

# Aktivitet og deltakelse for eldre

– et middel for å nå helsepolitiske mål om aktiv aldring

*Ergoterapi har som mål å fremme aktivitet og deltakelse for alle (Borg, Runge, Tjørnov, Brandt & Madsen, 2007; Christiansen & Townsend, 2004; Kielhofner, 2008). Dette innebærer blant annet at tiltak knyttet til bedring av kroppsfunksjon ikke er målet i seg selv, men en forutsetning for at personer som trenger ergoterapi, skal kunne delta i aktiviteter i sine omgivelser (Bredland, Linge, & Vik, 2011). Denne artikkelen har fokus på deltakelse i aktivitet som mål for hverdagsrehabilitering for eldre. Først vil forskning som understreker viktigheten av deltakelse for eldre bli beskrevet. Deretter vil artikkelen kort beskrive helsepolitiske føringer knyttet til eldre, og hvordan eldre selv reagerer på politikeres og medias fremstilling av dem. Til slutt presenteres resultater fra en undersøkelse om muligheter for tilrettelegging for deltakelse for eldre som mottar hjemmetjenester.*

AV KJERSTI VIK

## Hva sier forskningen?

En rekke forskere har dokumentert at aktivitet og deltakelse er viktig for eldre. Ved å stimulere eldre til å være aktivt deltagende får de bedre livskvalitet (Fine, 2000; Schroots, Ballesteros-Fernández, & Rudinger, 1999). Eldre som er aktive, lever lenger (Dahan-Oliel, Gelinas, & Mazer, 2008; Lennartsson & Silverstein, 2001). De får bedre fysisk og psykisk funksjon (Avlund, Lund, Holstein, & Due, 2004; Lampinen, R-L, Knuppinen, & Heikkinen, 2006). Og eldre som holder på med fritidsaktiviteter er mindre deprimerede (Fine, 2000; Thorsen og Clausen, 2008). Nyere studier indikerer at deltakelse i fritidsaktiviteter kan forebygge utvikling av demens: Verghese et al sier: «Participation in leisure activities is associated with a reduced risk of dementia, even after adjustment for base-line cognitive status and after the exclusions of subjects with possible preclinical dementia» (Verghese, et al., 2003 s. 2508).

Det er også oppløftende når andre fagfelt enn ergoterapi trekker frem omgivelsesmessige forhold som viktige tiltak. For eksempel sier Knipscheer (2000) at intervensjon knyttet til omgivelsene har større innvirkning på resultatet av rehabilitering for eldre enn intervensjon knyttet til kroppen. Videre har flere hevdet at sykdomsfokus på

aldring ikke er tilstrekkelig for å forstå hvorfor eldre ikke deltar som tidligere (Ayis, Gooberman-Hill & Ebrahim,

2003; Knipscheer, 2000). Dette indikerer at også andre enn ergoterapeuter har dokumentert hvordan tiltak knyttet til omgivelsesmessige forhold kan være helt nødvendige for at eldre skal klare seg best mulig til tross for eventuell nedsatt kroppsfunksjon.

Mangel på aktivitet og deltakelse blant eldre kan lett føre til nedsatt funksjon. Men også ensomhet og depresjon blant eldre kan forstås ut fra et aktivitets- og deltakelsesperspektiv. I en undersøkelse om ensomhet og depresjon blant personer med nedsatt funksjon konkluderer Thorsen og Clausen (2008) med at sosial deltakelse er en viktigere faktor for å forstå ensomhet og depresjon framfor sykdomsfortolkning og medikalisering.

Og eldre er aktive! I en undersøkelse blant eldre som mottok hjemmetjenester, viste det seg for eksempel at mange deltar i en rekke gjøremål innendørs og utendørs (se tabell 1), og at de er fornøyde med sin mulighet for deltakelse (Witsø, Ytterhus, & Vik, 2012). På spørsmål om forventinger til fremtiden svarte informantene at de ønsker å øke aktivitetsnivået eller delta som nå. Derfor bør vi som ergoterapeuter gjøre Coyles (2003) ord til våre. Han avslutter sin artikkel med å si: «Seniors should be encouraged to read, play board games, go to ballroom dancing, etc., this enhances their quality of life, and just might do more than that» (s. 2490). Vi må iverksette tiltak som nettopp stimulerer til denne type aktiviteter i hverdagsrehabilitering.

