

# MÅLEINSTRUMENTER FOR REGISTRERING AV SOSIAL DELTAKELSE BLANT ELDRE MENNESKER?

## TEORI OG PSYKOMETRISKE EGENSKAPER

Av Aud Elisabeth Witsø



*Aud Elisabeth Witsø er utdannet vernepleier og har doktorgrad i helsevitenskap fra NTNU. Hun arbeider som førsteamanuensis ved program for vernepleie, avdeling for helse og sosialfag ved Høgskolen i Sør-Trøndelag. [aud.e.witso@hist.no](mailto:aud.e.witso@hist.no)*

Det er ingen interessekonflikter knyttet til denne artikkelen.

### Abstrakt:

**Artikkelen bygger** på forfatterens prøveforelesning i forbindelse med disputas på prosjektet: «Participation in older adults – in the context of receiving home-based services» (Witsø, 2013). Artikkelen berører hvordan sosial deltakelse kan begrunnes og defineres, og gir en oversikt over aktuelle måleinstrumenter for sosial deltakelse blant eldre. Videre presenteres og diskuteres noen aspekter og spørsmålsstillinger relatert til testteori og psykometri knyttet til de presenterte måleinstrumentene. Avslutningsvis blir det reist noen spørsmål knyttet til utvikling og vurdering av måleinstrumenter på dette området fremover.

**Nøkkelord:** Sosial deltakelse, eldre mennesker, måleinstrumenter

### Introduksjon

Sosial deltakelse er et begrep som kan ha mange betydninger og forstås ulikt mennesker imellom, aktører imellom og i ulike kontekster (for eksempel Magasi, Heinemann og Whiteneck, 2008; Witsø, 2013). Et relevant spørsmål er derfor om ulike forståelser av et sentralt begrep som sosial deltakelse kan by på utfordringer når det kommer til registrering og evaluering, og når det gjelder å treffe riktig med tjenester til de det gjelder.

Sosial deltakelse er viktig for de fleste. Forskning viser at sosial deltakelse har innvirkning på helse. Derfor er sosial deltakelse også resultatmål, for eksempel i rehabiliteringsprosesser, og intervensjonsmål for ulike profesjoner i helse og sosiale tjenester. Sosial deltakelse har vist seg å ha positiv sammenheng med helseindikatorer som dødelighet (Berkman, 1995), sykkelighet (Berkman, Glass, Brissette, og Seeman, 2000), depresjon (Pollak og von dem Knesebeck, 2004; Glass, Mendes de Leon, Bassuk og Berkman, 2006), demens (Wang, Karp, Winblad og Fratiglioni, 2002) og kognitiv utførelse (Beland, Zunzunegui, Alvarado, Otero og Del Ser, 2005). Også faktorer som myndiggjøring (Baum et al., 2000) livskvalitet (Levasseur, St-Cyr Tribble og Desrosier, 2009), og velvære (Anaby, Miller, Eng, Jarus og Noreau, 2011) har vist seg å være assosiert med dette fenomenet. Ikke minst bidrar sosial deltakelse til oppfyllelse av sosiale roller (Levasseur, Richard, Gauvin, Raymond, 2010). Verdens helseorganisasjon regner derfor fremming av sosial deltakelse som en nøkkelstrategi for å fremme helse og livskvalitet i befolkningen, der andelen eldre som kjent er stigende.

Ikke overraskende er sosial deltakelse også en sentral komponent i modeller om menneskelig funksjon, som ICF- International Classification of Functioning, Disability and Health (WHO, 2001) og DCP – Disability Creation Process (Fougeyrollas et

al., 1998) og ved konsepter som vellykket aldring og aktiv aldring (WHO, 2002). Selv om sosial deltakelse både er et sentralt begrep og et politisk mål, er det fortsatt ikke konsensus om verken definisjonen på eller underliggende dimensjoner ved dette konseptet i litteraturen (for eksempel Levasseur, Desrosier og Whiteneck, 2010; Levasseur et al., 2009).

Denne artikkelen har som mål å presentere hvordan sosial deltakelse kan begrunnes og defineres, gi en oversikt over aktuelle måleinstrumenter for sosial deltakelse blant eldre og å belyse noen aspekter og spørsmålsstillinger relatert til testteori og psykometri ved aktuelle måleinstrumenter. Avslutningsvis diskuteres noen spørsmål knyttet til utvikling og vurdering av måleinstrumenter på dette området fremover.

### **FINNES DET EN DEFINISJON PÅ SOSIAL DELTAKELSE?**

For å kunne måle sosial deltakelse hos eldre bør man vite hvordan man definerer det. Det viser seg at det er mange beslektede begreper som også benyttes litt om hverandre i litteraturen. Eksempler på slike begreper er det mer generelle deltakelsesbegrepet (som en finner i ICF), sosialt engasjement, sosial tilknytning, sosiale interaksjoner, sosial kapital, sosialt nettverk, sosial integrasjon, samfunnsdeltakelse og deltakelse i frivillig og veldedig arbeid. At ulike begreper benyttes om samme fenomen, og mangel på enighet om hva deltakelse er, kan ha problematiske implikasjoner; det kan for eksempel oppstå kommunikasjonsproblemer mellom de som bruker begrepene og problemer med å utvikle og velge mellom instrumenter for å registrere eller evaluere sosial deltakelse (Levasseur et al., 2010). En annen mulig konsekvens kan være politisk tilsløring eller iverksetting av utilstrekkelige helse- og sosialpolitiske tiltak. For forskere kan en mulig konsekvens være problemer med å sammenligne resultater fra studier som definerer begrepet ulikt (eller har ulikt teoretisk innhold), eller som måler samme begrep, men med måleinstrumenter som for eksempel har ulike skåralternativer (Field & Jette, 2007).

