

Rapport

Svækkede ældre og hjælp i hverdagen

Tine Rostgaard, Anders Bach-Mortensen og Anders Ejrnæs
Institut for Samfund og Erhverv, Roskilde Universitet

1 Forord

Denne rapport viser resultaterne af en undersøgelse om hjælp i hverdagen for svækkede ældre, der er 70 år eller derover og bor i eget hjem. Rapporten bygger på spørgeskemadata indhentet blandt ældre i 25 kommuner og interviewdata indhentet blandt ældre i fem kommuner.

Vi ønsker at takke seniorforsker Anna Amilon, VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, der har bidraget med konstruktive kommentarer til resultaterne af vores analyser. Derudover vil vi gerne takke RUC-studerende Emma Kirkedal, som har bidraget til gennemførelse af den kvalitative del af analysen.

Professor MSO Anders Ejrnæs og lektor Anders Bach-Mortensen har udført de kvantitative analyser, og professor Tine Rostgaard har fungeret som projektleder og været ansvarlig for de kvalitative analyser.

Undersøgelsen er finansieret af Ældre Sagen, der har haft mulighed for at bidrage til undersøgelsens design og for at kommentere på udkast af rapporten.

Forfatterne, Roskilde, 2. juni 2025

2 Indholdsfortegnelse

1	Forord	3
2	Indholdsfortegnelse	4
3	Sammenfatning	5
4	Indledning	8
5	Metode	13
6	Svækkede ældre	24
7	Svækkede ældre og hjælp i hverdagen	35
8	Svækkede ældre og hjemmehjælp	44
9	Svækkede ældre, der ikke modtager hjælp	53
10	Svækkede ældre, som oplever at modtage utilstrækkelig hjælp i hverdagen	60
11	Hjælpens betydning for den ældres livskvalitet	71
12	Betydningen af individuelle, holdningsrelaterede og strukturelle faktorer	74
13	Konklusion og perspektivering.....	78
	Litteratur.....	84

3 Sammenfatning

Denne forskningsrapport omhandler svækkede ældre, der er 70 år eller derover og bor i eget hjem. Undersøgelsen ser nærmere på, om de oplever at modtage hjælp til praktiske opgaver og personlig pleje i hverdagen, og om hjælpen opleves som tilstrækkelig. Svækkelse defineres i undersøgelsen sådan, at man ikke uden hjælp kan udføre én eller flere hverdagsaktiviteter relateret til personlig pleje, mobilitet og praktiske opgaver i hjemmet, og er baseret på de ældres egen angivelse.

Undersøgelsen anvender spørgeskemadata indhentet blandt ældre i 25 kommuner. Beregninger fra Danmarks Statistik (DST) viser, at populationen af ældre i de 25 kommuner ligner populationen af ældre i hele landet i tilstrækkelig høj grad til, at vi kan sige, at de resultater og sammenhænge, vi finder i analysen af spørgeskemadata, kan genfindes på landsplan.

Det skal bemærkes, at eftersom spørgeskemaundersøgelsen kun har medtaget den ældste person i hver husstand, vil alle angivelser af procenttal og absolutte tal i rapporten repræsentere husstande med mindst én svækket ældre, ikke individuelle svækkede ældre. Det faktiske antal svækkede ældre kan derfor være højere end estimeret.

Ud over spørgeskemaundersøgelsen har vi gennemført 21 kvalitative interview med ældre 70+ fra fem udvalgte kommuner, der i spørgeskemaet har angivet at have behov for (mere) hjælp. Disse data anvendes til at give et dybere indblik i de svækkede ældres hverdagsliv og -strategier.

Spørgeskemaundersøgelsen viser, at i 24 procent af husstande med ældre 70+ fra de 25 udvalgte kommuner, er der mindst én svækket person, dvs. at de har oplyst at de ikke uden hjælp kan udføre én eller flere hverdagsaktiviteter. Det er en relativt konservativ opgørelse, i og med vi ikke inkluderer de ældre, der angiver at kunne udføre aktiviteten med lidt hjælp fra andre.

Omregnes undersøgelsens resultater til den tilsvarende demografiske gruppe i hele Danmark ved brug af DST's korrektionsvægte, ville det på landsbasis svare til at der er mindst én svækket ældre person i ca. 168.500 husstande, svarende til én ud af hver fjerde husstand med ældre beboere 70+.

Analysen af vores spørgeskemadata for de 25 kommuner viser også, at en tilsvarende fjerdedel (24 procent) af de svækkede ældre 70+ angiver ikke modtager hjælp i hverdagen. Denne gruppe har angivet, at de ikke får hjælp til de hverdagsopgaver, som vi anvender i undersøgelsen. Opgaverne inkluderer lettere rengøring, tungere rengøring, tøjvask, indkøb, madlavning, at komme i bad og at få tøj og sko af og på. Det er tilsvarende en relativt konservativ opgørelse, da vi kun inkluderer ældre, der angiver ikke at modtage hjælp til nogen af opgaverne.

På landsplan ville det, jf. DST's korrektionsvægte, svare til, at der er ca. 38.000 husstande med mindst én svækket ældre 70+, hvor ingen i husstanden modtager hjælp i hverdagen, svarende til ca. en fjerdedel af disse husstande.

Spørgeskemaundersøgelsen viser, at det især er svækkede ældre uden en partner, der oplever ikke at modtage hjælp i hverdagen. Flere kvinder og ældre under 80 år modtager ikke hjælp, muligvis fordi kvinder oftere overlever deres (ældre) partner, og tildelingen af hjemmehjælp prioriterer de ældste. I forhold til evt. hjælp fra hjemmehjælpen viser vores interviewdata, at usikkerhed om berettigelse, besværlige ansøgningsprocesser og faldende kvalitet i hjemmeplejen bidrager til, at man ikke modtager hjemmehjælp. Nogle har fravalgt hjemmehjælpen for at bevare uafhængighed, men begrænsede ressourcer og ønsket om ikke at være til byrde fremhæves også som en årsag til fravalget i de kvalitative interview.

Én ting er ikke at modtage hjælp; en anden er, om man oplever at mangle denne hjælp i hverdagen. Vi har i spørgeskemaundersøgelsen spurgt de svækkede ældre, om de har brug for (mere) hjælp og således oplever at modtage utilstrækkelig hjælp. Vores analyse af denne data viser, at det gælder for lidt over halvdelen af de svækkede ældre. Blandt de svækkede ældre 70+ i de 25 kommuner er det således 54 procent, der i spørgeskemaundersøgelsen angiver, at hjælpen er utilstrækkelig, især for rengøring. Omregnet til den tilsvarende demografiske gruppe i befolkningen og baseret på DST's korrektionsvægte, svarer det til over 90.000 husstande med svækkede ældre 70+ i Danmark, og ca. 54 procent af samtlige husstande med svækkede ældre i den aldersgruppe.

Vores spørgeskemadata viser yderligere at ca. halvdelen af de svækkede ældre 70+ angiver at have behov for meget (mere) hjælp, og én ud af seks angiver at have brug for kun lidt (mere) hjælp. Enlige og ældre med flere funktionsnedsættelser er mest udsat i forhold til at opleve utilstrækkelig hjælp, men flere svækkede ældre nævner også manglen på pårørende som årsag. En af rapportens gennemgående og markante resultater er således, at de svækkede ældre er stærkt afhængige af partneren, og at man oplever at stå alene, hvis man er uden en sådan.

Analysen af spørgeskemadata viser endvidere en stærk negativ sammenhæng mellem livskvalitet og oplevelsen af ikke at få tilstrækkelig hjælp – et andet markant fund i analysen. Mænd er særligt påvirkede af mangel på hjælp, og generelt korrelerer oplevelsen af utilstrækkelig hjælp med lavere livskvalitet, hvilket understøttes af tidligere undersøgelser (Amilon m.fl., 2024; Rostgaard m.fl., 2020). De kvalitative interviewdata viser, at de ældre er bekymrede for stigende behov for hjælp, og de tager forskellige hverdagsstrategier i brug for at navigere i oplevelsen af utilstrækkelig hjælp: Nogle resignerer over for udsigten til ikke at kunne få mere hjemmehjælp, mens andre forsøger at bistå medarbejderne i hjemmeplejen til at arbejde mest effektivt, og endelig insisterer andre på deres ret til hjemmehjælp for at undgå, at kommunen nedprioriterer deres behov yderligere.

Endelig viser undersøgelsen, at hjælpen til de svækkede ældre og oplevelsen af, om deres behov er dækket, skal forstås i samspillet mellem individuelle, holdningsmæssige og strukturelle forhold:

Hvem der hjælper svækkede ældre, og hvorvidt hjælpen opleves som tilstrækkelig, hænger først og fremmest sammen med både individuelle og strukturelle forhold. I forhold til individuelle faktorer viser analysen af spørgeskemadata, at de mest socialt og økonomisk sårbare svækkede ældre benytter hjælp fra hjemmeplejen og familien, mens mere ressourcestærke svækkede ældre ofte køber privat hjælp. Samlevende har generelt mindre adgang til hjemmepleje end enlige. Strukturelle faktorer som kommunens udgifter til ældre spiller også en rolle, da det især er i kommuner med relativt lave udgifter til ældreområdet, at de ældre substituerer med privat hjælp.

Vi argumenterer i rapporten for, at dette samspil mellem individuelle og strukturelle faktorer kan siges at være et udtryk for omsorgsfattigdom. Fænomenet omsorgsfattigdom forstås som sammenhængen mellem uligheder skabt af individuelle behov, samfundets ressourcer og politiske beslutninger. Vi finder i analysen af spørgeskemadata en tydelig social gradient, hvor især de mest sårbare ældre risikerer omsorgsfattigdom med negative konsekvenser for livskvaliteten.

Tilsvarende finder vi, at kulturelle faktorer spiller en rolle for denne omsorgsfattigdom. I den nordiske velfærdsmodel forventes en omfordeling af ressourcer, så alle, også de svageste, får dækket deres behov. Vores kvantitative analyse viser, at har man som svækket ældre den holdning, at det offentlige bør have ansvaret for at dække ens behov, er det langt mere sandsynligt, at man ikke oplever at få sine behov dækket, ligesom man har lavere livskvalitet. Man kan sige, at det er et udtryk for forventninger, der ikke er blevet opfyldt. Ud over individuelle og strukturelle faktorer synes kulturelle aspekter således at spille en rolle i forhold til omsorgsfattigdom. Disse

aspekter former forventninger og opfattelser af, hvem der bør være ansvarlig for og involveret i at opfylde svækkede ældres behov for hjælp, samt hvad denne hjælp bør indebære.

4 Indledning

4.1 Formål

Vi ser i denne forskningsrapport nærmere på svækkede ældre, der bor i eget hjem, og undersøger, hvorvidt de modtager hjælp, og om de oplever hjælpen som tilstrækkelig.

