

Örebro universitet
Hälsoakademin
Sjukgymnastik
Nivå C
Vårterminen 2009

**Fysisk aktivitet hos personer som fått diagnosen
transitorisk ischemisk attack (TIA) – behov av
sjukgymnastråd**

**Physical activity in persons diagnosed with transient
ischemic attack (TIA) – call for physiotherapeutic advice**

Författare:
Ulrica Agneklev
Inga-Lisa Byström Utterheim

Handledare:
Ylva Nilsagård

Örebro universitet
Hälsoakademin
Sjukgymnastik

Arbetets art: Uppsatsarbete omfattande 15 högskolepoäng, inom ämnet Sjukgymnastik

Svensk titel: Fysisk aktivitet hos personer som fått diagnosen transitorisk ischemisk attack (TIA) – behov av sjukgymnastråd

Engelsk titel: Physical activity in persons diagnosed with transient ischemic attack (TIA) – call for physiotherapeutic advice

Författare: Ulrica Agneklev, Inga-Lisa Byström Utterheim

Handledare: Ylva Nilsagård

Datum: 2009-05-21

Antal ord: 5 388

Sammanfattning:

Syftet med denna studie var att beskriva hur fysiskt aktiva personer som fått diagnosen TIA var. Frågeställningarna rörde vilka aktiviteter studiedeltagarna ägnade sig åt, hur de upplevde sin hälsa, begränsande faktorer, eventuell förändring av aktivitetsvanor, samt om deltagarna fått råd om fysisk aktivitet. Som metod valdes enkätundersökning och 195 enkäter skickades till personer som sökt Universitetssjukhuset Örebro 2007 och fått diagnosen TIA. Resultat: Svarefrekvensen, efter externt och internt bortfall, blev 74 %. Mer än hälften av de 144 studiedeltagarna var fysiskt aktiva mindre än 30 minuter/dag. Den vanligaste aktiviteten var promenader, vilket 72 % ägnade sig åt. Yngre personer ägnade sig oftare åt tre eller fler aktiviteter jämfört med äldre personer. De deltagare som var regelbundet fysiskt aktiva skattade sin hälsa som god till utmärkt, medan de med stillasittande fritid skattade sin hälsa som någorlunda eller dålig. De mest begränsande faktorerna var sjukdom och smärta. Av studiedeltagarna uppgav 98 personer att de inte fått råd om fysisk aktivitet och hälften av deltagarna hade inte förändrat sina aktivitetsvanor. Slutsats: Studien visar att många personer som fått diagnosen TIA är fysiskt inaktiva. Begränsande faktorer, som, sjukdom, smärta och hög ålder, medför att råd om fysisk aktivitet bör vara individanpassade. Att ge råd om fysisk aktivitet på lämplig nivå, utifrån den enskilda personens förutsättningar är ett centralt kunskapsområde för sjukgymnaster. Därför bör dessa patienter ges möjlighet att träffa sjukgymnast.

Sökord: fysisk aktivitet, transitorisk ischemisk attack (TIA), hälsa, enkät, sjukgymnastik

Innehållsförteckning

1. Bakgrund	4
1.1 Fysisk aktivitet	4
1.2 Folkhälsa	4
1.3 Rekommendationer om fysisk aktivitet	5
1.4 Transitorisk Ischemisk Attack (TIA)	5
1.5 Fysisk aktivitet på Recept (FaR [®])	6
1.6 Problemformulering	6
2. Syfte	7
2.1 Frågeställningar	7
3. Metod	7
3.1 Studiedesign	7
3.2 Urval	7
3.3 Följebrev	7
3.4 Enkät	7
3.4.1 Bakgrundsfrågor	7
3.4.2 Frågor om fysisk aktivitet	8
3.5 Statistisk analys	8
3.6 Etiska överväganden	9
4. Resultat	9
4.1 Bortfall	9
4.2 Beskrivning av deltagarna	10
4.3 Kartläggning av fysisk aktivitet	11
4.3.1 Aktiviteter	14
4.3.2 Samband mellan fysisk aktivitet och upplevd hälsa	14
4.3.3 Begränsningar för fysisk aktivitet	14
4.3.4 Förändring av fysisk aktivitet	14
4.3.5 Råd om fysisk aktivitet	15
5. Diskussion	15
5.1 Metoddiskussion	15
5.1.1 Studiedesign	15
5.1.2 Urval	15
5.1.3 Bakgrundsfrågor	15
5.1.4 Frågor om fysisk aktivitet	16
5.1.5 Tillförlitlighet och generaliserbarhet	16
5.2 Resultatdiskussion	16
6. Slutsats	17
7. Referenslista	
Bilagor	
Bilaga 1: Bakgrundsfrågor	
Bilaga 2: Frågor om fysisk aktivitet	

1. Bakgrund

1.1 Fysisk aktivitet

Enligt Statens folkhälsoinstitut (FHI) definieras fysisk aktivitet som all typ av rörelse som ger ökad energiomsättning t.ex. promenader, hushålls- och trädgårdsarbete, fysisk belastning i arbete, friluftsliv, motion och träning. Motion innebär då en planerad fysisk aktivitet som oftast sker efter ombyte av kläder. Träning i sin tur sker företrädesvis inom idrotten i prestationshöjande syfte.¹

Ur ett historiskt perspektiv har vår fysiska aktivitet minskat då vår vardag inbjuder till en alltmer inaktiv livsstil. Bidragande till detta är teknisk utveckling som tvättmaskin, diskmaskin, motorgräsklippare, hiss, dörröppnare och rulltrappor. Dessa exempel tillsammans med att våra arbeten är mindre fysiskt ansträngande, en alltmer stillasittande fritid med tv-tittande och datoranvändande, samt att vardagsmotion genom promenader/cykling till och från arbetet har ersatts med pendling med bil/buss/tåg/tunnelbana har resulterat i minskad fysisk aktivitet.²

Det som bestämmer hälsoeffekten av en fysisk aktivitet är den totala energiförbrukningen, vilken är beroende av hur hårt (intensitet), hur länge (duration) och hur ofta (frekvens) aktiviteten utförs. Goda hälsoeffekter kan uppnås vid låg intensitet men för att förbättra konditionen krävs en högre intensitet. Längre aktivitetsspass ger i regel större hälsoeffekt, men korta pass på minst 10 minuter kan adderas. Aktiviteten bör ske regelbundet, då hälsoeffekten endast kvarstår något dygn, vid lågintensiv aktivitet helst dagligen.³⁻⁵

Regelbunden fysisk aktivitet påverkar kroppens alla vävnader. Andningsfrekvensen ökar, puls, blodtryck och kroppstemperatur stiger, hjärtats och musklernas genomblödning ökar, det bildas mer mjölksyra och frisätts hormoner som adrenalin, tillväxthormon och kortisol.⁵

Fysisk aktivitet har gynnsam effekt på bl.a. följande: hjärt/kärlsjukdomar, övervikt, metabola syndromet, typ 2-diabetes, cancer, mental hälsa och rörelseapparatus sjukdomar.^{6,7}

1.2 Folkhälsa

Våren 2003 antog riksdagen propositionen ”Mål för folkhälsan”. I den fastställdes att det övergripande målet för folkhälsopolitiken var att skapa samhällsliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela Sveriges befolkning.

Statens folkhälsoinstitut har det övergripande ansvaret som ett nationellt kunskapscentrum för metoder och strategier, samt för uppföljning och utvärdering, medan aktörer framför allt är kommuner, landsting, frivilligorganisationer och näringsliv.⁸

Det nuvarande svenska folkhälsoarbetet grundas på elva målområden. Två målområden berör fysisk aktivitet, det är målområde 6 ”Hälsofrämjande hälso- och sjukvård” och målområde 9 ”Fysisk aktivitet”. Ett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande perspektiv ska genomsyra hälso- och sjukvården, med ansvar att upplysa om metoder som förebygger sjukdom och ohälsa, t.ex. inom områden som att sluta röka, äta bättre och vara mer fysiskt aktiv.

Förutsättningar ska ges för mer fysisk aktivitet i förskola och skola, i anslutning till arbetet och under fritiden. Äldre, långtidssjukskrivna och funktionshindrade ska erbjudas möjlighet till motion och träning på egna villkor. Extra stöd skall ges till individer eller grupper med ökad sårbarhet och riskfaktorer för sjukdom.⁹

Sverige kan bli först i världen med nationella riktlinjer om förändring av levnadsvanor.