Noen forskere har etter hvert kommet fram til at erfaringsdimensjoner som viktighet, tilfredshet og mulighet for valg representerer sentrale aspekter ved sosial deltakelse (Gray, Hollingsworth, Stark & Morgan, 2006; Noreau, Fougeyrollas & Vincent, 2002).

Både ICF og forløperne til ICF har inspirert mange forskere til å utvikle både fellesmål og sykdomsspesifikke måleinstrumenter på deltakelse. I ICF

benyttes begrepet deltakelse som en nøytral benevnelse for å beskrive sosial helse og funksjon (Magasi & Post, 2010), og defineres som involvering i livssituasjoner og innebærer det en person faktisk gjør eller utfører i sine naturlige kontekster (WHO, 2001).

I den endelige versjonen av ICF er aktivitet og deltakelse slått sammen til en taksonomi og skisserer ni domener: læring og anvendelse av kunnskap, generelle gjøremål og krav, kommunikasjon, mobilitet, personlig hygiene og omsorg, hjemmeliv, mellommenneskelige og personlige relasjoner, sentrale livsområder (utdanning, arbeid og økonomi) og samfunnsdeltakelse, og sosialt liv. Og det er kanskje de fire siste som er spesielt relevante med tanke på sosial deltakelse, selv om det er uenighet også om dette i litteraturen.

I det følgende presenteres noen måleinstrumenter som kan være aktuelle ved registrering av sosial deltakelse blant eldre.

### **Eksempler på måleinstrumenter for sosial deltakelse hos eldre**

Mål på sosial deltakelse blant eldre bør akkurat som andre måleinstrumenter være valide, reproducerbare, og responsive i betydningen følsomme for endringer for å kunne brukes som resultatmål (de Vet, Terwee, Knol & Bouter, 2006). Utvikling, testing og vurdering av måleinstrumenter er omfattende arbeid og godt beskrevet i litteraturen (for eksempel Crocker & Algina, 2006; Cronbach, 1990; Streiner & Norman, 2008). Psykometri omfatter metoder for utvikling, bruk og validering av måleinstrumenter som psykologiske tester, intervju-skjemaer og observasjonsskalaer, med mål om å gi en systematisk og vitenskapelig fundert bedømmelse av for eksempel Eldres sosiale deltakelse. Psykometriske evalueringer er ofte basert på metoder innenfor klassisk testteori. Ulike personer med samme observerte skår kan imidlertid befinne seg i ulike posisjoner på et latent trekk. Dette kan representere skaleringsproblemer og er en kritikk av klassisk testteori. Blant nyere valideringsmetoder er moderne testteori som Rasch-analyse eller item response theory (IRT). Utgangspunktet for moderne testteori er at vi ikke kan avgjøre om en person vil svare riktig på en test, men at vi kan estimere sannsynligheten for om personen vil svare riktig. De matematiske fordelene ved Rasch-modellen forsøker å bøte på skaleringsproblemer og er basert på teorien om at en persons forventede besvarelse av et spørsmål avhenger av spørsmålets vanskegrad og personens ferdighetsnivå (Martinussen et al., 2010).

Det er mulig å se på et måleinstrument som en abstraksjon av virkeligheten, særlig når det man ønsker å måle, ikke kan observeres direkte, for eksempel følelser eller vurderinger. For å kunne ta i bruk og ha tillit til måleinstrumenter, bør de likevel ha gode psykometriske egenskaper.

Det finnes mange måleinstrumenter for sosial deltakelse egnet for voksne generelt, eller såkalte fellesmål, som jeg skal komme tilbake til, men færre er spesifikt utarbeidet til bruk blant eldre. Et måleinstrument på sosial deltakelse som er mye benyttet og godt dokumentert i forskningslitteraturen om eldre, er *LIFE-H: Assessment of Life Habits* (Noreau et al., 2002; Desrosier et al., 2004). Det ble utviklet i Canada og kan være både selvrappoterings- og intervjueradministrert. Det omfatter innhold fra alle ICF-domenene på aktivitet/deltakelse.

Måleinstrumentet er basert på the Disability Creation Process-modellen og ble opprinnelig utviklet for å evaluere sosial deltakelse hos mennesker med funksjonsnedsettelse, uavhengig av type eller diagnose. LIFE-H skal dokumentere kvaliteten på sosial deltakelse ved å måle personers utførelse av daglige aktiviteter og sosiale roller, definert som livsvaner. Det har 77 testledd og en nippunktsskala for skåring som indikerer nivå på problemer med å utføre, og typer av assistanse personen tar i bruk for å utføre, deltakelse. I tillegg til daglige aktiviteter som utførelse av personlig omsorg, ernæring, kommunikasjon, mobilitet, bolig og helse er sosial deltakelse registrert som sosiale roller, for eksempel ansvarlighet, samfunnsliv, rekreasjon og interpersonlige relasjoner. LIFE-H inneholder også en fempunktsskala som måler tilfredshet med deltakelsen. Begrensninger med LIFE-H som påpekes i litteraturen (Magasi og Post, 2010) er blant annet at den er lang og arbeidskrevende å fylle ut, og har kompliserte responsformater. Flere av subskalaene har takeffekter. Spørreskjemaets sensitivitet og responsivitet reduseres dersom det oppstår gulv- eller takeffekter, som betyr at mer enn 15 prosent av respondentene har svart henholdsvis laveste eller høyeste skåralternativ. Spørsmålene eller skalaene i spørreskjemaet er dermed mindre egnet til å måle endring i sosial deltakelse (Terwee et al., 2007). En annen begrensning ved LIFE-H som nevnes i litteraturen er at den i hovedsak har vært benyttet i et avgrenset geografisk område i Canada (Quebec).