## Helsepolitiske føringer

Aktiv deltakelse er sentralt i politiske dokumenter nasjonalt og internasjonalt. Begreper som *healthy aging*



**Kjersti Vik er ergoterapeut og førsteamanuensis ved Ergoterapeututdanninga i Trondheim.**

(Schroots, et al., 1999), *aktiv aldring, aktiv omsorg* (St.meld.nr.25, 2005-2006) og *deltakelse for alle* anvendes stadig oftere (Sosialdepartementet, 2002-2003). 2012 er utpekt som European Year for Active Ageing ([http://new.eurohealth.ie/wp\\_2010/eu-year-for-active-ageing-2012](http://new.eurohealth.ie/wp_2010/eu-year-for-active-ageing-2012)). I Norge er dette tydeliggjort i NOU 11: 2011 Innovasjon i omsorg (Hagenutvalget) og i Samhandlingstreformen (St.meld. nr. 47, 2008-2009). Derfor er det forstemmende at vi nok en gang har lagt bak oss en valgkamp hvor det store politiske målet fortsatt synes å være mer pleie og omsorg og flere sykehjemsplasser.

### De eldre kjenner seg ikke igjen

Våre undersøkelser viser at mange eldre opplever elendighetsbeskrivelser i media og fra politikere som ubehagelig og at det tegner en situasjon de ikke kjenner seg igjen i (Vik, 2008a, 2008b, 2008c, Witsø, Ytterhus, Vik, 2012). Når det fokuseres på pleie, skrøpelig og mangel på pleiere, skapes det også et inntrykk av at det hovedsakelig er denne type tjenester som gis, og at man må være veldig dårlig for å motta tjenester. Det kan føre til at mange eldre venter for lenge før de søker om kommunale tjenester, og til at de blir unødvendig skrøpelige før de henvender seg (Vik & Eide, 2012a). Mange eldre blir overrasket over hvilke tjenester som faktisk finnes, for slik de leser avisene kan det virke som det er mangel på det meste. Mange forteller om viktigheten av rehabiliteringstjenester, fysio- og ergoterapi og tekniske hjelpemidler for å komme seg etter skade og sykdom. Det har gitt dem mulighet til fortsatt å kunne delta som de ønsker, og beholde vitaliteten i hverdagen. Det er heller ikke sykehjem eldre ønsker seg når de blir spurt, men omsorgsboliger, noe som også framheves i NOU :2010:11 Innovasjon i omsorg. Interessant nok har Huseby og Paulsen (2009) funnet at særlig norsk presse ofte framstiller eldre som gamle og ensomme, og at dette fokuset økte fram mot valgkampen. Man kan spørre seg hvem og hvorfor noen ønsker å skape et bilde av eldre som hjelpetrengende og med behov for flere pleiere. Er det pressen som trenger oppslag, eller politikerne som gir valgkAMPLøfter om omsorgsfulle hender og sykehjemsplasser for å vise at de skal gjøre noe? Er det ansatte eller pårørende som synes det virker trist og ensomt å være gammel? Eller er det fagpolitikk for å få flere pleiere?

### Hva forteller de eldre?

Mange eldre forteller at de er aktive og deltar i en rekke gjøremål, og de ønsker å fortsette å være aktive på samme nivå eller helst litt mer. Å klare seg selv er viktig, noe som imidlertid ikke er ensbetydende med å klare seg uten tjenester. De ønsker tjenesteutøvelse som ikke tar fra dem ansvar. De etterspør ikke flere pleiere, men mer støtte til å komme ut og være aktive. Dette er også i samsvar med brukerundersøkelser som indikerer at det etterspørres mer aktivitet og deltakelse (Huseby og Paulsen, 2009). Er da ikke eldre som mottar kommunale tjenester gamle, skrøpelige og ensomme? Jo, de er gamle, og mange har en rekke sykdommer og funksjonsnedsettelse. Undersøkelser viser imidlertid at det verken blant eldre som får hjemmetjenester eller blant eldre generelt er en stor prosent

