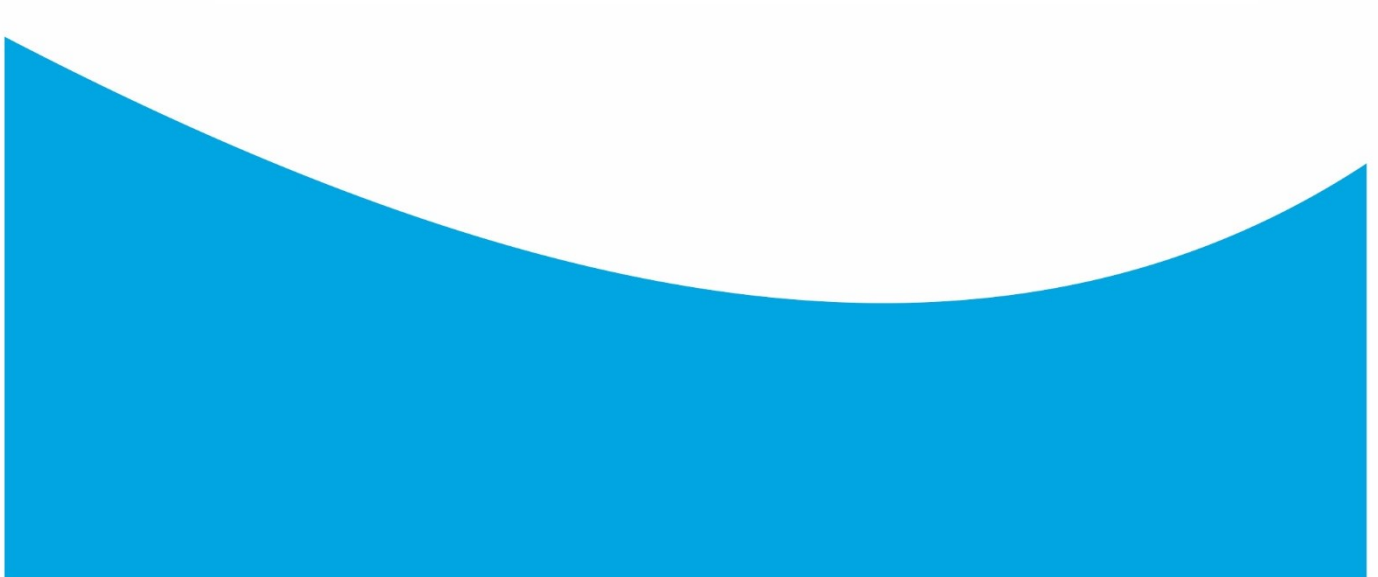


Stillasittande och fysisk aktivitet

En kartläggning av äldre i Blekinge

Kristina Borén
Joakim Niklasson
Anette Brantmark
Cecilia Fagerström

Rapport 2021:1



Stillasittande och fysisk aktivitet

En kartläggning av äldre i Blekinge

Kristina Borén
Joakim Niklasson
Anette Brantmark
Cecilia Fagerström

Rapport 2021:1

Stillasittande och fysisk aktivitet

– En kartläggning av äldre i Blekinge

© 2021 Författare och Blekinge kompetenscentrum

FÖRFATTARE: Kristina Borén, Joakim Niklasson, Anette Brantmark och Cecilia Fagerström

KOPIERINGSFÖRBUD

Detta verk är skyddat av upphovsrättslagen. Kopiering är förbjuden utöver vad som avtalats mellan upphovsrättsorganisationer och högskolor enligt avtalslicensen i 13 § upphovsrättslagen.

BESTÄLLNING: <https://regionblekinge.se>

TRYCK: Stibo Complete, Helsingborg

1:a tryckningen

Printed in Sweden 2021

Rapport 2021:1

ISBN 978-91-986807-2-0 (tryck)

ISBN 978-91-986807-3-7 (pdf)

Sammanfattning

Bakgrund

Att röra sig är grundläggande för hälsa och för äldre personer (65+) är aktivitet särskilt viktigt för att bibehålla rörlighet, fysisk hälsa och välmående. Trots detta spenderas 9-10 timmar av den vakna tiden stillasittande, detta oavsett ålder. Forskningsunderlag för hur mycket tid som den äldre spenderar stillasittande är i dagsläget bristfälligt och likaså vilka motivationsfaktorer som styr beteendet.

Rapporten ämnar därför undersöka i vilken omfattning äldre (65+) år som bor i ordinärt boende med initiala omsorgsinsatser och äldre (65+) i särskilt boende i Blekinge är stillasittande och fysiskt aktiva. Dessutom ämnar rapporten undersöka motivation till fysisk aktivitet samt beskriva balanssvårigheter, oro för fall, självskattad hälsa och förflyttningssätt bland äldre i ordinärt boende med initiala omsorgsinsatser och särskilt boende i Blekinge.

Metod

Två enkäter skickades ut, varav en till äldre (65+) i ordinärt boende med initiala omsorgsinsatser och en till äldre (65+) i särskilt boende. I ordinärt boende deltog 917 personer och i särskilt boende 188 personer. All data har beskrivits på gruppnivå. Insamlade data har bearbetats med hjälp av Microsoft Excel och statistikprogrammet SPSS version 26.

Resultat

Nära hälften av personer över 65 i ordinärt boende med initiala omsorgsinsatser och i särskilt boende spenderar större delen av det vakna dygnet stillasittande, skattar sin allmänna hälsa enbart som någorlunda god eller dålig och ser ej fysisk aktivitet som en självklarhet i de dagliga aktiviteterna. Rapporten visar bl.a. att fyra av tio av dem som bor i ordinärt boende är stillasittande mer än 7 timmar per dygn och att enbart hälften av dem uppnår rekommenderad fysisk aktivitet per vecka. Motsvarande andel på särskilt boende tycks vara dubbelt så hög, dvs. att åtta av tio är stillasittande 7 timmar eller mer av sin dag och enbart två av tio av dem når rekommenderad fysisk aktivitet per vecka. Äldre i ordinärt boende visade sig ha hög grad av självbestämmande och motivation till fysisk aktivitet och äldre på särskilt boende lägre grad.

Slutsats

Resultatet om äldre personers stillasittande kan ses som värdefullt underlag vid diskussion och kommande interventioner, vilka syftar till att främja äldres hälsa. Resultatet väcker många tankar om den äldres egen förmåga och motivation till träning och/eller rörelse samt omgivningens ansvar och möjlighet att ta initiativ. Vidare forskning rekommenderas för djupare förståelse av den äldres stillasittande.

Nyckelord Stillasittande, Äldre, Aktivitet, Beteende, Motivation, Hälsa

Förord

Just nu håller du en rapport i din hand (eller läser den på en skärm) som kan få stor betydelse för hur enskilda äldres hälsa, livskvalitet och vardag kan se ut framöver. Rapporten ger en bild av hur äldre i ordinärt boende med initiala omsorgsinsatser och boende i särskilt boende i Blekinge, har det avseende stillasittande och fysisk aktivitet. Bilden visar att målgruppen spenderar en stor del av det vakna dygnet stillasittande och att fysisk aktivitet inte är en självklar del i vardagen.

Sedan flera år finns det en FoU-verksamhet som utgör en viktig del i den etablerade samverkan mellan region och kommuner i Blekinge. FoU-verksamheten har en nära koppling till Ledningssamverkan vård och omsorg i Blekinge (LSVO), vilka även är uppdragsgivare till FoU-arbetet i denna rapport. Tankarna om ett arbete kring Stillasittande och fysisk aktivitet bland äldre föddes i verksamhetsgrupp FoU äldre och därefter formades ett länsgemensamt FoU-arbete inom området. Författarna till denna rapport är Anette Brantmark, FoU-strateg, Cecilia Fagerström, FoU-ledare samt Kristina Borén och Joakim Niklasson, doktorander i vårdvetenskap. Region Blekinge, länets fem kommuner samt Linnéuniversitetet har varit viktiga samarbetspartners i FoU-arbetet.

Rapporten kan utgöra ett viktigt underlag för ett fortsatt förbättringsarbete och förändrade arbetssätt i olika verksamheter. Ledning och olika professioner kan utifrån resultaten, även låta sig inspireras till att göra konkreta förbättringsarbeten som får en avgörande betydelse för den enskildes hälsa, livskvalitet och vardag.

Karlskrona, mars 2021
Mats Wennstig
Hälso- och sjukvårdsstrateg
Region Blekinge

Författarnas förord

Vi vill rikta ett tack till de personer som deltagit i undersökningarna och till de personer samt verksamheter som varit behjälpliga med datainsamlingen. Vi vill även tacka de personer i de kommunala verksamheterna som deltagit i diskussion kring hela projektets utformning samt utvärderat dess utfall. Vi vill också rikta ett tack till personal på Medicinska biblioteket för granskning av språk och referenshantering. Sist men inte minst vill vi tacka personalen på Blekinge kompetenscentrum för allt stöd och support med enkät- samt statistikbehandling.

Kristina Borén, Joakim Niklasson, Anette Brantmark & Cecilia Fagerström.
2021

Innehåll

Inledning.....	1
Bakgrund.....	1
Stillasittande beteende och fysisk aktivitet	2
Stillasittande beteende och fysisk aktivitet bland äldre i ordinärt boende	3
Stillasittande beteende och fysisk aktivitet bland äldre i särskilt boende	3
Motivation.....	4
Självbestämmandeteorin, Self-Determination Theory.....	4
Cognitive Evaluation Theory	5
Organismic Integration Theory	5
Basic Needs Theory	6
Transtheoretical model of behaviour change - motivationsreglering.....	7
Motivation till fysisk aktivitet bland äldre.....	7
Syfte	7
Metod	8
Datainsamling med enkäter	9
Deltagare ordinärt boende.....	10
Datainsamling och genomförande - Ordinärt boende.....	10
Deltagare särskilt boende	11
Datainsamling och genomförande - Särskilt boende.....	12
Analys av data	12
Etiska aspekter	13
Resultat	13
Självskattad hälsa.....	13
Förflyttning	14
Balans och fallrädsla	15
Stillasittande och fysisk aktivitet	19
Hinder och underlättande faktorer.....	21
Förändringsbenägenhet.....	22
Diskussion.....	24
Resultatdiskussion.....	24
Metoddiskussion.....	26
Enkät	26

Urval och deltagare.....	26
Dataanalys	27
Datainsamling	28
Implementering	28
Konklusion.....	29
Referenslista.....	30
Bilagor.....	34

Inledning

Denna forsknings- och utvecklingsrapport (FoU-rapport) presenterar i huvudsak resultatet från två enkätundersökningar genomförda i Blekinge. Deltagarna var äldre (65+) boende i särskilt boende samt äldre (65+) i ordinärt boende med initiala omsorgsinsatser såsom trygghetslarm och/eller matdistribution. Kartläggningen utgår från ett pågående forsknings- och utvecklingsprojekt mellan kommunerna i Blekinge och Region Blekinge med ett övergripande syfte att skapa ett underlag som stöd för kommunernas vidare planering av hälsoinsatser till äldre.

Avsikten med rapporten är framför allt att ge en samlad lägesbeskrivning av i vilken utsträckning studiedeltagarna är stillasittande respektive fysiskt aktiva och av deras motivation till fysisk aktivitet. Målgruppen för FoU-rapporten är chefer och kvalitetsutvecklare samt vård- och omsorgspersonal inom äldreförvaltningarna i Blekinge.

Bakgrund

Den äldre befolkningen (65+) är en växande grupp i samhället och många lever idag länge och även länge med kroniska sjukdomar och funktionsnedsättningar. Under sådana omständigheter kan strävan efter god livskvalitet och självständighet innebära stora utmaningar: trots utmaningarna är det dock viktigt att upprätthålla god livskvalitet och självständighet. Enligt Statistiska centralbyrån (2019) ökade medellivslängden för kvinnor med 27 år och med 26 år för män, mellan år 1900 och 2018. Under samma tidsspann ökade antalet personer 75 år och äldre mer än 5,5 gånger. Bland riskfaktorer för att drabbas av sjukdom och skador, är ålder den viktigaste faktorn att beakta (Rydwick, 2012). Ökad medellivslängd medför ökat antal personer som lever med kronisk sjukdom hos äldre (65+), vilket medför utmaningar för personens självständighet och hälsa (Yrkesföreningar för fysisk aktivitet, 2016).

För att visa hur personer skattar sin egen hälsa används måttet självskattad hälsa. Självskattad hälsa har visats kunna ge prediktioner om en persons fysiska och psykiska framtida hälsa (Fayers & Sprangers, 2002). Vid en kartläggning av sociodemografiska och socioekonomiska faktorer som påverkar den äldres självskattade hälsa framkommer följande som övergripande: frånvaro av fysiska nedsättningar, god psykisk hälsa, deltagande i sociala aktiviteter och fysisk aktivitet (Conde-Sala, Portellano-Ortiz, Calvo-Perxas & Garre-Olmo, 2017). Alla ovanstående faktorer inverkar på den äldres självständighet och påverkar förutsättningarna för ett hållbart åldrande. Funktionellt åldrande är centralt för det hållbara åldrandet och möjliggör självständighet i vardagen (Frändin & Helbostad, 2016). Att upprätthålla funktionell kapacitet, balans, rörlighet och inte uppleva sig hindrad av hälsoproblem är faktorer som är viktiga för personens självständighet och livskvalitet (Fagerström, Persson, Holst & Hallberg, 2008).

Långvarigt stillasittande har visat sig vara relaterat till ökade hälso- och sjukvårdskostnader, ökad risk för utveckling av kroniska sjukdomar, ökad fallrisk samt ökad risk för förtidig död (Yrkesföreningar för fysisk aktivitet, 2016). Forskningen är dock motstridig och evidensen är inte tillräcklig avseende

de fysiologiska effekterna av långvarigt stillasittande för åldrandeprocessen. De flesta studier som gjorts på långvarigt stillasittande har enbart involverat barn och arbetsföra vuxna och de sjukdomsrelaterade aspekterna som undersökts har framför allt inriktats på att kartlägga risker för att utveckla sjukdomar längre fram i livet till följd av långvarigt stillasittande (Ekblom Bak, 2013; Stamatakis et al., 2018). Dock är evidensen om stillasittande och effekten av att bryta långvarigt stillasittande fortfarande bristfällig då fokus länge har legat på fysisk aktivitet och dess effekter bland äldre.

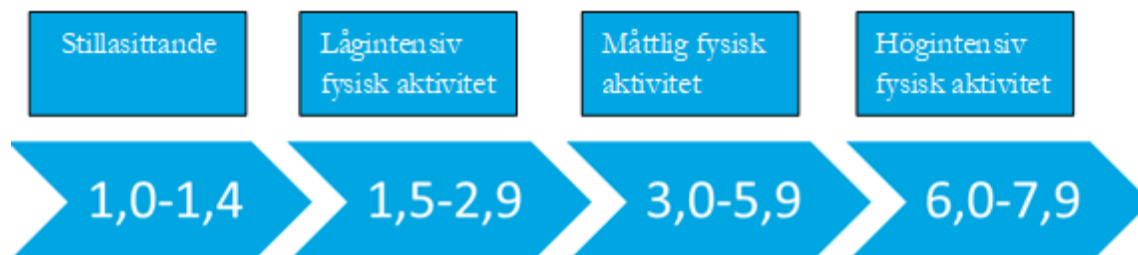
Stillasittande beteende och fysisk aktivitet

Flera faktorer och beteenden påverkar hur vi åldras och ett stillasittande beteende och att vara fysiskt aktiv är två beteenden som samverkar i åldrandet. Ett beteende beskrivs som varje iakttagbar reaktion hos en person i någon situation ("Beteende", u.å.). Att vara fysiskt aktiv är ett friskbeteende som skapar förutsättningar för att kunna upprätthålla sin självständighet och vara oberoende av hjälp i vardagslivet så länge som möjligt. Tidigare objektiva mätningar med accelerometer har påvisat att personer oavsett ålder är stillasittande och spenderar i snitt 56 % av de vakna timmarna stillasittande per dag (Healy et al., 2007). Ett stillasittande beteende karakteriseras av en låg energiförbrukning ($\leq 1,5$ metabolic equivalents, METs) i vaket tillstånd och inkluderar kroppshållningar som att sitta, halvligga och ligga (Barnes et al., 2013; Tremblay et al., 2017). Exempel på stillasittande aktiviteter kan vara skärmrelaterade aktiviteter (tv, dator, telefon), läsa, skriva, prata, åka bil/buss, sitta i rullstol i sittande, halvliggande eller liggande ställning. Att vara stillasittande är inte skadligt i sig, men kan ses som ett riskbeteende. Det bör motverkas genom att ta korta pauser på ett par minuter med jämna mellanrum, vilket rekommenderas för dem som har stillasittande arbete eller sitter mycket på fritiden (Ekblom Bak, 2013; Yrkesföreningar för fysisk aktivitet, 2016). Detta gäller även dem som uppfyller rekommendationerna om fysisk aktivitet. Dock saknas det evidens och därmed även specifika riktlinjer när det gäller maximalt hur länge man bör vara stillasittande under en dag eller under en vecka eller vilken typ av avbrott och hur långa avbrotten från stillasittande måste vara för att minska risken för ohälsa (Jansson, Hagströmer, & Andersson, 2016). Långvarigt stillasittande har tidigare definierats som totalt stillasittande i 30 minuter eller mer (Honda et al., 2016).

Fysisk aktivitet kan beskrivas fysiologiskt som all kroppsrörelse som ökar energiförbrukningen utöver viloförbrukning (Mattsson, Jansson, & Hagströmer, 2016). I dessa rörelser ingår således de förflyttningssätt en person tar sig för i vardagen. Fysisk aktivitet innefattar också aktiviteter som har måttlig eller hög energiförbrukning så som motion, vardagsaktiviteter och träning (Caspersen, Powell, & Christenson, 1985). Det energirelaterade aktivitetsspannet inkluderar även stillasittande och lågintensiv fysisk aktivitet (figur 1).

Fysiskt oberoende bland äldre kan relateras till livskvalitet (La Grow, Yeung, Towers, Alpass, & Stephens, 2013), minskade sjukvårdskostnader (Anderson & Knickman, 2001) och längre överlevnad (Arai et al., 2014). Studier har även visat att fysisk aktivitet och kondition är relaterade till äldres fysiska oberoende, varav fysisk aktivitet på äldre dagar kan vara avgörande för god hälsa och funktion och är en förutsättning för att upprätthålla sin självständighet och att fortsätta vara oberoende av hjälp i vardagslivet (Frändin & Helbostad, 2016). Rekommendationerna för fysisk

aktivitet för alla vuxna är 150 minuter per vecka. För dem över 65 års ålder bör även balansträning ingå för att träna funktion, motverka fall och för att skapa en medvetenhet som rör kunskapen om den egna balansen i vår vardag. Denna medvetenhet är av yttersta vikt för att uppleva säkerhet i rörelse (Sherrington et al., 2008). Personer med kroniska sjukdomstillstånd eller funktionshinder bör vara så aktiva som tillståndet medger. Dock är det en grupp som alltför sällan får möjlighet att vara fysiskt aktiv och använda sina förmågor (Frändin & Helbostad, 2016).



