forhold til henvisning til MPR, herunder information om tilbuddet. Det kan i den forbindelse overvejes at koble en indsats inden for MPR i almen praksis til ydelsen

”Aftalt forebyggelseskonsultation” (ydelse 0106, Landsoverenskomsten af den 1. april 2006). Denne ydelse sætter fokus på forebyggelse i almen praksis, giver mulighed for involvering af praksispersonale og sikrer almen praksis en højere honorering end ved almindelige konsultationer.

Samarbejdet mellem kommuner og almen praksis kan overvejes inddraget i de skriftlige sundhedsaftaler mellem kommunen og regionen. Således kan et mere formaliseret og forpligtende samarbejde etableres, eventuelt med særlig mulighed for at udvikle almen praksis' rolle i indsatsen.

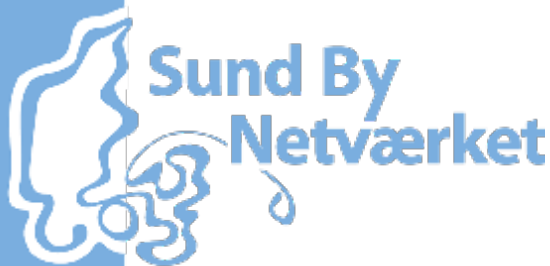
Vi anbefaler

- Planlæg indsatsen i samarbejde med de alment praktiserende læger – for eksempel med repræsentanter for lægerne eller med en praksiskonsulent
- Lad lægen være det visiterende led, hvis det primære kriterium for deltagelse er diagnoser
- Gør henvisningsproceduren så simpel som mulig – anvend for eksempel en eksisterende henvisningsblanket
- Sørg for en løbende kommunikation med lægerne om deltagernes forløb og om indsatsen generelt
- Afsæt økonomiske midler til samarbejdet med almen praksis (møder med videre)



Overvej

- Hvordan kan praksispersonalet inddrages i indsatsen i forhold til arbejdet med motivation af deltagere og formidling af tilbuddet?
- Hvordan kan den generelle sammenhæng mellem MPR-indsatsen og almen praksis styrkes?
- Hvordan kan lægen/praksispersonalet holdes orienteret om den enkelte deltager i forløbet?
- Hvordan kan lægen/praksispersonalet aktivt støtte deltagerne i forløbet?
- Hvilke økonomiske omkostninger er der ved at involvere almen praksis?
- Kan samarbejdet med almen praksis indarbejdes i de skriftlige sundhedsaftaler mellem kommunen og regionen?



Markedsføring

Markedsføring af MPR er en forudsætning for et tilstrækkeligt deltagergrundlag. Både de henvisende parter og de potentielle deltagere bør kende til indsatsen. En del af markedsføringen bør være udarbejdelsen af en informationsstrategi, dvs. en planlægning af hvem der skal have informationer, hvilke informationer der skal gives, hvordan informationen skal gives og på hvilke tidspunkter, der skal informeres.

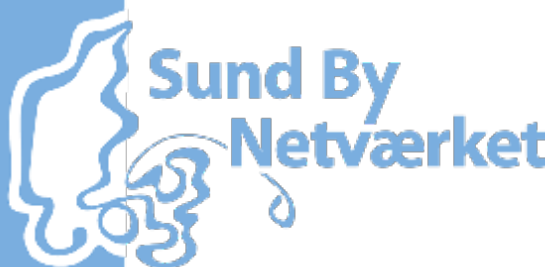
Information til de alment praktiserende læger og praksispersonale bør omhandle de forskellige praktiske detaljer om indsatsen som for eksempel henvisningskriterier, eksklusions- og inklusionskriterier, tilbuddets indhold med videre. Det kan her være en fordel at have udarbejdet pjecer med relevante oplysninger om indsatsen målrettet dels almen praksis, dels deltagere. Læger og praksispersonale vil her kunne hente de nødvendige informationer, ligesom de vil kunne udlevere en pjece til deltagere eller personer, der overvejer at deltage. Information til de praktiserende læger og deres personale kan herudover ske via for eksempel hjemmesider med målrettet information til almen praksis og via eventuelle fagblade for læger i deres geografiske område.