Frenchay aktivitetsindeks, forkortet til FAI, ble opprinnelig utviklet for å evaluere deltakelse i funksjonelle aktiviteter blant slagpasienter. I dag benyt-

tes FAI (Holbrook & Skillbeck, 1983) i undersøkelser blant eldre med også andre funksjonsnedsettelse (for eksempel Hall, Williams, Senior, Goldswain & Criddle, 2000). Instrumentet er en skala med 15 testledd. Det registrerer forekomst av funksjonelle aktiviteter siste tre og seks måneder (for eksempel fra det å ta oppvask til det å ta bussen). Sosial deltakelse inngår som en av flere variabler, som er «deltatt i sosiale aktiviteter utenom hjemmet» og «deltatt på hyggeturer». Instrumentet benytter firepunktsskalaer for skåring – fra aldri/ingen til flere ganger i uka. FAI registrerer ikke restriksjoner og heller ikke erfaring med deltakelse slik som tilfredshet, viktighet eller mulighet for valg.

*Elderly Activity Inventory Questionnaire*, forkortet til MAS (Lefrancois, Leclerc, Dubé, Hamel & Gaulin, 2001), er en skala med ti testledd. Skalaen vurderer hyppighet på besøk hos familiemedlemmer og venner, engasjement i hobbyer utenfor hjemmet, deltakelse i aktiviteter på fritidssenter og aktivitetscenter, handling, restaurantbesøk/pub/kafé, sports- eller kulturelle begivenheter, gå på forelesninger eller kurs, selvhjelps- eller diskusjonsgruppe, bibliotek eller kulturhus, og frivillig arbeid. Det har en fempunktsskala for skåring, fra nesten hver dag til aldri. Instrumentet måler ikke erfaringer med deltakelse slik som tilfredshet eller viktighet. Når det gjelder MAS har det vært vanskelig å finne studier som tar i bruk instrumentet, og som dokumenterer reliabilitet og validitet ved søk i databaser.

Til slutt nevnes MSPP: *The Maastricht Social Participation Profile* (Mars et al., 2009), som har til hensikt å måle faktisk deltakelse hos eldre med kronisk fysisk sykdom – og er et instrument som referer til hyppighet og mangfold (mengde) av sosial deltakelse: Hvor ofte engasjerer eldre seg i sosial deltakelse, og i hvor mange forskjellige typer?

Her til lands registreres sosial deltakelse hos eldre som mottar offentlige helse- og velferdstjenester blant annet gjennom IPLOS, som er individbasert statistikk for pleie- og omsorgssektoren. Målet med IPLOS er å bidra til systematisert kunnskap og statistikk til kommuner og sentrale myndigheter, kvalitetsutvikling av tjenesten, god ressursutnyttelse, samt likeverdige og virkningsfulle tjenester (Mørk, Sundby, Otnes, Wahlgren & Gabrielsen, 2013). IPLOS skal gi informasjon om funksjonsnivå og dekker områdene ADL, i-ADL, kognitiv og sosial fungering samt en bolk for «andre». Skåralternativene er delt inn i fem, der 1 utgjør ingen problem/utfordring og 5 er fullt bistands-/assistansebehov. Det er imidlertid

dokumentert til dels svært ulik kartleggingspraksis mellom kommuner når bistandsbehov vurderes (Hallem m.fl., 2012), noe som reiser spørsmål knyttet til datakvaliteten i IPLOS.

### **Andre aktuelle måleinstrumenter for evaluering og registrering av sosial deltakelse**

Vurdering av kontekst, hvilke områder av Eldres sosiale deltakelse en ønsker å måle sett i sammenheng med psykometriske egenskaper ved måleinstrument, kan begrunne å ta i betraktning instrumenter som ikke er utarbeidet spesielt for eldre. Nedenfor er eksempler på måleinstrumenter som opprinnelig er utviklet for andre målgrupper eller kontekster, men som likevel kan være aktuelle å ta i bruk for å måle Eldres sosiale deltakelse.

**IPA:** Impact on Participation and Autonomy (Cardol, de Haan, van den Bos, de Jong, & de Groot, 1999; Cardol, De Haan, De Jong, Van Den Bos, & De Groot, 2001) ble opprinnelig utarbeidet i Nederland for rehabiliteringspasienter og er et selvrappor- teringsinstrument som integrerer prinsipper ved autonomi som en del av deltakelse. IPA spør etter erfaringer med deltakelse på tvers av fem underdo- mener. Det har også testledd som vurderer erfaringer med deltakelse som skal lette beslutningstaking i klinisk sammenheng. En fempunktsskala indikerer mulighet for å delta når og hvordan man ønsker (fra svært gode muligheter til svært dårlige muligheter), mens erfarte problemer skåres på en trepunktsskala (fra ikke problem til stort problem).