«ensomme», noe som ofte overrasker ansatte i eldreomsorgen (Dale, Sævareid, Kirkevold og Söderhamn, 2010, Wreder, 2008). Det personalet oppfattet som ensomhet, ble av de eldre beskrevet som savn av ektefelle eller annen nær familie som var død, og tidvis som kjedsomhet. De eldre ville imidlertid ikke være med på at dette dreide seg om ensomhet, men betraktet det som en naturlig del av livet, gitt sin høye alder og sin egen funksjonstilstand (Witsø, Ytterhus, & Vik, 2012).

Oppsummerende kan en si at både forskning, helsepolitiske føringer og Eldres stemme viser at ergoterapeuter må ta konsekvensene av de teoriene vi har: fremme aktivitet og deltakelse og ikke nøye seg med mestring av ADL. Hverdagsrehabilitering må innebære deltakelse i hverdagen også utenfor hjemmet, for eksempel gjennom å tilrettelegge for at fru Hansen faktisk klarer å bruke rullatoren når hun skal på kvinneforeningsmøte, og at Jensen kan høre hva som blir sagt på møtet i jakt- og fiskerlaget og i bursdagen til barnebarnet. Vi har både ergoterapiteorier og aldringsteorier som framhever viktigheten av aktivitet, og vi har empiri som bekrefter at dette virker, og metodene til å gjøre det. Imidlertid er det rammevilkårene i kommunen som kan innvirke både positivt og negativt på muligheten til å gjennomføre ergoterapeutiske tiltak.

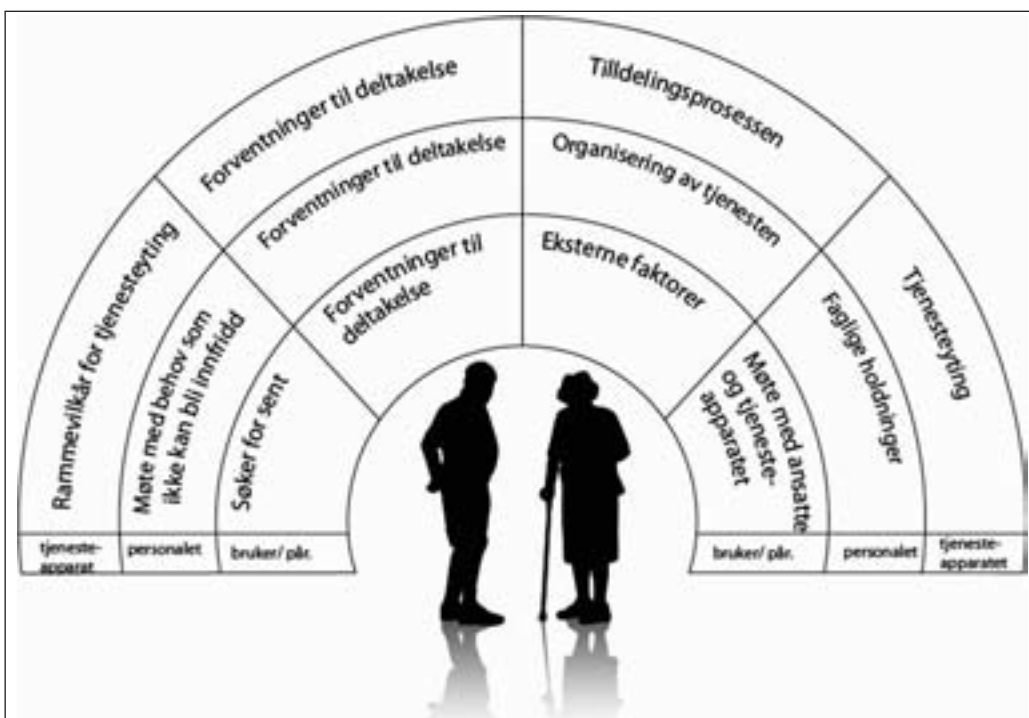
### Forhold som influerer muligheten til å fremme deltakelse for eldre som mottar kommunale tjenester