Socialstyrelsen har påbörjat ett riktlinjearbete ”Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder” angående tobaksbruk, missbruk av alkohol, ohälsosamma matvanor och fysisk inaktivitet. Riktlinjerna beräknas vara klara våren 2011.¹⁰

Världshälsoorganisationen (WHO) har tagit fram ett mått som mäter den samlade betydelsen av olika sjukdomar, den så kallade sjukdomsbyrån. Måttet väger samman sjukdomars påverkan på hälsotillståndet och hur mycket de bidrar till förtida död. År 2004 beräknades fysisk inaktivitet bidra till 1,9 miljoner personers förtida död i världen.¹¹

I Sverige beräknas hjärt- och kärlsjukdomar vara största orsaken till förtida död och av enskilda riskfaktorer beräknas högt blodtryck bidra till 12 % av sjukdomsburden, därefter kommer tobak med 10 % och höga blodfetter med 8 %. Fysisk inaktivitet bidrar med c:a 4 %.¹²

För att uppnå de största hälsovinsterna bör de som är minst fysiskt aktiva börja med någon form av regelbunden fysisk aktivitet. I Folkhälsoenkäten 2008, en landsomfattande enkätundersökning som görs årligen i samarbete mellan folkhälsoinstitut och Sveriges landsting/regioner om hälsa och livsvillkor i Sverige, rapporterade c:a 15 % att de hade en stillasittande fritid.¹³

Örebro läns hälso- och sjukvård ska under 2009 öka sina insatser att påverka länsbornas levnadsvanor till ett sundare liv. Vårdpersonal ska oftare ge hälsoråd och uppmärksamma patienter på hälsoriskfaktorer. Riktade insatser ska göras för att minska rökning, övervikt och alkoholmissbruk, samt öka den fysiska aktiviteten hos länets invånare.¹⁴

1.3 Rekommendationer om fysisk aktivitet

De svenska hälsofrämjande allmänna rekommendationerna är att alla helst varje dag ska vara fysiskt aktiva i minst 30 minuter med t.ex. promenad, cykling eller tyngre hushållsarbete. Aktiviteten ska vara minst måttligt ansträngande, vilket innebär att man blir varm. Denna vardagsmotion kan delas upp i kortare pass på minst 10 minuter/gång. Detta kan kompletteras med eller utbytas mot konditionsträning 20-60 minuter 2-3 ggr/vecka, t.ex. jogging, stavgång, cykling, gympa, dans, simning eller skidåkning. Aktiviteten ska då vara så ansträngande att man blir svettig och andfädd. Dessutom rekommenderas någon form av styrketräning 2 ggr/vecka, varvid alla stora muskelgrupper ska användas och varje övning ska upprepas 8-12 ggr/gång.^{15, 16}

De svenska rekommendationerna för fysisk aktivitet överensstämmer väl med internationella riktlinjer.^{17, 18}

Boken "FYSS 2008: Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling" ger exempel på lämpliga träningsformer. Äldre personer utgör en mycket heterogen grupp, vilket medför att skräddarsydda träningsprogram är att föredra framför generella råd.

Träningsprogram som innefattar balans, rörlighets- och koordinationsövningar, liksom styrka och kondition, rekommenderas för äldre.^{19, 20} Exempel på lämpliga aktiviteter vid högt blodtryck är konditionsträning, promenader, simning och cykling. Då fysisk aktivitet sänker blodtrycket, men effekten är kortvarig, är regelbundenhet viktigt. Som tillägg rekommenderas styrketräning med lågt motstånd och många repetitioner.²¹ Vid måttligt högt blodtryck bör fysisk aktivitet inklusive livsstilsförändringar prövas innan medicinering sätts in.²² Personer som har diabetes kan följa de allmänna rekommendationerna vad gäller fysisk aktivitet. Har man däremot hjärtrytmrubbningar, hjärtsvikt eller artros bör aktiviteterna anpassas individuellt.²³

1.4 Transitorisk Ischemisk Attack (TIA)

TIA klassificeras som en cerebrovaskulär sjukdom. Symtomen kommer plötsligt och försvinner oftast inom några minuter till timmar, men helt inom 24 timmar.²⁴ TIA innebär att en mindre del av hjärnan drabbats av övergående cirkulationsstörning, oftast p.g.a. av små proppar så kallade "mikroembolier". Dessa proppar bildas i de blodkärl som förser hjärnan med blod och när de passerar hjärnans trängre kärl hindras blodflödet till någon del av hjärnan, varvid syrebrist uppstår. Vanligt förekommande är något eller några av följande symtom: svaghet i en kroppshalva, känselnedsättning, balansrubbning, synstörning, yrsel, svårighet att tala eller förstå tal. I vissa fall kan lätta minnesproblem kvarstå, men oftast blir personen helt återställd. Incidenssiffrorna är osäkra, många personer söker inte sjukvård, då symtomen är så snabbt övergående, men anges till c:a 50/100 000 personer och år.

Det innebär att ungefär 4500 personer insjuknar i en TIA i Sverige per år. Det är okänt vad medelåldern för att insjukna i en TIA är, men för stroke är den 75 år (73 för män respektive 77 för kvinnor).²³ TIA är en varningssignal och indikerar en ökad risk för stroke och hjärtinfarkt.²⁴ I Sverige finns det nationella riktlinjer för strokesjukvård²⁵ för att drabbade personer ska få ett liknande omhändertagande. Det är viktigt att personer som får något/några av ovan angivna symtom omedelbart får sjukhusvård. Dels för att det initialt inte går att bedöma om det är en stroke personen drabbats av och att snabb behandling ger färre komplikationer, dels för att risken att få en stroke inom en snar framtid ökar och medicinering behöver sättas in. Vid ankomst till sjukhuset genomförs en klinisk undersökning, blodprover tas, EKG, samt röntgen av hjärnan utförs. Vid behov sätts blodförtunnande behandling, blodtryckssänkande behandling och behandling av blodfetter in, ibland kan en operation av förträngning av halspulsådern behöva göras. Då symtomen klingar av snabbt är inläggning på avdelning inte alltid nödvändig.²⁵ Liknande riktlinjer finns även i USA och Storbritannien^{26, 7} Orsaken till TIA är oftast arterioskleros (åderförkalkning) och de fem vanligaste riskfaktorerna är högt blodtryck, rökning, diabetes, förmaksflimmer och fysisk inaktivitet. Dessa går att påverka genom livsstilsförändringar, men kan behöva kombineras med medicinering.²⁷ Personer som regelbundet är fysiskt aktiva har en ökad förmåga att återupplösa blodproppar (fibrinolys).²⁸ Fysisk aktivitet bidrar till att förebygga, behandla och kontrollera högt blodtryck.²² Fysiskt aktiva kvinnor och män har 25-30 % lägre risk att insjukna i TIA/stroke.²⁹ Vid ett insjuknande, hos fysiskt aktiva personer, blir symtomen lindrigare och återhämtningen sker snabbare än hos fysiskt inaktiva personer.³⁰ Fysisk aktivitet dagligen är en viktig faktor för att minska risken att återinsjukna i TIA/stroke.³¹ Till icke påverkbara riskfaktorer räknas ålder, manligt kön och ärftlighet för hjärt- och kärlsjukdom.²⁷

1.5 Fysisk aktivitet på recept (FaR[®])

FaR[®] är en metod hälso- och sjukvården sedan 2003 använder sig av för att öka den fysiska aktiviteten i befolkningen. Patienten får ett recept förskrivet på fysisk aktivitet. Ordinationen ska jämföras med annan behandling och kan ersätta eller komplettera t.ex. ordination av läkemedel.

Nationell uppföljning har visat på god följsamhet och att FaR[®] i kombination med motiverande samtal är en bra metod för att öka den fysiska aktiviteten.⁴

Till sin hjälp har förskrivaren ”FYSS 2008: Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling” där sjukdomsanpassade råd och anvisningar finns.²³

I linje med detta har Avdelningen för sjukgymnastik, Universitetssjukhuset Örebro (USÖ), under hösten 2008 genomfört utbildning i motiverande samtal och förskrivning av FaR[®].

Syftet är att ge sjukgymnaster möjlighet att förskriva FaR[®], som behandlingsåtgärd.