Figur 1. Energiförbrukning, metabolic Equivalents (MET's).

Stillasittande beteende och fysisk aktivitet bland äldre i ordinärt boende

Personen är i behov av att ha en aktiv livsstil för att främja ett hållbart åldrande och utan en aktivitetsbaserad vardag löper personen stor risk för att utveckla ohälsobeteenden (Ekblom Bak, 2013). Aktiviteten stimulerar våra sinnen och ökar motivationen på både ett fysiskt och mentalt plan. En persons förmåga att utföra en aktivitet styrs i till största del av tre grupper av påverkansfaktorer: person-, miljö, och aktivitetsfaktorer (Law et al., 1996). När de tre grupperna samspelar har personen gott aktivitetsutförande i vald aktivitet och kan då utföra aktiviteten självständigt, ergo personen är självständig i vald aktivitet (Kielhofner & Taylor, 2017). För äldre personer är ofta personfaktorerna förändrade, som exempel har 23 % av personer över 80 år nedsatt rörelseförmåga, vilket i sin tur påverkar personens självständighet och påverkar således förmågan att utföra en aktivitet (Matthews et al., 2008). De fysiska nedsättningar ökad ålder medför ökar även risken för att en person blir begränsad till sin hemmiljö. De äldre med funktionsnedsättningar som har dessa miljörestriktioner riskerar att utveckla stillasittande beteende och med en redan stor del av dagen spenderad stillasittande finns behov av att bryta beteendet (Matthews et al., 2008). Långvarigt stillasittande ökar risken för att den upplevda hälsan försämras och i de fall ett stillasittande beteende leder till att en person blir beroende av personlig stöttning i vardagen på grund av nedsatt aktivitetsutförande, påverkas självständighet samt integritet negativt (Kielhofner & Taylor, 2017). Stillasittande beteende ökar risken för att utveckla flertalet negativa påverkansfaktorer på rörelseapparaten och då en äldre person många gånger redan har nedsatt funktionell rörlighet, ökar även risken för att den äldre på sikt inte kan bo kvar i den egna hemmiljön utan behöver flytta till ett särskilt boende för äldre.

Stillasittande beteende och fysisk aktivitet bland äldre i särskilt boende

Idag bor drygt 100 000 personer i särskilt boende i Sverige (Socialstyrelsen, 2016). De vanligaste orsakerna till att en person flyttar till särskilt boende beror på att hen har behov av omvårdnad som uppstår med korta eller skiftande intervall eller att personen har svårigheter att orientera sig i förhållande till sin omgivning. Medelåldern för de som bor i särskilt boende är 85,3 år

(Socialstyrelsen, 2016). I en studie av Forster et al. (2009) sågs en nedgång i hälsa och en ökad beroendegrad i aktiviteter som gång och påklädning hos äldre som flyttat till särskilt boende. I en studie av Hellström, Condelius, Willman, & Fagerström (2015) visades att äldre som behöver hjälp av vårdpersonal på ett boende för att förflytta sig oftast blir sittande i dagrummet större delen av dagen utan att någon speciell aktivitet erbjuds. Bristen på aktivitet gör att de äldre sitter och sover, vilket påverkar nattsömnerna på ett negativt sätt.

En studie av de Souto et al. (2016) visade att 80 % av de äldre var stillasittande (60 % sittande och 20 % liggande) under de sex timmar mitt på dagen då det var som personaltätast. Faktorer som nedsatt balansförmåga och bristande känsla av säkerhet hos den äldre är andra orsaker som kan bidra till otillräcklig fysisk aktivitet och ökad tid i stillasittande (Frändin & Helbostad, 2016), men även en hindrande utomhusmiljö och rädslan för att röra sig utomhus kan vara en bidragande faktor till ett stillasittande beteende (Ekblom Bak, 2013). Buman et al. (2010) har i en studie undersökt äldre personers fysiska hälsa och sambandet mellan stillasittande beteende och lågintensiv aktivitet. Studien visade att de äldre ägnade ca fem timmar per dag åt lågintensiva aktiviteter och över nio timmar per dag åt stillasittande. Vidare visade Buman et al. (2010) att om 30 minuters stillasittande ersattes med lågintensiv aktivitet förbättrades den fysiska hälsan signifikant. En studie av Balboa-Castillo, León-Muñoz, Graciani, Rodríguez-Artalejo, & Guallar-Castillón (2011) fann liknande resultat när äldre män och kvinnor studerades. Manini et al. (2015) konstaterade att sköra äldre kan ha mer att vinna på att minska stillasittande tid än regelrätt träning, vilket många gånger anses vara ouppnåeligt i denna grupp. Lågintensiv fysisk aktivitet såsom långsam promenad och rörelse i vardagen kan därför vara speciellt viktigt för äldre personer.

Motivation

Motivation är ett begrepp som används för att försöka beskriva, förutsäga och förklara personers beteende (Lindwall, Stenling, & Weman-Josefsson, 2019). Motivation är ett komplext begrepp, där synen på vad motivation är, har förändrats över tid. Under 1960-talet dominerade de så kallade belöningsprinciperna inom psykologin för att förändra ett beteende. Det innebär att om vi hittar och använder en lämplig belöningsmodell så anses frågan om hur man motiverar personer vara löst (Deci & Flaste, 1995). Dessa principer bygger på att motivation är något man framför allt får från andra och som kommer utifrån snarare än inifrån. Dessa idéer började dock ifrågasättas under slutet av 60-talet och frågor som vilka upplevelser och situationer som gör att personers inre motivation stärks, eller försvagas, blev i stället i fokus. En teoretisk plattform som används i dag för att beskriva motivation är självbestämmandeteorin, Self-Determination Theory (SDT). En teoribildning som utgår ifrån att personer antas vara proaktiva och naturligt nyfikna problemlösare med en stark benägenhet att vilja påverka sin omgivning och att vår självmedvetenhet har betydelse för våra handlingar (Lindwall et al., 2019).

Självbestämmandeteorin, Self-Determination Theory

Självbestämmandeteorin, Self-Determination Theory (SDT) är en motivationsteori som utgår från inre och yttre motivation (Ryan & Deci, 2000) och där kvaliteten på motivationen och miljön står i fokus för att påverka beteendet. SDT består bland annat av tre olika underliggande teorier; Cognitive Evaluation Theory (CET), Organismic Integration Theory (OIT) och Basic Needs Theory (BNT).

Dessa delar avser att förklara (i) hur miljön eller kontexten stödjer eller stjälper motivation, (ii) hur vissa beteende integreras i självet så motivationen blir mer autonom, (iii) hur de grundläggande psykologiska behoven hänger ihop med inre motivation (Hagger & Chatzisarantis, 2008; Ryan & Deci, 2000).

Cognitive Evaluation Theory

Den första grunden till motivationsteorierna är cognitive evaluation theory. CET handlar om att personen har ett medfött behov av att känna sig kompetent och kunna bestämma över sig själv. Enligt teorin är det viktigt att personen känner en viss möjlighet att välja aktiviteten eller inte, för att den inre motivationen ska bibehållas (Deci & Ryan, 1985). Teorin menar att om ett beteende görs av inre motivationsskäl hos personen kan en form av belöning, till exempel lön, göra så att den inre motivationen undermineras och beteendet görs enbart för yttre motivation, det vill säga beteendet görs för lörens skull. Detta leder i sin tur till att den inre motivationen för det specifika beteendet minskar och blir styrd av yttre motivationsskäl (Boal & Cummings, 1981; Ryan & Deci, 2000).

Organismic Integration Theory

Organismic intergration theory är en underliggande teori till SDT och fokuserar på yttre motivation, dvs. OIT förklarar vilka processer som leder till att ett beteende, som är kontrollerat av yttre variabler, omvandlas till att bli integrerat med självet hos personen och att beteendet blir kontrollerat av inre motivation.

Inom SDT anser man att vissa yttre motivationsvariabler är i olika grad självbestämmande eller tvingade. Bland de yttre motivationsvariablerna finns det alltså olika grader av självbestämmande variabler och kontrollerade variabler till motivation. Den yttre motivationsvariabeln delas in i fyra olika grupper (yttre reglering, introjicerad reglering, identifierad reglering och integrerad reglering). Yttre reglering är den mest kontrollerande, alltså den minst självbestämmande av motivationsvariablerna (Ryan & Deci, 2000). Beteendet styrs här av att få yttre belöning eller att undvika bestraffning som t.ex. kan uppstå när en person känner tvång, press eller utför en handling enbart för att uppnå en önskad belöning. Introjicerad reglering är nästa steg mot ett mer autonomt motivationsbeteende och är bestämt av personen själv. Reglering kan beskrivas som att personen kontrollerar sitt eget beteende med självförtroendemässiga skäl och inblandning av självet. Det innebär enligt Ryan och Deci (2017) att personen utför ett beteende för att undvika känslor av skam, skuld eller negativa känslor från andra personer i det sociala sammanhanget, till exempel ”jag motionerar för jag vet att jag borde”. Identifierad reglering är den av de yttre regleringarna som är näst mest autonom. Det innebär att personen utför beteendet då det stämmer överens med personens egna övertygelser och värderingar (Josefsson & Lindwall, 2010; Ryan & Deci, 2000). Enligt SDT påverkar det motivationsstadium personen befinner sig i beteendet. Ju mer självbestämmande, desto stabilare bas för långsiktigt upprätthållande av beteendet. I det sista steget av SDT:s kontinuum har de yttre värderingarna och övertygelserna blivit förenade med personens egna livsmål, livsstil och personlighet. Dessa yttre värderingar har då blivit fullt integrerade och är därmed till större del autonoma och hållbara över tid. Inom denna teori fokuseras också på amotivation. Amotivation beskrivs som ett tillstånd där personen inte finner mening, värde eller belöning i att agera och därför heller inte agerar (Ryan & Deci, 2000).

I enlighet med OIT strävar personer att integrera beteenden till självet som är accepterade av den sociala miljö personen befinner sig i. Därmed kan den sociala miljön stjälp eller förstärka integreringen av vissa beteenden så att personens beteende blir mer självbestämmande enligt SDT:s kontinuum. Innan en person kan ta till sig ett nytt beteende och fortsätta vara motiverad behöver dock de tre grundläggande behoven i Basic Needs Theory bli uppfyllda (Hagger & Chatzisarantis, 2008; Ryan & Deci, 2000, 2007, 2017; Teixeira, Carraça, Markland, Silva, & Ryan, 2012).

Typ av motivation	Amotivation/ vara omotiverad	Yttre motivation				Inre motivation
Typ av reglering		Yttre reglering	Introjerad reglering	Identifierad reglering	Integrerad reglering	Inre reglering
Beteendekvalitet	Kontroll			Självbestämmande		

Figur 2. Motivationskontinuum i Self-determination Theory. Utifrån Deci och Ryan (2000).

Basic Needs Theory

Inom SDT anses personen ha tre grundläggande psykologiska behov för att skapa välmående. Dessa är kompetens, autonomi och samhörighet. Genom att tillfredsställa behoven av kompetens, autonomi och samhörighet tar personer till sig vissa beteenden som ger dem en känsla av effektivitet, förståelse och sammanhang (Hagger & Chatzisarantis, 2008; Ryan & Deci, 2000). Ryan och Deci (2007) menar att om den sociala kontexten som en person befinner sig i stjälp ett av dessa behov kommer den inre motivationen för det specifika beteendet att minska och därmed minskar också den positiva upplevelsen av just det beteendet. Vidare menar Ryan och Deci (2007) att alla behov är nödvändiga för att en person ska kunna växa och må bra i sitt liv. Det går alltså inte att tillfredsställa ett av behoven samtidigt som man negligerar de andra för att motivation till ett visst beteende ska uppenbara sig. SDT betonar att dessa tre psykologiska behov kan, tillsammans med CET och OIT, förklara personens behov av att utföra ett visst beteende (Ryan & Deci, 2000).

I SDT är den sociala miljön en central utgångspunkt utifrån givarens förhållningssätt och bemötande om mottagarens grundläggande psykologiska behov främjas eller undermineras (Ryan & Deci, 2000). I en vårdrelaterad kontext skulle givaren exempelvis vara vård och omsorgspersonal där mottagaren är den äldre. Det är framförallt tre dimensioner av den sociala miljön som påverkar hur en person upplever i vilken grad deras grundläggande psykologiska behov främjas eller undermineras. Dimensionerna är autonomistöd, struktur och interpersonell involvering. Dimensionerna kan skildras utifrån följande motsatsförhållanden: uppmuntrande/kontrollerande, högt engagemang/lågt engagemang, ”varm” atmosfär/”kall” atmosfär samt struktur/lite struktur i den sociala miljön. Således blir kommunikationsstilen en viktig del i arbetet med motivation (Vansteenkiste, Niemiec, & Soenens, 2010) och personer som verkar runt den äldre får ett betydelsefullt inflytande över personens motivation.

Transtheoretical model of behaviour change - motivationsreglering

En modell där både kognitiva teorier och beteenderelaterade strategier är integrerade är Transtheoretical model of behaviour change (TTM). Den används ofta för att förstå relationen mellan personens beredskap och det aktuella beteendet, samt anpassningen av insatser som syftar till att främja t.ex. fysisk aktivitet. TTM visar var personen befinner sig i förändringsprocessen och hur personen förändrar sitt beteende. Den förklarar processen genom vilken man gradvis förflyttar sig mot ett mer hälsorelaterat beteende (Josefsson & Lindwall, 2010; Marcus & Forsyth, 2009). Stegen i förändringsprocessen är förnekelse, begrundande, förberedelse, handling och vidmakthållande. I förnekelsesteget är möjligheterna till förändring små. Personen förnekar problem med sin livsstil och bedömer att nackdelarna med att motionera är större än fördelarna. I begrundande, som är nästa steg, erkänner personen att den rådande livsstilen är ett problem och funderar nu på en eventuell förändring. När personen aktivt börjar ta sig an uppgiften befinner sig personen i förberedelsesteget. Steget som kommer därefter är handling och här handlar det om att ta steget över till regelbunden fysisk aktivitet. När personen varit igång med fysisk aktivitet regelbundet under mer än sex månader och ser den som en naturlig del av livet, befinner sig personen i steget som TTM beskriver som vidmakthållande (Josefsson & Lindwall, 2010; Marcus & Forsyth, 2009).

Motivation till fysisk aktivitet bland äldre

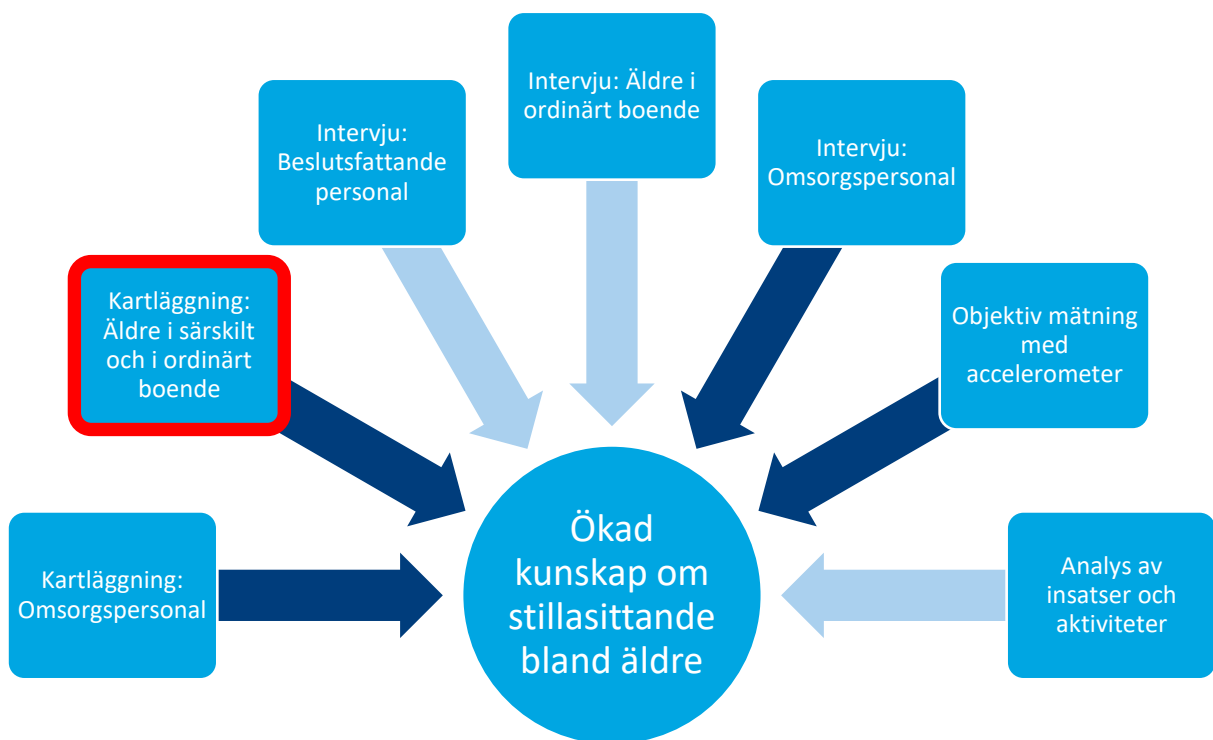
För många äldre är det svårt att hitta motivation till träning, då både kraften och orken minskar med åldern (Fristedt, 2013), men även andra besvär som yrsel, skakighet, dåsighet och minskad styrka och uthållighet kan upplevas som hinder för fysisk aktivitet (De Groot & Fagerström, 2011). När det kommer till att förändra ett beteende och föra in och bibehålla nya vanor är *motivationen* således en viktig aspekt. Motivation förutser och förklarar vårt beteende och behöver beaktas vid förändring av ett stillasittande beteende hos äldre (Carstensen & Hartel, 2006). För att bryta stillasittande beteende och öka rörelse behöver den äldre personen hitta motivation som denna upplever stimulerande för att göra en beteendeförändring. Faktorer som information om att ett stillasittande beteende föreligger och hur hälsan påverkas positivt av att bryta detta beteende har visat sig kunna motivera den äldre personen till en förändring (Greenwood-Hickman, Renz, & Rosenberg, 2016). Vidare har det visat sig svårt för äldre personer att uppnå satta krav på energiförbrukning och intensitet vid aktivitetsnivårelaterade beteendeförändringar varför det kan vara mer hållbart och lättare att ändra den äldres rutiner med syftet att bryta det stillasittande beteendet, än regelrätt träning (Greenwood-Hickman et al., 2016). Vid brytande av stillasittande beteende hos äldre är det även viktigt att beteendeförändringen formas utefter vad personen själv upplever som väsentligt, för utan ett samspel mellan personens prioriteringar och syftet med beteendeförändringen finns inga garantier om hållbarhet för interventionen (Holt & Smith, 2019).