Deltagerne i undersøgelsen er hjemmeboende ældre 70+, der har angivet ikke at kunne udføre mindst en hverdagsaktivitet knyttet til personlig pleje, praktiske opgaver og mobilitet uden hjælp. Denne gruppe defineres i undersøgelsen som svækkede ældre. Måden at opgøre svækkelse på er anvendt i tidligere undersøgelser (Siren og Larsen, 2018; Rostgaard og Matthiessen, 2017, 2019; Rostgaard m.fl., 2020; Amilon m.fl., 2024).

Undersøgelsen ser indledningsvist på svækkede ældre mere generelt og fokuserer derefter på to undergrupper: a) svækkede ældre, der angiver ikke at modtage nogen form for hjælp i hverdagen og som samtidig selv har angivet at have behov for hjælp, og b) svækkede ældre, der modtager hjælp, f.eks. fra familien eller hjemmeplejen, og som angiver, at denne hjælp er utilstrækkelig.

Projektet har til formål at undersøge, om der er et mønster i individuelle, holdningsmæssige og strukturelle faktorer, som kan forklare, hvorfor de svækkede ældre ikke modtager hjælp eller oplever at modtage utilstrækkelig hjælp. Der ses også på, om der er en sammenhæng mellem faktorerne, og hvem de ældre får hjælp af. Efterfølgende ses der på, hvordan svækkede ældre uden (tilstrækkelig) hjælp klarer sig i hverdagen, og om der er en sammenhæng mellem oplevelsen af at have et udækket behov for hjælp, livskvalitet og forventninger om hjælp. Vi afdækker også konkrete hverdagsoplevelser og hverdagsstrategier for svækkede ældre med og uden hjælp. Den primære forskningsinteresse handler om udækkede behov i forhold til ikke at modtage (tilstrækkelig) hjælp.

Projektet anvender kvalitative og kvantitative metoder til at afdække dette. Vi har udført en spørgeskemaundersøgelse blandt et tilfældigt udvalg af borgere 70+ i 25 udvalgte kommuner. Blandt respondenterne i spørgeskemaundersøgelsen er der derudover udført 21 kvalitative interview med svækkede ældre. Samplingen er nærmere beskrevet i metodekapitlet. Undersøgelsen er finansieret af Ældre Sagen. DST har stået for sampling og gennemførelse af spørgeskemaundersøgelsen samt beregning af landsvægte, og analyserne er udført af RUC.

4.2 Udækket behov og omsorgsfattigdom: en teoretisk og empirisk ramme

Projektet tager teoretisk og begrebsmæssigt udgangspunkt i forskningslitteraturen om udækkede behov for hjælp og omsorgsfattigdom, som i de senere år er blevet en udbredt måde at anskue ældreplejens behovsdækning på (Kröger m.fl., i tryk; Rostgaard, i tryk). Denne litteratur beskriver behovet for ældrepleje og behovsopfyldelse som et komplekst fænomen, der bør ses i lyset af *individuelle, kulturelle og strukturelle* forhold.

Behov for pleje og omsorg kan defineres og opgøres på forskellige måder. Typisk vil der indgå både objektive kriterier og subjektive oplevelser og ønsker. En ofte anvendt tilgang, som vi også anvender i dette studie, er at vurdere behov ud fra, om den ældre kan udføre daglige aktiviteter, der er knyttet til personlig pleje, mobilitet og praktiske opgaver i hjemmet, såkaldte Activities of Daily Living (ADL). Denne vurdering af behov kan siges at hvile på et objektivt grundlag ved at

undersøge, om man med eller uden hjælp kan udføre en række forudbestemte aktiviteter som at spise, bade, klæde sig på osv. Det er aktiviteter, der er udvalgt ud fra en forståelse af, at de indgår i den almindelige menneskelige behovsdækning og derfor er universelle og væsentlige.

Behov skal dog ikke kun forstås som basale fysiske eller materielle behov. Ud over de universelle behov, som behovet for mad, bolig, hygiejne osv., er der også behov, der er defineret af kulturelle, økonomiske og politiske kontekster (Doyal og Gough, 1991) og dermed varierer over tid og sted. Om noget anses for at være et (vigtigt) behov, kan hvile på en gældende samfundsforståelse af, hvilke behov der er centrale, og om det opfattes som en samfundsopgave at dække behovet (Greve, 2024). Eksempelvis om det er ældreplejens opgave at bidrage til øget social kontakt og mindre ensomhed eller at yde rengøring til borgere, der bor i eget hjem.

Vurderingen af, om et behov er opfyldt, vil også være kontekstafhængig, dvs. en del af sociale, økonomiske og politiske konstruktioner, der definerer, hvordan vi tænker, at behov bedst dækkes, og hvornår noget er tilstrækkeligt. Denne kontekst er afgørende for f.eks., hvor meget hjælp der afsættes til en specifik opgave, f.eks. antallet af visiterede minutter, der kan bruges på et brusebad eller til at udføre tungere rengøring.

Om noget udgør et behov for den enkelte, og om man oplever, at det bliver dækket, hviler imidlertid også på en subjektiv vurdering. Det kan afhænge af den ældres personlige præferencer og valg, livshistorie og sociale kontekst eller kulturelle og kønsmæssige faktorer. Det kan f.eks. afhænge af, om man oplever det som en vigtig opgave, eller om man er vant til at klare sig selv. Det kan også afspejle, om man forventer, at andre hjælper én, og hvilken hjælp der er til rådighed, herunder om samfundet evner at imødekomme ens behov. Da behov for pleje og omsorg ofte er skiftende, er det tillige en situationsbaseret vurdering og dermed en vurdering, der beror på, hvad henholdsvis den ældre og medarbejderen fra hjemmeplejen mener, behovet er den pågældende dag.

Udækket behov for ældrepleje defineres af Williams m.fl. (1997: 102) som: "når en person har funktionsnedsættelse og behov for hjælp i det daglige, men hvor denne hjælp ikke er tilgængelig eller er utilstrækkelig." Denne definition kan rumme både de objektive kriterier, som når en visitator anvender Fælles Sprog til at vurdere behov ud fra en række forudbestemte og standardiserede parametre, samt den mere subjektive oplevelse af udækket behov, som når den ældre selv vurderer, at behovet ikke er dækket ved den hjælp, der samlet set modtages. Definitionen tillader dermed også et holistisk perspektiv på hjælpe-kilder, som kan inkludere hjemmehjælpen, men også hjælp fra familie og andre i den ældres netværk og omgivelser. I denne rapport fokuserer vi på de ældres egen oplevelse og dermed på både den subjektive og holistiske vurdering af, om behovet for omsorg er opfyldt og med hjælp fra forskellige hjælpe-kilder.

Sammenlignet med begrebet udækket behov er begrebet *omsorgsfattigdom* af nyere oprindelse (Kröger m.fl., i tryk), men trækker på samme forståelse af kontekstafhængighed. Kröger m.fl. (2019, s. 485) definerer omsorgsfattigdom som: "utilstrækkelig dækning af plejebestand som følge af et samspil mellem individuelle og samfundsmæssige faktorer." De argumenterer for, at udækket behov kan bero på individuelle forklaringer, såsom at nedsat funktionsevne rammer skævt, på samme måde som det er tilfældet med ulighed i sundhed. Ligeledes kan man som individ have forskellige ressourcer til rådighed, hvad enten det gælder hjælp fra familien eller en god økonomi, så man kan købe sig til hjælp og derved få sit behov dækket. Kröger m.fl. pointerer dog også, at udækket behov kan relatere til strukturelle faktorer, dvs. at politiske beslutninger om ressourcetildeling former udbuddet og indholdet af ældreplejen, hvad enten det drejer sig om at sikre tilstrækkelig finansiering, uddannet arbejdskraft eller en effektiv organisering og levering af plejen, der tilsammen sikrer tilstrækkeligt god behovsdækning uanset borgerens økonomiske og familiemæssige baggrund.

Det har derfor en betydning, at Danmark, i lighed med andre nordiske lande, har justeret ældreplejen i de senere år. Målt i andel af ældre i befolkningen er der i dag færre, der modtager ældrepleje, men behovet er ikke nødvendigvis faldet. Ændringerne er heller ikke et resultat af større politiske reformer, men af gradvise, men ikke desto mindre betydningsfulde justeringer som led i en demografisk tilpasning til et samfund med flere ældre (Rostgaard m.fl., 2022). I Danmark har det f.eks. betydet, at andelen af ældre 80+ med hjemmehjælp er reduceret fra 44 procent i 2008 til 26 procent i 2020 (Eydal og Rostgaard, i tryk). Analyser viser, at denne reduktion ikke skyldes, at de ældre er blevet mere sunde og raske, men at den kommunale visitation i stigende grad målretter hjælpen til de allersvageste ældre, både hvad angår praktisk hjælp såsom rengøring (Rostgaard og Matthiessen, 2017; Rostgaard m.fl., 2020) og personlig pleje såsom at komme i bad (Amilon m.fl., 2024). Det har haft den betydning, at det i dag ikke kun er de ældres funktionsevne, der er afgørende for, om de bliver tildelt hjemmehjælp. Ældre med gode sociale og økonomiske ressourcer har i dag lavere sandsynlighed for at modtage hjemmehjælp. Det gælder de ældre, der bor med en partner, og/eller som bor i ejerbolig. Omvendt har de oftere mulighed for selv at betale for privat købt hjælp eller trække på familien (ibid.). Parallelt med denne ændring er livskvaliteten blandt de ældre med hjemmehjælp faldet, hvilket kan hænge sammen med målretningen af hjemmehjælpen mod en svagere gruppe af ældre (ibid.). Men det kan også skyldes, at der tildeles færre hjemmehjælpstimer til den enkelte (Houlberg og Foged, 2023), og at kvaliteten i ydelsen er dalende, i og med at mere end hver fjerde medarbejder i ældreplejen i dag er ufaglært (Foged og Houlberg, 2023; Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2024). I denne undersøgelse inddrager vi strukturelle faktorer, der kan forklare betydningen af det kommunale serviceudbud og resourceforbrug i forhold til hjemmehjælp. Det gør vi ved at trække på data om kommunale forskelle i udgifter til ældrepleje per person over 67 år, og kommunale forskelle i beskatningsgrundlag per indbygger og befolkningstæthed, der kan indikere strukturelle forskelle mellem land og by.