1.6 Problemformulering

I Örebro län beräknas ungefär 250 personer per år drabbas av TIA.³² De personer som drabbats av en TIA och söker sjukhusvård träffar sällan en sjukgymnast, då symtomen snabbt går i regress. Då risken att få en stroke är större när man haft en TIA, och fysisk inaktivitet är en riskfaktor är en kartläggning av dessa personers fysiska aktivitetsnivå viktig. Studier om detta saknas både på nationell och på lokal nivå. En kartläggning av denna nyidentifierade målgrupp kan ge ledtrådar om hur fysiskt aktiva dessa personer är och ligga till grund för förändringar av sjukgymnastens roll.

2. Syfte

Att beskriva hur fysiskt aktiva personer är som sökte vård på Universitetssjukhuset Örebro (USÖ) och fick diagnosen TIA 2007.

2.1 Frågeställningar

- Hur fysiskt aktiva är män respektive kvinnor i olika åldersgrupper som fick diagnosen TIA 2007 (på USÖ).
- Vilka fysiska aktiviteter ägnar personerna sig åt, hur många och skiljer det sig åt mellan yngre och äldre personer?
- Finns skillnader i rapporterad fysisk aktivitet beroende på boendeform eller utbildningsnivå?
- Finns ett samband mellan fysisk aktivitet och upplevd hälsa hos personerna som haft en TIA?
- Vilka begränsningar upplever personerna att det finns för fysisk aktivitet? Är det en skillnad i fysisk aktivitet mellan de som uppger respektive inte uppger att begränsningar finns?
- Har personerna förändrat sin fysiska aktivitetsnivå efter insjuknandet i en TIA?
- Har personerna fått råd om fysisk aktivitet, i samband med kontakten med sjukvården under 2007, i så fall av vem och hur? Har de som fått råd följt dem?

3. Metod

3.1 Studiedesign

Studien var en tvärsnittsstudie med enkätundersökning som metod.

3.2 Urval

Alla personer som sökte USÖ och fick diagnosen TIA (G45)³³ 2007 tillfrågades om deltagande i studien. De två aktuella klinikerna var Neurokliniken och Medicinska klinikkens akutvårdsavdelning (AVA). Personuppgifterna, personnummer, namn och adress hämtades ur det patientadministrativa systemet som används inom Örebro läns landsting. Innan utskick av följebrev och enkäter kontrollerades att personen inte avlidit. Personer som sökt Karlskoga och Lindesbergs lasarett och fått diagnosen TIA inkluderades inte i studien då det fanns praktiska och delvis etiska problem med att inhämta uppgifter över sjukhusgränserna.

3.3 Följebrev

Ett följebrev med information om studien skickades ut tillsammans med enkäten. Begreppet TIA användes inte för att inte skapa oro hos personerna med ett ord de eventuellt inte förstod innebörden av.

3.4 Enkät

Enkäten testades på tre personer i författarnas omgivning, före utskick, för att bedöma tidsåtgång och att frågorna gick att förstå och besvara.

Följebrev och enkäter skickades per brev, tillsammans med adresserat och frankerat svarskuvert, i mars 2009. Påminnelse skickades till dem som inte svarat inom tio dagar.

Kodning av enkäterna gjordes för att påminnelse skulle kunna skickas, kodnyckeln förvarades inlåst och förstördes när enkäterna analyserats.

3.4.1 Bakgrundsfrågor

För att kunna beskriva studiedeltagarna ställdes åtta bakgrundsfrågor (bilaga 1).

Sex frågor handlade om kön, ålder, boende, utbildningsnivå och sysselsättning samt två frågor om hälsa. Frågorna om kön, ålder, boende och sysselsättning inspirerades av "Nationella folkhälsoenkäten 2008".³⁴ Frågan om utbildningsgrad konstruerades till denna studie. Första frågan om hälsa, där personerna bads skatta sin egen hälsa, hämtades från hälsoenkäten SF-36 (Short-Form-36 Health Survey).³⁵ Den andra frågan om hälsa var en öppen fråga om personerna hade någon sjukdom (diagnos) som försvårade/begränsade möjligheten att vara fysiskt aktiv.

3.4.2 Frågor om fysisk aktivitet

För att kartlägga studiedeltagarnas fysiska aktivitet valdes åtta frågor (bilaga 2). De två första frågorna var ordagrant hämtade ur "Nationella folkhälsoenkäten 2008", delen om levnadsvanor.³⁴ Dessa handlade om hur fysiskt aktiva personerna varit på sin fritid under de senaste 12 månaderna respektive under en vanlig vecka.

Den tredje frågan handlade om vilka aktiviteter studiedeltagarna ägnade sig åt. Alternativen inspirerades av förslag på lämpliga aktiviteter i FYSS²⁰ samt egna erfarenheter. Aktiviteterna finns alla inom aktivitetsdomänen i International Classification of Function, Disability and Health (ICF).³⁶

För att få svar på frågeställningarna om studiedeltagarna haft några begränsningar att vara fysiskt aktiva, förändrat sina fysiska aktivitetsvanor, fått råd om fysisk aktivitet i samband med utskrivning från sjukhuset och i så fall av vem, samt om de följt dessa konstruerades fem studiespecifika frågor.

I sex enkäter hade två alternativ kryssats, istället för ett, på någon av de två första frågorna om fysisk aktivitet. Svaren klassades ned eller upp beroende på vilka svarsalternativ som kryssats och inkluderades i studien, se nedan.

Fråga 1

1. Stillasittande fritid
2. Måttlig motion på fritiden
3. Måttligt regelbunden motion på fritiden
4. Regelbunden motion och träning

Fråga 2

1. Fem timmar/vecka eller mer
2. Mer än tre timmar, men mindre än fem timmar/vecka
3. Mellan en till tre timmar/vecka
4. Högst en timme/vecka
5. Inte alls

1+2 på fråga 1 i kombination med 3-5 på fråga 2=Lägre alternativet valdes

1+2 på fråga 1 i kombination med 1-2 på fråga 2=Högre alternativet valdes

3+4 på fråga 1 i kombination med 3-5 på fråga 2=Lägre alternativet valdes

3+4 på fråga 1 i kombination med 1-2 på fråga 2=Högre alternativet valdes

3.5 Statistisk analys

Statistikprogrammen Statistix och Stat View (Abacus Concepts, Inc. Berkeley, Kalifornien) användes vid databearbetningen.

En deskriptiv analys gjordes av bakgrundsinformationen och resultaten redovisades i tabellform.

Ålder redovisades med medelvärde, standarddeviation och variationsvidd.³⁷

Bakgrundsfrågorna användes också för att jämföra män/kvinnor samt för att beräkna om det var någon skillnad vad gäller fysisk aktivitet beroende på boendeform och utbildningsnivå.

De enskilda frågorna om fysisk aktivitet redovisades i tabeller för urvalet totalt, i åldersgrupper samt för kön.

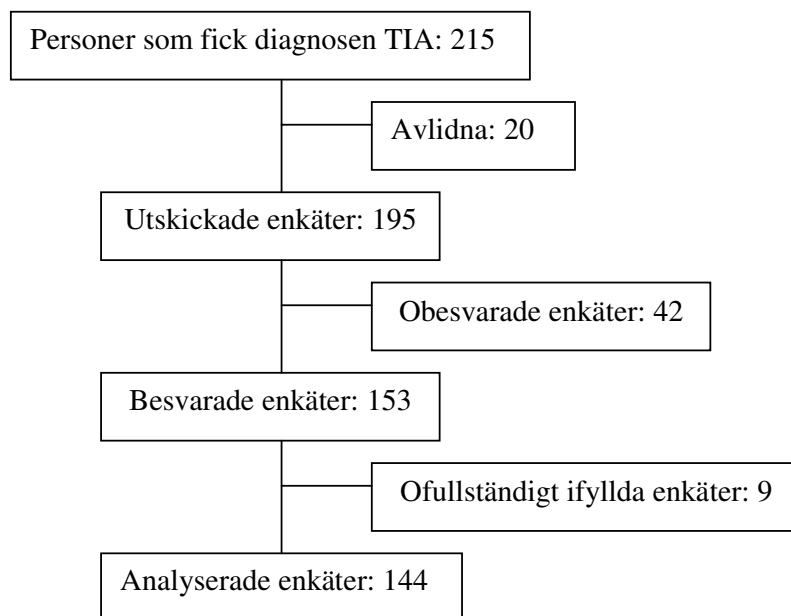
En jämförelse gjordes mellan de som uppgav en stillasittande fritid eller rörde sig utan att bli svettiga och de som ägnade tre timmar eller mer åt måttligt ansträngande aktiviteter avseende upplevd hälsa. De fem svarsalternativen på frågan om hälsa delades i två alternativ där ”någorlunda” och ”dålig” sammanfördes till ett alternativ. Alternativen ”utmärkt”, ”mycket god” och ”god” utgjorde det andra alternativet. Vid signifikansberäkningar användes Mann-Whitneys U-test, Chitvåtestet eller Kruskal-Wallis testet. En signifikansnivå på $p \leq 0.05$ valdes.