Syfte

Syftet var att kartlägga i vilken omfattning äldre personer 65 år som bor i ordinärt boende och i särskilt boende för äldre i Blekinge är stillasittande och fysiskt aktiva. Syftet var också att få kunskap om vilken motivation till fysisk aktivitet som finns hos äldre personer som bor i ordinärt och särskilt boende i Blekinge. Syftet var även att beskriva balanssvårigheter, oro för fall, självskattad hälsa samt förflyttningsätt bland äldre i ordinärt och särskilt boende i Blekinge.

Metod

Kartläggningen som FoU-rapporten är baserad på innehåller två studier genomförda som tvärsnittsstudier med enkäter. Enkäterna har skickats ut till äldre i särskilt boende i Blekinge respektive äldre personer i Blekinge i ordinärt boende med initiala insatser såsom matdistribution och/eller personlarm. Båda studierna i kartläggningen har en kvantitativ ansats. Studierna har etiskt godkännande av Etikprövningsmyndigheten (Dnr 2019 – 02143). Enkätkartläggningen är en del i ett större pågående projekt ”Stillasittande och fysisk aktivitet – en kartläggning i Blekinge av äldre som har kommunal insats”, figur 1. Projektet är ett samarbete mellan Region Blekinge, Linnéuniversitetet, Karlskrona kommun, Ronneby kommun, Karlshamns kommun, Sölvesborgs kommun och Olofströms kommun.



Figur 3. Rödmarkerad rektangel indikerar på aktuellt arbete för rapporten, mörkblå pilar är arbeten som ingår i FoU-avtalet, resterande är ytterligare forskningsstudier kopplade till ämnet med avsikt att minska kunskapsglappet om stillasittande beteende bland äldre personer.

Bakgrunden till FoU-projektet utgår från att frågor kring äldres hälsa togs upp av verksamheterna i samband med verksamhetsgrupp FoU. Blekinge kompetenscentrum (BKC) i Region Blekinge fick i uppdrag av kommunerna att genomföra den här undersökningen och i denna rapport redogörs för enkätkartläggningen för äldre i särskilt och ordinärt boende. Förvaltningscheferna i respektive kommun inom äldreförvaltning har gett sitt samtycke till genomförandet av enkätkartläggningen. Verksamheterna i kommunerna har varit med i utformningen av kartläggningen och planeringen av

genomförandet samt vid datainsamlingen. Kartläggningen startade våren 2019 och pågick fram till våren 2020.

Datainsamling med enkäter

Äldre i både ordinärt boende och på särskilt boende fick svara på samma frågor, se bilaga 1 och 2.

Fallrädsla mättes med frågeformuläret Short Fall Efficacy Scale International (short FES-I) som är ett validerat instrument för att mäta rädsla för att falla. Studiedeltagarna fick ta ställning till hur bekymrade de var för att falla vid sju vardagliga situationer som av- och påklädning, dusch och sociala sammanhang. Svartalternativen var ”Inte bekymrad alls”=1 poäng, ”Lite bekymrad”=2 poäng, ”Ganska bekymrad”=3 poäng och ”Mycket bekymrad”=4 poäng (Delbaere et al., 2010; Kempen et al., 2008). Delbaere et al. (2010) har kommit fram till att studiedeltagarnas sammanlagda poängsättning i frågeformuläret kan delas in i tre kategorier. Låg fallrädsla har de studiedeltagare som får 7–8 poäng. Måttlig fallrädsla har de studiedeltagare som får 9–13 poäng. Hög fallrädsla har de deltagare som får 14–28 poäng. Här föreligger ordinalskala då variablerna kategoriserades från låg till hög fallrädsla (Ejlertsson, 2019). De fyra kategorierna användes för den deskriptiva statistiken. För den analytiska statistiken användes variablerna i sin ursprungliga form var för sig och ansågs ligga på ordinalnivå. FES-I är använt på äldre personer tidigare och är översatt från engelska till svenska (Kempen et al., 2008).

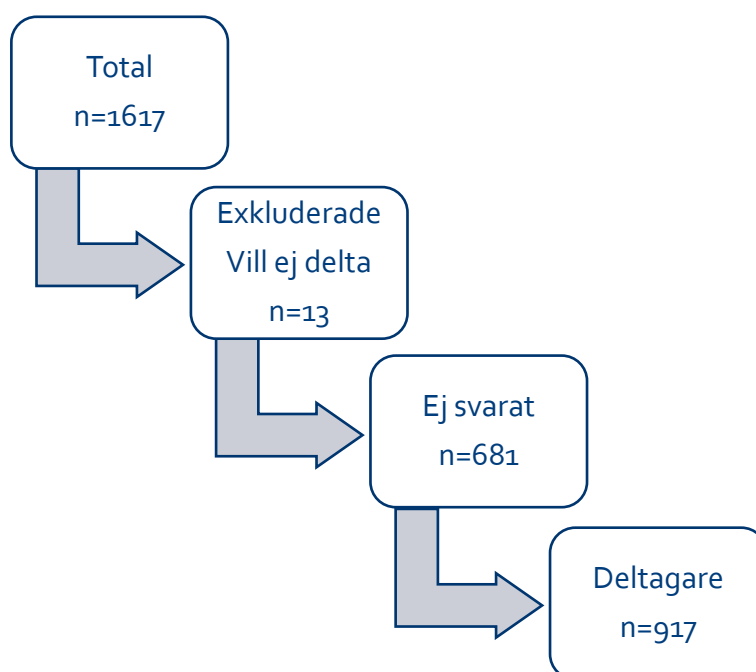
För att beräkna fysisk aktivitet användes två indikatorfrågor i följande ekvation: 2x tiden för fysisk träning + vardagsmotion (Kallings & Börjesson, 2014). Motivation till träning och motion mättes med hjälp av Behavioural Regulation in Exercise Questionnaire 2 (BREQ2) med motivationsprofil (Markland & Tobin, 2004) och förändringsbenägenhet med Physical activity stages of change (Marcus & Forsyth, 2009).

Den svenska versionen av mätinstrumentet BREQ2 med grund i Self-determination theory, användes för att mäta motivationsgrad till fysisk aktivitet (Markland & Tobin, 2004). Instrumentet har 19 påståenden kring fysisk aktivitet vilka rangordnas från om påståendet ”Stämmer inte alls”=0 poäng, ”Stämmer inte särskilt bra”=1 poäng, ”Stämmer delvis/delvis inte”=2 poäng, ”Stämmer ganska bra”=3 poäng eller ”Stämmer precis”=4 poäng. Inom BREQ2 mäts amotivation (påstående 5, 9, 12, 19), extern reglering (påstående 1, 6, 11, 16), introjicerad reglering (påstående 2, 7, 13) identifierad reglering (3, 8, 14, 17) och inre reglering (4, 10, 15, 18). För att beräkna de äldres självbestämmande användes Relative Autonomy Index (RAI). RAI-skalan går från -24 till +20 där ett högre värde indikerar på hög grad av upplevt självbestämmande. Indexet räknades ut genom att vikta underkategoriernas medelvärden enligt följande: amotivation *(-3), extern reglering *(-2), introjicerad reglering *(1), identifierad reglering *(2) och inre reglering *(3) (Markland & Tobin, 2004; Ryan & Deci, 2017). För att mäta vilket förändringstadium den äldre är på i förhållande till fysisk aktivitet användes Physical activity stages of change. Instrumentet utgår ifrån att den äldre tar ställning (ja/nej) till följande fyra frågor: *1. Jag är regelbundet fysiskt aktiv och har varit så längre än sex månader. 2. Jag är regelbundet fysiskt aktiv och har varit så sedan sex månader tillbaka, 3. Jag är inte regelbundet fysiskt aktiv, men jag har planer på att bli fysiskt aktiv inom en snar framtid; inom en månad. 4. Jag är inte regelbundet fysiskt aktiv, men jag har för avsikt att förändra mitt fysiskt inaktiva beteende inom de närmsta sex*

månaderna (Marcus & Forsyth, 2009). Vid indexering av svaren hamnar personen på ett kontinuum baserat på grad av förändringsbenägenhet. Kontinuumet sträcker sig stigande från: Förnekelsestadiet, Begrundandestadiet, Förberedelsestadiet, Handlingsstadiet till Vidmakthållandestadiet (Marcus & Forsyth, 2009).

Deltagare ordinärt boende

Urvalet i det ordinära boendet var den totala populationen i Blekinge. Samtliga deltagare var 65 år och äldre, boende i ordinärt boende med initiala insatser, vilka själva kunde ge sitt samtycke till att delta i kartläggningen. Exklusionskriterier var äldre med uttalad demensdiagnos och eventuella deltagare som var yngre än 65, personer 65 år och äldre som inte kunde ge sitt samtycke samt de som angav att de ej ville delta. Totalt svarade 917 av 1617 äldre personer i ordinärt boende på enkäten (figur 4). 67 % var kvinnor och 33 % var män. Medelåldern var 84 år (SD 7,3).



Figur 4. Antal äldre som bor i ordinärt boende med initiala insatser i Blekinge, exkluderade och bortfall.

Datainsamling och genomförande - Ordinärt boende

Totalt deltog 4 av 5 kommuner (tabell 1). Initialt deltog alla 5 kommuner men Olofström avbröt medverkan då de ansåg att de ej kunde undvara personal under rådande pandemi. Samtal med enhetschefer inför datainsamling hölls för att på bästa sätt utse en ansvarig för utskick av enkäter via brev. Den ansvarige i respektive kommun gjorde en sammanställning på hur många personer som var 65 + och hade initiala insatser. Antalet skickades sedan till BKC som distribuerade rätt antal kodade enkäter till varje kommunansvarig. Kommunansvarig skapade sedan en kodnyckel, vilken möjliggjorde att enkätens kod kunde kopplas till person. Denna kodnyckel hade endast kommunansvarig tillgång till. Kommunansvarig skickade sedan ut alla enkäter till deltagarna tillsammans med ett frankerat svarskuvert så att deltagaren själv kunde skicka tillbaka den ifyllda

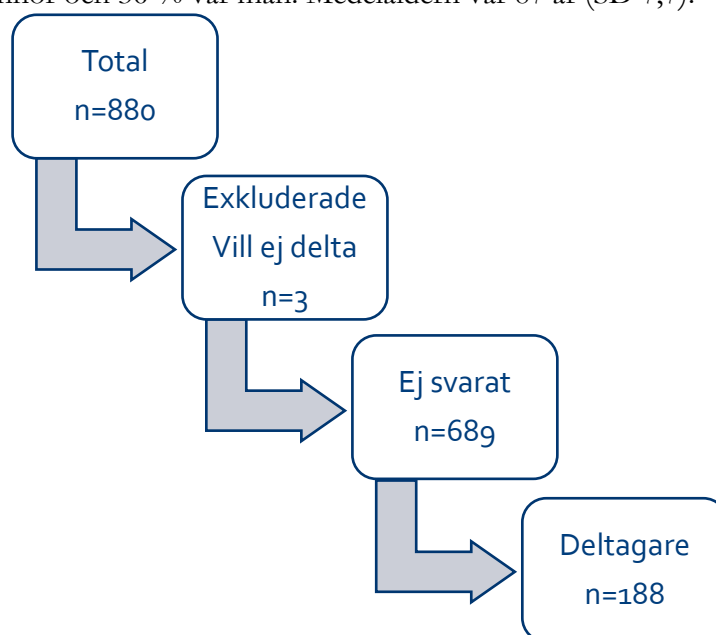
enkäten. Enkäten skickades sedan till BKC där forskargruppen tog emot och noterade deltagande. Deltagarna hade sex veckor på sig att besvara enkäten och efter sex veckor skickades en påminnelse ut. Nya kodade enkäter med tillhörande svarskuvert från BKC skickades via kommunansvarig för vidare distribution.

Tabell 1. Totalt antal äldre i ordinärt boende samt antal deltagare i respektive kommun i Blekinge

Kommun	Totalt antal äldre	Antal deltagare (%)
Karlskrona	844	532(63 %)
Ronneby	116	43(37 %)
Karlshamn	442	220(50 %)
Sölvesborg	215	122(57 %)
Olofström	Ej aktuellt	Ej aktuellt
Blekinge	1617	917(57 %)

Deltagare särskilt boende

Urvalet bland äldre i särskilt boende var en totalpopulation i Blekinge. Samtliga deltagare var personer som var 65 år och äldre boende i särskilt boende och vilka själva kunde ge sitt samtycke till att delta i kartläggningen. Exklusionskriterier var äldre boende i demensboende och eventuella boende i särskilt boende som var yngre än 65 år samt personer 65 år och äldre som inte kunde ge sitt samtycke till att delta i studien. Totalt svarade 188 av 880 äldre personer i särskilt boende på enkäten (figur 5). 64 % var kvinnor och 36 % var män. Medelåldern var 87 år (SD 7,7).



Figur 5. Antal äldre som bor på särskilt boende (ej demensboende) i Blekinge, exkluderade och bortfall.

Datainsamling och genomförande - Särskilt boende

Totalt deltog 35 särskilda boenden i Blekinge. Enhetschefer tog fram uppgifter på hur många äldre det fanns på varje boende som uppfyllde inklusionskriterierna. Personal på BKC skickade ut enkäter och informationsbrev till nyckelperson i respektive kommun. Enkäterna kunde besvaras via pappersenkät eller via webbaserad enkät. Enhetschefen lämnade ut informationsbrev och enkäter till deltagande äldre via deras kontaktperson, vilken ansvarade för att den äldre fick förfrågan om att delta i studien. De äldre fyllde i pappers-/webbenkäten själva eller med stöd av någon (t.ex. vårdpersonal eller anhörig). Deltagarna hade sex veckor på sig att besvara och lämna in enkäten. Besvarade enkäter lades i en låst brevlåda på varje boende. Personal från BKC hämtade brevlådan efter avslutad datainsamlingsperiod. Personal från BKC var behjälplig med information om kartläggningen till enhetschefer och vårdpersonal för att öka antalet besvarade enkäter. Datainsamlingen genomfördes mellan september 2019 och januari 2020

Tabell 2. Total antal särskilda boenden och total antal äldre respektive kommun i Blekinge.

* Uppgifter saknas från två boenden.

Kommun	Antal särskilda boenden	Totalt antal äldre	Antal deltagare (%)
Karlskrona	16	236*	72(31 %)
Ronneby	6	132	34(26 %)
Karlshamn	6	226	66(29 %)
Sölvesborg	3	98	13(13 %)
Olofström	4	188	3(1 %)
Blekinge	35	880	188(21 %)

Analys av data

All data har beskrivits på gruppnivå. Insamlade data har bearbetats med hjälp av Microsoft Excel och statistikprogrammet SPSS version 26. Resultatet är beskrivet deskriptivt med aktuella och reella tal (%) i tabeller, diagram och siffermått utifrån den totala gruppen, ordinärt och särskilt boende. Ålder och motivation (RAI) beskrevs med hjälp av medelvärde och standardavvikelse.

Könstillhörigheten beskrevs med typvärde samt procentangivelser. Deltagarnas förflyttningsförmåga och fallrädsla är beskrivet med hjälp av procentangivelser och typvärde.

Kategorin gånghjälpmedel (figur 8 & 9) inkluderade svarsalternativen: går med stöd av käpp, rollator eller gåbord. Antalet äldre som uppgav alternativet gåbord var mycket få. Kategorin personligt stöd/gånghjälpmedel inkluderade svarsalternativen: går med stöd av annan person och stöd av gånghjälpmedel och annan person. Kategorin rullstol är sammanslagen till en kategori och innefattar svarsalternativen manuell rullstol och elrullstol. Detta på grund av att det var få som uppgav att de använde elrullstol.

Etiska aspekter

Projektet har utgått från Helsingforsdeklarationen och tar hänsyn till dess etiska principer för medicinsk forskning som involverar personer (World Medical Association, 2013). Deltagarna har i samband med enkäten fått skriftlig information om att det är frivilligt att delta samt om hur data kommer hanteras och publiceras. Nyttan av kunskapsvinsten anses vara större än risken för obehag att fylla i enkäten om hälsa och stillasittande i vardagen. Personuppgifter har hanterats enligt GDPR (Europaparlamentets och rådets förordning, 2016). De dataregister som upprättats i samband med datainsamlingen hos Region Blekinge har förvarats inlåsta i ett brandklassat säkerhetsskåp och data har enbart varit tillgänglig för personer som har ingått i forskargruppen.

Resultat

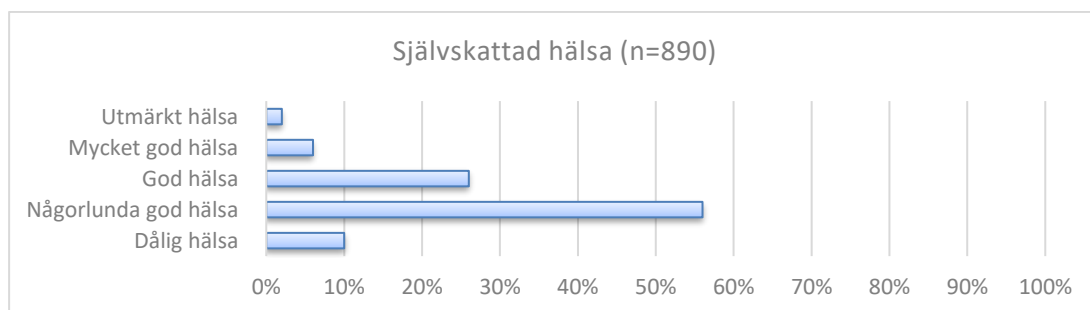
Självskattad hälsa

Ordinärt boende

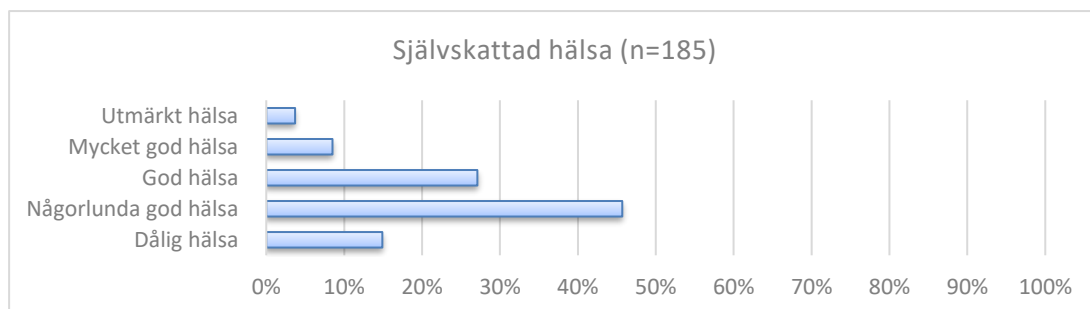
På frågan om självskattad hälsa svarade en tredjedel, (34 %) att de hade god hälsa eller bättre, medan resterande 66 % angav en hälsa som var sämre än god (figur 6).