I siste del av artikkelen vil vi presentere funn fra en større undersøkelse blant personale i hjemmetjenesten (inkludert ergoterapi- og rehabiliteringstjenester) om «Mulighet for å fremme deltakelse hos eldre som mottar hjemmetjenester» (NFR prosjekt 189429/V50 «Participation and agency when ageing in place», finansiert av Norges Forskningsråd). Resultatene viser hvordan forhold knyttet til den enkelte gamle og dennes pårørende (Vik & Eide, 2012a), personalets arbeidssituasjon (Vik & Eide, 2012b) og organisatoriske forhold (Vik, 2011) (se fig 1 neste side) gjensidig influerer hverandre.

Figuren illustrerer hvordan det er mange lag og forhold som influerer den enkelte Eldres mulighet for aktivitet og deltakelse, både før de søker om og når de mottar kommunale hjemmetjenester. Konsekvensen av dette kan være at både de eldre og de ansatte hele tiden er på vippen. Det er mulig å vippe over til en aktiv hverdag, men det er også en fare for å vippe over i passivitet. Det er derfor nyttig for personalet å kjenne til de forholdene som kan spille inn når hverdagsrehabilitering settes på dagsordenen. Det må presiseres at funnene som presenteres i denne artikkelen, er personalets erfaringer.

### Forhold som er knyttet til eldre og deres pårørende (inneste sirkel)

Personalet erfarte at mange *søkte tjenesten eller ble henvist til tjenesten så sent* at de hadde sluttet å være aktive. De fortalte om eldre som hadde tilpasset seg et stadig redusert funksjonsnivå, til det plutselig ikke gikk lenger. Andre hadde klart seg til det skjedde noe akutt som sykdom eller endringer i omgivelsene. Dette medførte at mange hadde sluttet med en rekke gjøremål allerede før de ba om tjenes-



Figur 1 illustrerer hvordan det er mange lag og forhold som influerer den enkelte eldre mulighet for aktivitet og deltakelse både før de søker om og når de mottar kommunale hjemmetjenester.

ter. Heldigvis hadde ergoterapeutene erfart at ved at de gikk aktivt ut og «markedsførte» sine tjenester, begynte en del eldre etter hvert å ta kontakt når de opplevde aktivitetsbegrensninger, og før de var helt nedkjørt.

*Forventninger til aktivitet og deltakelse* fra de eldre selv og deres pårørende var forhold personalet mente influerte. De erfarte blant annet at en del eldre ble «presset» inn i passivitet fra pårørende som mente deres mor eller far «fortjente å hvile» og ta det med ro. Familien spilte også en sentral rolle ved at de til tider ønsket flere tjenester enn nødvendig for å «være på den sikre siden.» Dette innebar imidlertid som nevnt også en fare for passivisering.

Samtidig viste en annen undersøkelse at personalet i liten grad var oppmerksomme på alle de familierelaterte gjøremålene de eldre deltok i (Witsø, Eide, & Vik, 2011).

At *eksterne faktorer* som egnet bolig, tekniske hjelpemidler og klima var noe som enten kunne fremme eller hemme deltakelse, er ikke overraskende for ergoterapeuter.

*Møte med ansatte og tjenesteapparatet* ble også trukket fram som forhold som kunne få eldre til å vippe over i passivitet. Personalet mente at de ofte ga tjenester som «standardpakker» hvor de fokuserte på passive tjenester som «hjelp til» ADL og matlaging, mer enn de stimulerte til hverdagsrehabilitering og støttet de ressursene den enkelte hadde. I veldig liten grad var tiltak rettet mot å følge opp den enkeltes mulighet til å fortsette med fritidsaktiviteter som hadde vært viktig for den enkelte. Tiltak for å øke sosial deltakelse var ofte å henvise til dagsenter. Dette, kombinert med at brukerne brukte mye av tiden sin på å vente på at personalet skulle komme og «gjøre A eller B for dem», førte til at personalet mente at tjenesten i seg selv «produserte passive og ensomme gamle.» Dette er nok en sannhet med modifikasjoner, for en senere undersøkelse

blant eldre tyder på at eldre lever hverdagslivet sitt uten å bli så influert av personalet som personalet tror (Witsø, Ytterhus og Vik, 2012).