3.6 Etiska överväganden

Denna forskningsstudie försökte identifiera en riskgrupp som kan komma att erbjudas interventioner. Aktuella klinikchefer tillfrågades och skriftligt tillstånd gavs innan personuppgifterna hämtades ur det patientadministrativa systemet. Klinikcheferna fick även läsa följebrevet innan det skickades ut. I följebrevet som studiedeltagarna fick tillsammans med enkäten framgick det varifrån uppgifterna om dem var tagna, att alla uppgifter behandlades konfidentiellt, samt att deltagandet var frivilligt och inte påverkar eventuell framtida kontakt med vården. Följebrevet var skrivet på ett neutralt sätt och telefonnummer till författarna och handledaren fanns med för eventuella förfrågningar.

4. Resultat

Antal personer som fick diagnosen TIA 2007 på USÖ var 215. Efter bortsortering av avlidna skickades 195 enkäter ut, varav 153 besvarades. Av dessa analyserades 144 enkäter då nio bedömdes som ofullständigt ifyllda. Svarsfrekvensen blev därmed 74 %. Enkäter där svar fattades på två av frågorna 1, 2 eller 5 om fysisk aktivitet ansågs som ofullständiga (Figur 1).



Figur 1 Flödesschema: Av 195 utskickade enkäter analyserades 144.

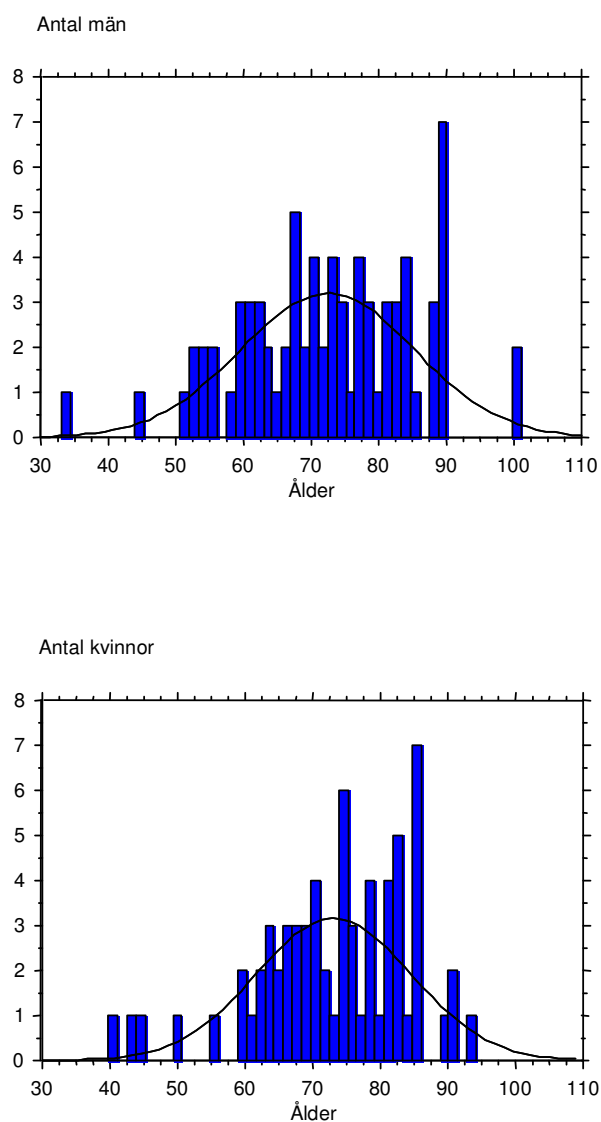
4.1 Bortfall

Obesvarade och ofullständigt ifyllda enkäter räknades som externt bortfall. Vid jämförelse med avseende på ålder var medelåldern för denna grupp densamma som för analysgruppens,

d.v.s. 73 år. Obesvarade frågor ansågs som internt bortfall, liksom när alla alternativ på första frågan om fysisk aktivitet var kryssade.

4.2 Beskrivning av deltagarna

I analysgruppen ingick 77 män och 67 kvinnor. Medelåldern var 73 år totalt för gruppen liksom för män respektive kvinnor. Åldern varierade mellan 33 och 101 år (figur 2).



Figur 2 Deltagarnas åldersfördelning uppdelat på kön. Medelvärde män 73 ± 13 år (33-101) Medelvärde kvinnor 73 ± 12 år (40-94).

Drygt hälften av deltagarna bodde i bostadsrätt/hyresrätt, resterande bodde huvudsakligen i egen villa/radhus. Några få bodde i annat boende t.ex. korttidsboende eller särskilt boende. De flesta deltagarna var sammanboende, men 60 personer var ensamboende. Två tredjedelar av deltagarna var ålderspensionärer. Drygt hälften av studiedeltagarna angav sin hälsa som

god/mycket god/utmärkt. Hälften av studiedeltagarna hade en sjukdom (diagnos) som enligt dem själva försvårade/begränsade deras möjlighet att vara fysiskt aktiva (Tabell I).

Tabell I Beskrivning av deltagarnas boende, utbildningsnivå, sysselsättning, hälsobeskrivning samt begränsande sjukdom, $n=144$.

		Totalt	Män	Kvinnor
Deltagare		144	77 (53 %)	67 (47 %)
Boende	Egen villa/radhus	64 (44 %)	40 (52 %)	24 (36 %)
	Bostadsrätt/ hyresrätt	74 (51 %)	32 (42 %)	42 (63 %)
	Annat boende	6 (4 %)	5 (6 %)	1 (1 %)
Bor med	Ensamboende	60 (42 %)	22 (29 %)	38 (57 %)
	Sammanboende*	84 (58 %)	55 (71 %)	29 (43 %)
Utbildningsnivå	Grundskola (6-9 år)	66 (46 %)	38 (49 %)	28 (42 %)
	Gymnasieskola	32 (22 %)	17 (22 %)	15 (22 %)
	Högskola/Universitet	24 (17 %)	14 (18 %)	10 (15 %)
	Annat**	22 (15 %)	8 (10 %)	14 (21 %)
Sysselsättning	Yrkesarbetar	22 (15 %)	17 (13 %)	5 (7 %)
	26-50%	1	0	1
	51-75%	1	1	0
	76-100%	20	16	4
	Arbetssökande	1 (1 %)	1 (1 %)	0
	Ålderspensionär	108 (75 %)	55 (71 %)	53 (79 %)
	Sjuk/aktivitetsersättning	7 (5 %)	3 (4 %)	4 (6 %)
	Långtidssjukskriven (>3 mån)	1 (1 %)	0	1 (1 %)
Annat	5 (3 %)	1 (1 %)	4 (6 %)	
Hälsobeskrivning	Utmärkt	14 (10 %)	7 (9 %)	7 (10 %)
	Mycket god	24 (17 %)	14 (18 %)	10 (15 %)
	God	41 (29 %)	24 (31 %)	17 (25 %)
	Någorlunda	54 (38 %)	27 (35 %)	27 (40 %)
	Dålig	10 (7 %)	4 (5 %)	6 (9 %)
	Internt bortfall	1 (1 %)	1 (1 %)	
Begränsande sjukdom	Nej	71 (49 %)	34 (44 %)	37 (55 %)
	Ja	71 (49 %)	43 (56 %)	28 (42 %)
	Internt bortfall	2 (1 %)		2 (3 %)

* Innefattar boende med make/maka/sambo/partner/barn/annan

** Innefattar annat/realskola

På den öppna frågan vilken/vilka sjukdomar (diagnos) som begränsade fysisk aktivitet grupperades svaren. De tre största grupperna var hjärtbesvär som 23 personer uppgav, ledbesvär som 18 personer uppgav och nack/ryggbesvär som åtta personer uppgav. Sex personer uppgav att de hade drabbats av stroke.

4.3 Kartläggning av fysisk aktivitet

Mindre än en tredjedel av deltagarna rapporterade att de bedrev måttlig, regelbunden motion eller träning på sin fritid. Sammanlagt uppgav 29 personer att de hade en stillasittande fritid. (Tabell II).