Løbende, personlig kontakt med de alment praktiserende læger og praksispersonale har meget stor betydning for samarbejdet og bør prioriteres.

Dialog med almen praksis kan bl.a. komme i stand på faglige møder eller på møder i tolvmandsforeninger eller bylægeforeninger. I nogle projekter har der været afholdt temadage for almen praksis. Lægernes deltagelse i møder kan være forbundet med honorering for den anvendte tid. Endelig har nogle projekter skabt en løbende kontakt med lægerne ved gentagne korte besøg i almen praksis i frokostpausen.

Information til borgerne kan være vigtig, idet borgerne således selv kan henvende sig til deres læge og bede om en henvisning. Borgere kan bl.a. informeres om MPR-indsatsen gennem lokalaviser og husstandsomdelte blade om sundhedsrelaterede emner. Der kan også skabes dialog med borgerne om indsatsen på anden vis, for eksempel ved information på borgermøder om andre sundhedsrelevante emner. Herudover kan der lægges en beskrivelse af indsatsen på kommunens hjemmeside, laves opslag om MPR-indsatsen på apoteker, i biblioteker, i supermarkeder og andre lokaliteter i lokalområdet. Endelig kan egentlig avisannoncering om tilbuddet anvendes.

Timing er en vigtig faktor for god markedsføring. For eksempel er det vigtigt, at både de praktiserende læger samt borgere får en meget intensiv information, lige inden projektet eller indsatsen går i gang. Dette kan



Sund By Netværket

for eksempel ske gennem artikler i lokalaviserne, udsendelse af breve samt andet informationsmateriale, og hvis der er udarbejdet pjecer, skal disse udsendes til almen praksis, lige før indsatsen starter.

Selvom markedsføringen af MPR er væsentlig i forbindelse med en opstart af indsatsen, bør det dog understreges, at en markedsføring ikke blot bør foregå i forbindelse med lanceringen af indsatsen, men også bør ske løbende for at sikre en fortløbende rekruttering af deltagere til tilbuddet. Dette kan for eksempel ske gennem udsendelse af nyhedsbreve og andet informationsmateriale, ligesom der også løbende kan skrives artikler i

lokalaviserne om indsatsen med nye vinkler og eventuelt med case stories fra personer, der har deltaget. Yderligere har det vist sig at være af stor betydning for samarbejdet med de praktiserende læger og praksispersonalet, at de dagligt har mulighed for at komme i kontakt med en koordinator eller en anden ansvarlig for MPR for at få svar på eventuelle spørgsmål.

Det kan overvejes at sørge for information til andre fagprofessionelle end læger som for eksempel fysioterapeuter i klinikker og i genoptræningsenheder, kiropraktorer, diætister, hospitalslæger med videre, for at de kan anbefale tilbuddet for relevante klienter/patienter.

Vi anbefaler

- Lav en intensiv og målrettet markedsføring op til og under indsatsen
- Udsend overskuelig information til almen praksis – for eksempel i form af én pjece målrettet læger og praksispersonale og én målrettet deltagere
- Prioriter løbende personlig kontakt med læger og praksispersonale
- Skriv artikler med case stories til lokale aviser
- Indsæt annoncer i lokalaviser
- Læg en beskrivelse af MPR-tilbuddet på relevante hjemmesider
- Skriv løbende informationsmateriale, for eksempel nyhedsbreve, til interessenter i indsatsen



Overvej

- Hvilke medier har tidligere virket til markedsføring over for målgruppen?
- Hvor og hvordan kan der skabes dialog med borgerne om tilbuddet?
- Hvordan kan relevante samarbejdspartnere og personale med borgerkontakt i kommunen medvirke til at markedsføre MPR?