En særlig opmærksomhed vies i litteraturen om omsorgsfattigdom til de uligheder, som interaktionen mellem individuelle behov, samfundets ressourcer og politiske beslutninger kan skabe. Det er også et perspektiv, vi forfølger i denne rapport ved at se variationer i behovsdækning i forhold til de ældres sociodemografiske forhold. Kröger argumenterer for vigtigheden af at have velfærdsmodeller, som sikrer, at alle har adgang til den pleje og omsorg, som de behøver (Kröger, 2022). Her har velfærdsmodeller som den nordiske ofte en fordel, fordi vi har universalisme som bærende princip. Det betyder, at vi har et ideal om, at det er vores status som medborgere, der skal sikre os sociale rettigheder og give os adgang til ydelser og ikke f.eks. vores økonomiske status. Det betyder også, at vi har en målsætning om, at sociale ydelser anvendes på tværs af socialklasser og ikke er forbundet med stigma eller skam, f.eks. at anvende hjemmeplejen, uanset hvor velhavende man er. De nordiske lande har ligefrem en "passion for lighed" (Marklund, 1988), hvad enten det gælder lighed mellem kønnene eller mellem socialklasser. Vi har derfor i de nordiske lande en forventning om, at de politiske beslutninger om tildeling af ressourcer resulterer i en omfordeling, som gør serviceydelserne attraktive for alle og sikrer, at individuelle behov tilgodeses (Vabø og Szebehely, 2012). Til forskel fra andre lande uden for Norden har vi tilsvarende en lang tradition for, at staten og især kommunerne er hovedaktører, når det gælder organiseringen, finansieringen – og i mindre grad over årene – leveringen af serviceydelser som ældrepleje (ibid.). Man har i litteraturen ligefrem talt om "den omsorgsfulde stat" i Norden (Leira, 1994).

Foruden individuelle og strukturelle faktorer er en vigtig facet af omsorgsfattigdom derfor også de kulturelle faktorer, der skaber forventninger og holdninger til, hvem der bør være involveret, samt hvad og hvor meget der skal leveres, når det kommer til at dække behovet for hjælp blandt svækkede ældre. Ikke mindst set i lyset af de ændrede strukturelle forhold. Vi har derfor i

undersøgelsen et særligt fokus på de ældres holdninger til, hvem der har ansvaret for at hjælpe svækkede ældre, og om disse holdninger har en sammenhæng med livskvalitet og oplevelsen af at have udækkede behov..

4.3 Forskningsspørgsmål, data og rapportens struktur

Undersøgelsen afdækker således, om der er et mønster i de individuelle faktorer blandt svækkede ældre uden hjælp og blandt dem, der oplever at modtage utilstrækkelig hjælp, samt om der ses en sammenhæng med holdninger og strukturelle forhold.

Vi besvarer i rapporten følgende forskningsspørgsmål:

- Hvor mange ældre 70+ er svækkede, og hvad karakteriserer denne gruppe i forhold til sociodemografisk baggrund samt andre faktorer som livskvalitet og sociale relationer? Og tilsvarende: Hvad er omfanget af og karakteristika for gruppen af svækkede ældre uden hjælp og svækkede ældre med utilstrækkelig hjælp?
- Hvem hjælper svækkede ældre med forskellige hverdagsopgaver, opleves hjælpen som tilstrækkelig, og matcher hjælpen de ældres holdninger?
- Er der individuelle, holdningsrelaterede og strukturelle forklaringer på kombinationen af hjælpeklender og på oplevelsen af ikke at modtage (tilstrækkelig) hjælp, og ses der en sammenhæng med livskvalitet?
- Hvilke hverdagsstrategier tager svækkede ældre uden (tilstrækkelig) hjælp i brug?
- Og som konklusion: Hvad er samlet set omfanget og mønstrene i udækkede behov for hjælp relateret til fænomenet omsorgsfattigdom blandt svækkede ældre?

For at besvare forskningsspørgsmålene har vi foretaget en spørgeskemaundersøgelse med deltagelse af 19.041 ældre 70+ i 25 kommuner, hvoraf 4.094 personer angav ikke at kunne udføre en eller flere hverdagsaktiviteter uden hjælp og dermed defineres som værende svækkede. For at afdække hverdagsstrategier er der derudover i fem kommuner foretaget 21 semistrukturerede, kvalitative interview blandt et udvalg af de respondenter fra spørgeskemaundersøgelsen, der angav at have behov for mere hjælp.

Undersøgelsen er tilrettelagt således, at det er den kvantitative spørgeskemaundersøgelse, der danner indledende datagrundlag for besvarelse af forskningsspørgsmålene. De kvalitative interview har, ud over at undersøge forskningsspørgsmålet om hverdagsstrategier, suppleret med mere dybtgående forklaringer på de kvantitativt baserede, empiriske resultater. I metodekapitlet findes en nærmere redegørelse for de metodiske overvejelser for udvælgelsen af kommuner og respondenter.

Rapporten er struktureret på følgende måde: I næste kapitel (kapitel 5) redegøres der for de metodiske valg, herunder den måde, hvorpå vi har operationaliseret gruppen af svækkede ældre og svækkede ældre med utilstrækkelig hjælp. I kapitel 6 ser vi på, hvad der karakteriserer gruppen af svækkede ældre 70+ i forhold til ældre generelt i denne aldersgruppe i befolkningen, og vi undersøger deres holdninger til, hvem der har ansvar for at hjælpe svækkede ældre. I dette og det følgende kapitel anvender vi de kvalitative data til at illustrere de ældres hverdag i boksform. I kapitel 7 afdækker vi, hvem der hjælper svækkede ældre med hverdagsopgaver, og i det efterfølgende kapitel 8 ser vi mere specifikt på, hvordan hjemmehjælpen hjælper svækkede ældre i hverdagen. I kapitel 9 og 10 fokuserer vi på henholdsvis gruppen af svækkede ældre uden hjælp og gruppen af svækkede ældre med utilstrækkelig hjælp, og hvad der karakteriserer de to grupper. I kapitel 7 til 10 anvendes de kvalitative data til at analysere hverdagsoplevelser og -strategier.

Endelig tages et kvantitativt, analytisk blik på sammenhængen mellem oplevelsen af udækkede behov og livskvalitet i kapitel 11, og i kapitel 12 inddrages både holdninger og strukturelle faktorer som forklaring. I kapitel 13 konkluderer vi ved at sammendrage resultaterne fra analyserne af de kvalitative og kvantitative data og sætte dem i perspektiv til omsorgsfattigdom.

5 Metode

5.1 Indledning

I dette kapitel redegør vi for undersøgelsens datagrundlag og metodiske tilgang. Undersøgelsen bygger på en kombination af kvantitative og kvalitative metoder, hvilket giver mulighed for både at afdække omfanget af omsorgsfattigdom og at forstå individuelle hverdagsoplevelser og strategier. Vi indleder med at beskrive de kvantitative data, hvorefter vi går videre til de kvalitative data.

5.2 Kvantitative data

5.2.1 Spørgeskema- og registerdata

Det anvendte spørgeskema består af 80 spørgsmål. Det blev administreret af DST og gennemført som både websurvey (CAWI) og telefoninterview (CATI) i perioden 13. februar-11. april 2024. I alt besvarede 62 procent af respondenterne via web, mens 38 procent blev interviewet telefonisk. Den gennemsnitlige svartid varierede betydeligt mellem respondenter med og uden hjælpebehov. For respondenter med hjælpebehov tog besvarelsen i gennemsnit 18 minutter via telefon og 16 minutter via web, mens den for respondenter uden hjælpebehov tog henholdsvis 5,5 og 4,5 minutter i gennemsnit.

Fra nationale registre anvendes følgende variable:

- Uddannelse: højeste fuldførte uddannelse fra uddannelsesregistret grupperet i fire kategorier
- Indkomst: ækvivaleret disponibel husstandsindkomst fra indkomstregistret
- Kommunale nøgletal (2023): udgifter til ældrepleje per person 67+, beskatningsgrundlag per indbygger og befolkningstæthed
- Afstand til nærmeste barn (km).

5.2.2 Sampling og antal deltagere

Spørgeskemaundersøgelsen er baseret på en stratificeret stikprøve på 37.403 personer i alderen 70+ fra 25 udvalgte kommuner. DST har stået for at implementere og udtrække stikprøven.

Den er stratificeret på alder (70-74, 75-80 og 81+ år), køn og indkomst (ækvivaleret disponibel årsindkomst før skat [under og over 200.000 kr.]) samt kommune. For at sikre at vores sample kommer til at bestå af tilstrækkeligt mange svækkede ældre, valgte vi i samråd med DST udelukkende at kontakte den ældste i hver husstand. Det er derfor vigtigt at understrege, at vores samplingstrategi, hvor kun den ældste person i hver husstand er udvalgt, betyder at undersøgelsen kan generaliseres til husstande med svækkede ældre, men ikke direkte til antallet af svækkede ældre i befolkningen. Vi taler derfor om antal husstande hvor mindst én ældre er svækket, ikke om det samlede antal svækkede ældre i befolkningen.

Af den samlede stikprøve blev der opnået en svarprocent på 50,9 svarende til 19.041 besvarelser, hvoraf 4.094 respondenter (21,5 procent uvægtet andel og 24,3 procent vægtet andel; se tabel 5.2) angav ikke at kunne udføre en eller flere hverdagsaktiviteter uden hjælp og derved blev defineret som svækkede.

5.2.3 Operationalisering af svækkede ældre med og uden hjælp

Vi identificerede gruppen af svækkede ældre ved at inkludere et filterspørgsmål vedrørende funktionsevne og hjælpebehov i spørgeskemaet. I lighed med den nationale undersøgelse af ældres levevilkår, Ældredatabasen (Siren og Larsen, 2018; Rostgaard og Matthiessen, 2017 og 2019; Rostgaard m.fl., 2020; Amilon m.fl., 2024), operationaliserer vi svækkelse med afsæt i Shanas' validerede indeks for funktionsevne (Shanas m.fl., 1968; Shanas, 1972). Indekset giver et samlet mål for ældres kapacitet til at klare dagligdags-, personlige og husholdningsrelaterede aktiviteter – det, vi i rapporten betegner som hverdagsaktiviteter. Det er en subjektiv angivelse baseret på den ældres egen vurdering og således uden anvendelse af objektive, fysiske målinger. Følgende syv ADL-relaterede spørgsmål anvendes til at definere, om en ældre borger kan betegnes som havende en funktionsnedsættelse og dermed kan inkluderes i kategorien svækkede ældre (se også boks 5.1):

Har du normalt besvær med:

1. At klippe tånegle?
2. At gå på trapper?
3. At gå udendørs?
4. At gå omkring i hjemmet?
5. At vaske dig/gå i bad?
6. At tage tøj eller sko af og på
7. At købe ind/bære varer hjem?

Respondenten kunne svare "kan alene uden besvær", "kan alene, dog med besvær" eller "kan ikke uden hjælp". Kun personer, der anvendte den sidste svarkategori, blev inkluderet i kategorien svækkede ældre. Svarede personen "kan ikke uden hjælp" til mindst ét af disse syv spørgsmål, defineredes han/hun i vores undersøgelse som værende funktionsnedsat og dermed svækket.

Svarede han/hun til gengæld "kan alene uden besvær" eller "kan alene, dog med besvær", betragtedes vedkommende ikke som havende en funktionsnedsættelse og blev ikke inkluderet i undersøgelsen. Det er med andre ord et relativt konservativt mål for funktionsnedsættelse, vi anvender, idet vi kun har inkluderet de borgere, der angav ikke at kunne udføre opgaven uden hjælp, i kategorien funktionsnedsatte og ikke også de borgere, der angav at kunne selv med lidt hjælp.