Tabell II Beskrivning av deltagarnas fysiska aktivitet under de senaste tolv månaderna. Totalt, fördelat på kön och i tre åldersgrupper.

<i>n</i> =144	Totalt	Män	Kvinnor
Stillasittande fritid	29 (20 %)	12 (16 %)	17 (25 %)
Måttlig motion på fritiden	81 (56 %)	44 (57 %)	37 (55 %)
Måttlig, regelbunden motion på fritiden	14 (10 %)	8 (10 %)	6 (9 %)
Regelbunden motion och träning	16 (11 %)	10 (13 %)	6 (9 %)
Internt bortfall	4 (3 %)	3 (4 %)	1 (1 %)
	144	77	67

<i>n</i> =34	33-64 år	Män	Kvinnor
Stillasittande fritid	4 (12 %)	1 (5 %)	3 (23 %)
Måttlig motion på fritiden	15 (44 %)	8 (38 %)	7 (54 %)
Måttlig, regelbunden motion på fritiden	6 (18 %)	4 (19 %)	2 (15 %)
Regelbunden motion och träning	7 (21 %)	6 (29 %)	1 (8 %)
Internt bortfall	2 (6 %)	2 (10 %)	0
	34	21	13

<i>n</i> =85	65-84 år	Män	Kvinnor
Stillasittande fritid	14 (16 %)	4 (10 %)	10 (23 %)
Måttlig motion på fritiden	53 (62 %)	29 (69 %)	24 (56 %)
Måttlig, regelbunden motion på fritiden	8 (9 %)	4 (10 %)	4 (9 %)
Regelbunden motion och träning	9 (11 %)	4 (10 %)	5 (12 %)
Internt bortfall	1 (1 %)	1 (1 %)	0
	85	42	43

<i>n</i> =25	85-101 år	Män	Kvinnor
Stillasittande fritid	11 (44 %)	7 (50 %)	4 (36 %)
Måttlig motion på fritiden	13 (52 %)	7 (50 %)	6 (56 %)
Måttlig, regelbunden motion på fritiden	0	0	0
Regelbunden motion och träning	0	0	0
Internt bortfall	1 (4 %)	0	1 (9 %)
	25	14	10

En vanlig vecka ägnade nästan hälften av deltagarna sig åt mer än tre timmars måttligt ansträngande aktiviteter, som gjorde att de blev varma. Tjugotre personer ägnade sig inte åt någon sådan aktivitet alls (Tabell III).

Tabell III Beskrivning av hur mycket tid deltagarna ägnar sig åt måttligt ansträngande aktiviteter en vanlig vecka. Totalt, fördelat på kön och i tre åldersgrupper.

<i>n</i> =144	Totalt	Män	Kvinnor
5 timmar per vecka eller mer	33 (23 %)	20 (26 %)	13 (19 %)
Mer än 3 timmar per vecka	30 (21 %)	20 (26 %)	10 (15 %)
Mellan 1 till 3 timmar per vecka	37 (26 %)	16 (21 %)	21 (31 %)
Högst en timme per vecka	19 (13 %)	11 (14 %)	8 (12 %)
Inte alls	23 (16 %)	10 (13 %)	13 (19 %)
Internt bortfall	2 (1 %)	0	2 (3 %)
	144	77	67

<i>n</i> =34	33-64 år	Män	Kvinnor
5 timmar per vecka eller mer	10 (29 %)	5 (24 %)	5 (38 %)
Mer än 3 timmar per vecka	8 (24 %)	7 (33 %)	1 (8 %)
Mellan 1 till 3 timmar per vecka	12 (35 %)	7 (33 %)	5 (38 %)
Högst en timme per vecka	3 (9 %)	2 (10 %)	1 (8 %)
Inte alls	1 (3 %)	0	1 (8 %)
	34	21	13

<i>n</i> =85	65-84 år	Män	Kvinnor
5 timmar per vecka eller mer	20 (24 %)	12 (29 %)	8 (19 %)
Mer än 3 timmar per vecka	19 (22 %)	11 (26 %)	8 (19 %)
Mellan 1 till 3 timmar per vecka	24 (28 %)	9 (21 %)	15 (35 %)
Högst en timme per vecka	12 (14 %)	7 (17 %)	5 (12 %)
Inte alls	9 (11 %)	3 (7 %)	6 (14 %)
Internt bortfall	1 (1 %)	0	1 (2 %)
	85	42	43

n=25	85-101 år	Män	Kvinnor
5 timmar per vecka eller mer	3 (12 %)	3 (21 %)	0
Mer än 3 timmar per vecka	3 (12 %)	2 (14 %)	1 (9 %)
Mellan 1 till 3 timmar per vecka	1 (4 %)	0	1 (9 %)
Högst en timme per vecka	4 (16 %)	2 (14 %)	2 (18 %)
Inte alls	13 (52 %)	7 (50 %)	6 (55 %)
Internt bortfall	1 (4 %)		1 (9 %)
	25	14	11

Med stigande ålder var personerna mindre fysiskt aktiva ($p < 0.0001$). Det fanns ingen signifikant skillnad i rapporterad fysisk aktivitet mellan män och kvinnor. Ingen signifikant skillnad fanns heller mellan fysisk aktivitet och boende i villa/radhus eller bostadsrätt/hyresrätt. Däremot fanns en tendens att personer med hög utbildning var mer fysiskt aktiva än de övriga ($p = 0.06$).

4.3.1 Aktiviteter

Den vanligaste aktiviteten deltagarna ägnade sig åt var promenader/stavgång, vilket 103 personer rapporterade. Vanligt var också trädgårdsarbete eller liknande, cykling och tyngre hushållsarbete. Mindre förekommande var styrketräning, motionsgymnastik och skidåkning. Under alternativet ”annat” uppgavs t.ex. golf, lättare hushållsarbete, lättare gymnastik, sjukgymnastik, bärplockning, fiske och biodling. Av deltagarna kryssade 10 personer ingen aktivitet alls. De yngre personerna ägnade sig signifikant åt fler aktiviteter än de äldre ($p < 0.0001$).

4.3.2 Samband mellan fysisk aktivitet och upplevd hälsa

De deltagare som uppgav att de hade en stillasittande fritid eller rörde sig utan att bli svettiga var också de som upplevde sin hälsa som någorlunda eller dålig. De personer som en vanlig vecka ägnade 3 timmar eller mer åt måttligt ansträngande aktiviteter, t.ex. raska promenader, trädgårdsarbete och cykling, upplevde sin hälsa som god, mycket god eller utmärkt. Denna skillnad var signifikant ($p < 0.0001$).

4.3.3 Begränsningar för fysisk aktivitet

De vanligaste begränsningarna deltagarna angav var smärta och sjukdom, sammanlagt uppgav 69 (48 %) personer dessa alternativ. Mindre förekommande var låg motivation, rädsla och tidsbrist. Av de 138 som svarat på frågan uppgav 54 (38 %) att inget begränsade deras möjligheter att vara fysiskt aktiva.

Det fanns en signifikant skillnad i fysisk aktivitet mellan de som uppgav att inget begränsade deras möjligheter att vara fysiskt aktiva mot dem som uppgav begränsningar ($p < 0.0001$). Personer som angett sjukdom (diagnos) som en begränsning i bakgrundsfrågorna var mindre fysiskt aktiva än de som inte angett sjukdom (diagnos) som en begränsning ($p < 0.0001$).

4.3.4 Förändring av fysisk aktivitet

Hälften av deltagarna hade inte förändrat sin fysiska aktivitet jämfört med före kontakten med sjukhuset 2007. Fler hade minskat än ökat sin fysiska aktivitet (Tabell IV).

Tabell IV Deltagarnas beskrivning av sin fysiska aktivitet senaste året jämfört med innan kontakten med sjukhuset 2007. Totalt och fördelat i tre åldersgrupper.

n=141	Totalt	33-64 år	65-84 år	85-101 år
Mer fysiskt aktiv	22	9	13	0
Oförändrad fysisk aktivitet	73	21	46	6
Mindre fysiskt aktiv	46	4	24	18

4.3.5 Råd om fysisk aktivitet

Av de 130 personer som besvarade frågan om de fått råd om fysisk aktivitet vid kontakten med sjukhuset 2007 uppgav majoriteten, 98 personer, att det inte fått några råd. Tjugofem personer hade fått muntliga råd och sju personer skriftliga råd, varav tre recept på fysisk aktivitet. Råden gavs oftast av läkare, sjukgymnast, sjuksköterska eller arbetsterapeut. Majoriteten av deltagarna som hade fått råd följde dem delvis.