Roskilde Amt

Eksempel

I Roskilde Amt udarbejdede man som en del af markedsføringen en informationsstrategi rettet mod de to vigtigste målgrupper, amtets alment praktiserende læger og amtets borgere. Lægerne blev informeret om projektet på deres egen hjemmeside, hvor indsatsen blev beskrevet under "Nyheder", i en artikel i lægekredsforeningens blad, samt på forskellige faglige møder for lægerne i amtet. Borgerne i amtet blev informeret gennem lokalaviserne, idet der forinden var sendt pressemeddelelser ud til syv lokalaviser. Herudover blev projektet kort før dets igangsættelse beskrevet i amtets husstandsomdelte "Sundhedsavis", ligesom en beskrivelse af projektet blev lagt på amtets hjemmeside.

Endelig fik samtlige læger kort før projektet skulle gå i gang tilsendt to pjecer med information dels til lægen, dels til patienten, sammen med et antal henvisningsblanketter.

Evaluering

En evaluering af MPR-indsatsen kan spænde lige fra en mindre intern status til et større forskningsprojekt, der bidrager med ny viden om MPR på internationalt niveau. Inden en evaluering igangsættes, bør evalueringens formål og omfang nøje overvejes, ligesom det også bør overvejes, hvem evalueringen er henvendt til. Det bør understreges, at kun meget stort anlagte evalueringer kan give en reel videnskabeligt baseret viden om effekten af en MPR-indsats på nøgleparametre som fysisk aktivitetsniveau og helbredsparametre.

Det skal ligeledes understreges, at det såvel tidsmæssigt, organisatorisk og økonomisk er en krævende opgave at udarbejde evalueringer, og det bør overvejes, hvordan ressourcerne anvendes mest hensigtsmæssigt. Herudover bør det fremhæves, at der allerede er udarbejdet evalueringer fra en række af de hidtidige MPR-projekter.

På baggrund af ovenstående anbefales det, at fremtidige evalueringer i kommunalt regi primært foretages til internt brug og i form af procesevalueringer, hvor fokus er på de organisatoriske aspekter af indsatsen. Det

anbefales således at planlægge en løbende monitorering og opfølgning af indsatsen med henblik på at justere indsatsen. Inden en evaluering igangsættes, er det vigtigt, at der afsættes de fornødne tidsmæssige og økonomiske ressourcer. Evalueringen skal allerede fra starten indgå i planlægningen af MPR-indsatsen. For at undgå unødigt arbejde med at gentage eksisterende evalueringer anbefales det at undersøge den eksisterende viden på området. Der kan eventuelt hentes viden på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk, internt i Sund By Netværket eller hos medarbejdere i regionerne, der arbejder med rådgivning af kommuner på forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet.

Der kan foretages evaluering af dele af indsatsen med henblik på kvalitets sikring af tilbuddet. Eksempelvis kan det være gavnligt at holde fokus på kvaliteten af træning eller samtaler, der foretages i MPR-indsatsen. Her kan anvendes evalueringsmetoder som intern eller ekstern supervision, eksempelvis i tilknytning til opkvalificerende kurser for de personer, der varetager instruktørrollen og vejlederrollen med videre.



Vi anbefaler

- Lav evaluering til internt brug
- Afsæt tilstrækkelig tid og ressourcer til løbende opfølgning på indsatsen
- Prioriter procesevaluering i forbindelse med implementering af tilbuddet med henblik på at tilrette indsatsen
- Undgå at reproducere eksisterende viden ved at gentage tidligere evalueringer

Overvej

-
- Hvad er incitamenterne for at evaluere indsatsen?
 - Står tids- og ressourceforbruget til udarbejdelse af evaluering mål med nytteværdien af evalueringen?
 - Hvilken viden findes i tidligere evalueringer af MPR?
 - Hvilke elementer i indsatsen er der behov for at følge op på?
 - Hvordan kvalitetssikres træningen og de vejledende samtaler?

Budget

På baggrund af de hidtidige projekter angives nedenfor nogle omtrentlige udgifter for en model for MPR. Udgifterne til MPR vil alt andet lige være afhængig af, hvilken model man vælger, deltagernes egenbetaling samt hvilke aftaler, der indgås med samarbejdspartnere. De nævnte beløb bør derfor tages med stort forbehold.