Särskilt boende

På frågan om självskattad hälsa svarade 38 % att de hade god hälsa eller bättre, resterande 62 % angav en hälsa som var sämre än god (figur 7).



Figur 6. Självskattad hälsa, ordinärt boende.



Figur 7. Självskattad hälsa, särskilt boende.

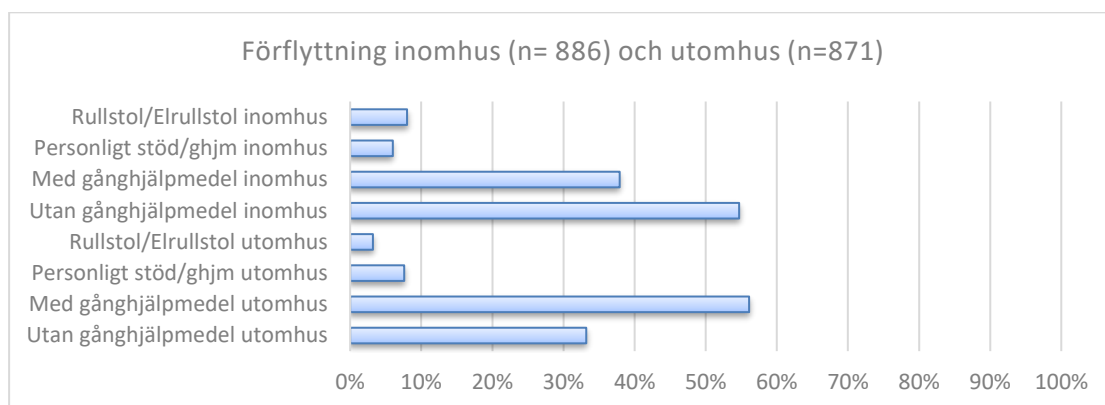
Förflyttning

Ordinärt boende

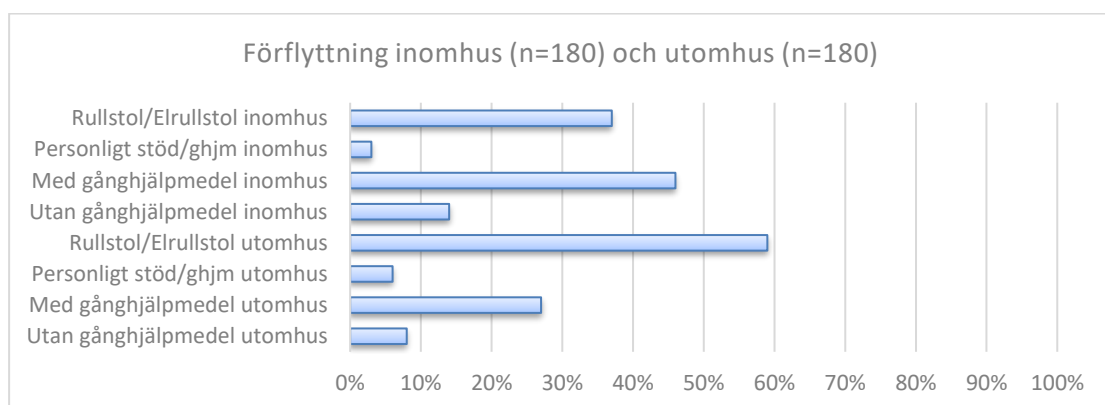
Svaren på frågan om hur de äldre vanligtvis förflyttade sig inomhus respektive utomhus visade att majoriteten av de äldre behövde någon form av stöd, (figur 8). Av de äldre svarade 54 % att de gick utan gånghjälpmedel inomhus, medan vid förflyttning utomhus svarade 32 % att de gick utan gånghjälpmedel. Av de äldre svarade 38 % att de vanligtvis förflyttade sig med stöd av ett gånghjälpmedel vid förflyttning inomhus, medan vid förflyttning utomhus var andelen 56 %. Bland de äldre använde 1 % vanligtvis rullstol vid förflyttning inomhus och vid förflyttning utomhus svarade 4 % att de hade rullstol.

Särskilt boende

Svaren på frågan om hur de äldre vanligtvis förflyttade sig inomhus respektive utomhus visade att majoriteten av de äldre behövde någon form av stöd, (figur 9). Av de äldre svarade 14 % att de gick utan gånghjälpmedel inomhus, medan vid förflyttning utomhus svarade 8 % att de gick utan gånghjälpmedel utomhus. Av de äldre boende i särskilt boende svarade 46 % att de vanligtvis förflyttade sig med stöd av ett gånghjälpmedel vid förflyttning inomhus, medan vid förflyttning utomhus var andelen 27 %. Bland de äldre använde 37 % vanligtvis rullstol vid förflyttning inomhus och vid förflyttning utomhus svarade 59 % att de hade rullstol.



Figur 8. Svar på frågan om ”hur förflyttar du dig”, ordinärt boende.



Figur 9. Svar på frågan om ”hur förflyttar du dig”, särskilt boende.

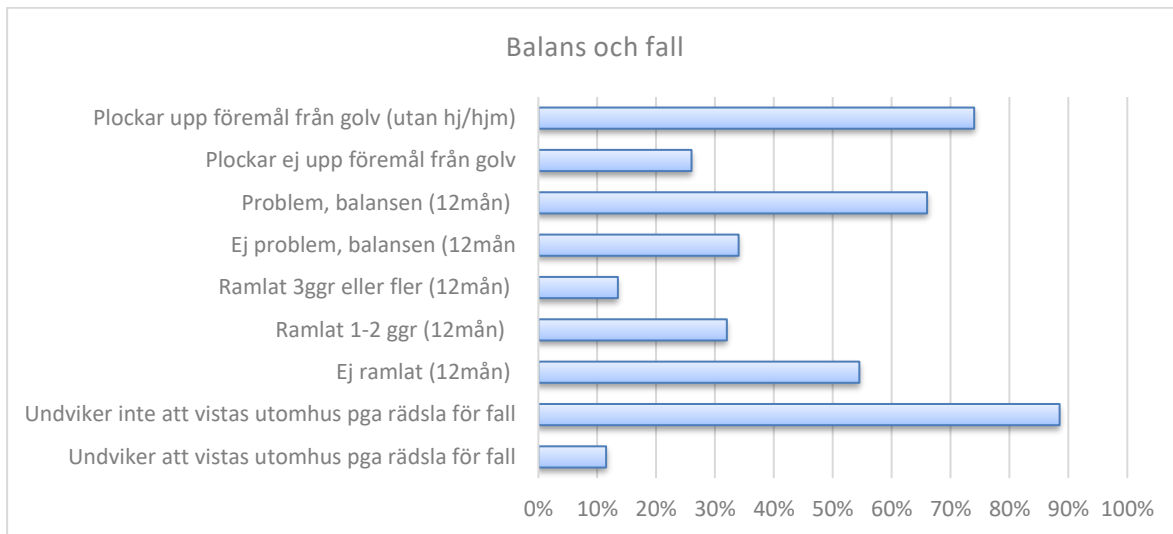
Balans och fallrädsla

Ordinärt boende

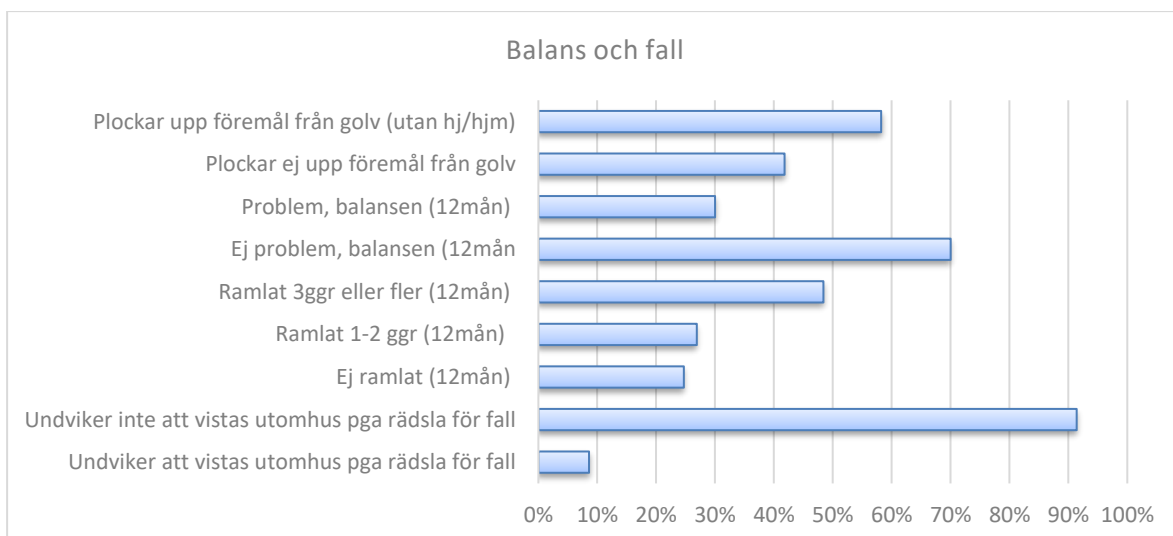
Av de äldre svarade 74 % att de klarade att plocka upp något från golvet med eller utan hjälpmedel, medan 26 % svarade att de behöver hjälp av annan person. Bland de äldre svarade 67 % att de haft problem med balansen under de senaste 12 månaderna. Vidare uppger 54 % att de inte ramlat omkull under de senaste 12 månaderna. Av de som svarat att de hade ramlat, hade 32 % ramlat en till två gånger (12 mån) och 14 % svarade att de ramlat tre gånger eller mer. Trots att 46 % ramlat det senaste året anger en stor del av de äldre, 88 %, att de ej undviker att vara utomhus. På frågan om hur bekymrade de äldre är för att falla vid utförande av olika aktiviteter (figur 12) visade en sammanvägning av resultaten att 76 % av de äldre upplevde en måttlig eller högre grad av oro för fall vid aktiviteter (figur 14). Av de äldre uppgav 61 % att de inte upplevde rädsla för att skada sig när de rörde sig (figur 16).

Särskilt boende

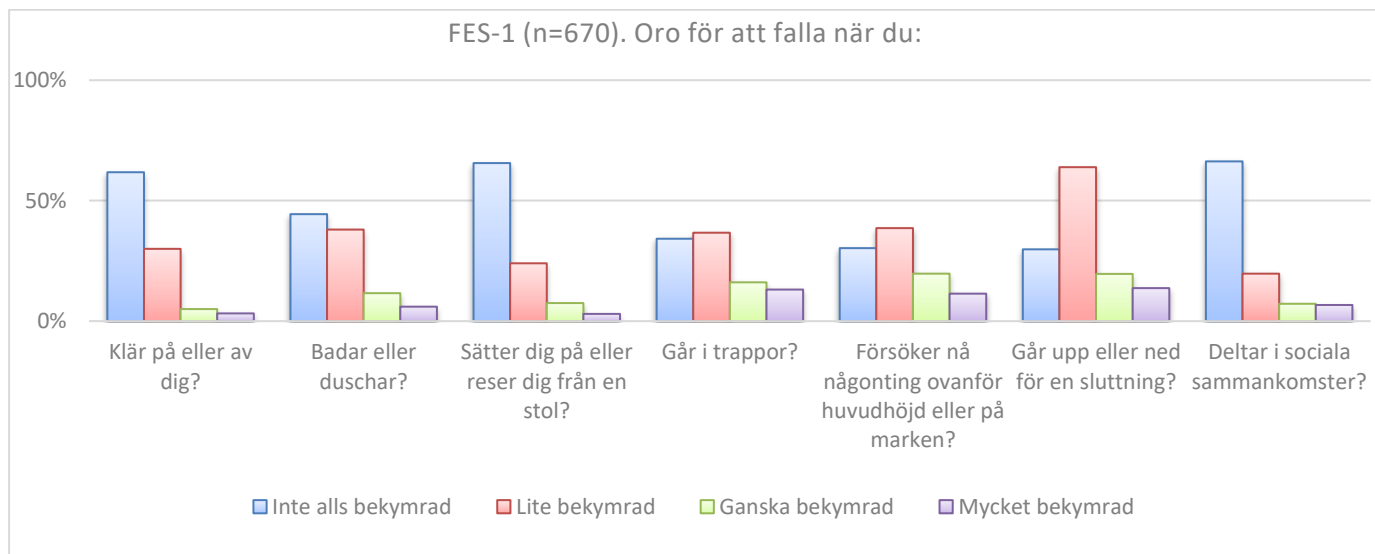
Av de äldre svarade 58 % att de klarade att plocka upp något från golvet med eller utan hjälpmedel, medan 42 % svarade att de behöver hjälp av annan person. Bland de äldre svarade 70 % att de haft problem balansen under de senaste 12 månaderna. Vidare uppger 48 % att de inte ramlat omkull under de senaste 12 månaderna. Av de som svarat att de hade ramlat, hade 27 % ramlat en till två gånger (12 mån) och 25 % svarade att de ramlat tre gånger eller mer. Trots att 52 % ramlat det senaste året, angav en stor andel, 91 %, att de inte undvek att vara ute p.g.a. rädsla för fall. På frågan om hur bekymrade de äldre är för att falla vid utförande av olika aktiviteter (figur 13) visade en sammanvägning av resultaten att 51 % av de äldre upplevde stor grad av oro och 24 % upplevde låg grad av oro för fall vid aktiviteter (figur 15). När det gällde upplevd rädsla för att skada sig vid rörelse uppgav 61 % att de inte upplevde rädsla (figur 17).



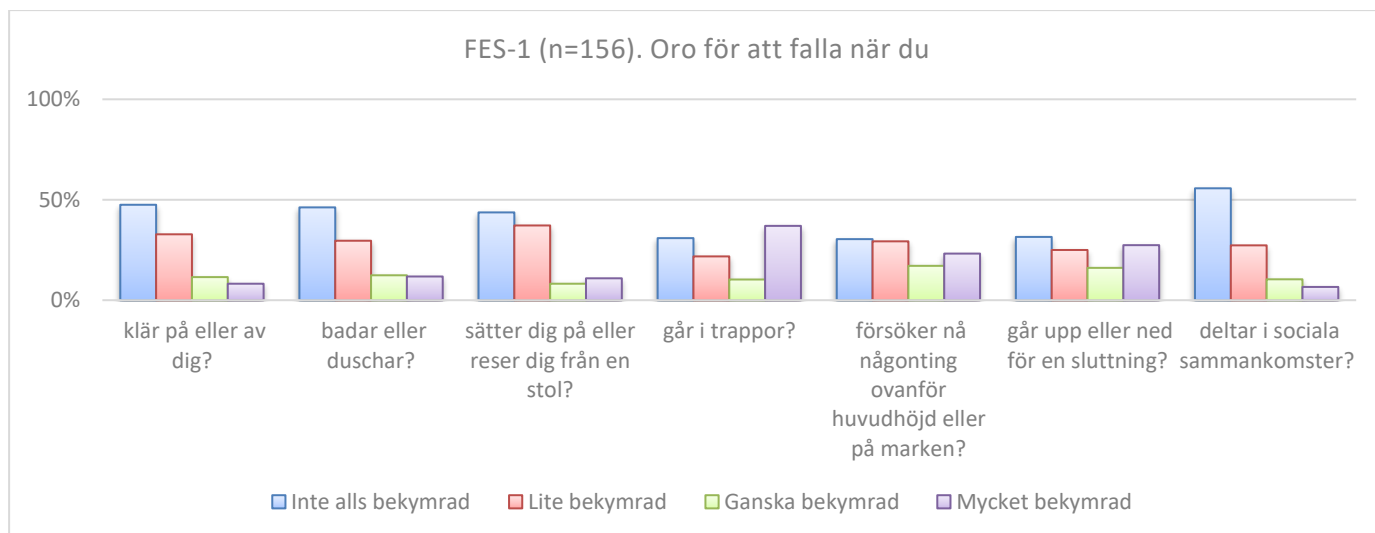
Figur 10. Sammanställning av resultat som rör: aktiviteten att plocka upp något från golvet, upplevelsen av balans, fall samt rädsla kopplad till fall (fråga 9, 10, 11, 12), sammanfattade under rubriken balans och fallrelaterade faktorer, ordinärt boende.



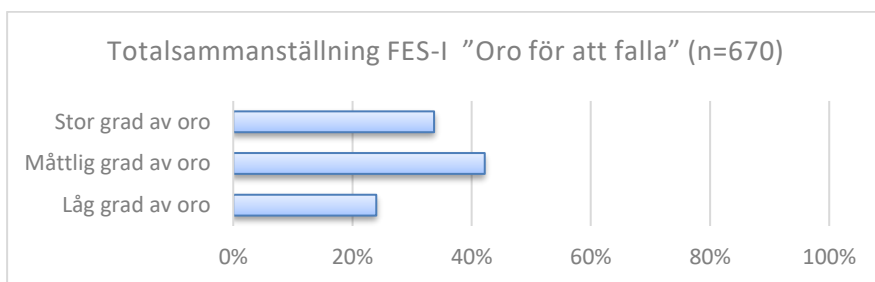
Figur 11. Sammanställning av resultat som rör: aktiviteten att plocka upp något från golvet, upplevelsen av balans, fall samt rädsla kopplad till fall (fråga 9, 10, 11, 12), sammanfattade under rubriken balans och fallrelaterade faktorer, särskilt boende.