5. Diskussion

5.1 Metoddiskussion

5.1.1 Studiedesign

Att objektivt mäta faktisk nivå av fysisk aktivitet är svårt och kostsamt. En enkätundersökning med självskattade nivåer är enklare, mindre tidskrävande och mindre kostsam än mätningar med stegräknare, accelerometer eller fysiologiska mätningar i laboratoriemiljö. Enkätundersökning bedömdes därför vara en lämplig metod för att besvara frågeställningarna i denna studie. Fördelen var att studien kunde omfatta många personer och därmed samtliga personer i en tänkt population. Nackdelen var att en enkätundersökning som metod, där personer subjektivt skattar sin fysiska aktivitet, innebär risk både för överskattning och för underskattning.²

5.1.2 Urval Tanken var att studien skulle omfatta Örebro läns landsting och kontakt togs därför med klinikcheferna på USÖ, Karlskoga och Lindesbergs lasarett. Att ta fram personuppgifter om personer som fått diagnosen TIA var svårt över sjukhusgränserna. Ansökan till etiska kommittén var inte aktuellt, vilket medförde att ansvariga på Karlskoga respektive Lindesbergs lasarett var tveksamma till att lämna ut personuppgifter. Urvalet begränsades därför till USÖ. Fysisk aktivitet varierar i Sverige med årstiderna och frågorna omfattade 12 månader. Därför valdes 2007 för att personerna skulle kunna jämföra hur fysiskt aktiva de var före respektive efter sjukhuskontakten. Fördelen var att det hade gått minst ett år sedan sjukhuskontakten. Nackdelen var att personerna kunde ha glömt hur fysiskt aktiva de var innan och vad som sades vid utskrivning. Några hade dessutom haft fler sjukhuskontakter under eller efter 2007.

5.1.3 Bakgrundsfrågor

I syfte att få en hög svarsfrekvens gjordes ansträngningen att utforma en enkel enkät som skulle gå snabbt att fylla i. I enkäten ingick bakgrundsfrågor om deltagarna i deskriptivt syfte, men även för att kunna genomföra jämförelser inom gruppen. I frågan om boende fanns alternativen villa/radhus, bostadsrätt/hyresrätt och annat t.ex. korttidsboende, särskilt boende. Svagheten med denna indelning var att radhus kan vara bostadsrätt och särskilt boende kan vara hyresrätt. Då stora förändringar i skolsystemet skett blev frågan om utbildningsnivå svår

att tyda. De låg- och mellanutbildade var svåra att urskilja då gymnasieskola kan innebära både yrkesskola och teoretisk utbildning. Flera uppgav realskola trots att alternativet inte fanns. De högutbildade gick att urskilja och därför gjordes en jämförelse mellan dem och övriga. För att ge deltagarna möjlighet att förklara varför de inte var fysiskt aktiva fanns en fråga om begränsning i form av sjukdom (diagnos) med.

5.1.4 Frågor om fysisk aktivitet

Att hitta enkäter om fysisk aktivitet som svarade på frågeställningarna var svårt. Några valida och reliabla enkäter som finns och används internationellt är International Physical Activity Questionnaires (IPAQ)³⁸ och Physical Activity Scale for the Elderly (PASE).^{39, 40} IPAQ valdes bort p.g.a. att den endast tar upp fysisk aktivitet under de sju senaste dagarna, vilket inte var relevant. PASE valdes bort p.g.a. att det innebar en kostnad att få tillgång till instrumentet. Statens folkhälsoinstitut genomför årligen sedan 2004 "Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor". I den ingår frågor om levnadsvanor däribland två frågor om fysisk aktivitet. FHI rekommenderar att dessa frågor används vid enkätundersökningar.⁴¹ Denna rekommendation utgjorde grund för beslutet att använda de frågorna och innebar möjligheter att jämföra resultaten med dem från FHI. I den randomiserade studien "Björknäsmodellen"⁴² används ett frågeformulär om fysisk aktivitet. Dessa frågor var väldigt lika FHI:s och valdes därför bort. Fördelen med FHI:s frågor var att de täckte in både vardagsaktiviteter, motion och träning. Nackdelen var ett intern bortfall då några kryssade alla alternativ eller inte något. För att få svar på vad som hindrade deltagarna att vara fysiskt aktiva fanns en fråga om begränsningar där flera alternativ var möjliga. Målsättningen var att framför allt de "äldre äldre" deltagarna skulle förstå att de ingick i målgruppen. En nackdel i frågan om vilka av följande aktiviteter personerna ägnade sig åt var att alternativet "ingen" inte fanns med. Inget kryss tolkades därför som ingen aktivitet. I frågan om personerna fick råd i samband med kontakten med sjukhuset 2007, fanns inte alternativet, "vet inte", vilket det borde ha gjort då relativt lång tid hade passerat.

5.1.5 Tillförlitlighet och generaliserbarhet

Studien kan anses tillförlitlig. Resultaten kan generaliseras till Örebro län, dock inte till hela Sverige, då trots nationella riktlinjer omhändertagandet kan se olika ut lokalt.

5.2 Resultatdiskussion

Medelåldern i studiegruppen var 73 år. Det bekräftar att ålder är en betydande riskfaktor för TIA.²⁷ Den relativt höga åldern kan förklara att hälften av personerna angav sjukdom eller smärta, som begränsning för fysisk aktivitet.

Det framkom genom studien hur fysiskt aktiv studiegruppen var och att det inte var någon signifikant skillnad mellan könen. Jämförelse gjordes i åldersgruppen 65-84 år, avseende fysisk aktivitet på fritiden, med FHI:s resultat 2008 från "Folkhälsoenkäten - Hälsa på lika villkor".¹³ Jämförelsen visade att i denna studie var 10 % av männen och 23 % av kvinnorna stillasittande på sin fritid mot 15 % av männen och 20 % av kvinnorna i FHI:s resultat.

Fysiskt aktiva i genomsnitt 30 minuter per dag har FHI valt att klassa de som angett något av alternativet måttlig, regelbunden motion eller regelbunden motion och träning på första frågan om fysisk aktivitet eller måttligt ansträngande aktiviteter mer än 3 timmar per vecka på andra frågan om fysisk aktivitet. I denna studie var 62 % männen och 49 % av kvinnorna fysiskt aktiva i genomsnitt 30 minuter eller mer per dag jämfört med FHI:s resultat, 63 % respektive 57 %. Övriga åldersgrupper jämfördes inte p.g.a. för litet underlag.

Oavsett ålder visade sig promenader vara den i särklass vanligaste formen av fysisk aktivitet. För sjukgymnaster är detta viktigt att tänka på då interventioner i denna grupp ska göras. Promenader är både billigt och enkelt, samt den aktivitet som rekommenderas mest.^{17, 23, 43}

Begränsningar för fysisk aktivitet var framför allt sjukdom, smärta och låg motivation. Flera av personerna över 85 år hade uppgett hög ålder, ålderskrämpor och åldersvaghet som förklaring på fysisk inaktivitet, vilket avspeglar sig i kartläggningen. Hälften av personerna hade inte ändrat sin fysiska aktivitet jämfört med före 2007. Att 22 personer beskrev sig som mer fysiskt aktiva är positivt. Kanske har den ökade samhällsinformationen, om vikten av fysisk aktivitet för en god hälsa, påverkat en del. Några kan som nyblivna pensionärer ha fått mer tid till fysisk aktivitet. Att så få av personerna fått råd om fysisk aktivitet innebär att här finns möjligheter till förbättringar genom intervention. Stora hälsovinster kan göras genom att få de stillasittande att vara något mer fysiskt aktiva.¹² Måttlig fysisk aktivitet minskar t.ex. risken för insjuknande i stroke med 20 %.²⁹

Läkarna är de som enligt gängse praxis alltid träffar denna patientgrupp. Att betona vikten av fysisk aktivitet och efterfråga fysiska aktivitetsvanor är viktigt i läkarsamtalet. För många i denna grupp räcker dock inte allmänna rekommendationer, då de ofta p.g.a. ålder har begränsande sjukdomar. Sjukgymnaster kan då komplettera med att utreda resurser och begränsningar, föreslå lämpliga aktiviteter, samt dosering. Följsamheten bland dem som i denna studie fått råd var låg, vilket kan bero på att råden inte var individanpassade eller att motivation till förändring saknades. Därför kan en remiss till sjukgymnast i primärvården vara lämplig för motiverande samtal, individuella träningsprogram eller FaR[®].⁴

Att träna tillsammans med andra är stimulerande. I Örebro län finns gruppaktiviteter både inom primärvården och inom frivillig- och idrottsorganisationer. Sjukgymnasten kan genom ett FaR[®] underlätta för personerna att hitta lämpliga grupper att delta i, anpassade till ålder och funktionshinder, och med utbildade ledare. För att fysisk aktivitet ska bedrivas regelbundet under lång tid är en av förutsättningarna att aktiviteten upplevs som lustfylld.⁴⁴ Att så stor del som 72 % i studiegruppen promenerade är positivt, om detta kompletteras med styrketräning och för de äldre även balans-, rörlighets- och koordinationsträning skulle hälsoeffekten öka ytterligare.