Alle de ovennævnte spørgsmål om problemer med selvstændigt at udføre hverdagsaktiviteter er på forskellig vis indikatorer for fysisk funktionsnedsættelse. Vi indfanger ikke nødvendigvis social, kognitiv eller psykisk funktionsnedsættelse, medmindre det giver sig udslag i, at man ikke er i stand til at udføre fysisk betingede, daglige aktiviteter i hjemmet – f.eks. at man er kognitivt svækket og ikke kan organisere at klæde sig på eller købe ind osv. Vi må også gå ud fra, at respondenterne ikke er fuldt ud repræsentative for gruppen af svækkede ældre i egen bolig med de allertungeste behov, da non-respons i spørgeskemaundersøgelser kan være sammenhængende med aldersrelateret kognitiv og fysisk funktionsnedsættelse (Kjær m.fl., 2016).

Vi har i en tidligere undersøgelse testet anvendeligheden af disse spørgsmål relateret til funktionsevne og med data fra Ældredatabasen (Rostgaard og Matthiesen, 2019). En korrelationstest viste, at alle variable havde en mellem til stærk korrelation (mellem 0,3 og 0,6). Dette betyder, at variablene i høj grad hænger sammen; hvis f.eks. en ældre borger ikke kan tage tøj på uden hjælp, kan han/hun således med stor sandsynlighed heller ikke gå i bad uden hjælp.

Vi anvender, som i tidligere analyser (f.eks. Rostgaard og Matthiesen, 2019), et summeret indeks for funktionsnedsættelse. Det summerede indeks har værdier fra 0 til 7, alt efter hvor mange funktionsnedsættelser den svækkede ældre har. Svarer den ældre, at han/hun "kan ikke uden hjælp" til f.eks. seks af de syv spørgsmål, får vedkommende værdien 6 for funktionsnedsættelse, og hvis den ældre svarer, at han/hun ikke kan udføre én af de nævnte aktiviteter uden hjælp, får vedkommende værdien 1.

I analysen anvender vi to grupperinger af funktionsnedsættelse for at skelne mellem, hvor svækkede borgerne er: ældre med én funktionsnedsættelse og ældre med to eller flere funktionsnedsættelser. Rent empirisk deler det i denne undersøgelse de svækkede ældre i henholdsvis 14 procent af hele samplet (dem med én funktionsnedsættelse) og 10 procent (dem med to eller flere funktionsnedsættelser). Denne opdeling indfanger dermed forskellen mellem at have kun én funktionsnedsættelse – en gruppe, man kan betegne som (relativt) svækket sammenlignet med den ældre befolkning som helhed – og at have to eller flere aktiviteter, man ikke kan udføre uden hjælp – en gruppe, vi betegner som de (relativt) mest svækkede ældre.

En mulig kritik af den måde, vi redegør for behov på, er, at behovet for hjælp kan kompenseres på anden vis. F.eks. kunne den ældre anvende velfærdsteknologi eller mere konventionelle hjælpemidler. Robotstøvsugere anvendes i dag i hver sjette husstand i Danmark (Danmarks Statistik, 2023). Tidligere undersøgelser fra Københavns Kommune har dog vist, at robotstøvsugeren er et udmærket supplement til hjemmehjælpen, men ikke en erstatning. Den gør heller ikke borgerne mere selvhjulpne, da de ofte ikke selv er i stand til at betjene den (Københavns Kommune, 2016). Vi har i de kvalitative interview inkluderet spørgsmål om brug af robotstøvsuger som en hverdagsstrategi.

Ud over den samlede gruppe af svækkede ældre arbejder vi i analysen med to centrale undergrupper af svækkede ældre, som er defineret og operationaliseret på følgende måde (se også boks 5.1):

Svækkede ældre uden hjælp: Dette omfatter svækkede ældre, der i spørgeskemaundersøgelsen har angivet enten, at de selv står for hverdagsopgaverne i hjemmet, eller at ingen hjælper dem med opgaverne. Gruppen indeholder kun ældre, for hvem dette gælder for samtlige af de syv anvendte hverdagsopgaver, hvilket kan betragtes som relativt konservativt. Specifikt er denne gruppe identificeret gennem deres svar til spørgsmålene om hjælpeskilder.

Svækkede ældre med utilstrækkelig hjælp: Denne gruppe består af svækkede ældre, der enten ikke får hjælp eller får hjælp, og som samtidig angiver at have behov for (mere) hjælp i hverdagen. Der indgår dermed følgende to undergrupper (se også boks 5.1):

- Personer, der angiver, at de selv eller ingen står for mindst én opgave, og som samtidig angiver at have brug for "lidt eller meget hjælp" til denne opgave
- Personer, der angiver, at ægtefælle eller andre står for mindst én opgave, og som samtidig angiver at have behov for "lidt eller meget mere hjælp" til denne opgave.

Boks 5.1 Definition og operationalisering af svækkede ældre, svækkede ældre uden hjælp og svækkede ældre med utilstrækkelig hjælp

Gruppe	Definition	Operationalisering
Svækkede ældre	Ældre, der har angivet, at de ikke kan udføre en eller flere hverdagsaktiviteter uden hjælp.	En person anses for at have en funktionsnedsættelse og defineres dermed som svækket, hvis han/hun svarer "kan ikke uden hjælp" til mindst et af følgende syv spørgsmål: 1. At klippe tånegle, 2. At gå på trapper, 3. At gå udendørs, 4. At gå omkring i hjemmet, 5. At vaske sig/gå i bad, 6. At tage tøj eller sko af og på, 7. At købe ind/bære varer hjem. Vi anvender i analysen

		undergrupperne ældre med én funktionsnedsættelse og ældre med to eller flere funktionsnedsættelser.
Svækkede ældre uden hjælp	Svækkede ældre, der ikke modtager hjælp til nogen af de syv hverdagsopgaver.	Personer, der i spørgeskemaundersøgelsen har angivet, at de fortrinsvist enten selv står for alle syv hverdagsopgaver, eller at ingen hjælper dem med opgaverne. ,Dvs., at de hverken modtager hjælp fra hjemmeplejen, ægtefælle, børn eller børnebørn, privat købt hjælp eller andre. Hverdagsopgaverne består af: 1. Lettere rengøring, 2. Tungere rengøring, 3. Tøjvask, 4. Indkøb, 5. Madlavning, 6. Bad og 7. At få tøj og sko af og på.
Svækkede ældre med utilstrækkelig hjælp	Svækkede ældre, der har angivet at have behov for hjælp eller behov for mere hjælp til mindst en af de syv hverdagsaktiviteter.	Denne gruppe består af svækkede ældre i en af følgende to undergrupper: 1. Personer, der fortrinsvist selv står for eller ingen hjælp får til mindst en hverdagsopgave, og som angiver at have brug for "lidt hjælp" eller "meget hjælp" til denne opgave. 2. Personer, der får hjælp fra ægtefælle, hjemmeplejen eller andre hjælpeskilder til mindst en opgave, men som angiver at have behov for "lidt mere hjælp" eller "meget mere hjælp" til denne opgave.

I rapporten redegør vi for disse tre grupper og de faktorer, der karakteriserer grupperne. I kapitel 7 iser vi nærmere på svækkede ældre, i kapitel 9 redegøres for svækkede ældre uden hjælp, og i kapitel 10 er fokus på svækkede ældre med utilstrækkelig hjælp.

5.2.4 Repræsentativitet i spørgeskemadata

For at sikre repræsentativitet og korrigere for skævt bortfald har vi valgt at vægte data. Vægtningen er baseret på 200 strata defineret ud fra kommune (25 grupper), civilstand, køn og husstandsindkomst (under og over 200.000 kr.). Dette giver $25 \times 2 \times 2 \times 2 = 200$ forskellige kombinationer.

De 25 udvalgte kommuner er: København, Rødovre, Ishøj, Køge, Halsnæs, Solrød, Gribskov, Lejre, Lolland, Vordingborg, Middelfart, Assens, Odense, Tønder, Fredericia, Syddjurs, Randers, Aarhus, Ikast-Brandeborg, Ringkøbing-Skjern, Thisted, Brønderslev, Rebild, Jammerbugt og Aalborg. Populationen af 70+-årige i de 25 kommuner udgjorde per 1. juli 2023 231.836 personer.

De 25 kommuner er udvalgt for at sikre variation på centrale parametre som:

- Geografisk placering (alle regioner repræsenteret)
- Land/by (befolkningstæthed, både store bykommuner og mindre landkommuner og repræsentation af yderkommuner)
- Ressourceforbrug (ældreplejeudgifter per ældre 67+)
- Økonomisk velstand (beskatningsgrundlag per indbygger).

For at sikre geografisk variation i udvalget har vi valgt fem kommuner fra hver region. Udvælgelsen af de fem kommuner fra hver region tager udgangspunkt i, at der skal være kommuner, der scorer henholdsvis lavt og højt på de udvalgte parametre.

De 25 kommuner er således strategisk udvalgt, så der er maksimal variation, når det gælder geografi (region), land/by (befolkningstæthed), ressourceforbrug (udgift til ældreområdet) og økonomisk velstand (beskatningsgrundlag).

Da alle parametre ikke kan vægtes lige højt, prioriteres befolkningstæthed og udgifter til ældreområdet, som derved vægtes højere end beskatningsniveau i udvælgelsen inden for hver region. Dette betyder, at vi for Region Hovedstaden har udeladt kommunen med det højeste beskatningsgrundlag, nemlig Gentofte, som også har et beskatningsgrundlag, der er markant

højere end i andre kommuner i Danmark. Kommunen vil således nemt blive en outlier i analyserne. Derudover har vi i vores udvalg sikret, at de fire største byer i Danmark er medtaget. Vi har ydermere stræbt efter, at såkaldte yderkommuner fra hver region er repræsenteret. Da en stor andel af Region Sjællands kommuner kan karakteriseres som yderkommuner, har vi, ud over Lolland Kommune, valgt Vordingborg Kommune, da den også repræsenterer en tyndtbeholdt yderkommune. Mindre økommuner og små kommuner er udeladt.

I tabellen nedenfor kan man se, hvordan de udvalgte kommuner fra hver region fordeler sig på de tre parametre. Udvalget af kommuner gør det muligt at analysere, hvordan samspillet mellem henholdsvis befolkningstæthed, udgiftsniveau og økonomisk velstand i kommunen påvirker svækkede ældres mulighed for at få hjælp i hverdagen. Endvidere giver det os mulighed for at analysere, hvorvidt utilstrækkelig hjælp blandt svækkede ældre er særligt udtalt i udkantsområder, dvs. yderkommuner, der er karakteriseret ved områder med lavere gennemsnitlig indkomst, og som ligger langt fra større byområder.