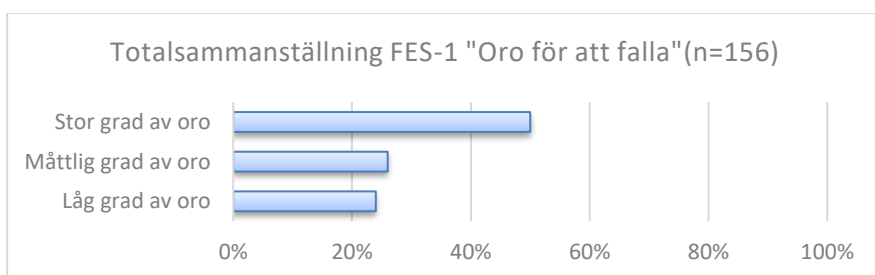
Figur 12. Svar på frågorna ”oro för att falla vid aktivitet” från FES-I, ordinärt boende.



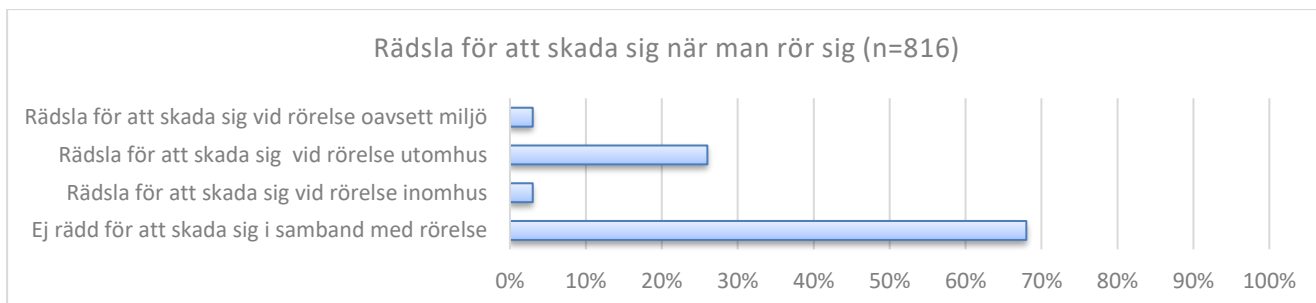
Figur 13. Svar på frågorna ”oro för att falla vid aktivitet” från FES-I, särskilt boende.



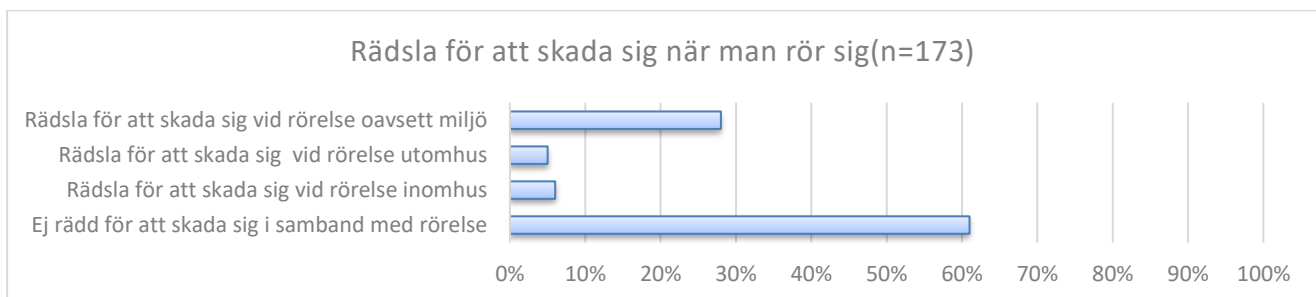
Figur 14. Totalsammanställning av FES-I utifrån graderingen från låg till stor grad av oro, ordinärt boende.



Figur 15. Totalsammanställning av FES-1 utifrån graderingen från låg till stor grad av oro, särskilt boende.



Figur 16. Rädsla vid rörelse, ordinärt boende.



Figur 17. Rädsla vid rörelse, särskilt boende.

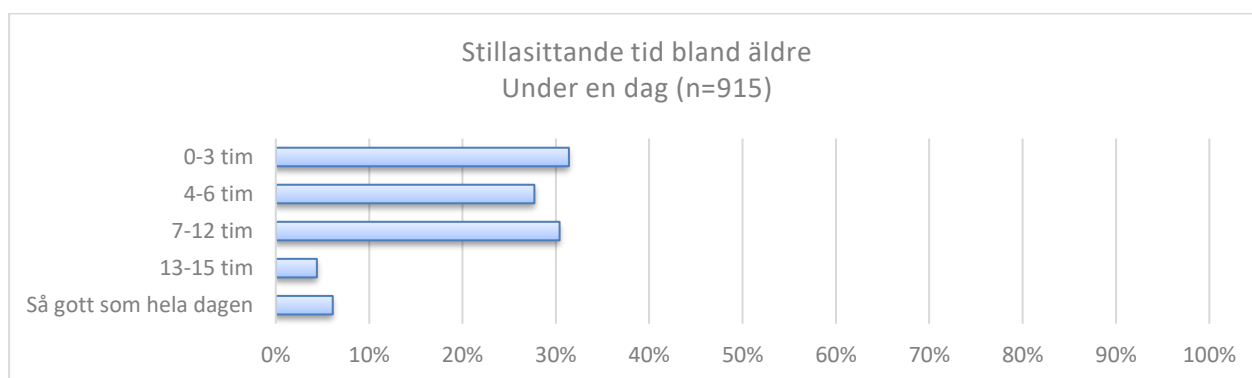
Stillasittande och fysisk aktivitet

Ordinärt boende

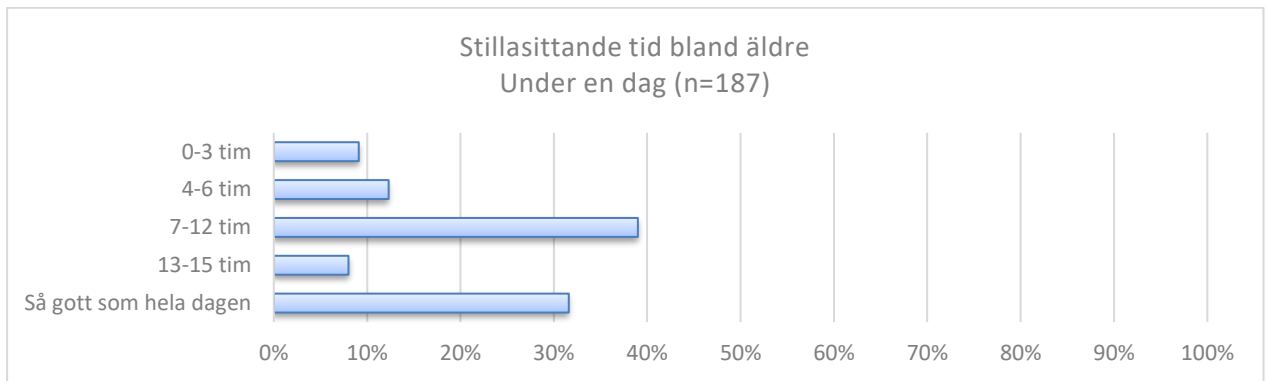
På frågan om hur mycket tid som spenderas sittande och liggande under ett normalt dygn (sömn borträknat) uppgav 12 % av de äldre att de är stillasittande 13 timmar eller mer. Vidare uppgav 30 % att de spenderade 7–12 timmar stillasittande under en dag. 59 % av de äldre tillbringade mindre än 7 timmar stillasittande (figur 18). Frågorna som avsåg vardagsmotion och fysisk träning visade att 68 % av de äldre spenderade 30 minuter eller mer i veckan åt vardagsmotion (figur 20) och att 32 % ägnar mer än 30 minuter åt fysisk träning per vecka (figur 22). Sammanvägning av vardagsmotion och fysisk träning visar att 35 % av de äldre spenderar 180 minuter eller mer åt fysisk aktivitet per vecka (figur 24). Av de äldre uppgav 29 % att de hade ett träningsprogram och 58 % av dem utförde sitt träningsprogram varje dag till flera gånger/vecka.

Särskilt boende

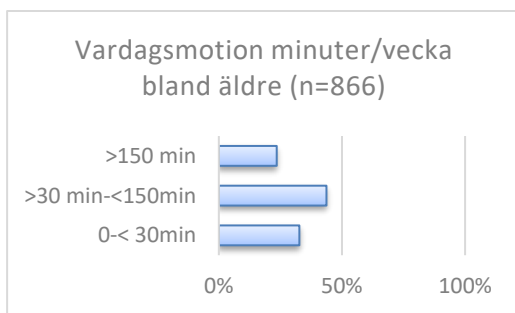
På frågan om hur mycket tid som spenderas sittande och liggande under ett normalt dygn (sömn borträknat) uppgav 40 % av de äldre att de är så gott som stillasittande hela dagen, dvs. 13 timmar eller mer. Vidare uppgav 39 % att de spenderade 7–12 timmar stillasittande under en dag. Mycket liten andel av de äldre tillbringade mindre än 7 timmar stillasittande (figur 19). Frågorna som avsåg vardagsmotion och fysisk träning visade att 51 % respektive 13 % var aktiva i 30 minuter eller mer per vecka, figur 21 och 23. För att få svar på hur stor andel av de äldre som uppnådde hälsorekommendationerna för fysisk aktivitet har en sammanvägning gjorts av vardagsmotion och fysisk träning till fysisk aktivitet (figur 25). Av de äldre spenderar 19 % 180 minuter eller mer åt fysisk aktivitet per vecka. Av de äldre uppgav 20 % att de hade ett träningsprogram och 60 % av dem utförde sitt träningsprogram varje dag till flera gånger/vecka.



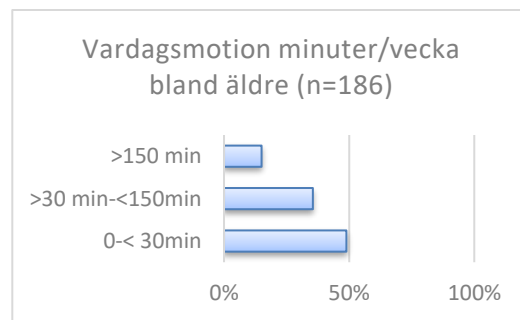
Figur 18. Svar på frågan ”hur mycket sitter och ligger du sammanlagt under ett normalt dygn om du räknar bort sömn?”, ordinärt boende.



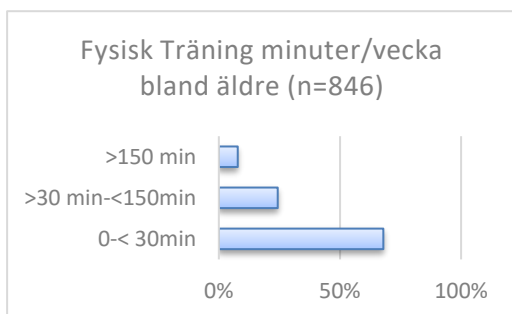
Figur 19. Svar på frågan ”hur mycket sitter och ligger du sammanlagt under ett normalt dygn om du räknar bort sömn?”, särskilt boende.



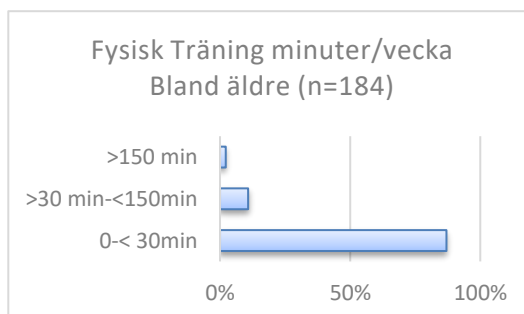
Figur 20. Vardagsmotion ordinärt boende.



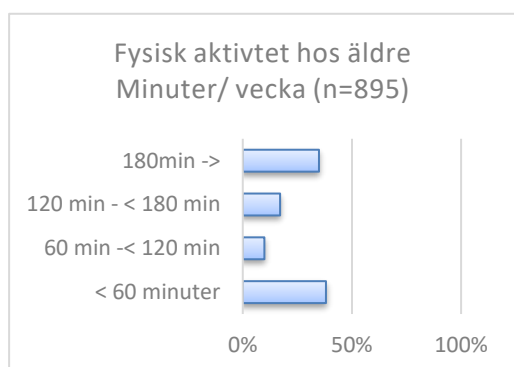
Figur 21. Vardagsmotion, särskilt boende.



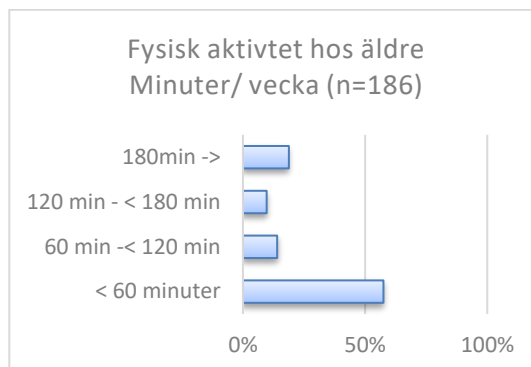
Figur 22. Fysisk träning, ordinärt boende.



Figur 23. Fysisk träning, särskilt boende.



Figur 24. Fysisk aktivitet, ordinärt boende.



Figur 25. Fysisk aktivitet, särskilt boende.

Hinder och underlättande faktorer

Ordinärt boende

Faktorer som äldre upplevde hindra dem från att rör på sig mer än vad de gör idag är saker som *hälsan* (40 %), *Ingenting* (11 %), *Annat* (10 %) *Att ramla/dålig balans* (9 %), *Energi* (3 %), *Åldern* (3 %), *Avsaknad av utrustning/personal/aktiviteter/väder* (3 %), medan 21 % ej har besvarat frågan. Faktorer som skulle underlätta för äldre att minska långvarigt stillasittandet i vardagen uppges vara *Annat* 17 %, *Bättre hälsa/vara yngre* (16 %), *Fler eller olika aktiviteter/miljö* (9 %), *Ingenting* (13 %) *Socialt sammanhang* (6 %) och 39 % har ej besvarat frågan.

Särskilt boende

Faktorer som äldre upplevde hindra dem från att rör på sig mer än vad de gör idag är saker som *hälsan* (37 %), *sitter i rullstol* (11 %), *att ramla/dålig balans* (8 %), *energi* (6 %), *åldern* (5 %), *behöver hjälp* (3 %), *avsaknad av utrustning/personal/aktiviteter/väder* (5 %), *ingenting* (6 %) medan 19 % ej har besvarat frågan. Faktorer som skulle underlätta för äldre att minska långvarigt stillasittandet i vardagen uppges vara *fler eller olika aktiviteter/miljö* (31 %), *bättre hälsa/vara yngre* (7 %), *annat* (5 %), *ingenting* (11 %) och 46 % har ej besvarat frågan.

Förändringsbenägenhet

Ordinärt boende

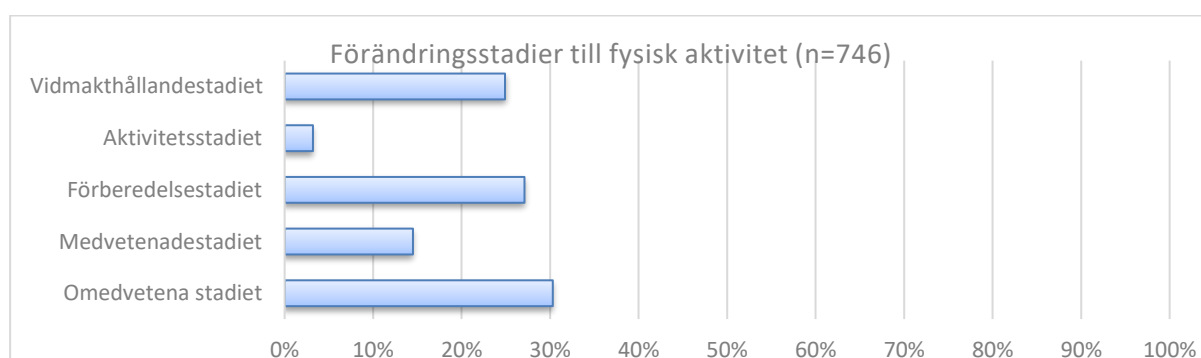
Resultatet gällande på vilket förändringsstadie till fysisk aktivitet som den äldre personen befinner sig visade på jämn fördelning över de olika förändringsstadierna (figur 26). Av de äldre befann sig 72 % på det omedvetna, medvetna eller förberedande stadiet till aktivitet. En mindre del av de äldre, 6 %, hade initierat aktivitet och befann sig på aktivitetsstadiet medan 25 % befann sig på ett vidmakthållande stadie.

BREQ-2 visade på att vid addering av amotivation, extern reglering och identifierad reglering, vars viktningstal påverkar självbestämmandet negativt, blev summan (-17,26). Identifierad och inre reglering påverkar självbestämmandet positivt och den summerade viktningen blev (38,36). Vid addering av både negativa och positiva tal blev slutsummeringen 20,00 där -24 är lägst och +20 är högst. Omräkning till RAI visade således på hög grad av självbestämmande och motivation till fysisk aktivitet hos de äldre i ordinärt boende (tabell 4).

Särskilt boende

Resultatet gällande på vilket förändringsstadie till fysisk aktivitet som den äldre befinner sig visade att drygt hälften, 54 %, av de äldre befann sig på ett omedvetet stadie, medan 6 % befann sig på ett vidmakthållande stadie (figur 27). Av de resterande var 16 % på medvetandestadiet och 25 % på förberedelsestadiet. Ingen av de äldre hade angivit att de befann sig på aktivitetsstadiet.

BREQ-2 visade på att vid addering av amotivation, extern reglering och identifierad reglering, vars viktningstal påverkar självbestämmandet negativt, blev summan (-21,12). Identifierad och inre reglering påverkar självbestämmandet positivt och den summerade viktningen blev (29,98) Vid addering av både negativa och positiva tal blev slutsummeringen 7,09 där -24 är lägst och +20 är högst. Omräkning till RAI visade således på lägre grad av självbestämmande och motivation till fysisk aktivitet hos de äldre i särskilt boende. (tabell 5).



Figur 26 Physical Activity Stages of Change—Questionnaire, ordinärt boende.



Figur 27 Physical Activity Stages of Change—Questionnaire, särskilt boende.