Aktuelle testledd for registrering av sosial delta- kelse i instrumentet er etter min oppfatning «akti- viteter hjemme og rolle i familien, sosiale kontakter, betalt eller frivillig arbeid».

**IMPACT-S:** ICF Measure of Participation and Acti- vities (Post et al., 2008) ble utviklet i Nederland som et selvrappor- teringsmål på aktivitets- og deltakel- sesrestriksjoner. Den bruker en firepunktsskala som skårer begrensninger (fra ingen begrensninger til kan ikke utføres i det hele tatt).

**KAP:** Keele Assessment of Participation (Wilkie, Peat, Thomas, Hooper & Croft, 2005) ble utviklet i England med tanke på populasjonsundersøkelser og er et selvrappor- teringsinstrument. Det bruker en fempunktsskala for å måle hyppighet på opplevde restriksjoner (fra hele tiden til ikke noe av tiden). KAP omfatter ICF-domenene mobilitet, personlig omsorg, interpersonlige relasjoner og samfunnsdel- takelse og sosialt liv. Den er vurdert å være bedre egnet til epidemiologiske og populasjonsstudier

enn i klinisk sammenheng som krever mer detaljert informasjon om deltakelsesrestriksjoners natur, og instrumentet er heller ikke vurdert som egnet til å dokumentere endring over tid.

**PAR-PRO:** Participation Profile (Ostir, Granger & Black, 2006) ble utviklet i USA av eksperter innenfor medisinsk rehabilitering som et mål på hjemme- livs- og samfunnsdeltakelse for mennesker både med og uten funksjonsnedsettelse. Den omfatter samfunnsdeltakelse, sosialt liv, hjemmeliv, sentrale livsområder, mobilitet og interpersonlige relasjoner. Den måler hyppighet på deltakelse i livssituasjoner og bruker en fempunktsskala for skåring som slås sammen til tre, der 0 er ingen aktivitet, 1 at aktivitet forekom minst en gang i måneden men mindre enn ukentlig, og 2 at aktivitet forekom minst én gang i uka. Den er vurdert til å ha et potensial for å måle forandringer på individnivå over tid.

**PARTS/M:** Participation Survey/Mobility (Gray et al., 2006) ble også utviklet i USA som et selv- rapporteringsinstrument av og for mennesker med mobilitetsvansker. Den evaluerer deltakelse over 20 aktiviteter som omfattes av domeneene: personlig omsorg, mobilitet, deltakelse i hovedlivsområder, hjemmeliv, interpersonlige relasjoner, sosialt liv og samfunnsdeltakelse. Hver aktivitet evaluerer fire deltakelseskomponenter: tidsaspekter, som hyp- pighet og tidsbruk; evaluerende aspekter, som valg, tilfredshet og viktighet; helserelaterte begrensninger, som sykdom, tretthet, smerte, fysisk kapasitet og annet; støtte fra mennesker og i omgivelser, som hjelp av andre, tilpasninger og tekniske hjelpemidler. Instrumentet bruker for det meste firepunktsskala for skåring.

**P-Scale:** Participation Scale (van Brakel et al., 2006) ble utviklet av forskere og er et selvrappor- teringsinstrument for å vurdere betydningen av reha- biliteringsintervensjoner på sosial deltakelse i rurale og ikke-vestlige strøk. Den omfatter ICF-domenene for blant annet samfunnsdeltakelse, sosialt liv og so- siale interaksjoner og bruker sammenligningsnormer for å kunne belyse kulturelt sensitive skåringer av deltakelse. Den har en fempunktsskala for skåring av forekomst av restriksjoner på deltakelse, fra ingen til stort problem.

Magasi og Post (2010) har skrevet en review-ar- tikkel som tar for seg syv av de nevnte instrumente- ne. Alle inkluderer områder for sosial deltakelse, og i tillegg er de vurdert ut fra standard kvalitetskriterier for måleinstrumenter. Studier viser at eksisterende måleinstrumenter for deltakelse i hovedsak har vist

tilfredsstillende validitet, mens reproduserbarhet og responsivitet i mindre grad har blitt etablert (Dijkers, 2000; Magasi & Post, 2010; van der Zee et al., 2010).

Tabell 1 viser noen psykometriske karakteristikk ved syv av skalaene, og forklaring til tabellen er gitt i det følgende:

*Administrasjon:* de måleinstrumentene som har + tegnet her, regnes som enkle å administrere og inneholder ikke mer enn 20 testledd (det gjelder bare to av dem). De som har +/- indikerer at de er mellomstore og har mellom 20 og 60 testledd. - tegnet betyr her et langt instrument med mer enn 60 testledd som regnes som arbeidskrevende og komplisert å fylle ut - det gjelder både LIFE-H og PARTS/M.

*Innholdsvaliditet:* Tre av instrumentene har et + tegn som indikerer at de har klare beskrivelser for målet med instrumentet, målgruppe, begrepet som måles og testleddene, samt at målgruppe og forskere eller eksperter var involvert i testleddutvalget; tre av instrumentene har et ? som innebærer at det som er nevnt over, mangler; at bare målgruppen eller ekspertgruppen var involvert, eller at det ellers var tvilsomt design eller metode. PAR-PRO involverte for eksempel ikke målgruppe ved definering av testledd.