Som oppsummerende for denne undersøkelsen vil jeg trekke fram noen aktuelle problemstillinger som er relevante med tanke på hverdagsrehabilitering. Hvordan skal man få eldre (og andre) til å søke tjenester når de begynner å oppleve aktivitetsinskrenkninger? Kan det at de søker tjenester tidligere, medføre at de kommer inn i et system som vil passivisere dem unødvendig? Spørsmålet blir så om det er mulig å tilby utredning og tiltak som «gir nødvendig assistanse til brukeren sin egne innsats for å oppnå best mulig funksjons- og meistrings-evne, sjølvstende og deltagning sosialt og i samfunnet», for å sitere definisjonen på rehabilitering fra St.meld. 21 (Helsedepartementet, 1998-99).

## Personalets erfaringer med sin arbeidssituasjon (2. sirkel i figuren)

Hverdagsrehabilitering og ergoterapi utøves i en kontekst og i samarbeid med andre yrkesgrupper, i særdeleshet hjemmetjenesten. Kunnskap om hvordan personalet i hjemmetjenesten, herunder ergoterapeuter, erfarer hvordan deres arbeidssituasjon influerer på muligheten for å fremme aktivitet og deltakelse, er derfor viktig (Vik og Eide, 2012b). Hovedfunnet viser at personalet opplevde store utfordringer. Det var særlig pleiepersonalet som erfarte dette, men det er problemstillinger som også ergoterapeutene og rehabiliteringsteamet kjente seg igjen i. Et dilemma var *møte med behov som ikke kan bli innfridd*. Det handlet om at de eldre behov ofte ble vurdert på bakgrunn av tjenestene og tiltakene som finnes i kommunen, og ikke på bakgrunn av deres reelle behov. Et eksempel er en eldre dame som gjerne ville fortsette å lage middag selv, men som hadde problemer med å handle. I stedet for å iverksette tiltak som gjorde henne i stand til å få handlet, ble tiltaket matombringing.

Et annet dilemma var personalets opplevelse av at de ofte var «mellom barken og veden.» Dette gjaldt som allerede nevnt når pårørende ønsket «passive tjenester og hjelp» for «sine gamle», for at pårørende skulle føle seg trygge, men personalet så at det var viktig for den eldre å være mer aktive og gjøre ting selv.

Personalets *forventninger til deltakelse* for brukerne var å la brukerne bestemme mest mulig selv, la brukerne gjøre mest mulig selv, og møte brukernes behov for sosial kontakt. Disse forventningene (som er delvis sammenfallende med eldre egne forventninger) skapte likevel noen dilemmaer, for eksempel i møte med eldre som «bestemmer at personalet skal bestemme», eller de som vil gjøre mest mulig selv, men ikke har fått tildelt de nødvendige tidsressurser til å trene ADL. I tillegg var det en gruppe som ville



at særlig sykepleiere og hjelpepleiere skulle hjelpe med alt – selv om de kunne gjøre det selv. Personalet mente at deltakelse forstått som mer mulighet til sosial kontakt med den enkelte eldre var viktig, men at det var et dilemma ikke å ha tid nok til det. (Som tidligere nevnt, var dette ikke noe de eldre selv var opptatt av. De så på personalet mer som noen som det var hyggelig å småprate med eller få gode råd og hjelp av, og ønsket ikke sosial kontakt ut over det (Vik, Nygård & Lilja, 2008; Witsø, Ytterhus, et al., 2012).)

*Organisering av tjenesten* var ikke overraskende et annet forhold som skapte dilemmaer med hensyn til å fremme aktivitet og deltakelse. For eksempel ble «administrative ting» som registrering, møter og lignende opplevd som å ta tid fra brukerne. Mangel på tid i samvær med brukeren, og manglende kontinuitet i personalgruppa var et forhold som personalet mente var særlig uheldig når en skulle gjennomføre systematiske tiltak for å fremme deltakelse. I tillegg skapte Individbasert Pleie- og Omsorgsregister (IPLOS) dilemmaer fordi systemet etter personalets mening ikke ivaretok Eldres fluktuierende behov, og ikke fanget opp den ekstra tiden det tok når en person skulle trene på å utføre gjøremål på egen hånd.