Tabell 4. Motivationsreglering och RAI ordinärt boende. * övre gräns nådd, maxvärde angett

	Medelvärde/Maxvärde (SD)	Viktningsstal	RAI/Underkategori
Amotivation	3,28/16 (4,14)	-3	-9,84
Extern reglering	2,11/16 (3,36)	-2	-4,22
Introjicerad reglering	3,20/12 (3,23)	-1	-3,20
Identifierad reglering	7,84/16 (4,83)	+2	15,68
Inre reglering	7,60/16 (5,22)	+3	22,80
Sum RAI			20,00*

Tabell 5. Motivationsreglering och RAI särskilt boende. * övre gräns nådd, maxvärde angett

	Medelvärde/Maxvärde (SD)	Viktningsstal	RAI/Underkategori
Amotivation	4,97/16 (4,91)	-3	-14,91
Extern reglering	2,22/16 (3,24)	-2	-4,44
Introjicerad reglering	1,77/12 (2,62)	-1	-1,77
Identifierad reglering	5,57/16 (4,95)	+2	11,14
Inre reglering	5,69/16 (5,66)	+3	17,07
Sum RAI			7,09

Diskussion

Resultatdiskussion

Avsikten med kartläggningen var att ge de kommunala omsorgsverksamheterna i Blekinge en beskrivning av den äldres fysiska aktivitet och stillasittande, vilken motivation som fanns till fysisk aktivitet samt att kartlägga balanssvårigheter, oro för fall, självskattad hälsa samt förflyttningssätt. Målsättningen med underlaget var att ge vägledning för kommunerna i Blekinge vid diskussionerna kring interventioner för att stimulera äldre till fysisk aktivitet och minska ett stillasittande beteende.

Resultatet från kartläggningen visade bland annat att personer över 65 i ordinärt boende med initiala omsorgsinsatser och boende i särskilt boende spenderade en stor del av det vakna dygnet stillasittande. En än större del uppnådde inte rekommendationerna för fysisk aktivitet och skattade sin allmänna hälsa som enbart någorlunda god eller dålig. Den genomsnittliga ålderskillnaden mellan grupperna var 3 år (84 och 87 år). Det framkomna resultatet har väckt två övergripande frågor:

- Finns det förklaringsfaktorer i det framkomna materialet som kan användas som underlag för framtida interventioner vilka syftar till att öka den äldres upplevda hälsa?
- Vilka slutsatser kan dras av den äldres motivation till träning?

För äldre i ordinärt boende framgick det att 40 % var stillasittande mer än 7 timmar per dygn, att enbart hälften (52 %) uppnådde rekommenderad fysisk aktivitet per vecka och upp till 2/3 (66 %) skattade sin hälsa om någorlunda god eller dålig. För äldre i särskilt boende framkom att uppåt 80 % spenderade 7 timmar eller mer av sin dag stillasittande och enbart 19 % uppnådde rekommenderad nivå för fysisk aktivitet per vecka. Även i denna grupp framkom det att en stor andel av de äldre, skattade sin hälsa någorlunda god eller dålig, dvs. 62 %. Sammanfattningsvis visar detta att under 40 % av de äldre som medverkat, oavsett om personerna bodde i ordinärt eller i särskilt boende, skattade de sin hälsa som god eller bättre än god. För att upprätthålla hälsa och funktion i vardagen är det extra viktigt att träning görs regelbundet. Äldre personer med kroniska sjukdomar eller funktionsnedsättningar som inte når upp till rekommendationerna 150 minuter per vecka, bör enligt rekommendationerna vara så fysiskt aktiva som tillståndet medger (Bull et al., 2020; Davies, Atherton, McBride, & Calderwood, 2019). Multisjuka äldre får sällan möjlighet att vara fysiskt aktiva och använda sin fysiska förmåga. En studie av Forster et al. (2009) visar att det sker en nedgång i hälsa och en ökad beroendegrad i aktiviteter som förflyttning och att klä på sig själv bland äldre som flyttar till särskilt boende. I detta sammanhang blir det intressant att lyfta vad som motiverar dem till träning, vad som får den äldre att röra på sig, aktivera sig och hur upplevelsen av självbestämmande yttrar sig.

För den äldre i ordinärt boende var vardagsmotion eller fysisk träning ingen självklarhet i vardagen. Av de äldre i ordinärt boende hade 25 % fysisk aktivitet som något de strävade efter att få fortsätta utföra. Resterande 75 % befann sig på olika förändringsstadier, vilket innebar att det fanns en stor variation i benägenheten till att röra på sig i gruppen. Motivation spelar stor roll för hur äldre tar sig för en vald aktivitet och utan motivation att ändra på ett beteende går det inte att justera vilket förändringsstadium de befinner sig på. Det sammanvägda resultatet från BREQ-2 visade att

motivationen till fysisk träning var hög och att det upplevda självbestämmandet för studiedeltagarna, i ordinärt boende, nådde högsta möjliga nivå på RAI-indexeringen. En hög nivå av självbestämmande kan tyda på en hög grad av inre drivkraft till fysisk aktivitet över tid (Josefsson & Lindwall, 2010). Resultatet visade att den äldre i ordinärt boende, i hög grad inte är i behov av separat förstärkning för att vidmakthålla fysisk aktivitet. Att det inte upplevdes finnas ett behov förenklar inte utmaningar i samband med interventioner om ökad motion och fysisk träning, speciellt inte när det är en stor del av deltagarna i ordinärt boende som idag inte uppnår rekommendationerna för fysisk aktivitet.

Resultatet från särskilt boende visade att endast 6 % av de äldre befann sig på ett vidmakthållande stadiet, vilket innebär att den äldre har ett beteende där det inte faller sig naturligt att vara aktiv. När detta resultat jämfördes med motsvarande resultat i ordinärt boende, dvs. 25 %, framkom en negativ trend, vilket visar på att den äldre i särskilt boende ej har samma relation till fysisk träning som den äldre i ordinärt boende. Det var inte bara förändringsbenägenheten som indikerade på en distansering från fysisk träning utan att även självbestämmandet var märkbart lägre bland äldre i särskilt boende. En lägre nivå av självbestämmande kan indikera en lägre grad av inre drivkraft till fysisk aktivitet över tid (Lindwall et al., 2019). Resultatet visade att den äldre i särskilt boende är i behov av separat förstärkning för att vidmakthålla fysisk aktivitet. Ställer man detta i relation till att den allmänna hälsan skattas likvärdigt i båda grupperna, blir betydelsen av de externa motivationsregleringsfaktorerna tydlig, t.ex. sociala aspekter och miljö, för den äldre på särskilt boende.

Utöver hälsa visade resultatet från de öppna frågorna att miljön spelade stor roll när det gällde vad som hindrar den äldre i särskilt boende att bryta stillasittande. För den äldre i ordinärt boende var det framförallt hälsan som satte stopp för aktiviteter, men även behovet av att känna sig obehindrad i vardagen var uttalat när det kom till att bryta stillasittande. Att känna sig obehindrad av hälsoproblem och att upprätthålla balans samt funktionell rörlighet är viktigt för den äldre personens oberoende och hälsa (Fagerström, Persson, Holst, & Hallberg, 2008). I en studie av Hellström et al. (2015) framkom att vårdpersonal i särskilt boende har ett ansvar för att ta initiativ till aktivitet för äldre med svårigheter med egen förflyttning och som har svårt att verbalt uttrycka sina behov. Det har även visat sig svårt för äldre som bor i särskilt boende att vara aktiva och rådande kultur och normer för hur personalen resonerar och agerar har visat sig ha stor betydelse för de äldres rörelsebeteende (Mahrs-Träff, 2018). Vidare har ledarskapet en viktig roll i syfte att sätta riktlinjer och ramar, samt att säkerställa att enheten som helhet fungerar (Bergman & Klefsjö, 2001), där ansvaret för arbetet med att bryta långvarigt stillasittande beteenden kan få en central betydelse i den kommunala äldreomsorgen.

Gemensamt för ordinärt och särskilt boende var att en stor andel är stillasittande i 7 timmar eller mer per dygn. Ställs detta i relation till att inte vara motiverad till fysisk träning, vilket är uttalat i båda grupperna, om än lägre i ordinärt boende, ses brytandet av långvarigt stillasittande som ett väl underbyggt förbättringsområde för att öka den äldres hälsa. Studier av rörelsemönster som kartlagt stillasittande tid hos äldre 65+ visar att de spenderar 79 % av de vakna timmarna stillasittande, vilket överensstämde med resultaten från kartläggningen i Blekinge (Gine-Garriga et al., 2020). De självsyttade värdena från de äldre i Blekinge bör därför tas på allvar och reflektion kring realistiska

förväntningar på den äldres fysiska förmåga samt motivation till fysisk träning bör genomföras för att kunna skapa hållbarhet i aktivitetsrelaterade insatser. För de äldre, oberoende av om de bor i ordinärt eller särskilt boende, är det av intresse att fokusera på meningsfulla lågintensiva aktiviteter, eftersom sannolikheten för ett långvarigt engagemang då är högre. Att öppna för möjligheten att använda alla de vakna timmarna till att bryta långvarigt stillasittande genom lågintensiv fysisk aktivitet är en beforskad interventionsstrategi som lämpar sig för personer över 65+ med funktionsvariation (Manns, Dunstan, Owen, & Healy, 2012). Detta ligger även i linje med den språkliga rörelsen från ”träning” till ”fysisk aktivitet” som har fokus på interventioner relaterade till att öka den allmänna hälsan. Anledningen till begreppsskiftet är att fysisk aktivitet inkluderar all typ av aktivitet, inklusive vardagsmotion, och är därmed aktuellt för en större del av befolkningen (Ding et al. 2020).

Metoddiskussion

Enkät

En styrka i studien var att flera väldokumenterade och validerade instrument användes vid datainsamlingen, så som FES-I och BREQ-2. Det bör nämnas att den relaterade RAI-indexeringen som används tillsammans med BREQ-2 för att skapa ett kontinuum av självbestämmande bör ses som ett riktmärke och att indexeringen i större utsträckning är lämpligt för att beskriva det välbefinnande personen känner i att ta dessa beslut (Chemolli & Gagné, 2014). För att nå självbestämmandeteorins fulla potential rekommenderar författarna att varje underkategori av BREQ-2 analyseras och problematiseras. Enkäterna för särskilt och ordinärt boende (bilaga 1 och 2) innehöll samma frågor, bortsett från de frågor som rörde boendesituation, vilket gav möjlighet till jämförelser mellan boendeformerna. Utformningen av vissa frågor bör dock diskuteras. T.ex. bör man beakta frågan om hur mycket de äldre sitter still och vad som skulle hjälpa den äldre att bryta långvarigt stillasittande. Även om båda begreppen utgår från stillasittande kan det finnas stor variation i vad en person upplever som långvarigt stillasittande och inte. En annan begränsning var att de mer komplexa indexeringarna krävde ett stort antal frågor, där samtliga behöver besvaras för att kunna skapa ett korrekt index. För FES-1 var svarsfrekvensen för ordinärt boende n=670 (73 %) och för särskilt boende n=156 (82 %). För Physical Activity Stages of Change var frekvensen för ordinärt boende n=746 (81 %) och för särskilt boende n=179 (95 %). Vidare kan frågan som rör träningsprogram anses vara problematisk då det inte specificeras vilken typ av träningsprogram som var tänkt, en otydlighet som kan leda till att resultatet är svårtolkat. Dock nämndes frågan i ett träningsssammanhang vilket styrker svarens validitet. Vid sammanslagning av fysisk träning och vardagsmotion har samma intervaller angivits på båda variablerna, vilket avviker från forskargruppen FASTA:s¹ validering av indikatorfrågor för fysisk aktivitet (Kallings & Börjesson, 2014). Dock genererar användningen av samma uträkning ett förväntat mått på fysisk aktivitet i rapporten.

Urval och deltagare

Urvalet var en totalpopulation i Blekinge. Deltagare var personer som var 65 år och äldre boende i ordinärt boende med initiala omsorgsinsatser och i särskilt boende, vilka själva kunde ge sitt samtycke till att delta i kartläggningen. Äldre personer boende i demensboende exkluderades

¹ Fysisk aktivitet och Hälsa, GIH

eftersom det fanns svårigheter att få samtycke eller samråd från anhöriga och adekvata svar i samband med en kognitiv svikt. För att få en mer heltäckande bild vid kartläggningen av äldre i Blekinge skulle även personer på demensboende kunna ha inkluderats i studien.

Ordinärt boende

Deltagarna kom från alla kommuner i Blekinge förutom Olofström, som på grund av organisatoriska anledningar ej kunde delta. Trots detta bortfall är spridningen över Blekinge god. Med studiens spridning och en svarsfrekvens på 57 % i ordinärt boende ansågs underlaget vara rimligt i förhållande till att urvalet var en totalpopulation. För att se om bakgrundsdata för studien överensstämmer med den större populationen jämfördes data från Statistiska centralbyråns rapport På tal om kvinnor och män (2020) med data från vår studie. År 2018 var det 60 % kvinnor och 40 % män i ordinärt boende i Sverige som hade hemtjänst. Av dessa var fördelningen 63 % kvinnor och 37 % män som hade initiala insatser, så som trygghetslarm och eller matdistribution. Av personer 80+ i Sveriges befolkning har 62 % insatser kopplat till hemtjänst (Statiska centralbyrån, 2020). I studien för ordinärt boende var könsfördelningen 67 % kvinnor och 33 % män med en medelålder på 84 år. Således bedöms studiedeltagarnas medelålder och könsfördelning vara jämförbar med äldre som har kommunal insats boende i Sverige.

Särskilt boende

Studiedeltagarna kom från flera särskilda boenden och från olika orter i Blekinge, vilket ökar trovärdigheten i studien (Henricsson, 2017). En svarsfrekvens på 21 % i särskilt boende ansågs dock vara låg i förhållande till att urvalet var en totalpopulation. För att undersöka om bakgrundsdata för rapporten överensstämmer med den större populationen jämfördes rapportdata med äldre som bor i särskilt boende i Sverige avseende fördelning av kön och medelålder. År 2019 var könsfördelningen 66 % kvinnor och 34 % män i särskilt boende i hela Sverige (Socialstyrelsen, 2020). I studien var det 64 % kvinnor och 36 % män. Medelåldern vid inflyttning till särskilt boende var 86 år under 2015 och tiden de äldre bor på boendet är relativt kort, 51 % avlider inom två år (Socialstyrelsen, 2016). Medelåldern för studiedeltagarna var 87 år. Således tycks studiedeltagarnas medelålder och könsfördelning vara jämförbar med äldre som bor på särskilt boende i Sverige.

Dataanalys

Kategorisering av data gjordes för att hantera enkätfrågor som hade flera svarsalternativ så att resultaten kunde presenteras på ett överskådligt sätt. Kategorisering av förflyttningsförmåga gjordes utifrån en sammanvägning baserad på klinisk kompetens. När det gäller att slå samman vardagsmotion och fysisk träning var de angivna intervallerna inte avvikande, men då fysisk aktivitet skulle dubbleras och adderas med vardagsmotion kom intervallet att leda till att vissa sammanslagningar för fysisk aktivitet inte kunde användas fullt ut för att uttala oss om den rekommenderade miniminivån om 150 min/vecka. Detta blev resultatet då det sammanslagna intervallet i den här studien hamnade mellan 120-180 minuter. För ordinärt boende var det 17 % och för särskilt boende var det 10 % som hamnade i intervallet 120-180 minuter med fysisk aktivitet/vecka, ett antal där vi inte kan uttala oss helt korrekt om utfallet. Analyser gjordes enbart mellan eller inom grupperna då detta var syftet med föreliggande rapport, och medför således att resultatens representativitet bör tolkas med försiktighet.

Datainsamling

Det fanns för- och nackdelar med de val som gjordes i samband med datainsamlingen. Omfattningen av informationsspridning om studien skiljde sig mellan de två datainsamlingarna vid de två boendetyperna. Vid insamling av data från särskilt boende var omvårdnadspersonalen nyckelpersoner i datainsamlingen och de som delade ut enkäter till de äldre, dvs. detta blev ett mellanled som kan ha påverkat vem som bedömdes kunna besvara frågorna. Detta kan ha resulterat i att det finns en risk att de som besvarade enkäten var de som var de friskaste och rörligaste på avdelningen. En utmaning med den valda designen är att information inte alltid når ut till dem det berör samt att tidsintervall vid insamlingen är relativt korta, vilken kanske kan påverka motivationen till deltagande på ett negativt sätt. Inför starten av datainsamling i ordinärt boende tog vi hänsyn till de erfarenheter vi fått i den första datainsamlingen och blev tydligare och gav mer upprepad information till ledningsgrupper samt försökte minska antalet mellanled i varje kommun.

Implementering

Då det endast skiljde 3 år i genomsnitt mellan dem som besvarade enkäten i ordinärt och särskilt boende är ett förslag på intervention att den person som uttrycker behov av initiala insatser, i samband med detta även genomgår en aktivitetsbedömning. En viktig del är att följa upp utfallet från bedömningen med lämpliga interventioner relaterat till varje persons förmåga och intresse.

Det innebär en utmaning att hitta former av fysisk aktivitet som är möjliga för äldre att tillämpa då motivation, förflyttningsätt, hälsa och förändringsbenägenhet varierar i hög grad både i särskilt och ordinärt boende. Under många år har forskningen fokuserat på att främja fysisk aktivitet, men under de senaste åren har kunskapen ökat om att långvarigt stillasittande också ger en ökad hälsorisk. Interventioner som syftar till att bryta stillasittande beteende behöver motivera personen till att ”bryta stillasittandet” så ofta som möjligt, när detta är rimligt, utan att nödvändigtvis be dem att delta i aktiviteter som kräver måttlig till hög intensitet. Oavsett om det handlar om att öka den fysiska aktiviteten eller minska det stillasittande beteendet är beteendeförändringar kopplat till högre aktivitetsintensitet svåra att uppnå (Manns et al., 2012).

Evidensen om stillasittande och om att bryta långvarigt stillasittande är fortfarande bristfällig då fokus under lång tid legat på fysisk aktivitet och dess effekter bland äldre. Men att adressera den del av rörelsekontinuumet som avser stillasittande beteende kan framstå som ett mer realistiskt och uppnåbart sätt att närma sig äldre med varierande rörelsehinder. Därför behövs mer underlag och evidens för att kunna göra mer specifika och bättre uttalanden om interventioner. Det behövs kunskap utifrån flera perspektiv och denna kartläggning ligger till grund för tre kommande fördjupande forskningsstudier kring stillasittande beteende bland äldre i fokusområden: ordinärt boende; omsorgspersonal på särskilt boende; och beslutsfattare. För att öka förståelsen kring stillasittande beteende ytterligare planeras även en studie med rörelsemätning av äldre personer i ordinärt boende (figur 3).