Udgifterne nedenfor baseres på følgende model:

- Deltagelse kræver henvisning fra alment praktiserende læge
- Træningen foregår holdbaseret med op til 12 deltagere per hold
- Træningsforløbet strækker sig over fire måneder med 24 træningsgange af en times varighed
- Der afholdes motiverende samtaler inkluderende en sundhedsprofil tre gange i forløbet

- Træningen udføres af en ekstern part til en kontraktmæssig fastsat pris på 3.300 kr. pr. deltager
- Deltageren betaler selv 500 kr. for deltagelse. Stopper deltageren i forløbet, refunderes dele af beløbet ikke

Udover de ovenfor nævnte udgifter skal der budgetteres med midler til eksempelvis efteruddannelse af koordinator, kontorhold, eventuelt udgifter til dokumentation og evaluering.

Erfaringerne har vist, at antallet af deltagere kan være yderst vanskeligt at forudse. Hvis tilbuddet geografisk dækker hele kommunen, vil der måske kunne forventes 50-150 deltagere årligt per 50.000 indbyggere. Antallet af deltagere vil i høj grad variere med, hvor meget arbejdstid,

Anslåede årlige udgifter ved 75 deltagere pr. år (kroner):

Løn og relaterede udgifter til koordinator, 1/3 stilling	150.000
Informationsmateriale og annoncering	50.000
Møder mv.	15.000
Efteruddannelse af træningsinstruktører	20.000
Udstyr	20.000
Træningsforløb: 75 x 3.300	247.500
Deltagerbetaling: 75 x 500	-37.500
I alt	465.000



der afsættes til koordinering, herunder samarbejde med almen praksis, samt hvor mange midler der anvendes på annoncering og lignende. Det bør derfor overvejes i den enkelte kommune, om man ønsker at sikre budgetstyring ved at sætte et loft for antallet af recepter, eller om antallet skal være frit.

I forhold til de skitserede lønudgifter til koordineringsarbejdet vil det variere i forhold til kommunens størrelse. I forhold til planlægning af drift af MPR

er der en potentiel risiko ved at opføre en samlet udgift for et givet antal deltagere. Fra ovenstående overslag over udgifter kunne man således tolke, at udgiften er ca. 465.000 kroner / 75 deltagere \approx 6.200 kroner pr. deltager. Det er vigtigt at slå fast, at der må påregnes et vist grundbeløb for drift af tilbuddet, samt derudover en betaling pr. deltager. Grundbeløbet til koordinering, information mv. kan så variere afhængigt af ambitionsniveauet for indsatsen.

Perspektiver ved fremtidige MPR-indsatser

De hidtidige MPR-projekter har i høj grad været med til at sætte fysisk aktivitet og motion på dagsordenen, og MPR har bidraget til en øget bevidsthed hos de praktiserende læger om mulighederne ved fysisk aktivitet som forebyggelse og behandling. De nyeste undersøgelser viser, at 30-40 % af den voksne danske befolkning ikke er tilstrækkeligt fysisk aktive (Fysisk inaktivitet – konsekvenser og sammenhænge. Motions- og Ernæringsrådet, 2007), og da antallet af personer med sygdomme forårsaget af fysisk inaktivitet er stigende, vil der fortsat være et behov for tilbud til disse grupper. MPR kan anvendes i kommunerne i en lignende model som i de hidtidige MPR-projekter eller i en nyudviklet form. Der er således en række muligheder for udvikling af det hidtidige MPR-koncept i forhold til en kommunal kontekst.

Øget fokus på udslusning fra MPR

Der har i mindre udstrækning været afprøvet tiltag i de hidtidige MPR-projekter med henblik på bedre udslusning af deltagere fra MPR til anden motion. I Roskilde Amt og Fyns Amt er der etableret MPR-hold i dels motionscentre og dels fysioterapiklinikker med særligt gode faciliteter, hvor deltagerne har haft mulighed for at fortsætte på andre hold efter afslutning af MPR-forløbet. Fordelen er oplagt, at

deltagerne kan fortsætte med at træne i de samme fysiske rammer efter forløbet og altså ikke skal finde en ny motionsudbyder. Yderligere foregår træningen blandt andre motionister, således at MPR-træning ikke bliver et isoleret fænomen fra den øvrige motionsverden. Dette står i modsætning til MPR-forløb på fysioterapiklinikker, hvor der ikke udbydes anden holdbaseret træning end MPR.