Tabel 5.1 Kommuneudvælgelse

	Kommune	Region	Befolknings- tæthed		Udgifter til ældre		Beskatnings- grundlag	
			Høj	Lav	Høj	Lav	Høj	Lav
1	Thisted	Region Nordjylland						
2	Aalborg	Region Nordjylland						
3	Brønderslev	Region Nordjylland						
4	Rebild	Region Nordjylland						
5	Jammerbugt	Region Nordjylland						
6	Aarhus	Region Midtjylland						
7	Ringkøbing-Skjern	Region Midtjylland						
8	Ikast-Brande	Region Midtjylland						
9	Syddjurs	Region Midtjylland						
10	Randers	Region Midtjylland						
11	Odense	Region Syddanmark						
12	Tønder	Region Syddanmark						
13	Middelfart	Region Syddanmark						
14	Assens	Region Syddanmark						
15	Fredericia	Region Syddanmark						
16	København	Region Hovedstaden						
17	Gribskov	Region Hovedstaden						
18	Ishøj	Region Hovedstaden						
19	Halsnæs	Region Hovedstaden						
20	Rødovre	Region Hovedstaden						
21	Vordingborg	Region Sjælland						
22	Lolland	Region Sjælland						
23	Solrød	Region Sjælland						
24	Lejre	Region Sjælland						
25	Køge	Region Sjælland						

5.2.5 Bortfaldsanalyse

Den metodiske kvalitetssikring omfattede en grundig bortfaldsanalyse samt beregning af 95 procent-konfidensintervaller for udvalgte variable. Der blev foretaget en systematisk vurdering af både statistisk usikkerhed og potentielle systematiske fejl, herunder dækningsfejl i populationsafgrænsningen. Disse analyser er dokumenteret i DST's metoderapport (se separat bilag) for at sikre transparens omkring dataindsamlingens kvalitet.

5.2.6 Anvendte analyser

Undersøgelsens kvantitative resultater er baseret på både deskriptive analyser og regressionsanalyser. De deskriptive analyser omfatter frekvenstabeller og krydstabeller, der belyser forekomsten og fordelingen af forskellige karakteristika blandt svækkede ældre. Alle analyser er vægtet for at sikre repræsentativitet.

For at undersøge sammenhænge mellem forskellige faktorer anvendes primært lineære regressionsanalyser (OLS). Disse analyser estimerer sammenhængen mellem individuelle, holdningsrelaterede og strukturelle faktorer og tre centrale udfald:

- Brug af forskellige hjælpeskilder (kommunal hjemmehjælp, privat købt hjælp, familie/venner)
- Sandsynligheden for at være uden hjælp eller modtage utilstrækkelig hjælp
- Livskvalitet.

I alle regressionsanalyser inddrages baggrundskaraktistika såsom alder, køn, funktionsnedsættelse, uddannelse, indkomst og civilstand. Resultaterne præsenteres ved koefficientplots for at lette fortolkningen (de fulde regressionstabeller findes i et separat bilag). Statistisk signifikans angives på 5 procent-, 1 procent- og 0,1 procent-niveau, og der rapporteres 95 procent-konfidensintervaller for alle estimater.

For at undersøge betydningen af kommunale forhold har vi inkluderet multilevelanalyser, der tager højde for, at ældre er grupperet inden for kommuner. Dette giver os mulighed for at estimere, hvor stor en del af variationen i de forskellige udfald der kan tilskrives kommunale forskelle.

5.2.7 Vægtning

De fleste resultater i rapporten er vægtede for at korrigere for skævt bortfald og sikre repræsentativitet for de 25 kommuner. Vægtningen er baseret på 200 strata defineret ud fra kommune (25 grupper), civilstand, køn og indkomst (under eller over 200.000 kr.). Inden for hvert stratum er der yderligere vægtet på tre aldersgrupper (70-74 år, 75-80 år, 81+ år). Bortfaldsanalysen viser, at svarprocenten var lavere blandt de ældste (81+ år) og personer med lav indkomst, samtidig med at der var en mindre overrepræsentation af par og højtuddannede i stikprøven. Dette er korrigeret gennem vægtningen, så resultaterne er repræsentative for populationen af 70+-årige i de 25 kommuner. Vægtene er udarbejdet af DST.

For at kunne undersøge, hvorvidt resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen kan generaliseres til hele Danmarks befolkning, har DST undersøgt, om populationen af ældre i de 25 kommuner ligner populationen af ældre i hele landet.

Det er vigtigt at påpege, at resultaternes generaliserbarhed tager udgangspunkt i vores afgrænsning af populationen, hvor vi i indhentning af spørgeskemadata udelukkende kontaktede den ældste i hver husstand. Denne udvælgelse medfører, at undersøgelsen kan generaliseres til

alle husstande med mindst én person der er 70+, men ikke til det samlede antal svækkede ældre personer. Dette betyder, at det faktiske antal svækkede ældre i Danmark sandsynligvis estimeres for lavt, da vi har udelukket den yngste af to samboende ældre fra at deltage i undersøgelsen. I husstande med to samboende svækkede ældre vil det kun være den ældste, der er repræsenteret i undersøgelsen. Når vi dermed taler om antallet eller andelen af svækkede ældre i befolkningen, refererer vi således til antallet eller andelen af husstande med mindst én svækket person på 70 år eller derover. Vi har valgt denne samplingsstrategi for at sikre rekruttering af tilstrækkelig mange svækkede ældre, som er undersøgelsens målgruppe.

Undersøgelsen viser, at der er relativt små afvigelser mellem de to populationer med hensyn til forskellige baggrundsvARIABLE, dog med undtagelse af kommunestørrelse. Udvælgelsen af en stor kommune i hver region medfører en overrepræsentation af store kommuner i vores undersøgelse. Dette vurderes dog af DST ikke at være en hindring for at generalisere resultaterne ved brug af korrektionsvægte. DST finder, at de relativt små variationer betyder, at den udtrukne undersøgelsespopulation godt kan repræsentere alle landets kommuner, da den ligner Danmarks befolkningspopulation.

Til at estimere antallet af ældre i undersøgelsens tre hovedgrupper, dvs. svækkede ældre, svækkede ældre uden hjælp og svækkede ældre, som oplever at få utilstrækkelig hjælp, anvender vi DST's korrektionsvægte. Tabel 5.2 viser, hvordan de tre grupper fordeler sig henholdsvis uvægtet og vægtet til undersøgelsespopulationen og vægtet til Danmarks befolkningspopulation. Vi bruger udelukkende landsvægtene til at estimere henholdsvis antallet af svækkede ældre, svækkede ældre uden hjælp og svækkede ældre med utilstrækkelig hjælp i forhold til hele befolkningen. I de resterende analyser i rapporten anvender vi undersøgelsesvægte, der tillader, at man generaliserer til de 25 kommuner. Det fremgår imidlertid af tabellen, at forskellene i de andele, hvor der er anvendt undersøgelsesvægte, og de andele, hvor der er anvendt landsvægte, er meget små, hvilket bekræfter, at populationen i de valgte 25 kommuner ligner hele landets population. Man kan derfor godt forvente, at de resultater og sammenhænge, vi finder i rapporten, kan genfindes på landsplan.

Tabel 5.2 Opregning af de tre hovedgrupper i rapporten til antal ældre i de 25 kommuner og antal ældre i den demografiske gruppe i befolkningen

	Ej vægtet	Undersøgelses- vægte	Landsvægte	Ej vægtet	Ej vægtet	Undersøgelses- vægte	Undersøgel- sesvægte	Landsvægte	Landsvægte
	Antal	Antal husstande med mindst en ældre (70+) i de 25 kom- muner	Antal hustande med mindst en ældre (70+) i den demografiske gruppe i befolkningen	Pct. af hustande med alle ældre 70+	Pct. af husstande med mindst en svækket ældre	Pct. af hustande med alle ældre 70+	Pct. af husstande med mindst en svækket ældre	Pct. af hustande med alle ældre 70+	Pct. af hustande med mindst en svækket ældre
I alt	19.041	231.836	678.414	100	0	100	0	100	0
Ikke svækkede ældre	14.950	175.389	509.839	78,5	0	75,7	0	75,2	0
Svæk- kede ældre	4.091	56.447	168.575	21,5	100	24,3	100	24,8	100
Hjælp til 1 af de 7 aktiviteter	3.187	42.817	130.148	16,7	77,90	18,5	75,85	19,2	77,2
Ingen hjælp	904	13.630	38.427	4,7	22,10	5,9	24,15	5,7	22,80
Tilstrække- lig hjælp	1.984	25.816	78.024	10,4	48,50	11,1	45,73	11,5	46,28
Utilstræk- kelig hjælp	2.105	30.615	90.490	11,1	51,45	13,2	54,24	13,3	53,68

5.2.8 Kvalitative data

Vi har i undersøgelsen gennemført i alt 21 semistrukturerede interview med svækkede borgere. Formålet med de kvalitative interview har især været at afdække, hvilke hverdagsstrategier svækkede ældre uden (tilstrækkelig) hjælp bruger.

Her har vi koncentreret os om fem kommuner, der er udvalgt efter geografisk placering, land/by og befolkningstæthed (se tabel 5.1). De fem kommuner er: Brønderslev Kommune, Københavns Kommune, Lolland Kommune, Middelfart Kommune og Syddjurs Kommune.

5.2.9 Sampling til de kvalitative interview

Jf. formålet med de kvalitative interview har samplingen af borgerne hertil fokuseret på at identificere svækkede borgere, der i spørgeskemaet angiver at have behov for lidt eller meget mere hjælp til en given opgave, uanset om den hjælp, de evt. allerede modtager, kommer fra kommunen, familien eller andre hjælpeklender. Derudover er interviewene udført i fem kommuner, hvorimod spørgeskemaundersøgelsen er udført i samtlige 25 kommuner. Resultaterne af de kvalitative interview giver dermed et dybere indblik i en særlig undergruppe af svækkede ældre i udvalgte kommuner.

I forbindelse med udfyldning af spørgeskemaet kunne respondenter med funktionsnedsættelse angive, om DST måtte udlevere deres kontaktoplysninger, så RUC kunne kontakte dem for et opfølgende kvalitativt interview. Blandt borgere, som svarede ja til dette, stod DST for en indledende screening, der identificerede respondenter, som i spørgeskemaet havde angivet at have behov for (mere) hjælp.

Borgerne blev derefter udvalgt ud fra et ønske om balance i samplet i forhold til køn, civilstand, og om man modtager hjemmehjælp eller ej. Udvælgelsen tog også højde for et mål om at have minimum fire interview fra hver af de fem kommuner.

Vi antager som udgangspunkt ikke, at de interviewede borgere er repræsentative for svækkede borgere mere generelt, men at vi her har at gøre med borgere, der angiver at have behov for (mere) hjælp, og som har haft overskud til og interesse i at deltage i en undersøgelse med dette tema.