Konklusion

Rapporten är en kartläggning av stillasittande beteende och fysisk aktivitet bland äldre (65+ år) vars resultat är lämpligt att diskutera och använda inför interventioner vilka syftar till att främja fysisk aktivitet samt bryta långvarigt stillasittande. Utifrån FoU-rapportens resultat är båda grupperna av äldre som berörts i rapporten lämpliga målgrupper för hälsofrämjande interventioner. Rapporten ger en bild av den äldres fysiska aktivitet och stillasittande, motivation till fysisk aktivitet samt balanssvårigheter, oro för fall, självskattad hälsa och förflyttningsätt.

Resultatet från kartläggningen visar bland annat att många personer över 65 i ordinärt boende med initiala omsorgsinsatser och i särskilt boende spenderar en stor del av det vakna dygnet stillasittande, skattar sin allmänna hälsa enbart som någorlunda god eller dålig och ej ser fysisk aktivitet som en självklarhet i de dagliga aktiviteterna. Studien visar bl.a. att fyra av tio av dem som bor i ordinärt boende är stillasittande mer än 7 timmar per dygn och att enbart hälften av dem uppnår rekommenderad fysisk aktivitet per vecka. Motsvarande andel på särskilt boende tycks vara dubbelt så hög, dvs. att åtta av tio är stillasittande 7 timmar eller mer av sin dag och enbart två av tio av dem når rekommenderad fysisk aktivitet per vecka. Resultatet utifrån datainsamlingarna i ordinärt och i särskilt boende väcker många tankar om den äldres egen förmåga och motivation till träning samt omgivningens ansvar och möjlighet att ta initiativ. Viktigt att notera är att vi behöver personanpassa insatser vid förändring av beteende då vi kan se en bredd i motivationsnivåer till fysisk aktivitet och i förändringsbenägenhet bland de äldre som medverkar i studien. Detta resultat kan också kopplas till att det finns en stor variation i äldres behov av stöd och hjälp i samband med att de utför fysiska aktiviteter och vardagsmotion.

Referenslista

- Anderson, G., & Knickman, J. R. (2001). Changing the chronic care system to meet people's needs. *Health Affairs*, 20(6), 146-160.
- Arai, Y., Inagaki, H., Takayama, M., Abe, Y., Saito, Y., Takebayashi, T., . . . Hirose, N. (2014). Physical independence and mortality at the extreme limit of life span: Supercentenarians study in Japan. *Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences*, 69(4), 486-494.
- Balboa-Castillo, T., León-Muñoz, L., Graciani, A., Rodríguez-Artalejo, F., & Guallar-Castillón, P. (2011). Longitudinal association of physical activity and sedentary behavior during leisure time with health-related quality of life in community-dwelling older adults. *Health and quality of life outcomes*, 9(1), 47.
- Barnes, J., Behrens, T. K., Benden, M. E., Biddle, S., Bond, D., Brassard, P., . . . Chaput, J.-P. (2013). Letter to the editor: Standardized use of the terms "Sedentary" And "Sedentary behaviours". *Mental Health and Physical Activity*, 6(1), 55-56.
- Bergman, B., & Klefsjö, B. (2001). *Kvalitet från behov till användning*. 3. uppl. Lund, Studentlitteratur.
- Beteende. (u.å.). *Svensk MeSH*. Retrieved from <https://mesh.kib.ki.se/term/D001519/behavior>
- Boal, K. B., & Cummings, L. (1981). Cognitive evaluation theory: An experimental test of processes and outcomes. *Organizational Behavior and Human Performance*, 28(3), 289-310.
- Bull, F. C., Al-Ansari, S. S., Biddle, S., Borodulin, K., Buman, M. P., Cardon, G., . . . Chou, R. (2020). World health organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *British journal of sports medicine*, 54(24), 1451-1462.
- Buman, M. P., Hekler, E. B., Haskell, W. L., Pruitt, L., Conway, T. L., Cain, K. L., . . . King, A. C. (2010). Objective light-intensity physical activity associations with rated health in older adults. *American Journal of Epidemiology*, 172(10), 1155-1165. doi:10.1093/aje/kwq249
- Carstensen, L., & Hartel, C. (2006). Motivation and behavioral change. I L. Carstensen & C. Hartel (Red.), *When I'm 64*. Washington: National Academies Press.
- Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: Definitions and distinctions for health-related research. *Public health rep*, 100(2), 126-131.
- Chemolli, E., & Gagné, M. (2014). Evidence against the continuum structure underlying motivation measures derived from self-determination theory. *Psychological Assessment*. (Vol. 26, ss. 575–585).
- Conde-Sala, J., Portellano-Ortiz, C., Calvó-Perxas, L & Garre-Olmo, J. (2017). Quality of life in people aged 65+ in Europe: Associated factors and models of social welfare-analysis of data from the share project (wave 5). *Quality of Life Research*, 26(4), 1059-1070. doi:10.1007/s11136-016-1436-x
- Davies, C., Atherton, F., McBride, M., & Calderwood, C. (2019). UK chief medical officers' physical activity guidelines. London: Department of Health and Social Care.
- De Groot, G. C. L., & Fagerström, L. (2011). Older adults' motivating factors and barriers to exercise to prevent falls. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 18(2), 153-160.
- de Souto Barreto, P., Morley, J., Chodzko-Zajko, W., Pitkala., Weening-Dijksterhuis, E., Rodriguez-Mañas, P., . . . Rolland, P. (2016). Recommendations on physical activity and exercise for older adults living in long-term care facilities: A taskforce report. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(5), 381-392. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2016.01.021

- Deci, L., & Flaste, R. (1995). *Why we do what we do: The dynamics of personal autonomy*. University of Michigan. GP Putnam's Sons.
- Deci, L., & Ryan, M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Springer Science+Business Media.
- Delbaere, K., Close, C., Mikolaizak, S., Sachdev, S., Brodaty, H., & Lord, R. (2010). The falls efficacy scale international (FES-1). A comprehensive longitudinal validation study. *Age and ageing*, 39(2), 210-216.
- Ding, D., Mutrie, N., Bauman, A., Pratt, M., Hallal, P & Powell, K. (2020) Physical activity guidelines 2020: comprehensive and inclusive recommendations to activate populations. Pub: November 25. Vol. 396. S. 1780-1782 DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32229-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32229-7)
- Ejlertsson, G. (2019). *Statistik för hälsovetenskaperna. (Tredje upplagan)*. Lund: Studentlitteratur
- Eklom Bak, E. (red.) (2013). *Långvarigt stillasittande: en hälsofara i tiden. (1 uppl.)* Lund: Studentlitteratur.
- Europaparlamentets och rådets förordning. (2016). Europeiska unionens officiella tidning. L., 59(119), 1-88. Hämtad 20-02-25 från Europeiska unionens officiella tidning: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SV/TXT/PDF/?uri=OJ%3AL%3A2016%3A119%3AFULL&from=SV>
- Fagerström, C., Persson, H., Holst, G., & Hallberg, I. R. (2008). Determinants of feeling hindered by health problems in daily living at 60 years and above. *Scand J Caring Sci*, 22(3), 410-421. doi:10.1111/j.1471-6712.2007.00545.x
- Fayers, P. M., & Sprangers, M. (2002). Understanding self-rated health. *Lancet (London, England)*, 359(9302), 187-188.
- Forster, A., Lambley, R., Hardy, J., Young, J., Smith, J., Green, J., & Burns, E. (2009). Rehabilitation for older people in long-term care. *Cochrane database of systematic reviews*(1).
- Fristedt, S. (2013). Funktionellt åldrande. I Ernsth bravell, M (red.) *Äldre och åldrande– grundbok i gerontologi. Malmö: Gleerups.*
- Frändin, K., & Helbostad, J. L. (2016). 1.6 rekommendationer om fysisk aktivitet för äldre. I Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet (YFA) (Red.), *Fyss 2017 : Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling* (S. 114-128). Stockholm: Läkartidningen förlag AB.
- Gine-Garriga, M., Sansano-Nadal, O., Tully, A., Caserotti, P., Coll-Planas, L., Rothenbacher, D., . . . Roque, M. (2020). Accelerometer-measured sedentary and physical activity time and their correlates in European older adults: The sitless study. *Journals of Gerontology Series A-Biological Sciences & Medical Sciences*, 75(9), 1754-1762. doi:<https://dx.doi.org/10.1093/gerona/glaa016>
- Greenwood-Hickman, M. A., Renz, A., & Rosenberg, D. E. (2016). Motivators and barriers to reducing sedentary behavior among overweight and obese older adults. *Gerontologist*, 56(4), 660-668. doi:10.1093/geront/gnu163
- Hagger, M., & Chatzisarantis, N. (2008). Self-determination theory and the psychology of exercise. *International review of sport and exercise psychology*, 1(1), 79-103.
- Healy, G. N., Dunstan, D. W., Salmon, J., Cerin, E., Shaw, J. E., Zimmet, P. Z., & Owen, N. (2007). Objectively measured light-intensity physical activity is independently associated with 2-h plasma glucose. *Diabetes care*, 30(6), 1384-1389.
- Hellström, A., Condelius, A., Willman, A., & Fagerström, C. (2015). The rhythm of the unit is the pace of life: A study of everyday activities and sleep in Swedish residential care. *Open Journal of Nursing*, 5(8), 697-706. doi:<https://doi.org/10.4236/ojn.2015.58073>
- Holt, N & Smith, E. (2019). *Psychology : The science of mind and behavior* (4th European edition uppl.). London: McGraw-Hill Education.

- Honda, T., Chen, S., Yonemoto, K., Kishimoto, H., Chen, T., Narazaki, K., . . . Kumagai, S. (2016). Sedentary bout durations and metabolic syndrome among working adults: A prospective cohort study. *BMC Public Health*, 16(1), 888.
- Jansson, E., Hagströmer, M., & Andersson, A. (2016). 1.4 rekommendationer om fysisk aktivitet för vuxna. I Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet (YFA) (Red.), *Fyss 2017 : Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling* (S. 85-97). Stockholm: Läkartidningen förlag AB.
- Josefsson, K., & Lindwall, M. (2010). Motivation till motion och fysisk aktivitet. I L. R. M. Hallberg (Red.), *Hälsa och livsstil : Forskning och praktiska tillämpningar* (s. 207-225). Lund: Studentlitteratur.
- Kallings, L., & Börjesson, M. (2014). Validering av indikatorfrågor till patienter om fysisk aktivitet. In: forskargruppen för fysisk aktivitet och hälsa, GIH. Hämtad 20210419 från: <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/levnadsvanor/stod-i-arbetet/samtal-om-fysisk-aktivitet/>
- Kempen, G. I., Yardley, L., van Haastregt, J. C., Zijlstra, G. A., Beyer, N., Hauer, K., & Todd, C. (2008). The short fes-i: A shortened version of the falls efficacy scale-international to assess fear of falling. *Age Ageing*, 37(1), 45-50. doi:10.1093/ageing/afm157
- Kielhofner, G., & Taylor, R. (2017). *Kielhofner's model of human occupation : Theory and application* (5. uppl.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- La Grow, S., Yeung, P., Towers, A., Alpass, F., & Stephens, C. (2013). The impact of mobility on quality of life among older persons. *Journal of aging and health*, 25(5), 723-736.
- Law, M., Cooper, B. A., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., & Letts, L. (1996). The person-environment-occupational model: A transactive approach to occupational performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63(1), 9-23.
- Lindwall, M., Stenling, A., & Weman-Josefsson, K. (2019). *Motivation inom träning, hälsa och idrott : Ett självbestämmande perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.
- Mahrs-Träff, A. (2018). "Fysisk aktivitet – att röra sig och må väl." *Villkor och dilemman för äldres fysiska aktivitet : En observations- och intervjustudie*. Linköping: Linköping University Electronic Press.
- Manini, T. M., Carr, L. J., King, A. C., Marshall, S., Robinson, T. N., & Rejeski, W. J. (2015). Interventions to reduce sedentary behavior. *Medicine and science in sports and exercise*, 47(6), 1306.
- Manns, P. J., Dunstan, D., Owen, N & Healy, G. (2012). Addressing the nonexercise part of the activity continuum: A more realistic and achievable approach to activity programming for adults with mobility disability? *Physical therapy*, 92(4), 614-625.
- Marcus, B., & Forsyth, L. (2009). *Motivating people to be physically active*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Markland, D., & Tobin, V. (2004). A modification to the behavioural regulation in exercise questionnaire to include an assessment of amotivation. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 26(2), 191-196. doi:10.1123/jsep.26.2.191
- Matthews, E., Chen, Y., Freedson, S., Buchowski, S., Beech, M., Pate, R & Troiano, P. (2008). Amount of time spent in sedentary behaviors in the United States, 2003-2004. *American Journal of Epidemiology*, 167(7), (s. 875-881.)
- Mattsson, M., Jansson, E., & Hagströmer, M. (2016). 1.1 Fysisk aktivitet - Begrepp och definitioner. I Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (YFA) (Red.), *Fyss 2017 : Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling* (S. 21-34). Stockholm: Läkartidningen förlag AB.
- Ryan, R & Deci, E. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), (s. 68-78.) doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>

- Ryan, R. & Deci, E. (2007). Active human nature: Self-determination theory and the promotion and maintenance of sport, exercise, and health. *Intrinsic motivation and self-determination in exercise and sport*, 1, 19.
- Ryan, R. & Deci, E. (2017). Self-determination theory: basic psychological needs in motivation, development, and wellness. New York: Guilford Press.
- Rydwik, E. (2012). *Äldres hälsa : Ett sjukgymnastiskt perspektiv* (1. uppl.): Lund : Studentlitteratur, 2012.
- Sherrington, C., Whitney, J. C., Lord, S. R., Herbert, R. D., Cumming, R. G., & Close, J. C. (2008). Effective exercise for the prevention of falls: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(12), 2234-2243.
- Socialstyrelsen. (2016). Statistik om särskilt boende. Hämtad 20210409 från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2016-12-5.pdf>
- Socialstyrelsen. (2020). Statistik om socialtjänster till äldre 2019. Hämtad 20210409 från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2020-4-6745.pdf>
- Statistiska centralbyrån. (2019). Återstående medellivslängd för åren 1751–2020. Hämtad 20210409 från: <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/befolkningens-sammansattning/befolkningsstatistik/pong/tabell-och-diagram/helarsstatistik--riket/aterstaende-medellivslangd-for-aren-17512020/>.
- Statistiska centralbyrån. Statistiska metodgruppen (2020). På tal om kvinnor och män: lathund om jämställdhet 2020. Örebro: Statistiska centralbyrån.
- Stamatakis E, Ekelund U, Ding D, et al. (2018) Is the time right for quantitative public health guidelines on sitting? A narrative review of sedentary behaviour research paradigms and findings. *Br J Sports Med*. Epub. doi: 10.1136/bjsports-2018-099131.
- Teixeira, P. J., Carraça, E. V., Markland, D., Silva, M. N., & Ryan, R. M. (2012). Exercise, physical activity, and self-determination theory: A systematic review. *International journal of behavioral nutrition and physical activity*, 9(1), 1-30.
- Tremblay, M., Aubert, S., Barnes, J., Saunders, T., Carson, V., Latimer-Cheung, A, . . . Chinapaw, M. J. (2017). Sedentary Behavior Research Network (SBRN)–Terminology consensus project process and outcome. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 14(1), 75.
- Vansteenkiste, M., Niemiec, C & Soenens, B. (2010). The development of the five mini-theories of self-determination theory: An historical overview, emerging trends, and future directions. I *The decade ahead: Theoretical perspectives on motivation and achievement* [Elektronisk resurs]. Emerald Group Publishing Ltd. (s. 105-165)
- World Medical Association. (2013). World medical association declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310(20), 2191-2194. doi:10.1001/jama.2013.281053
- Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (2016). FYSS 2017: fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. ([3., rev. uppl.]). Stockholm: Läkartidningen förlag AB.

Bilagor

Bilaga 1.

Stillasittande och fysisk aktivitet

– en kartläggning i Blekinge av äldre som har kommunal insats



Ett samarbete mellan Region Blekinge, Linnéuniversitet, Karlskrona kommun, Ronneby kommun, Karlshamns kommun, Sölvesborgs kommun och Olofströms kommun

Personlig kod _____

1. Kön

Man

Kvinna

2. Vilket år är du född?

3. Hur bor du?

Jag bor ensam

Jag är sammanboende

Jag bor i villa/radhus

Jag bor i flervåningshus

4. Hur tar du dig utomhus från din bostad?

Du kan ta dig utomhus självständigt utan stöd eller med stöd av hjälpmedel och/ eller med stöd av annan person. Sätt **ett kryss** för alternativet som stämmer för dig.

Jag bor på markplan och kan gå direkt utomhus

Jag använder trappa för att ta mig utomhus

Jag använder hiss för att ta mig utomhus

Jag kan inte ta mig utomhus eftersom jag inte kan gå i trappa

Jag kan inte ta mig utomhus eftersom det saknas dörröppnare

Annat _____

5. I vilken kommun bor du i?

Karlskrona

Ronneby

Karlshamn

Sölvesborg

Olofström

6. I allmänhet, skulle du säga att din hälsa är:

- Utmärkt
- Mycket god
- God
- Någorlunda god
- Dålig

7. Hur förflyttar du dig vanligtvis inomhus?

Sätt **ett kryss** för alternativet som stämmer för dig.

- Jag går utan gånghjälpmedel
- Jag går med stöd av käpp
- Jag går med stöd av rollator
- Jag går med stöd av gåbord
- Jag går med stöd av annan person
- Jag går med stöd av gånghjälpmedel och annan person
- Jag använder manuell rullstol vid förflyttning
 - Jag kör själv den manuella rullstolen
 - Jag blir körd i den manuella rullstolen
- Jag använder elrullstol vid förflyttning
 - Jag kör själv elrullstolen
 - Jag blir körd i elrullstolen

8. Hur förflyttar du dig vanligtvis utomhus?

Sätt **ett kryss** för alternativet som stämmer för dig.

- Jag går utan gånghjälpmedel
- Jag går med stöd av käpp
- Jag går med stöd av rollator
- Jag går med stöd av gåbord
- Jag går med stöd av annan person
- Jag går med stöd av gånghjälpmedel och annan person
- Jag använder manuell rullstol vid förflyttning
 - Jag kör själv den manuella rullstolen
 - Jag blir körd i den manuella rullstolen
- Jag använder elrullstol vid förflyttning
 - Jag kör själv elrullstolen
 - Jag blir körd i elrullstolen

9. Hur plockar du vanligtvis upp föremål från golvet?

- Jag plockar upp föremål från golvet utan hjälpmedel.
- Jag plockar upp föremål från golvet med hjälp av hjälpmedel.
- Jag kan inte plocka upp föremål från golvet utan någon annan person får hjälpa mig.