Organisatoriska frågor som om sjukgymnaster inom slutenvården ska träffa personer som fått en TIA för att informera om fysisk aktivitet, eller slussa vidare till primärvården för rådgivning och eventuellt FaR[®] kvarstår. Kanske kan ett informationsblad om vikten av fysisk aktivitet, som läkaren delar ut i samband med utskrivning, med hänvisning till sjukgymnaster i primärvården i vissa fall vara en tillräcklig åtgärd.

6. Slutsats

I denna studiegrupp, med personer som för drygt ett till två år sedan haft en TIA, var den fysiska aktiviteten signifikant beroende av ålder. De yngre var mer fysiskt aktiva och ägnade sig åt fler aktiviteter. De som uppgav att inget begränsade deras fysiska aktivitet var signifikant mer fysiskt aktiva, än de som hade uppgett sjukdom och smärta som begränsande faktorer. Ingen signifikant skillnad i fysisk aktivitet fanns mellan boende i villa/radhus jämfört med boende i bostadsrätt/hyreshus. En tendens att de med högre utbildning var mer fysiskt aktiva än övriga kunde ses.

I hela gruppen fanns ingen signifikant skillnad i fysisk aktivitet mellan män och kvinnor. Vid jämförelse med Folkhälsorapporten 2008 (gruppen 65-84 år), var skillnaden liten, dock var kvinnorna i denna studie något mer stillasittande och färre nådde upp till den rekommenderade dosen av fysisk aktivitet.

De personer som ägnade mer än tre timmar/vecka åt måttligt ansträngande aktiviteter skattade sin hälsa bättre än de med stillasittande fritid, vilket var signifikant.

Få hade 2007 fått råd om fysisk aktivitet vid kontakten med sjukhuset (eller mindes att de fått råd), vilket bör leda till en diskussion om rutiner angående den information och de råd som

ges. Studien visar att många i gruppen skulle kunna öka sin fysiska aktivitet, men att många är beroende av individuella råd för att göra det p.g.a. sjukdom/smärta och hög ålder. Att ge råd om fysisk aktivitet på lämplig nivå, utifrån den enskilda personens förutsättningar, är sjukgymnasters specialområde. Därför bör dessa patienter ges möjlighet träffa sjukgymnast.

7. Referenslista

1. Statens folkhälsoinstitut. Fysisk aktivitet, hälsa och sjukdom. In: Schäfer Elinder L, Johan Faskunger J, editors. Fysisk aktivitet och folkhälsa. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2006. p. 8-43.
2. Statens folkhälsoinstitut. Befolkningens aktivitetsmönster. In: Schäfer Elinder L, Johan Faskunger J, editors. Fysisk aktivitet och folkhälsa. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2006. p. 45-69.
3. Sundberg CJ, Henriksson J. Varför är fysisk aktivitet/träning positivt för vår hälsa? Fysioterapi 2008(9):38-43.
4. Leijon M, Ståhle A. Fysisk aktivitet på recept - ett verktyg för förbättrad folkhälsa. Fysioterapi 2007(5):40-7.
5. Henriksson J, Sundberg CJ. Allmänna effekter av fysisk aktivitet In: FYSS 2008 : Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. 2 uppl. Stockholm: Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (YFA), Statens folkhälsoinstitut; 2008. p. 11-37.
6. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Fysisk aktivitet och hälsa - vad säger litteraturen? In: Metoder för att främja fysisk aktivitet : en systematisk litteraturoversikt. Stockholm: SBU; 2007. p. 41-57.
7. Department of Health, Physical Activity, Health Improvement and Prevention. At least five a week: Evidence on the impact of physical activity and its relationship to health [Internet]. London: Department of Health; 2004 [cited 2009 20 maj]. Available from: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4080994.
8. Regeringskansliet. Mål för folkhälsan [Internet]. [cited 2009 20 maj]. Available from: <http://www.regeringen.se/content/1/c4/12/59/ce6a4da9.pdf>.
9. Statens folkhälsoinstitut. Folkhälsopolitikens målområden [Internet]. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2009 [cited 2009 20 maj]. Available from: <http://www.fhi.se/sv/Om-oss/Folkhalsopolitikens-malomraden/>.
10. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder: alkohol, fysisk aktivitet, matvanor, tobak [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009 [cited 2009 20 maj]. Available from: http://www.socialstyrelsen.se/AZ/sakomraden/nationella_riktlinjer/specnavigation/las_bestall/Levnadsvanor/index.htm.
11. World Health Organization. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health [Internet]. 2004 [cited 2009 20 maj]. Available from: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/en/>.
12. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2009 [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009 [cited 2009 20 maj]. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/2B5A6B25-2026-470C-A8BD-0E45AF95FAAA/13558/200912671.pdf>.
13. Statens folkhälsoinstitut. Hälsa på lika villkor 2008 [Internet]. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2008 [cited 2009 20 maj]. Available from: <http://www.fhi.se/Documents/Statistik-uppfoljning/Folkhalsoenkaten/Resultat-2008/Fysisk-aktivitet-090405.pdf>.
14. Örebro läns landsting. Sjukvården ska satsa mer på hälsa [Internet]. 2009 [cited 2009 21 maj]. Available from: http://www.orebroll.se/press/pressshow_8880.aspx?Pid=27204.
15. Jansson E, Andersson SA. Allmänna rekommendationer om fysisk aktivitet. In: FYSS 2008 : Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. 2 uppl. Stockholm: Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (YFA), Statens folkhälsoinstitut; 2008. p. 38-46.

16. Jansson E, Wislöff U, Stensvold D. Hälsospekter på styrketräning. In: FYSS 2008: Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. 2 uppl. Stockholm: Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (YFA), Statens folkhälsoinstitut; 2008. p. 118-29.
17. Haskell WL, Lee IM, Pate RR, Powell KE, Blair SN, Franklin BA, et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation* 2007;116(9):1081-93.
18. U.S. Department of Health and Human Services. 2008 Physical Activity Guidelines for Americans [Internet]. Washington: The secretary of health and human services; 2008 [cited 2009 20 maj]. Available from: <http://www.health.gov/paguidelines/pdf/paguide.pdf>.
19. Nelson ME, Rejeski WJ, Blair SN, Duncan PW, Judge JO, King AC, et al. Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Med Sci Sports Exerc* 2007;39(8):1435-45.
20. Lexell J, Frändin K, Helbostad J. Äldre. In: FYSS 2008: Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. 2 uppl. Stockholm: Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (YFA), Statens folkhälsoinstitut; 2008. p. 194-202.
21. Börjesson M, Kjeldsen S, Dahlöf B. Hypertoni. In: FYSS 2008: Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. 2 uppl. Stockholm: Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (YFA), Statens folkhälsoinstitut; 2008. p. 343-58.
22. Fagard RH, Cornelissen VA. Effect of exercise on blood pressure control in hypertensive patients. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2007;14(1):12-7.
23. Ståhle A, editor. FYSS 2008 Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling 2uppl. Stockholm: Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (YFA), Statens folkhälsoinstitut; 2008.
24. Fagius J, Aquilonius S-M, editors. *Neurologi*. 4., [rev.] uppl. Stockholm: Liber; 2006.
25. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för strokesjukvård 2005, Medicinskt och hälsoekonomiskt faktadokument [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005 [cited 2009 20 maj]. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/B9011B06-2FF8-4AA2-99C8-65C725C6CC76/4864/20061021.pdf>.
26. Sacco RL, Adams R, Albers G, Alberts MJ, Benavente O, Furie K, et al. Guidelines for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attack: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association Council on Stroke: co-sponsored by the Council on Cardiovascular Radiology and Intervention: the American Academy of Neurology affirms the value of this guideline. *Stroke* 2006;37(2):577-617.
27. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för Strokesjukvård Beslutstöd för prioriteringar 2009 Preliminär version [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009 [cited 2009 20 maj]. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/32296EC6-D5D9-4B4F-9BB2-9E7725DEA68F/13280/200912635.pdf>
28. Wang JS. Exercise prescription and thrombogenesis. *J Biomed Sci* 2006;13(6):753-61.
29. Lee CD, Folsom AR, Blair SN. Physical activity and stroke risk: a meta-analysis. *Stroke* 2003;34(10):2475-81.
30. Krarup LH, Truelsen T, Glud C, Andersen G, Zeng X, Korv J, et al. Prestroke physical activity is associated with severity and long-term outcome from first-ever stroke. *Neurology* 2008;71(17):1313-8.
31. Rincon F, Sacco RL. Secondary stroke prevention. *J Cardiovasc Nurs* 2008;23(1):34-41; quiz 2-3.