*Konstruktvaliditet:* + tegn her betyr at spesifikk hypotese var formulert, og at minst 75 prosent av resultatene var i tråd med disse hypotesene. ? tegnet betyr her at design eller metode var tvilsom, for eksempel at ingen hypotese presenteres. Ved LIFE-H mangler informasjonen, og bare PARTS/M har et - tegn, som innebærer at faktoranalyser ble gjennomført og støttet seks deltakelsesdomeneskårer og en overordna deltakesskår, men informasjon om analysene mangler i den publiserte litteraturen, derfor - tegnet.

*Indre konsistens:* alle viste god indre konsistens, det vil si at faktoranalyser ble gjennomført på adekvat utvalgsstørrelse (flere enn eller lik 100 informanter per 7 testledd), og Cronbachs alfa ble kalkulert per dimensjon og viste mellom 0.7 og 0.95.

*Konvergerende validitet:* de som har + tegn her hadde overbevisende argumenter for at kriteriestandarden virkelig var kriterium, og viste korrelasjoner over 0.70. PARTS/M har et ? tegn her, som betyr at enten design eller metode var tvilsom, eller at det ikke var overbevisende argumentert for at kriteriestandarden var kriteriet. - tegn i denne sammenhengen betyr at korrelasjonen med kriteriestandarden var større enn 0.70 til tross for adekvat design og/eller metode.

*Divergerende validitet:* + tegnet her står for at instrumentet har relevante og forventede forskjeller mellom undergrupper av pasienter/brukere. ? tegnet betyr at designet eller metoden var tvilsom, mens - tegnet betyr at man ikke kunne skille mellom ulike grupper. Informasjon om dette er ikke rapportert for IMPACT-S og PARTS/M.

*Test-retest-reliabilitet:* + tegnet betyr at testleddets karakteristiske kurve (ICC) er vektet større enn 0.70. ? tegnet innebærer at design eller metode er tvilsom (for eksempel ikke noe tidsintervall). - tegnet innebærer at testleddets karakteristiske kurve vektet mindre enn 0.70.

*IRT-validitetskoeffisienter:* + tegnet indikerer at det ble benyttet IRT (item response theory) eller Rasch for å evaluere instrumentet, og de rapporterte resultatene støttet instrumentets validitet. +/- tegnet her innebærer at IRT- eller Rasch-analyse ble gjennomført, men ikke støttet instrumentets validitet. 0-tegnet innebærer her at det ikke rapporteres om verken IRT- eller Rasch-analyse; dette gjelder både IMPACT-S, KAP, PARTS/M og P-Scale.

*Tak-/gulveffekter:* + tegnet indikerer at det på det meste var 15 prosent av respondentene som oppnådde høyeste eller laveste mulige skår. ? tegnet indikerer at designet eller metoden var tvilsom, mens - tegnet sier at mer enn 15 prosent av respondentene oppnådde høyeste eller laveste skår til tross for adekvat design og metode. Tre av instrumentene har ikke informasjon om dette.

*Responsivitet:* + tegnet innebærer signifikante forandringer i gjennomsnitt eller effektstørrelse i oppfølgingsstudier, større enn 0.4. Som vi ser, mangler de fleste av instrumentene rapportering om responsivitet.

Tabell 2 viser en oppsummering (basert på Magasi & Post, 2010) av hvilke områder knyttet til sosial deltakelse de ulike måleinstrumentene fokuserer på.

## Relevante spørsmål når sosial deltakelse skal måles

*Er det mer ved deltakelse enn utførelse og begrensninger?* Erfaringsdimensjoner som tilfredshet og viktighet av deltakelse samt opplevelsen av valgmuligheter kan være vel så viktige aspekter ved deltakelse som utførelse og begrensninger. Bare noen få måleinstrumenter som har vært benyttet ved evaluering/registrering av (sosial) deltakelse blant eldre, har inkludert et eller flere disse målene (Gray et al., 2006; Noreau et al., 2002). I hvilken grad fanges Eldres forståelse av og behov for sosial deltakelse

Psykometrisk innhold	IMPACT-S	IPAQ	KAP	LIFE-H	PAR-PRO	PARTS/M	P-Scale
Administrering	+/-	+/-	+	-	+	-	+/-
Innholdsvaliditet	?	+	?	+	-	+	?
Begrepsvaliditet	+/-	+	Ikke anvendbart?	0	+/-	-	+
Indre konsistens	+	+	Ikke anvendbart?	+	+	+	+
Konvergerende validitet	+	+/-	+	+/-	0	?	0
Divergerende validitet	0	+	+/-	+	+	0	+
Test/retest	+	+/-	-	+	0	?	+
IRT validitets koeffisienter	0	+	0	+	+/-	0	0
Gulv/tak	0	-	-	+/-	+/-	0	0
Responsivitet	0	+	0	0	0	0	0

Tabell 1: Psykometriske karakteristikk ved syv målesinstrumenter på deltakelse.

opp gjennom eksisterende systemer? Registreres og evalueres det? Hvem definerer hva sosial deltakelse er for eksempel for dagens norske eldre som bor hjemme og mottar hjemmetjenester?