Til slutt ble personalets *faglige holdninger* sett på som en faktor som influerte muligheten for å fremme deltakelse. I denne studien viste det seg at å bli kjent med brukerne og å arbeide på brukernes premisser var viktige forutsetninger for å kunne fremme aktivitet. Deltakelse var en felles holdning fra alle yrkesgruppene. Som en sykepleier sa: «Når du blir kjent med personen, har du en bru som bærer, og du vet hvordan den enkelte kan motiveres». Dette er kanskje ikke overraskende, for det er i tråd med de helsepolitiske idealene og etiske retningslinjene for de fleste yrkesgrupper. Dette skapte likevel dilemmaer fordi det synes å være et gap mellom overordnede politiske føringer og de rammevilkårene man arbeider etter på kommunalt nivå. Mange – særlig innen pleiegruppen – opplevde at de ofte måtte gå på akkord med sine faglige idealer. Mange fortalte at de følte seg mer fornøyd med jobben de gangene de utførte oppgavene slik deres faglige standard tilsa, selv om de da «brøt» med de «kvalitetskrav» som kommunen stilte. Oppsummerende viser denne studien hvordan personalet møter en rekke dilemmaer i sin hverdag, som både de og lederne må være klar over når de skal arbeide med hverdagsrehabilitering.

### Organisasjon av kommunale tjenester

Som figur 1 illustrerer, hadde organisasjonen av kommunale tjenester sterk innflytelse på muligheten til å fremme aktivitet og deltakelse (Vik, 2010). Funnene er basert på personalets erfaringer og kommunale planer og rapporter. Det er interessant å merke seg at når kommunen beskriver



**Mange eldre forteller at de er aktive og deltar i en rekke gjøremål og de ønsker å fortsette å være aktive på samme nivå eller helst litt mer.**

*rammevilkår for tjenesteyting* i styringsdokumenter, står det ofte at kommunen skal «tilby hjelp», og tiltakene for å øke aktivitet for eldre er «dagsenter», «livsglede for eldre» og lignende. Siden fokuset er på hjelp og det jeg vil kalle institusjonaliserte og organiserte tilbud, gir dette lite insikt for ansatte, befolkningen eller politikere til å sette den enkeltes behov for individuelt tilpasset aktivitet og deltakelse på dagsordenen - deltakelse blir ofte synonymt med organiserte tilbud og hjelp. Dette avspeiler seg også i *tildelingsprosessen* hvor det er pålagt å anvende IPLOS til å innhente informasjon om brukere av kommunale tjenester. IPLOS lister opp og registrerer hjelpetiltak, og da blir også brukernes behov sett i relasjon til IPLOS. Da står en i fare for at det blir slik som en ergoterapeut sa: «Brukerne får det vi har, men ikke alltid det som er behovet».

Likeledes ble ordningen med vedtak sett på med ambivalens: på den ene siden sikret det deltakelse forstått som brukerrettighet, men vedtakene klarte ikke alltid å fange opp de fluktuierende behovene for tjenester som en eldre person ofte har.

Til slutt viste det seg at alle faggrupper var opptatt av hvordan *tjenesteyting* var organisert. Det var enighet om at å fremme aktivitet og deltakelse krevde tverrfaglig samarbeid, noe som ingen av faggruppene mente det var satt av tid til. Det at «organisering av praktisk hjelp i hjemmet/hjemmehjelpere» var organisert i egen enhet, var en ulempe for samarbeid om mange eldre som trengte litt ekstra oppfølging.