I Storstrøms Amt er der afprøvet såkaldte motionskonsortier, der består i et samarbejde mellem eksempelvis en fysioterapiklinik og en lokal idrætsforening. Tanken med et sådant motionskonsortium har været at etablere træningsforløb, der dels indeholdt den trænings- og sygdomsfaglige viden i fysioterapiklinikken dels indeholdt træning i en forening, hvor deltagerne kunne fortsætte efter forløbets ophør. Der er potentiale i at arbejde videre med disse tanker med henblik på nemmere udslusning til anden motion efter MPR-forløbet.

Yderligere kan der overvejes et nærmere samarbejde med lokale motionsudbydere som foreninger, aftenskoler med flere om etablering af motionstilbud målrettet målgruppen for MPR. Således kan disse tilbud tjene som tilbud, der afprøves i forbindelse med MPR-træningen, og som deltagerne har mulighed for at fortsætte i efter afslutning af MPR-



forløbet. Det er i denne sammenhæng en mulighed at samarbejde med disse motionsudbydere om opkvalificering af instruktører i forhold til træning af målgruppen. Desuden kan der ydes støtte til indkøb af rekvisitter eller lignende.

Flerstrengt henvisningsstruktur i et bredt kommunalt træningstilbud

Der er dokumentation for, at fysisk træning har en effekt på et bredt udsnit af sygdomme, herunder både somatiske og psykiske lidelser. Desuden har fysisk aktivitet betydning for alment velvære og bidrager til, at syge og ældre kan opretholde deres funktionsevne og forblive selvhjulpne. Mange mennesker kan således have gavn af øget fysisk aktivitet.

Det kan derfor overvejes at udbrede MPR til flere målgrupper end personer med livsstilssygdomme og at etablere en henvisningsstruktur, hvor flere end de alment praktiserende læger kan henvise til tilbuddet. Der kan eksempelvis overvejes en kobling til andre kommunale ansvarsområder med henblik på at etablere et bredere kommunalt træningstilbud.

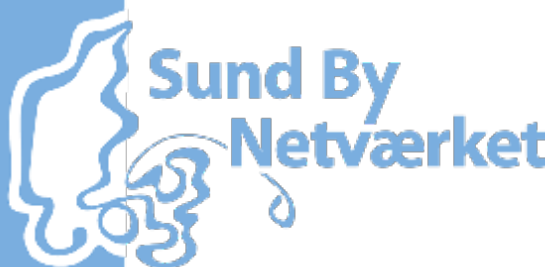
Således kan MPR eksempelvis tilbydes inaktive voksne, der har afsluttet genoptræningsforløb eller personer på sygedagpenge eller andre i det sociale system. Tilsvarende kan der overvejes kobling til gruppebaserede

patientuddannelsesforløb for personer med kroniske lidelser. Træningstilbuddet kan på denne måde bredes ud fra en diagnoserelateret indsats til et tilbud for relevante kommunale målgrupper.

Endelig er der et fortsat udviklingspotentiale i øget samarbejde med de alment praktiserende læger om henvisning til MPR, ligesom MPR kan overvejes som en henvisningsmulighed for hospitalslæger på bestemte afdelinger.

Livsstilssamtaler

MPR kan tænkes at indgå i en bredere ramme med fokus på livsstil og ikke alene fysisk aktivitet. I kommunerne findes der forskellige tilbud til borgerne som for eksempel rygeafvænning, kostvejledning med videre. Det kan overvejes at indføre en indledende livsstilssamtale som borgernes indgang til de forskellige tilbud. Altså en form for screeningssamtale hvor borgernes behov for livsstilsintervention afdækkes. Efter denne samtale kan borgerne henvises til relevante tilbud som MPR, motionsvejledning, kostvejledning, rygestopkursus eller andet. Screeningsamtalen kan varetages af en person med kendskab til sundhedsadfærd og livsstilsændringer, en slags sundhedscoach eller vejleder, med overblik over de eksisterende tilbud i kommunen og med en koordinerende funktion. Motionsvejledning kan desuden være en



primær opgave for denne sundhedscoach eller vejleder.