*Hvilke domener bør inkluderes i et måleinstrument for sosial deltakelse?* Her har vi sett at det er betydelige variasjoner mellom måleinstrumenter som finnes for deltakelse – noen er relativt smale, mens andre dekker bredere. Hva som er relevante måledomener for sosial deltakelse, avhenger av for eksempel alder/ generasjon, livsfase og spesielle problemstillinger knyttet til sykdom eller diagnose. I min studie fant vi for eksempel at sosial deltakelse handler om å være sammen med familie, venner og naboer på forskjellige måter, men også er en prosess, og at de gamle tar i bruk ulike tilpasningsstrategier og justerer seg etter endret kapasitet. Dette kan forstås som transaksjoner mellom de gamle, aktiviteter og omgivelser, som beskrevet av Mallinson og Hammel (2010). Da kan man spørre: I hvilken grad er det mulig å fange eller kvantifisere prosessaspekter og transaksjoner i et måleinstrument – kan det registreres? Bør det registreres? Hvordan kan vi i så fall evaluere det? Og til hvilken nytte?

Et annet viktig spørsmål er: *Hva er adekvat psykometri når en skal kvantifisere sosial deltakelse, og hvordan definerer man hva adekvat sosial deltakelse er?* Og hvem skal en i så fall sammenligne seg med? Når det gjelder registrering av sosial deltakelse hos eldre, er det ikke gitt hvem det er naturlig å sammenligne seg med – yngre eldre, funksjons-

Aspekt ved deltakelse	Aktuelle måleinstrumenter
Hypppighet	FAI, MAS, MSPP, PAR-PRO, PARTS/M
Behov for assistanse	LIFE-H, PARTS/M
Begrensninger	IMPACT, PARTS/M
Tilfredshet	LIFE-H, PARTS/M
Valg og kontroll	IPA, KAP, P-Scale, PARTS/M

Tabell 2; Deltakelsesområder i de ulike måleinstrumentene.

friske eldre, eldre som mottar mindre eller mer tjenester, eller hvorvidt slike spørsmål er adekvate i det hele tatt. *Sist men ikke minst er det vesentlig å stille spørsmål ved hva som er riktige målemodeller for deltakelsesinstrumenter.* Mallinson og Hammel (2010), Dijkers (2010), Whiteneck, Bogner og Heinemann (2011) og Magasi og Post (2010) stiller alle spørsmål ved praktisk og klinisk anvendelighet ved måleinstrumenter som bygger på de vanlige testteoretiske målemodellene. Klassisk psykometrisk testteoretiske modeller er opptatt av å estimere i hvilken grad testledd eller indikatorer er forårsaket av latente faktorer. Deltakelse har en kompleks natur, og lar seg ifølge disse ikke beskrive ved en enkel anvendelse av testteoretiske kriterier. Både klassisk og moderne testteori er basert på antakelsen om endimensjonalitet og hierarkisk latente trekk – men det finnes til nå ikke ett enkelt deltakelsesbegrep. Bogner et al. (2011) påpeker at skåringsmetodene vanligvis benytter sum- eller gjennomsnittstilnær-

mingler – det vil si at domeneskårer kalkuleres ved enten å summere sammen indikatorene i et domene, eller ved å kalkulere gjennomsnittskårer. Domeneskårer blir enten summert sammen eller gjennomsnittsberegnet for å produsere en overordnet skår. Implisitt i denne tilnærmingen ligger at et sterkere domene kan kompensere for et svakere domene. Dette kan gi et begrenset eller feil bilde på personers sosiale deltakelse. Hva som kan regnes som «ideell sosial deltakelse» er ennå ikke definert, men logikken bak additive og gjennomsnittsberegninger er jo mer deltakelse, jo bedre. Bogner et al. (2011) problematiserer dette og hevder at mye deltakelse kan si noe om at en person er travelt opptatt med aktiviteter, men sier ingenting om personen er lykkelig, har god helse, eller er mer fornøyd med sin deltakelse. I tillegg til å gi vurderinger av erfaringer med deltakelse stor betydning, er det også nødvendig med andre skåringsmetoder, hevder de.

Som denne artikkelen har vist, er det mange utfordringer knyttet til temaet måleinstrumenter for sosial deltakelse blant eldre, både med tanke på definering av måledomenet, tilgang på og valg av måleinstrument og valg av målemodeller. De mange utfordringene peker på at dette er et område for videre utprøving, forskning og utviklingsarbeid.