Et siste forhold var knyttet til arbeidsvilkårene for personalet. De sa at dersom de selv hadde mulighet for innflytelse og til å bruke sine faglige vurderinger i møte med brukeren, ville det fremme aktivitet og deltakelse mer enn et styringssystem preget av vedtak og kvalitetssikring som

Deltar i:	Tidsbruk Hvor ofte deltar	N=155	%
Personlig hygiene	Mindre 20 min	39	60.0
	Mer enn 20 min	60	38.7
Av- og påkledning	Mindre 20 min	61	39,4
	Mer enn 20 min	94	60.4
Økonomi	Et par gg mnd/året	10	6.5
	Et par gg uka	136	87.7
Sosialt liv	Et par gg mnd	39	25,2
	Et par gg uke	115	74,2
Kontakt via tlf	Et par gg mnd	8	5,2
	Et par gg uka	147	94,8
Kultur og fritid	Et par gg mnd	4	2.6
	Et par gg uke	145	93.5
Fysisk aktivitet	Et par gg mnd	68	43.9
	Et par gg uke	87	56.1
Arbeid i eget hjem	Aldri	24	15.5
	1-2 gg uka mer enn 3 gg uka	131	84.5
Tilbered måltid	1 t eller mindre	72	46.5
	Over 1 t	81	52.3
Komme ut av eget hjem	Et par gg mnd	19	12.3
	Et par gg uka	136	87.7
Samfunnsliv (offentlige verv mm)	Et par gg mnd/året	129	83.2
	Et par gg uka	18	11.6

**Tabell 1: Hyppighet av deltakelse i gjøremål blant eldre hjemmetjenestebrukere.**

de opplevde tok fra dem deres faglige vurderingsmuligheter.

## Konklusjon

Hverdagsrehabilitering må fremme aktivitet og deltakelse. Det er målet for all ergoterapeutisk intervensjon. Det er også i tråd med helsepolitiske føringer nasjonalt og internasjonalt. Imidlertid synes det som om både ergoterapeuter og annet helsepersonell vil møte en del utfordringer på grunn av rammevilkårene man jobber under lokalt. På bakgrunn av egen og andres forskning er det derfor viktig å være oppmerksomme på at:

- De fleste eldre som har behov for kommunale tjenester, ønsker å delta mer enn de får mulighet til.
- De fleste eldre som har behov for kommunale tjenester, ønsker å fortsette med gamle hobbyer og interesser.
- Ergoterapeuten må kartlegge og følge opp dette, og ikke «bare» henvise til å delta i organiserte tilbud som dagsenter og «hyggestund for eldre», hvor det er personalet som er de aktive, og de eldre reduseres til passive mottakere.
- Tekniske hjelpemidler er et av de viktigste bidragene for at eldre skal ha mer kontroll over og deltakelse i hverdagslivet.

- Familie og venner er det mest sentrale for aktivitet og deltakelse. Ergoterapeuten bør derfor både kartlegge og iverksette tiltak som fremmer muligheter til familierelaterte gjøremål.
- Hverdagsrehabilitering utføres i en kontekst hvor bruker, pårørende, organisering av tjenestene og forventinger til hverandre og tjenestene utgjør en utfordrende og spennende arbeidssituasjon. □