5.2.10 Kontakt til borgerne, etik og anonymitet

I næsten alle tilfælde havde vi en e-mailadresse på informanterne, og de blev indledningsvist kontaktet på e-mail med information om, at vi efterfølgende ville kontakte dem telefonisk for en interviewtale. I enkelte tilfælde foregik den indledende kontakt over telefonen.

Grundet de evt. sensitive temaer blev det i e-mailen oplyst, at pårørende var velkomne til at sidde med. Derudover blev informanterne oplyst om, at de til enhver tid kunne vælge ikke at deltage i interviewet. Dette blev gentaget inden selve interviewet. Informanterne blev også oplyst om, at transskriberingen ville blive anonymiseret, og afgav derefter informeret samtykke til at deltage i interviewet.

5.3 Informanter

Tabel 5.3 indeholder en oversigt over informanterne. Der er udført fire interview i Brønderslev Kommune, fire i Middelfart Kommune, fem i Københavns Kommune, fire i Syddjurs Kommune og

fem i Lolland Kommune. Der er en lige kønnet fordeling mellem informanterne. Ni af informanterne bor sammen med en partner, hvoraf fem valgte at have deres partner med under interviewet, omend hovedfokus i samtalen var på den pågældende informants hverdagsliv. Der er derudover en god variation i civilstand og boligform.

Tabel 5.3 Beskrivelse af informanter i de kvalitative interview

Kommune	Alder	Køn	Civilstand	Børn/ikke børn	Boligsituation
Brønderslev	79	Kvinde	Enlig	Børn	Lejlighed
Brønderslev	Uoplyst	Mand	Gift	Børn	Hus
Brønderslev	78	Kvinde	Fraskilt	Børn	Lejlighed
Brønderslev	89 og 85	Mand og kvinde	Gift	Børn	Hus
København	82	Kvinde	Fraskilt	Børn	Lejlighed
København	82	Mand	Uoplyst	Børn	Lejlighed
København	82	Mand	Fraskilt	Børn	Lejlighed
København	80	Kvinde	Enlig	Børn	Lejlighed
Lolland	75	Kvinde	Enke	Børn	Hus
Lolland	74	Mand	Fraskilt	Børn	Lejlighed
Lolland	83 og 74	Mand	Gift	Børn	Hus
Lolland	73	Kvinde	Enlig	Børn	Hus
Lolland	75	Kvinde	Enke	Børn	Hus
Middelfart	86	Kvinde	Enke	Ingen børn	Lejlighed
Middelfart	77	Mand	Enke	Børn	Lejlighed
Middelfart	81 og 78	Mand og kvinde	Gift	Børn	Hus
Middelfart	73	Kvinde	Fraskilt	Børn	Hus
Syddjurs	82 og 71	Mand og kvinde	Gift	Børn	Hus
Syddjurs	83	Kvinde	Gift	Børn	Hus
Syddjurs	75	Kvinde	Gift	Børn	Hus
Syddjurs	78 og 72	Mand	Gift	Børn	Hus

5.3.1 Interviewguide

Vi har anvendt en semistruktureret interviewguide, der tematisk har fulgt forskningsspørgsmålene. Spørgsmålene fokuserede på følgende temaer: bolig- og familiesituation, sociale kontakter, hverdagen, (udækkede) behov og hjælp fra andre, hverdagsstrategier, fremtiden og holdninger.

5.3.2 Gennemførelse af interview og transskribering

De kvalitative interview blev gennemført i perioden fra 13. august til 8. september 2024. Alle 21 interview blev udført som besøgsinterview a ca. en til halvanden times varighed og blev optaget på bånd. Derudover blev ét interview udført på Teams, men kunne af tekniske årsager ikke transskriberes og indgår derfor ikke i datagrundlaget. Én informant valgte at aflyse forud for interviewet grundet sygdom. Interviewene blev transskriberet ved hjælp af Goodtape og manuelt gennemlyttet, korrigeret og anonymiseret ved at ændre navne og evt. andre oplysninger, der ville kunne identificere borgeren. Da vi er interesseret i den indholdsmæssige betydning, har vi foretaget en verbatim transskribering, hvor vi har udeladt evt. fyldeord som "øh" osv.

5.3.3 Analyse

Den kvantitative spørgeskemaundersøgelse danner det indledende datagrundlag for besvarelsen af forskningsspørgsmålene, mens de kvalitative interview har suppleret med mere dybtgående forklaringer på de kvantitativt baserede, empiriske resultater. Den kvantitative analyse har således

identificeret analytiske temaer, som vi har undersøgt nærmere i den kvalitative analyse. Vi har derudover haft særligt fokus på forskningsspørgsmålet om hverdagsstrategier.

Der er foretaget en tematisk analyse af de kvalitative data med henblik på at identificere tilbagevendende temaer og mønstre samt at fortolke på disse. Data er analyseret iterativt, ved at vi via gennemlæsning af transskriptionerne har udforsket og fortolket data i relation til vores forskningsspørgsmål og de temaer, som er fremkommet i den kvantitative analyse.

6 Svækkede ældre

Dette kapitel tegner et overordnet billede af gruppen af svækkede ældre 70+ i 25 udvalgte kommuner. Vi trækker i kapitlet fortrinsvist på data fra spørgeskemaundersøgelsen, men illustrerer også med de kvalitative data, hvordan det kan opleves at leve med funktionsnedsættelse.

Vi sammenligner svækkede ældre med henholdsvis en og to eller flere funktionsnedsættelser med gruppen af ældre uden svækkelse for at se, hvordan de adskiller sig fra hinanden. Vi ser først på udbredelsen af funktionsnedsættelser i den ældre befolkning og analyserer derefter gruppernes sociodemografiske sammensætning. Vi viser indledningsvist tallene deskriptivt i tabeller og undersøger efterfølgende i en regressionsanalyse, om forskellene er statistisk signifikante.

Derefter ser vi i kapitlet nærmere på de ældres holdninger til, hvem der bør hjælpe, når man som ældre har behov for hjælp. Vi afslutter med en analyse af svækkede ældres sociale relationer og livskvalitet. Resultaterne fra disse to analyser vises udelukkende deskriptivt.

6.1 Funktionsnedsættelse blandt ældre i 25 kommuner

Som nærmere beskrevet i metodekapitlet anvender vi de ældres besvarelser af syv spørgsmål om deres funktionsevne i en række ADL-relaterede hverdagsaktiviteter til at inddеле dem i grupper af henholdsvis svækkede og ikkesvækkede ældre. Det er en relativt konservativ afgrænsning, da vi kun definerer ældre som svækkede, hvis de har angivet, at de "ikke kan udføre opgaven uden hjælp". Det inkluderer dermed ikke ældre, der har angivet at de "kan alene, dog med .besvær".

Vi anvender derudover to grupperinger af funktionsnedsættelse for at skelne mellem, hvor svækkede borgerne er: 1) ældre borgere med én funktionsnedsættelse – en gruppe, man kan betegne som (relativt) svækket sammenlignet med den ældre befolkning som helhed – og 2) ældre borgere med to eller flere funktionsnedsættelser – en gruppe, vi betegner som de (relativt) mest svækkede ældre.

Tabel 6.1 viser, at 76 procent af de ældre i befolkningen i de 25 kommuner kan udføre alle de givne hverdagsaktiviteter helt uden hjælp. 14 procent har én funktionsnedsættelse, hvilket vil sige, at de ikke uden hjælp fra andre kan udføre en af de syv aktiviteter, og 10 procent kan ikke udføre to eller flere af aktiviteterne uden hjælp. Samlet set er det i 24 procent af hustande med ældre i de 25 kommuner i undersøgelsen mindst en person, der kan betragtes som svækkede. Anvender vi landsvægtene beregnet af DST (se kapitel 5 om metode), svarer det til, at ca. 25 procent af ældre 70+ i Danmarks befolkning kan betragtes som svækkede. Det kan omregnes til ca. 168.500 hustande med mindst én svækket ældre.

Tabel 6.1 Fordeling af funktionsnedsættelser blandt ældre over 70 år i 25 udvalgte kommuner (%).
N = 19.041

	Total
Ingen funktionsnedsættelse	75,65
1 funktionsnedsættelse	13,94
2+ funktionsnedsættelser	10,41
I alt	100

Ser vi på, hvilke hverdagsaktiviteter de ældre ikke kan udføre, viser tabel 6.2, at der er flest ældre, der ikke kan klippe deres tånegle – en hverdagsopgave, der kræver mobilitet og balance, og som

er sigende for den ældres generelle fysiske tilstand. Ca. 20 procent af befolkningen 70+ i de 25 kommuner kan ikke selv udføre denne aktivitet. Dertil kommer de andre hverdagsaktiviteter, som de ældre ikke kan udføre uden hjælp: Ca. ni procent kan ikke selv købe ind, mens andelen, der ikke kan udføre de øvrige fem aktiviteter, ligger mellem syv og tre procent.

Tabel 6.2 Andel af ældre, der ikke kan udføre specifikke ADL-relaterede hverdagsaktiviteter uden hjælp, fordelt efter aktivitetstype (%). N = 19.041

		Total
"Kan ikke uden hjælp"	Klippe tånegle	20
	Gå på trapper	7
	Gå udendørs	5
	Gå omkring i hjemmet	3
	Vaske dig/gå i bad?	5
	Tage tøj eller sko af og på	3
	Købe ind/bære varer hjem	9

Note: Spørgsmålet lød: "Hvordan klarer De følgende aktiviteter: Har De normalt besvær med [svarkategori]?" Tabellen viser andelen, der svarer: "Kan ikke uden hjælp".

Tabel 6.3 viser, hvordan gruppen af svækkede ældre med henholdsvis én og to eller flere funktionsnedsættelser afviger fra ældre generelt i de 25 kommuner på en række baggrundskaraktistika. Ud af befolkningen i de 25 kommuner er der som nævnt i alt 24 procent svækkede ældre. Ikke overraskende hænger svækkelse sammen med alder. Af den samlede gruppe af svækkede ældre fremgår det af tabel 6.3, at andelen er størst blandt ældre over 80 år. 37 procent af de 80+-årige er svækkede mod kun ca. 13 procent i aldersgruppen 70-75 år. Andelen af svækkede ældre er nogenlunde jævnt fordelt over kommunerne. Den laveste andel findes i Ringkøbing-Skjern (18 procent); den højeste i Odense (25 procent).

Derudover fremgår det af tabel 6.3, at andelen af svækkede ældre er ca. 10 procentpoint højere for kvinder end for mænd. Ligeledes gælder det, at andelen af svækkede ældre er højere for de laveste uddannelses- og indkomstgrupper: 34 procent af ældre med grundskole eller uoplyst uddannelse er svækkede mod kun 10 procent blandt ældre med en længerevarende uddannelse, og 33 procent af ældre med en indkomst under 200.000 kr. er svækkede mod kun 18 procent blandt ældre med en indkomst over 200.000 kr. Endvidere viser tabellen, at andelen med funktionsnedsættelse er større blandt enlige end blandt personer, der har en partner: 29 procent af enlige ældre er svækkede mod kun 18 procent af ældre med en partner. Endelig viser tabel 6.3, at der er en sammenhæng mellem alder og uddannelsesniveau, og om man har to eller flere funktionsnedsættelser. Derimod er der ikke sammenhæng mellem antal nulevende børn og afstand til nærmeste barn, og om man har funktionsnedsættelser.