#### Litteratur:

- Anaby, D., Miller, W.C., Eng, J.J., Jarus, T. & Noreau, L. (2011). Participation and well-being Among Older Adults Living with Chronic Conditions. *Social Indicators Research*, 100:171-181. Doi:100:171-183. 10.1007/s11205-010-9611-x.
- Baum, F., Bush, R.A., Modra, C.C., Murray, C.J., Cox, E.M., Alexander, K.M. et al. (2000). Epidemiology of participation: an Australian community study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54:414-423.
- Beland, F., Zunzunegui, M.V., Alvarado, B.E., Otero, A. & Del Ser, T. (2005). Trajectories of cognitive decline and social relations. *Journal of Gerontology, Psychological Sciences*, 60B:320-330. Doi: 10.1093/geronb/60.6.P320.
- Berkman, L.F. (1995). The role of social relations in health promotion. *Psychosomatic Medicine*, 57(3), 245-254.
- Berkman, L.F., Glass, T., Brissette, I. & Seeman, T.E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, 51(6), 843-857.
- Bogner, J.A., Whiteneck, G.G., Corrigan, J.D., Lai, J-L., Dijkers, M.P. & Heinemann, A. (2011). Comparison of Scoring Methods for the Participation Assessment With Recombined Tools-Objective. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 92(4), 552-563. Doi:10.1016/j.apmr.2010.11.014.
- Cardol, M., de Haan, R.J., van den Bos, G.A., De Jong, B.A. & De Groot, I.J. (1999). The development of a handicap assessment questionnaire: the impact on participation and Autonomy (IPA). *Clinical Rehabilitation*, 13:411-19. Doi: 10.1191/026921599668601325.
- Cardol, M., De Haan, R.J., De Jong, B.A., Van Den Bos, G.A.M. & De Groot, I.J.M. (2001). Psychometric properties of the questionnaire «Impact on Participation and Autonomy» (IPA). *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 82:210-16. Doi.org/10.1053/apmr.2001.18218.
- Crocker, L. & Algina, J. (2006). *Introduction to classical and modern test theory*. Thomson: Wadsworth Pub.
- Cronbach, L.J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 12: 1-16.
- De Vet, H.C.W., Terwee, H.C., Knol, D.L. & Bouter, L.M. (2006). When to use agreement versus reliability measures. *Journal of Clinical Epidemiology*, 59:1033-1039. Doi: 10.1016/j.jclinepi.2005.10.015.
- Desrosiers, J., Noreau, L., Robichaud, L., Fougeyrollas, P., Rochette, A. & Chantal, V. (2004). Validity of the assessment of life habits in older adults. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 36:177-182. Doi:10.1080/16501970410027485.
- Dijkers, M.P.J.M., Whiteneck, G. & El-Jaroudi, R. (2000). Measures of social outcomes in disability research. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81 Suppl 2: 63-80. Doi.org/10.1053/apmr.2000.20627.
- Dijkers, M., Cicerone, K., Heinemann, A., Brown, M. & Whiteneck, G. (2009). PART-S: a new measure of satisfaction with participation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 90:e39.
- Dijkers, M. (2010). Special Communication. Issues in the Conceptualization and Measurement of Participation: An Overview. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91(9 Suppl 1):5-16. Doi.org/10.1016/j.apmr.2009.10.036
- Field, M.J. & Jette, A.M. (2007). Definition and monitoring of disability. In M.J. Field & A.M. Jette (eds.) *The future of disability in America* (pp.35-64). Washington, DC: The National Academies Press.
- Fougeyrollas, P., Noreau, L., Bergeron, Cloutier, R., Dion, S.A. & St. Michel, G. (1998). Social consequences of long term impairments and disabilities: conceptual approach and assessment of handicap. *International Journal of Rehabilitation Research*, 21:127-41.
- Glass, T.A., Mendes de Leon, C.F., Bassuk, S.S. & Berkman, L.F. (2006). Social engagement and depressive symptoms in later life: longitudinal findings. *Journal of Aging and Health*, 18, 604-628. Doi: 10.1177/0898264306291017.
- Gray, D., Hollingsworth, H.H., Stark, S.L. & Morgan, K.A., (2006). Participation survey/mobility: psychometric properties of a measure of participation for people with mobility impairments and limitations. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 87:189-97. Doi.org/10.1016/j.apmr.2005.09.014
- Hall, S., Williams, J.A., Senior, J.A., Goldswain, P.R.T. & Criddle, R.A. (2000). Hip fracture outcomes: quality of life and functional status in older adults living in the community. *Australian and New Zealand Journal of Medicine*, 30: 327-332. Doi: 10.1111/j.1445-5994.2000.tb00833.x.
- Hallen, U.L., Bjerkan, J. & Brattås, H.V. (2012). *IPLOS som sykepleiefaglig vurderingsverktøy: behov for og nytte av kompetansehevende utviklingsarbeid*. Rapport nr. 80, Høgskolen