32. Örebro läns landsting. Riktlinjer för strokesjukvård i Örebro län [Internet]. 2007 [cited 2009 20 maj]. Available from: <http://www.orebroll.se/upload/OVK/Dokument/Stroke/Riktlinjerstroke.pdf>.
33. Socialstyrelsen. Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997 (KSH97), version 2009 [Internet]. 2009 [cited 2009 20 maj]. Available from: http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/E7035949-8967-4251-9D7A-A2DOC72322A9/0/KSH97_total_version2009_rev090126.pdf.
34. Folkhälsoinstitutet. Frågeformulär 2008 [Internet]. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2008 [cited Available from: <http://www.fhi.se/Documents/Statistik-uppfoljning/Folkhalsoenkaten/Enkatformular-LISTA/Formular-nationell-2008.pdf>.
35. Ware JE, Jr., Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992;30(6):473-83.
36. Socialstyrelsen, editor. Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa : svensk version av International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Stockholm: Socialstyrelsen; 2003
37. Ejlertsson G. Statistik för hälsovetenskaperna Lund: Studentlitteratur; 2003.
38. International Physical Activity Questionnaires (IPAQ) [Internet]. 2009 [cited 2009 20 maj]. Available from: <http://www.ipaq.ki.se/ipaq.htm>.
39. Washburn RA, Smith KW, Jette AM, Janney CA. The Physical Activity Scale for the Elderly (PASE): development and evaluation. *J Clin Epidemiol* 1993;46(2):153-62.
40. Washburn RA, McAuley E, Katula J, Mihalko SL, Boileau RA. The physical activity scale for the elderly (PASE): evidence for validity. *J Clin Epidemiol* 1999;52(7):643-51.
41. Boström G, Nyqvist K. Syfte och bakgrund till frågorna i nationella folkhälsoenkäten [Internet]. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2008 [cited 2009 20 maj]. Available from: <http://www.fhi.se/Documents/Statistik-uppfoljning/Folkhalsoenkaten/A2008-06-Framebakgrund.pdf>.
42. Eriksson M. Livsstilsintervention inom primärvården avseende prevention och modifiering av riskfaktorer för kardiovaskulära sjukdomar "Björknäsmodellen" - en randomiserad studie: D-uppsats sjukgymnastik. Luleå: Luleå Tekniska Universitet, Institutionen för hälsovetenskap; 2004.
43. Lee IM, Buchner DM. The importance of walking to public health. *Med Sci Sports Exerc* 2008;40(7 Suppl):S512-8.
44. Hagberg L. Cost-effectiveness of the promotion of physical activity in health care [Diss. (sammanfattning)]. Umeå: Univ.; 2007.

Bakgrundsfrågor

Är du man eller kvinna?

- Man
- Kvinna

Vilket år är du född?

År: _____

Hur bor du?

- Egen villa/radhus
- Bostadsrätt/hyresrätt
- Annat t.ex. korttidsboende, särskilt boende

Med vem delar du bostad?

D.v.s. bor du tillsammans med under större delen av veckan. Du kan ange flera alternativ.

- Ingen
- Make/maka/sambo/partner
- Barn
- Annan

Vilken utbildningsnivå har du?

- Grundskola (6-9 år)
- Gymnasieskola
- Högskola/universitet
- Annat

Vilken är din nuvarande sysselsättning? *Flera alternativ kan anges.*

- Yrkesarbetar: _____ % av heltid
- Tjänstledig
- Arbetssökande
- Ålderspensionär
- Sjuk-/aktivitetsersättning (förtids-, sjukpensionerad)
- Långtidssjukskriven (mer än 3 månader)
- Annat: _____

I allmänhet, skulle du vilja säga att din hälsa är:

- Utmärkt
- Mycket god
- God
- Någorlunda
- Dålig

Har du någon sjukdom (diagnos) som försvårar/begränsar din möjlighet att vara fysiskt aktiv?

- Nej
- Ja
om ja, vilken/vilka? _____

Frågor om fysisk aktivitet

1. Hur mycket har du rört och ansträngt dig kroppsligt på fritiden under de senaste 12 månaderna?

Om din aktivitet varierar mellan t ex sommar och vinter, så försök att ta ett genomsnitt. Obs! Kryssa endast i ett alternativ.

- Stillasittande fritid
Du ägnar dig mest åt läsning, TV, bio eller annan stillasittande sysselsättning på fritiden. Du promenerar, cyklar rör på dig på annat sätt mindre än 2 timmar i veckan.
- Måttlig motion på fritiden
Du promenerar, cyklar, eller rör på dig på annat sätt under minst 2 timmar i veckan oftast utan att svettas. I detta inräknas också promenad eller cykling till och från arbetet, övriga promenader, ordinärt trädgårdsarbete, fiske, bordtennis, bowling.
- Måttlig, regelbunden motion på fritiden
Du motionerar regelbundet 1-2 gånger per vecka minst 30 minuter per gång med löpning, simning, tennis, badminton eller annan aktivitet som gör att du svettas.
- Regelbunden motion och träning
Du ägnar dig åt t ex löpning, simning, tennis, badminton, motionsgymnastik eller liknande vid i genomsnitt minst 3 tillfällen per vecka. Vardera tillfället varar minst 30 minuter per gång.

2. Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt måttligt ansträngande aktiviteter som får dig att bli varm?

T ex promenader i rask takt, trädgårdsarbete, tyngre hushållsarbete, cykling, simning. Det kan variera under året, men försök ta något slags genomsnitt. Ange ett alternativ.

- 5 timmar per vecka eller mer
- Mer än 3 timmar per vecka, men mindre än 5 timmar per vecka
- Mellan 1 till 3 timmar per vecka
- Högst en timme per vecka
- Inte alls

3. Vilka av följande aktiviteter ägnar du dig åt?

- Promenader/stavgång
- Cykling
- Trädgårdsarbete eller liknande
- Tyngre hushållsarbete
- Simning
- Motionsgymnastik
- Styrketräning (träning med vikter, gummiband eller annat motstånd)
- Dans
- Bollspel
- Skidåkning
- Löpning
- Annat: _____

4. Finns något som begränsat dina möjligheter att vara fysiskt aktiv de senaste 12 månaderna?

- Inget
- Sjukdom
- Smärta
- Rädsla
- Låg motivation
- Tidsbrist
- Ekonomi
- Annat: _____

5. Hur skulle du beskriva din fysiska aktivitet de senaste 12 månaderna, jämfört med innan du hade kontakt med sjukhuset 2007?

- Oförändrad
- Mer fysiskt aktiv
- Mindre fysiskt aktiv

6. Fick du vid kontakt med sjukhuset 2007 något av följande?

- Recept på fysisk aktivitet
- Muntliga råd om fysisk aktivitet
- Skriftliga råd om fysisk aktivitet
- Inga råd om fysisk aktivitet (hoppa över fråga 7 och fråga 8)

7. Av vem fick du recept på fysisk aktivitet eller råd om det?

- Läkare
- Sjukgymnast
- Sjuksköterska
- Arbetsterapeut
- Annan: _____

8. Har du följt receptet eller råden om fysisk aktivitet?

- Ja helt och hållet
- Ja, delvis
- Nej

9. Har du några synpunkter på denna undersökning och/eller frågorna så skriv dem gärna här.