Tabel 6.3 Sociodemografiske karakteristika for ældre, særskilt for ingen, én og to eller flere funktionsnedsættelser (%). N = 19.041

	1 funktions- nedsættelse	2+ funktions- nedsættelser	Total	Ingen funktions- nedsættelse
Køn				
Mand	11,67	7,78	19,45	80,55
Kvinde	16,40	13,24	29,64	70,36
Alder				
70-74 år	8,00	4,70	12,70	87,30
75-79 år	12,78	7,39	20,17	79,83
80+ år	19,83	17,63	37,46	62,55
Uddannelse				
Grundskole eller uoplyst	17,81	15,95	33,76	66,24
Gymnasial, erhvervsfaglig (EUD)	14,39	9,71	24,10	75,90
Lang videregående uddannelse	11,43	6,93	18,36	81,65
Kort/mellemlang videregående uddannelse	5,74	4,85	10,59	89,41
Ækvivaleret disponibel husstandsindkomst				
Under 200.000 kr.	18,65	14,58	33,23	66,78
Over 200.000 kr.	10,57	7,41	17,98	82,02
Civilstand				
Single	16,30	12,56	28,86	71,15
Par	10,73	7,48	18,21	81,79
Andet				
Antal nulevende børn				
0	13,20	9,34	22,54	77,46
1	15,74	10,69	26,43	73,57
2	13,35	9,94	23,29	76,72
3+	14,15	11,43	25,58	74,43
Afstand til nærmeste barn				
0-25 km	14,42	11,07	25,49	74,51
26-50 km	13,60	9,84	23,44	76,56
51-100 km	13,22	8,64	21,86	78,15
100+ km	12,43	7,49	19,92	80,08
Ingen nærmeste pårørende	13,01	9,12	22,13	77,87

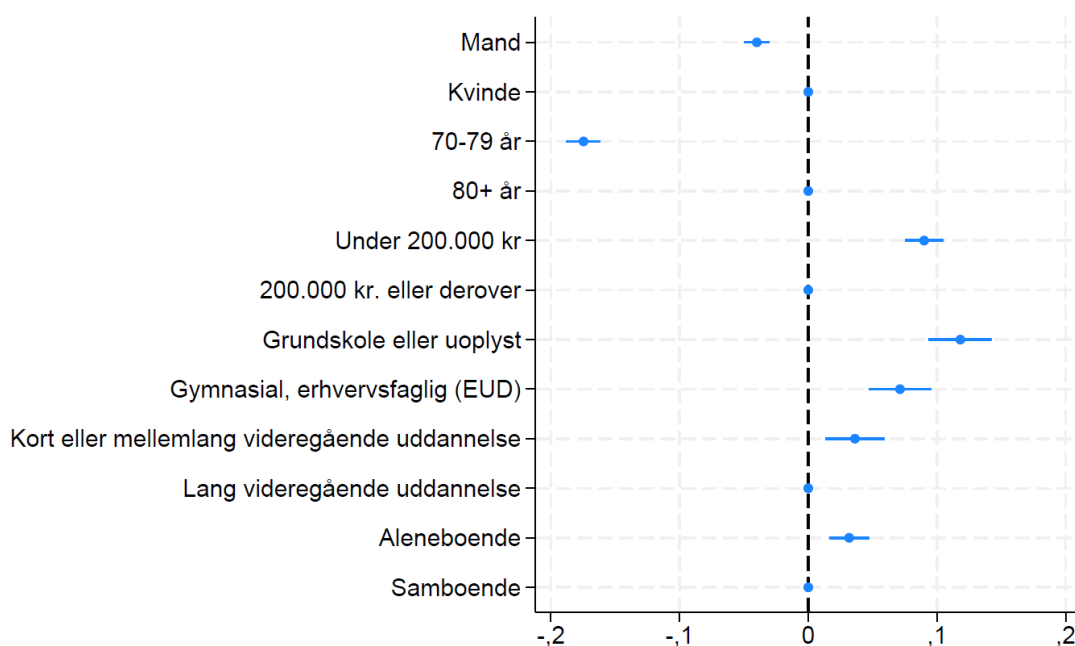
I figur 6.1 ses resultaterne af regressionsanalysen, der viser, hvilke faktorer der har en statistisk signifikant sammenhæng med funktionsnedsættelse. I modellen inkluderer vi relevante baggrundskarakteristika som alder, køn, uddannelse, husstandsindkomst og civilstand. Resultaterne af denne analyse bekræfter de forskelle, der er beskrevet i tabellen ovenfor.

Når det kommer til indkomst, viser analysen således, at personer med en årlig indkomst under 200.000 kr. har ni procentpoint højere sandsynlighed for at have mindst en funktionsnedsættelse. Også uddannelse har en signifikant betydning. Analysen viser en klar sammenhæng mellem uddannelsesniveau og det at have mindst en funktionsnedsættelse. Jo lavere uddannelse, desto

højere er sandsynligheden for at være svækket. Enlige har tre procentpoint større sandsynlighed for at have en funktionsnedsættelse sammenlignet med personer, der lever i parforhold. Kvinder har også en større sandsynlighed for at have en funktionsnedsættelse.

Samlet set viser analysen, at ældre i en social og økonomisk sårbar position i form af høj alder (80+ år), lav indkomst og lav uddannelse har større sandsynlighed for at have funktionsnedsættelse. Sandsynligheden for at have funktionsnedsættelse er også højere blandt enlige og kvinder. Alle disse faktorer er positivt korreleret med ikke at kunne udføre de givne hverdagsaktiviteter uden hjælp fra andre og dermed være inkluderet i den gruppe, som vi i undersøgelsen betegner som svækkede ældre.

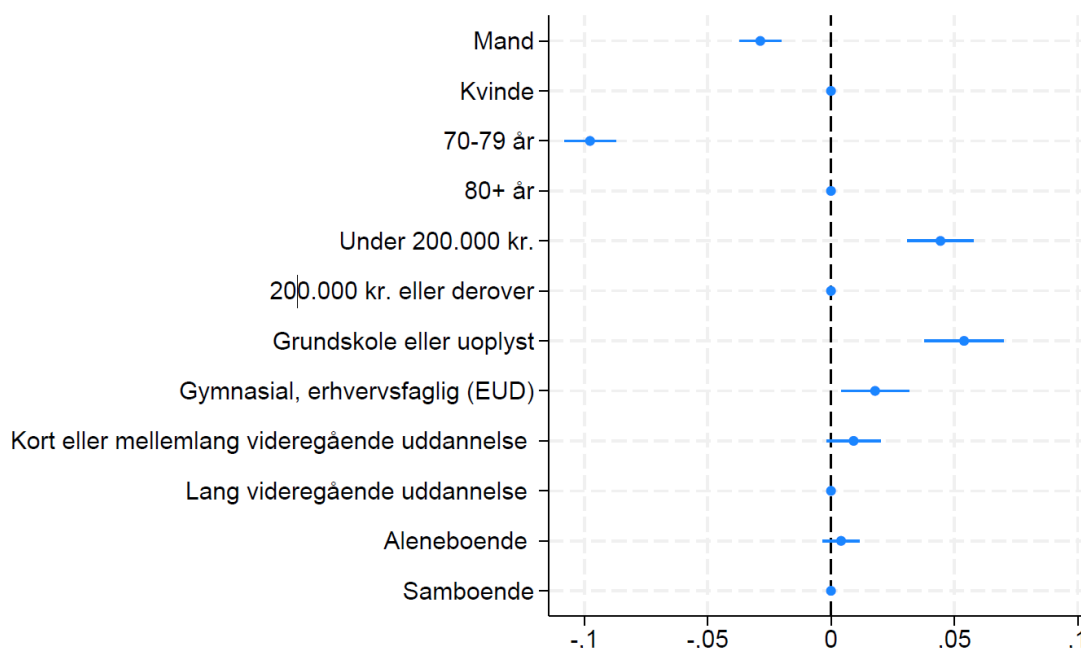
Figur 6.1 Faktorer associeret med en eller flere funktionsnedsættelser blandt ældre i 25 kommuner. Resultater fra lineær regressionsanalyse med 95 procent-konfidensintervaller. N = 19.248



Se Tabel A1 i separat bilag for de underliggende regressionsestimater.

Ser vi nærmere på de allermest svækkede, og hvilke faktorer der påvirker sandsynligheden for at have to eller flere funktionsnedsættelser, viser analysen, at høj alder, lav uddannelse og lav indkomst øger sandsynligheden for at have mere end én funktionsnedsættelse. Derudover fremgår det, at kvinder har signifikant større sandsynlighed for at have to eller flere funktionsnedsættelser (figur 6.2). I denne regressionsanalyse har personer over 80 år 10 procentpoint højere sandsynlighed for at have to eller flere funktionsnedsættelser sammenlignet med aldersgruppen 70-79 år. Desuden viser analysen, at personer med en årlig indkomst under 200.000 kr. har fire procentpoint højere sandsynlighed for at have to eller flere funktionsnedsættelser. Endelig fremgår det af regressionsanalysen, at jo lavere uddannelse, desto højere er sandsynligheden for at have to eller flere funktionsnedsættelser.

Figur 6.2 Faktorer associeret med to eller flere funktionsnedsættelser blandt ældre. Resultater fra lineær regressionsanalyse med 95 procent-konfidensintervaller. N = 19.234



Se Tabel A1 i separat bilag for de underliggende regressionsestimater

Vi afrunder analysen af funktionsnedsættelse med en illustration af, hvordan livet med funktionsnedsættelse kan se ud (boks 6.1). Vi benytter her de kvalitative interview til at give indblik i Lis' hverdag:

Boks 6.1 Lis' fortælling

Lis er 80 år og lever med nogle fysiske udfordringer, som præger hendes hverdag. Hun er gangbesværet og afhængig af to krykker grundet flere diskusprolaps, to kunstige knæ og hofter samt balanceproblemer. Hun bor alene i en lejlighed på anden sal, der strækker sig over to etager, i en af landets større kommuner.

Lis fortæller, hvordan hun grundet sit gangbesvær ikke har nemt ved at gå på trapper, hvorfor hun ikke har været nede på gaden i halvandet år. Hun forklarer, at selvom hun kan komme ned ad trapperne, kan hun ikke komme op igen uden hjælp.