Motionsvejledning

Et muligt udviklingsperspektiv er at etablere en kommunal motionsvejlederfunktion. En sådan funktion har været afprøvet i Fyns Amt og Frederiksberg Kommune. Motionsvejledere kan dels varetage vejlederfunktionen i MPR, herunder med særlig mulighed

for opfølgning efter afslutning af træningsperioden, dels motionsvejledning for kommunens borgere. En motionsvejleder kan varetage en række samarbejdsrelationer til eksterne interessenter. Dette kan eksempelvis gælde samarbejde med motionsudbydere om prøvetimer for MPR-hold, samarbejde om etableringen af målrettede motionstilbud og uddannelse af instruktører. Motionsvejlederen kan tillægges funktionen som den ovenfor beskrevne sundhedscoach.

Eksempel

I Nordjyllands Amt havde hovedparten af kommunerne en sundhedsaftale med amtet. I de fleste tilfælde indebar sundhedsaftalen, at kommunen havde en "Sund By", hvor den borgerrettede forebyggelse havde sit udgangspunkt. Sund By havde således bl.a. tilbud om rygestop og kostvejledning blandt meget andet. Da MPR skulle implementeres i Nordjyllands Amt, var det derfor naturligt at gøre det i Sund By, hvor det kunne lade sig gøre – dvs. de Sund By'er, der havde fysioterapeuter ansat, og samtidigt havde de faciliteter, der skulle til for at kunne varetage træningen.

Dette betød, at fysioterapeuterne i deres indledende (første) samtale med MPR-deltagerne havde mulighed for at henvise deltagerne til både kostvejledning og rygestop, hvis det var relevant. Ydermere kunne deltageren selv bestemme, hvornår han/hun ville have disse tilbud – enten mens han/hun gik på MPR eller efterfølgende.

Derfor var der også i samtalskemaet gjort plads til at registrere, om deltageren var interesseret i kostvejledning eller rygestop, og om det rent faktisk også var blevet henvist til dette. Kostvejledningen blev tilbudt som individuel vejledning med mulighed for at deltage i fælles arrangementer. Rygestoptilbud blev tilbudt både som individuel vejledning og gruppekursus efter deltagerens eget valg og behov.



Dette indebar en fleksibilitet i MPR-tilbudet i forhold til koblingen til andre livsstilstilbud - med mulighed for individuel tilpasning, som både fysioterapeuter og deltagere har været glade for.

Sund By findes stadig i flere af de nye kommuner, men uanset om begrebet "Sund By" findes eller ikke findes i de nye kommuner, arbejder man fortsat mange steder med muligheden for at tilbyde MPR-deltagere kostvejledning og rygestoptilbud i relation til deres MPR-tilbud.



Fakta om Sund By Netværket i Danmark

Sund By Netværket i Danmark er et netværk for kommuner og regioner, som politisk har besluttet at indgå i et forpligtende samarbejde for at styrke og udvikle det lokale sundhedsfremmende og forebyggende arbejde. Sund By Netværket tæller nu 50 medlemmer, og 33 nye medlemmer er kommet til siden august 2006.

Sund By Netværket er et laboratorium for udvikling af nye metoder og materialer og implementering af de udviklede modeller, og de 6 temagrupper er den faglige nerve i samarbejdet. Desuden er netværket et forum for udveksling af viden og erfaringer.

Sund By Netværkets medlemmer har siden starten i 1991 formået at udvikle en række nyttige og effektive redskaber til arbejdet med at fremme borgernes sundhed. En årlig sommerhøjskole, studierejser og konferencer er fælles aktiviteter i netværket, hvor både politikere og fagfolk inviteres.

For yderligere information om Sund By Netværket se www.sund-by-net.dk

Adresse:

Sund By Netværket
c/o KL-Huset
Weidekampsgade 10
2300 København S
Tlf. 3370 3580
E-mail: nhf@kl.dk