10. Upplever du att du haft problem med balansen de senaste 12 månaderna?

- Nej
- Ja

11. Har du ramlat omkull de senaste 12 månaderna? Hur många gånger?

- Nej, jag har inte ramlat
- En gång
- Två gånger
- Tre gånger
- Mer än tre gånger

11.1 Om du har ramlat omkull de senaste 12 månaderna var har det då varit?

- Jag var inomhus när jag ramlade
- Jag var utomhus när jag ramlade
- Jag har ramlat både när jag varit inomhus och utomhus

12. Har du undvikit att vistas utomhus de senaste 12 månaderna för att du är rädd att falla?

- Nej
- Ja

13. Sätt ett kryss för alternativet som bäst motsvarar hur bekymrad du känner dig.

Vi ber dig besvara samtliga frågor även om du inte utför dem. Om du för närvarande inte utför en aktivitet ber vi dig svara på hur bekymrad du tror att du skulle vara om du utförde aktiviteten.

Hur bekymrad är du för att falla när du....?	Inte bekymrad alls	Lite bekymrad	Ganska bekymrad	Mycket bekymrad
13.1. klär på eller klär av dig				
13.2. badar eller duschar				
13.3. sätter dig på eller reser dig från en stol				
13.4. går i trappor				
13.5. försöker nå någotting ovanför huvudhöjd eller på marken				
13.6. går upp eller ner för en sluttning				
13.7. deltar i en social sammankomst (t.ex släkträff, föreningsträff eller gudstjänst)				

FES-I Swedish translated from English by Dr Eva Nordell Utvecklad av Kempen GIJM, Yardley L., Haastregt JCM van, Zijlstra GAR, Beyer N, Hauer K, Todd C. 2008.

14. Hur mycket sitter och ligger du sammanlagt under ett normalt dygn om du räknar bort sömn?

- Så gott som hela dagen
- 13-15 timmar
- 10-12 timmar
- 7-9 timmar
- 4-6 timmar
- 1-3 timmar
- Aldrig

15. Hur dags brukar du gå och lägga dig för att sova för natten?

16. Hur dags brukar du stiga upp på morgonen?

17. Hur stora problem har du med att somna på kvällen?

- Inga problem
- Små problem
- Måttliga problem
- Stora problem
- Till mycket stora problem

18. Hur stora problem har du med att du vaknar under natten?

- Inga problem
- Små problem
- Måttliga problem
- Stora problem
- Till mycket stora problem

19. Hur stora problem har du med att sömnen inte gör dig utvilad?

- Inga problem
- Små problem
- Måttliga problem
- Stora problem
- Till mycket stora problem

20. I hur pass hög grad anser du att dina sömnsvårigheter stör dig i din vardag (t.ex. trötthet, koncentration, minne och humör)? Följt av de fem svarsalternativen.

- Inte alls
- Lite
- En del
- Mycket
- Våldigt mycket

21. Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt vardagsmotion?

Det kan till exempel vara att promenera, cykla eller att arbeta i trädgården.

Räkna ihop all tid som du rör dig under en hel vecka, minst tio minuter åt gången

- Ingen tid
- Mindre än 30 minuter
- 30 minuter - 1 timme
- 1- 1 1/2 timme
- 1 1/2 - 2 1/2 timmar

- 2½ - 5 timmar
- 5 timmar eller mer

22. Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt fysisk träning som får dig att bli andfådd? Det kan till exempel vara motionsgymnastik

- Ingen tid alls
- Mindre än 30 minuter
- 30 minuter - 1 timme
- 1 - 1 ½ timme
- 1½ - 2½ timmar
- 2½ - 5 timmar
- 5 timmar eller mer

23. Har du ett träningsprogram?

- Nej
- Ja

23.1 Hur ofta gör du ditt träningsprogram?

- Varje dag
- Flera gånger i veckan
- Någon gång i veckan
- Någon gång i månaden
- Mer sällan än någon gång i månad
- Aldrig

23.2 Hur länge gör du ditt träningsprogram?

- Mindre än 30 minuter
- 30 minuter
- Mer än 30 minuter

23.3 Hur ansträngande upplever du ditt träningsprogram?

- Inte ansträngande alls
- Lite ansträngande
- Måttligt ansträngande
- Mycket ansträngande

24. Jag har för avsikt att bli fysiskt mer aktiv under de närmaste 6 månaderna

- Ja
- Nej

25. För närvarande ägnar jag mig åt regelbunden fysisk aktivitet

För att aktiviteten ska räknas som regelbunden måste du ägna sig åt den i åtminstone 30 minuter minst 5 dagar i veckan. Det är den sammanlagda tiden som ägnas åt fysisk aktivitet som räknas. Det kan vara t.ex. 30 minuters rask promenad eller tre 10-minuters raska promenader varje dag

- Ja
- Nej

26. Jag har ägnat mig åt regelbunden fysisk aktivitet de senaste 6 månaderna

- Ja
- Nej

27. Är du rädd för att skada dig när du rör dig?

- Nej, jag är inte rädd för att skada mig när jag rör på mig.
- Ja, jag är rädd för att skada mig när jag rör på mig inomhus
- Ja, jag är rädd för att skada mig när jag rör på mig utomhus
- Ja, jag är rädd för att skada mig både när jag rör på mig inomhus och utomhus

28. Vad hindrar dig från att röra på dig mer än vad du gör idag?

29. Vad skulle underlätta för dig att minska på långvarigt stillasittande i vardagen?

30. Markera med ett kryss i rutan för hur väl du tycker att påståendena stämmer överens på dig.

		Stämmer inte alls	Stämmer inte särskilt bra	Stämmer delvis/delvis inte	Stämmer ganska bra	Stämmer precis
30.1	Jag tränar/motionerar för att andra säger att jag borde.					
30.2	Jag får dåligt samvete när jag inte tränar/motionerar.					
30.3	Jag värdesätter fördelarna med träningen/ motionen.					
30.4	Jag tränar/motionerar för att det är kul.					
30.5	Jag ser ingen anledning till varför jag måste träna/motionera.					
30.6	Jag tränar/motionerar för att vänner/familj/partner säger att jag borde.					
30.7	Jag skäms när jag missar ett tränings/motionspass.					
30.8	Det är viktigt för mig att träna/motionera regelbundet.					
30.9	Jag ser inga skäl till varför jag skulle bry mig om att träna/motionera.					
30.10	Jag njuter av mina tränings-/motionspass					
30.11	Jag tränar/motionerar för att andra skulle bli missnöjda om jag inte gör det.					

		Stämmer inte alls	Stämmer inte särskilt bra	Stämmer delvis/delvis inte	Stämmer ganska bra	Stämmer precis
30.12.	Jag ser ingen poäng med att träna/ motionera.					
30.13	Jag känner mig misslyckad när jag inte har tränat/ motionerat på länge.					
30.14	Jag tycker att det är viktigt att anstränga sig för att träna/ motionera regelbundet.					
30.15	Jag tycker att träning/motion är en skön aktivitet.					
30.16	Jag känner press från vänner/familj att träna/ motionera.					
30.17	Jag blir rastlös om jag inte tränar/ motionerar regelbundet					
30.18	Jag känner glädje och tillfredställelse av att träna/ motionera.					
30.19	Jag tycker träning/ motion är bortkastad tid.					

BREQ-2 From Markland, D. & Tobin, V. (2004). A modification to Behavioural Regulation in Exercise Questionnaire to include an assessment of a motivation. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 26, 191-196.

Enkäten skickas in i det förfrankerade svarskurveret före den 21 februari 2020.

Tack för att du har svarat på frågorna

Uppföljningsundersökning

I samband med den här undersökningen vill vi också fråga dig om du vill delta i en uppföljningsundersökning som gäller att använda en rörelsemätare för att registrera steg och kroppslägesförändringar under 8 dagar och/eller svara på fördjupade frågor om hur mycket du rör på dig.

Denna förfrågan om uppföljning gäller enbart dig som går självständigt eller med stöd av gånghjälpmedel eller annan person.

Jag är intresserad av att bli kontaktad för att delta i uppföljningsundersökningen som gäller att använda en rörelsemätare för att registrera steg och kroppslägesförändringar under 8 dagar och/eller svara på fördjupade frågor om hur mycket du rör på dig.

Namn

Telefonnummer

Bilaga 2.

Stillasittande och fysisk aktivitet

– en kartläggning i Blekinge av äldre som har kommunal insats



Ett samarbete mellan Region Blekinge, Linnéuniversitetet, Karlskrona kommun, Ronneby kommun, Karlshamns kommun, Sölvesborgs kommun och Olofströms kommun

1. Kön

- Man
- Kvinna

2. Vilket år är du född?

3. Vad heter det särskilda boende där du bor?

4. Hur tar du dig utomhus från din bostad?

Sätt **ett kryss** för alternativet som stämmer för dig.

- Jag bor på markplan och kan gå direkt utomhus
 - Jag använder trappa för att ta mig utomhus
 - Jag använder hiss för att ta mig utomhus
 - Jag kan inte ta mig utomhus eftersom jag inte kan gå i trappa
 - Jag kan inte ta mig utomhus eftersom det saknas dörröppnare
 - Annat
-

5. I vilken kommun bor du i?

- Karlskrona
- Ronneby
- Karlshamn
- Sölvesborg
- Olofström

6. I allmänhet, skulle du säga att din hälsa är:

- Utmärkt
- Mycket god
- God
- Någorlunda god
- Dålig

7. Hur förflyttar du dig vanligtvis inomhus?

Sätt **ett kryss** för alternativet som stämmer för dig.

- Jag går utan gånghjälpmedel
- Jag går med stöd av käpp
- Jag går med stöd av rollator
- Jag går med stöd av gåbord
- Jag går med stöd av annan person
- Jag går med stöd av gånghjälpmedel och annan person
- Jag använder manuell rullstol vid förflyttning
 - Jag kör själv den manuella rullstolen
 - Jag blir körd i den manuella rullstolen
- Jag använder elrullstol vid förflyttning
 - Jag kör själv elrullstolen
 - Jag blir körd i elrullstolen

8. Hur förflyttar du dig vanligtvis utomhus?

Sätt **ett kryss** för alternativet som stämmer för dig.

- Jag går utan gånghjälpmedel
- Jag går med stöd av käpp
- Jag går med stöd av rollator
- Jag går med stöd av gåbord
- Jag går med stöd av annan person
- Jag går med stöd av gånghjälpmedel och annan person
- Jag använder manuell rullstol vid förflyttning
 - Jag kör själv den manuella rullstolen
 - Jag blir körd i den manuella rullstolen
- Jag använder elrullstol vid förflyttning
 - Jag kör själv elrullstolen
 - Jag blir körd i elrullstolen

9. Hur plockar du vanligtvis upp föremål från golvet?

- Jag plockar upp föremål från golvet utan hjälpmedel.
- Jag plockar upp föremål från golvet med hjälp av hjälpmedel.
- Jag kan inte plocka upp föremål från golvet utan någon annan person får hjälpa mig.

10. Upplever du att du haft problem med balansen de senaste 12 månaderna?

- Nej
- Ja

11. Har du ramlat omkull de senaste 12 månaderna? Hur många gånger?

- Nej, jag har inte ramlat
- En gång
- Två gånger
- Tre gånger
- Mer än tre gånger

11.1 Om du har ramlat omkull de senaste 12 månaderna var har det då varit?

- Jag var inomhus när jag ramlade
- Jag var utomhus när jag ramlade
- Jag har ramlat både när jag varit inomhus och utomhus

12. Har du undvikit att vistas utomhus de senaste 12 månaderna för att du är rädd att falla?

- Nej
- Ja

13. Sätt ett kryss för alternativet som bäst motsvarar hur bekymrad du känner dig?

Vi ber dig besvara samtliga frågor även om du inte utför dem. Om du för närvarande inte utför en aktivitet ber vi dig svara på hur bekymrad du tror att du skulle vara om du utförde aktiviteten.

Hur bekymrad är du för att falla när du....?	Inte bekymrad alls	Lite bekymrad	Ganska bekymrad	Mycket bekymrad
13.1. klär på eller klär av dig				
13.2. badar eller duschar				
13.3. sätter dig på eller reser dig från en stol				
13.4. går i trappor				
13.5. försöker nå någonting ovanför huvudhöjd eller på marken				
13.6. går upp eller ner för en sluttning				
13.7. deltar i en sociala sammankomst (t.ex släkträff, föreningsträff eller gudstjänst)				

FES-I Swedish translated from English by Dr Eva Nordell Utvecklad av Kempen GIJM, Yardley L., Haastregt JCM van, Zijlstra GAR, Beyer N, Hauer K, Todd C. 2008.

14. Hur mycket sitter och ligger du sammanlagt under ett normalt dygn om du räknar bort sömn?

- Så gott som hela dagen
- 13-15 timmar
- 10-12 timmar
- 7-9 timmar
- 4-6 timmar
- 1-3 timmar
- Aldrig

15. Hur dags brukar du vanligtvis gå och lägga dig för att sova för natten?

16. Hur dags brukar du stiga upp på morgonen?

17. Hur stora problem har du med att somna på kvällen?

- Inga problem
- Små problem
- Måttliga problem
- Stora problem
- Till mycket stora problem

18. Hur stora problem har du med att du vaknar under natten?

- Inga problem
- Små problem
- Måttliga problem
- Stora problem
- Till mycket stora problem

19. Hur stora problem har du med att sömnen inte gör dig utvilad?

- Inga problem
- Små problem
- Måttliga problem
- Stora problem
- Till mycket stora problem

20. I hur pass hög grad anser du att dina sömnsvårigheter stör dig i din vardag (t.ex. trötthet, koncentration, minne och humör)?

- Inte alls
- Lite
- En del
- Mycket
- Våldigt mycket

21. Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt vardagsmotion?

Det kan till exempel vara att promenera, cykla eller att arbeta i trädgården. Räkna ihop all tid som du rör dig under en hel vecka, minst tio minuter åt gången

- Ingen tid alls
- Mindre än 30 minuter
- 0,5 - 1 timme

- 1- 1 ½ timme
- 1½ - 2½ timmar
- 2½ - 5 timmar
- 5 timmar eller mer

22. Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt fysisk träning som får dig att bli andfådd? Det kan till exempel vara motionsgymnastik

- Ingen tid alls
- Mindre än 30 minuter
- 0,5 - 1 timme
- 1 - 1 ½ timme
- 1½ - 2½ timmar
- 2½ - 5 timmar
- 5 timmar eller mer

23. Har du ett träningsprogram?

- Nej
- Ja

23.1 Hur ofta gör du ditt träningsprogram?

- Varje dag
- Flera gånger i veckan
- Någon gång i veckan
- Någon gång i månaden
- Mer sällan än någon gång i månad
- Aldrig

23.2 Hur länge gör du ditt träningsprogram?

- Mindre än 30 minuter
- 30 minuter
- Mer än 30 minuter

23.3 Hur ansträngande upplever du ditt träningsprogram?

- Inte ansträngande alls
- Lite ansträngande
- Måttligt ansträngande
- Mycket ansträngande

24. Jag har för avsikt att bli fysiskt mer aktiv under de närmaste 6 månaderna

- Ja
- Nej

25. För närvarande ägnar jag mig åt regelbunden fysisk aktivitet

För att aktiviteten ska räknas som regelbunden måste du ägna sig åt den i åtminstone 30 minuter minst 5 dagar i veckan. Det är den sammanlagda tiden som ägnas åt fysisk aktivitet som räknas. Det kan vara t.ex. 30 minuters rask promenad eller tre 10-minuters raska promenader varje dag

- Ja
- Nej

26. Jag har ägnat mig åt regelbunden fysisk aktivitet de senaste 6 månaderna

- Ja
- Nej

27. Är du rädd för att skada dig när du rör dig?

- Nej, jag är inte rädd för att skada mig när jag rör på mig
- Ja, jag är rädd för att skada mig när jag rör på mig inomhus
- Ja, jag är rädd för att skada mig när jag rör på mig utomhus
- Ja, jag är rädd för att skada mig både när jag rör på mig inomhus och utomhus

28. Vad hindrar dig från att röra på dig mer än vad du gör idag?

29. Vad skulle underlätta för dig att minska på långvarigt stillasittande i vardagen?

30. Markera med ett kryss i rutan för hur väl du tycker att påståendena stämmer överens på dig.

		Stämmer inte alls	Stämmer inte särskilt bra	Stämmer delvis/delvis inte	Stämmer ganska bra	Stämmer precis
30.1	Jag tränar/motionerar för att andra säger att jag borde.					
30.2	Jag får dåligt samvete när jag inte tränar/motionerar.					
30.3	Jag värdesätter fördelarna med träningen/motionen.					
30.4	Jag tränar/motionerar för att det är kul.					
30.5	Jag ser ingen anledning till varför jag måste träna/motionera.					
30.6	Jag tränar/motionerar för att vänner/familj/partner säger att jag borde.					
30.7	Jag skäms när jag missar ett tränings-/motionspass.					
30.8	Det är viktigt för mig att träna/motionera regelbundet.					
30.9	Jag ser inga skäl till varför jag skulle bry mig om att träna/motionera.					
30.10	Jag njuter av mina tränings-/motionspass					
30.11	Jag tränar/motionerar för att andra skulle bli missnöjda om jag inte gör det.					

		Stämmer inte alls	Stämmer inte särskilt bra	Stämmer delvis/delvis inte	Stämmer ganska bra	Stämmer precis
30.12.	Jag ser ingen poäng med att träna/motionera.					
30.13	Jag känner mig misslyckad när jag inte har tränat/motionerat på länge.					
30.14	Jag tycker att det är viktigt att anstränga sig för att träna/motionera regelbundet.					
30.15	Jag tycker att träning/motion är en skön aktivitet.					
30.16	Jag känner press från vänner/familj att träna/motionera.					
30.17	Jag blir rastlös om jag inte tränar/motionerar regelbundet					
30.18	Jag känner glädje och tillfredställelse av att träna/motionera.					
30.19	Jag tycker träning/motion är bortkastad tid.					

BREQ-2 From Markland, D. & Tobin, V. (2004). A modification to Behavioural Regulation in Exercise Questionnaire to include an assessment of a motivation. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 26, 191-196.

Enkäten läggs i den uppmärkta låsta boxen på din avdelning

Tack för att du har svarat på frågorna.

Utbildning, forskning och verksamhetsutveckling har avgörande betydelse för hälso- och sjukvården i Blekinge.

Blekinge kompetenscentrum har ett strategiskt ansvar för dessa områden. Vi bidrar till att nya rön, kunskap och information omvandlas till praktiska förbättringar, till nytta för länets invånare.

**Blekinge kompetenscentrum
i samverkan med länets kommuner**