- i Nord- Trøndelag. [http://www.nb.no/idtjeneste/URN:NBN:-no-bibsys\\_brage\\_28180](http://www.nb.no/idtjeneste/URN:NBN:-no-bibsys_brage_28180) [Accessed February 25th, 2013]
- Hammel, J., Magasi, S., Heinemann, A., Whiteneck, G., Bogner, J. & Rodriguez, E. (2008). What does participation mean? An insider perspective from people with disabilities. *Disability and Rehabilitation*, 30(19), 1445-1460. Doi:10.1080/09638280701625534.
- Holbrook, M. & Skilbeck, C.E. (1983). An activities index for use with stroke patients. *Age Ageing*, 12:166-170.
- Lefrancois, R., Leclerc, G., Dubé, M., Hamel, S. & Gaulin, P. (2001). Valued activities of everyday life among the very old: a one-year trend. *Activities, Adaptation, and Aging*, 25:19-35. Doi: 10.1300/J016v25n03\_02.
- Levasseur, M. & St-Cyr Tribble, D. (2008). Subjective quality of life predictors for older adults with physical disabilities. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 87(10), 830-841. Doi: 10.1097/PHM.0b013e318186b5bd.
- Levasseur, M., St-Cyr Tribble, D. & Desrosiers, D. (2009). Meaning of quality of life for older adults: Importance of human functioning Components. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49:91-100. Doi:10.1016/j.archger.2008.08.013.
- Levasseur, M., Richard, L., Gauvin, L. & Raymond, E. (2010). Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: Proposed taxonomy of social activities. *Social Science & Medicine*, 71:2141-2149. Doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.041.
- Levasseur, M., Desrosiers, J. & Whiteneck, G. (2010). Accomplishment level and satisfaction with social participation of older adults: association with quality of life and best correlates. *Quality of Life Research*, 19:665-675. Doi:10.1007/s11136-010-9633-5.
- Magasi, S., Heinemann, A.W. & Whiteneck, G.G. (2008). Participation following traumatic Spinal Cord Injury: an evidence-based review for research. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 31:145-156. PMID: PMC2565477.
- Magasi, S. & Post, M.W. (2010). A Comparative Review of Contemporary Participation measures' Psychometric Properties and Content Coverage. Review Article. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91(9),17-28. Doi.org/10.1016/j.apmr.2010.07.011.
- Mallinson, T. & Hammel, J. (2010). Measurement of Participation: Intersecting Person, task and Environment. Special Communication. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91(9),29-33. Doi.org/10.1016/j.apmr.2010.04.027.
- Mars, G.M.J., Kempen, G.I.J.M., Post, M.W.M., Proost, I.M., Meesters, I. & van Eijk, J.T.M. (2009). The Maastricht social participation profile: development and clinimetric properties in older adults with a chronic physical illness. *Quality of Life Research*, 18:1207-1218. Doi:10.1007/s11136-009-9537-4.
- Martinussen, M (red), Arai, D., Friborg, O., Hagtvedt, K.A., Handegård, B.H., Jacobsen, B.K., Lie, S. & Mørch, W.T. (2010). *Kvantitativ forskningsmetodologi i samfunns- og helsefag*. Fagbokforlaget.
- Mørk, E., Sundby, B., Otnes, B., Wahlgren, M. & Gabrielsen, B. (2013). *Pleie- og omsorgstjenesten 2012. Statistikk om tjenester og tjenestemottakere*. Rapport nr. 43, 2013. Statistisk Sentralbyrå.
- Noreau, L., Fougeyrollas, P. & Vincent, P. (2002). The LIFE-H: assessment of the quality of social participation. *Technology and Disability*, 14(3):113-118.
- Ostir, G.V., Granger, C.V., Black, T., Roberts, P., Burgos, L., Martinkewiz, P., & Ottenbacher, K.J. (2006). Preliminary results for the PAR-PRO: a measure of home and community participation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 87(8):1043-51. Doi:10.1016/j.apmr.2006.04.024.
- Pollack, C.E. & von dem Knesebeck, O. (2004). Social capital and health among the aged: comparisons between the United States and Germany. *Health and Place*, 10(4):383-391. Doi.org/10.1016/j.healthplace.2004.08.008.
- Post, M.W., de Witte, L.P., Reichrath, E., Verdenschot, M.M., Wijlhuizen, G.J. & Perenboom, R.J. (2008). Development and validation of IMPACT-S, an ICF-based questionnaire to measure activities and participation. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 40(8):620-7. Doi.org/10.2340/16501977-0223.
- Streiner, D.L. & Norman, G.R. (2008). *Health measurement scales: A practical guide to their development and use*. New York: Oxford University Press.
- Terwee, C.B., Bot, S.D.M., de Boer, M.R., van der Windt, D.A.W.M., Knol, D.L., Dekker, J., Bouter, L.M., & de Vet, H.C.W. (2007). Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of Clinical Epidemiology*, 60:34-42. Doi:10.1016/j.jclinepi.2006.03.012
- Van Brakel, V., Anderson, A., Mutatkar, R. K., Bakirtzief, Z., Nicholls, P., Raju, M. S. & Das-Pattanayak, R. (2006). The Participation Scale: measuring a key concept in public health. *Disability and Rehabilitation*, 28(4):193-203. Doi:10.1080/09638280500192785.
- van der Zee, C.H., Priesterbach, A.R., van der Dussen, L., Kap, A., Schepers, V.P.M., Visser-Meilly, J.M.A. & Post, M. (2010). Reproducibility of three self-report participation measures: The ICF measure of participation and activities screener, the participation scale, and the utrecht scale for evaluation of rehabilitation-participation. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 42(8):752-757. Doi.org/10.2340/16501977-0589.
- Wang, H.X., Karp, A., Winblad, B. & Fratiglioni, L. (2002). Late-life engagement in social and leisure activities is associated with a decreased risk of dementia: a longitudinal study from the Kungsholmen Project. *American Journal of Epidemiology*, 155(12):1081-1087. Doi: 10.1093/aje/155.12.1081.
- Whiteneck, G.G., Bogner, J. & Heinemann, A.W. (2011). Advancing the Measurement of Participation. Commentary. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 92(4):540-1. Doi.org/10.1016/j.apmr.2010.12.002.
- Wilkie, R., Peat, G., Thomas, E., Hooper, H. & Croft, P.R. (2005). The Keele Assessment of Participation. A new instrument to measure participation restriction in population studies. Combined qualitative and quantitative examination of its psychometric properties. *Quality of Life Research*, 14(8):1889-99. Doi:10.1007/s11136-005-4325-2.
- Witsø, A.E. (2013). *Participation in older adults – in the context of receiving home-based services*. Doctoral Thesis at NTNU, 2013:132.
- World Health Organization (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health.
- World Health Organization (2002). Active ageing. A policy framework.