## Referanser

- Avlund, K., Lund, R., Holstein, B. E., & Due, P. (2004). Social relations as determinant of onset of disability in aging. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 38, 85-99.
- Ayis, S., Gooberman-Hill, R., & Ebrahim, S. (2003). Long-standing and limiting long-standing illness in older people: associations with chronic diseases, psychosocial and environmental factors. *Age and Ageing*, 32, 265-272.
- Borg, T., Runge, U., Tjørnov, J., Brandt, Å., & Madsen, A. J. (Eds.). (2007). *Basisbog i ergoterapi. Aktivitet og deltakelse i hverdagslivet* (2. utg.). København: Munksgaard.
- Bredland, E. L., Linge, O. A., & Vik, K. (2011). *Det handler om verdighet og deltakelse. Verdigrunnlag og praksis i rehabilitering*. (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Christiansen, C., & Townsend, E. (2004). *Introduction to occupation. The art and science of living*. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice Hall.
- Coyle, J. T. (2003). Use it or loose it - do effortful mental activities protect against dementia? *The New England Journal of Medicine*, 348, 2489-2490.
- Dahan-Oliel, N., Gelinas, S., & Mazer, B. (2008). Social participation in the elderly: What does the literature tell us? *Physical and Rehabilitation Medicine*, 20, 159-176.
- Dale B. Sævareid HJ, Kirkevoold M. og Söderhamn, O. (2010) Older home nursing patients' perceptions of social provision and received care. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 24, 523-32.
- Huseby, B. M., & Paulsen, B. (2009). *Eldreomsorgen i Norge: Helt utilstrekkelig - eller best i verden*. Trondheim: SINTEF Teknologi og samfunn.
- Kielhofner, G. (2008). *Model of human occupation. Theory and application*. (4 ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Knipscheer, A. P. M. (2000). The effects of environmental context and personal resources on depressive symptomatology in older age: a test of the Lawton model. *Ageing & Society*, 20, 183-202.
- Lampinen, P., R-L, H., Knuppinen, M., & Heikkinen, E. (2006). Activity as a predictor for mental wellbeing among older adults. *Ageing & Mental Health*, 10, 454-466.
- Lennartsson, C., & Silverstein, M. (2001). Does engagement with life enhance survival of elderly people in Sweden? The role of social and leisure activities. *Journal of Gerontology*, 56B, 335-342.
- NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.
- Schroots, J. J. F., Ballesteros-Fernández, R., & Rudinger, G. (Eds.). (1999). *Ageing in Europe* (Vol. 17). Amsterdam: IOS Press.
- St. meld. nr. 21 (1998-99). *St. meld 21. Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- St. meld. nr. 40 (2002-2003). *Nedbygging av funksjonshemmede*

- barrierer. *Strategier, mål og tiltak i politikken for personer med ned-satt funksjonsevne*. Oslo: Sosialdepartement.
- St.meld.nr.25 (2005-2006). *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartement.
- St.meld.nr.47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo: Helse og omsorgsdepartement.
- Thorsen, K., & Clausen, S.-E. (2008). Funksjonshemming, ensomhet og depresjon: Hva betyr ensomhet for personer med funksjonshemming opplever depresjon? *Tidskrift for Norsk Psykologforening*, 45, 19-27.
- Verghese, J., Lipton, R. B., Katz, M. J., Hall, C. B., Derby, C. A., Kuslansky, G., et al. (2003). Leisure activities and the risk of dementia in the elderly. *The New England Journal of Medicine*, 348, 2508-2516.
- Vik, K. (2008a). Eldre og deltakelse - erfaring fra eldre som har fått eller får kommunale rehabiliteringstjenester. *Ergoterapeuten* (8), 16-23.
- Vik, K. (2008b). Hvordan erfares deltakelse for personer som mottar kommunale tjenester i hjemmet. *Ergoterapeuten* (8), 24-30.
- Vik, K. (2008c). *Older adults' participation in occupation in the context of home-based rehabilitation*. Doktorgradsavhandling. Karolinska Institutet, Stockholm.
- Vik, K. (2011). Mulighet for deltakelse og aktiv omsorg også for eldre som får hjemmetjenester? I. Stene & E. Marnburg (Eds.), *Forskning i Trøndelag* 2011. Trondheim: Tapir.
- Vik, K., & Eide, A. H. (2012a). Older adults that receive home-based services, on the verge of passivity; The perspective of service providers. *Journal of Older People Nursing*, Tilgjengelig online.
- Vik, K., & Eide, A. H. (2012b). Service providers' experience of enhancing participation - an exhausting process. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Tilgjengelig online.
- Vik, K., Nygård, L., & Lilja, M. (2008). Encountering staff in the home: Three older adults' experience during six months of home-based rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 31, 619 - 629.
- Witsø, A. E., Eide, A. H., & Vik, K. (2011). Professional carers' perspective on participation for older adults living in place. *Disability & Rehabilitation* 33, 557-68.
- Witsø, A. E., Eide, A. H., & Vik, K. (2012). Older homecare service recipients' satisfaction with participation in daily life activities. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*. (Sendt inn.)
- Witsø, A. E., Ytterhus, B., & Vik, K. (2012). Participation in older homecare recipients: A value based process. *Activites, Adaptation & Aging*. (Akseptert.)
- Wreder M. (2008) Time to talk? Reflections on 'home', 'family' and talking in Swedish elder care. *Journal of Aging Studies*. 22, 239-47.