Hendes søn har foreslået, at hun flytter til en bolig med elevator, men Lis afviser idéen med ordene: "Hvad skal jeg bruge det til? Når jeg kommer ned på gaden, så kan jeg ikke gå ret langt alligevel. Så det har jeg ikke interesse i." Hendes udsagn illustrerer, hvordan hendes begrænsede mobilitet gør, at hun ikke ser værdien i at ændre sin boligsituation. Dermed har Lis' gangbesvær påvirket hendes hverdagsliv, da hun har tilpasset sig et liv, der kun foregår inden for hjemmets rammer.

Lis' fysiske udfordringer har også gjort det nødvendigt for hende at flytte sit soveværelse til stueetagen, selvom hun helst ville have det ovenpå. Alligevel insisterer hun på at bruge øverste etage og ser det som en mulighed for daglig motion, selvom det – ifølge hende selv – ikke ser pænt ud, når hun bevæger sig derop.

6.2 Holdninger til hjælpemidler

Som beskrevet i indledningen ser undersøgelsen også på holdninger til forskellige hjælpemidler i ældreplejen. Analysen i dette afsnit belyser både de generelle forventninger til, hvem der bør yde

hjælp til svækkede ældre i befolkningen mere generelt, og hvordan disse forventninger varierer mellem ældre med og uden forskellige grader af funktionsnedsættelse i de 25 kommuner. Ved at sammenligne holdninger på tværs af de tre grupper – ældre uden funktionsnedsættelse, ældre med én funktionsnedsættelse og ældre med to eller flere funktionsnedsættelser – får vi indblik i, hvordan egne erfaringer med svækkelse potentielt påvirker holdninger til forskellige hjælpeskilder. Samtidig giver analysen mulighed for at vurdere, om der er overensstemmelse mellem de ældres generelle holdninger til, hvem der bør yde hjælp, og hvem der faktisk yder hjælpen i praksis, hvilket vi ser på i følgende kapitel.

Tabel 6.4 viser, at 65 procent af alle respondenter i de 25 kommuner er helt enige i, at kommunen bør have penge nok til at yde god ældrepleje med meget lille variation mellem grupperne (65 procent for dem med én funktionsnedsættelse og 67 procent for dem med to eller flere).

Holdningsanalysen afslører således en konsensus blandt de ældre omkring det offentliges rolle i ældreplejen. Denne holdning er konsistent, uanset om man har en funktionsnedsættelse eller ej og graden af denne. Der ses samtidig en markant modstand mod at overlade mere ansvar til pårørende, hvor 59 procent er helt uenige i, at pårørende bør overtage nogle af det offentliges opgaver.

Når det kommer til privatisering af ældreplejen, er holdningerne mere blandede. Kun 20 procent er helt uenige i, at flere opgaver kunne udføres bedre og billigere af private aktører, mens 10 procent er helt enige. Der er en højere andel af "ved ikke-svar" blandt personer med funktionsnedsættelser (syv procent) sammenlignet med personer uden funktionsnedsættelser (fire procent), hvilket kan indikere større usikkerhed omkring privatiseringsspørgsmålet i denne gruppe.

I forhold til om man selv bør spare op til den ældrepleje, man har behov for, er der relativt mange, der erklærer sig uenige. Sammenlignet med både spørgsmålene om kommunens og familiens ansvar er modstanden dog mindre. 43 procent af alle ældre i undersøgelsen er helt uenige i, at man selv bør spare op, og 20 procent er delvist uenige. Omkring én ud af seks (18 procent) erklærer sig helt eller delvist enige.

Tabel 6.4 Holdninger til organisering af ældrepleje, særskilt for ældre med ingen, én og to eller flere funktionsnedsættelser (vægtede %)

		Ingen funktionsnedsættelse	1 funktionsnedsættelse	2+ funktionsnedsættelser	Total
Svarkategorier					
Kommunen bør have penge nok til, at det offentlige kan yde en god ældrepleje. (N = 19.243)	Helt uenig	6,74	7,03	7,71	6,88
	Delvist uenig	2,67	3,41	3,71	2,88
	Hverken enig eller uenig	5,68	5,07	5,41	5,56
	Delvist enig	18,05	16,23	13,69	17,34
	Helt enig	65,34	65,16	66,67	65,45
	Ønsker ikke at svare	0,34	0,58	0,38	0,38
	Ved ikke	1,18	2,53	2,43	1,50
Pårørende bør stå for at udføre en del af ældreplejen, som det offentlige i dag står for. (N = 19.242)	Helt uenig	58,55	60,58	59,27	58,91
	Delvist uenig	18,80	16,97	16,66	18,32
	Hverken enig eller uenig	11,59	9,49	8,72	11,00
	Delvist enig	6,87	6,60	7,86	6,94
	Helt enig	2,46	2,65	4,33	2,68
	Ønsker ikke at svare	0,60	0,86	0,58	0,64
	Ved ikke	1,14	2,85	2,58	1,53

		Ingen funktions- nedsættelse	1 funktions- nedsættelse	2+ funktions- nedsættelser	Total
Flere offentlige opgaver inden for ældrepleje kunne udføres både bedre og billigere, hvis de blev overladt til det private. (N = 19.306)	Helt uenig	20,25	16,43	19,83	19,67
	Delvist uenig	14,00	13,59	13,22	13,86
	Hverken enig eller uenig	33,28	30,72	28,34	32,41
	Delvist enig	18,80	19,99	18,39	18,92
	Helt enig	9,50	11,81	11,67	10,05
	Ønsker ikke at svare	0,59	0,84	1,17	0,69
	Ved ikke	3,58	6,63	7,37	4,40
Man bør selv spare op til den ældrepleje, man har behov for. (N = 19.307)	Helt uenig	41,82	45,86	48,14	43,04
	Delvist uenig	20,14	18,90	17,13	19,66
	Hverken enig eller uenig	17,73	15,28	14,03	17,00
	Delvist enig	14,70	11,53	11,44	13,92
	Helt enig	3,48	3,95	4,60	3,66
	Ønsker ikke at svare	0,72	1,55	0,88	0,85
	Ved ikke	1,41	2,94	3,78	1,87

6.3 Svækkede ældre og deres sociale relationer og livskvalitet

I de følgende afsnit ser vi nærmere på de ældres sociale relationer og livskvalitet. Vi ser udelukkende på gruppen af svækkede ældre defineret som personer med én eller flere funktionsnedsættelser, da spørgsmål om disse temaer kun er stillet til denne gruppe og ikke til alle ældre i samplet. Vi undersøger svækkede ældres sociale relationer, kontaktmønstre og oplevelser af ensomhed med særligt fokus på forskelle mellem personer med én funktionsnedsættelse og personer med to eller flere funktionsnedsættelser.

Som det fremgår af boks 6.2, der tager udgangspunkt i det kvalitative materiale, kan nedsat funktionsevne have en betydning for opretholdelsen af sociale relationer, ikke mindst hvis man for nylig er flyttet til kommunen. Her kan kontakten til hjemmehjælperen være væsentlig.

Boks 6.2 Hans' fortælling

Hans er 74 år og bor alene i en ældrebolig i en af landets mindre kommuner. Hans hverdag er præget af flere funktionsnedsættelser som følge af hjertesvigt og en hjerneskade, der giver ham balanceproblemer og luftbesvær, hvorfor han er afhængig af sin rollator for at kunne komme rundt. Selvom Hans klarer sig i det daglige med hjælp til rengøring fra kommunen, så giver han udtryk for, at han savner nogle sociale relationer, som kan give større livskvalitet.

Efter at være flyttet til kommunen for seks år siden har Hans oplevet udfordringer med at skabe nye sociale bånd. Hans' børn bor langt væk, og selvom de stadig har kontakt, savner han at have dem tættere på. Han har ingen kontakt til sine tre søskende og beskriver sig selv som ensom: "Det er noget, der halter, det her. Jeg keder mig ikke; jeg er ensom."

Hans forsøger at finde sociale fællesskaber gennem kirken og pensionistforeningen, men kontakten er begrænset. Han forklarer: "Vi ses i kirken. Og ellers ikke. Så der er ikke noget socialt liv. Jeg har ikke nogen venner. Ganske enkelt." Der kommer en relativt fast medarbejder fra hjemmeplejen, og hun er blevet en vigtig person i hans liv. Hun kommer hver 14. dag og ud over at være god til sit arbejde, beskriver Hans hende som rar at tale med. Selvom hjælpen primært er praktisk, så har hjemmehjælperen også en social rolle, der er med til at opfylde nogle af hans sociale behov.

Med udgangspunkt i data fra spørgeskemaundersøgelsen viser tabel 6.5, hvilken kontakt svækkede ældre i de 25 kommuner har med deres sociale netværk. Omkring 71 procent af alle svækkede ældre har kontakt mindst ugentligt med familie uden for husstanden (31 procent har daglig kontakt, og 41 procent har kontakt en-to gange om ugen). Dette mønster er relativt ens uanset graden af funktionsnedsættelse. Vedrørende kontakt med venner og bekendte ses der dog markante forskelle mellem ældre med én versus to eller flere funktionsnedsættelser: 51 procent af ældre med én funktionsnedsættelse har kontakt mindst ugentligt, mens dette kun gælder 43 procent af ældre med flere funktionsnedsættelser. For bekendte i foreninger og klubber er forskellen endnu mere udtalt: 39 procent af ældre med én funktionsnedsættelse har kontakt mindst ugentligt, mens dette kun gælder 26 procent af ældre med flere funktionsnedsættelser.

Tabel 6.6 understøtter denne konklusion. Ældre med flere funktionsnedsættelser oplever markant oftere en følelse af isolation og ensomhed: 13 procent føler sig ofte isolerede (mod syv procent blandt ældre med én funktionsnedsættelse), 15 procent savner ofte nogen at være sammen med (mod ni procent), mens 12 procent ofte føler sig udenfor (mod syv procent).

I tabel 6.7 præsenterer vi et ensomhedsindeks (Three-Item Loneliness Scale), hvor de tre ensomhedsspørgsmål summeres til et samlet mål. Hver svarkategori tildeles en score: "Sjældent" (1), "En gang imellem" (2) og "Ofte" (3). Den samlede score spænder fra 3 til 9 point, hvor 3-4 point indikerer ingen ensomhed, 5-6 point indikerer moderat ensomhed, og 7-9 point indikerer svær ensomhed. Tabellen viser, at blandt personer med én funktionsnedsættelse oplever 67 procent ingen ensomhed, 23 procent oplever moderat ensomhed, og 10 procent oplever svær ensomhed. For personer med to eller flere funktionsnedsættelser ses en markant højere forekomst af ensomhed: Her oplever 55 procent ingen ensomhed, 28 procent oplever moderat ensomhed, og 17 procent oplever svær ensomhed. Ser man på totaltallene for hele gruppen af svækkede ældre, oplever 62 procent ingen ensomhed, hvorimod 25 procent oplever moderat ensomhed, og 13 procent oplever svær ensomhed.

Der ses således en tydelig gradient, hvor personer med flere funktionsnedsættelser i højere grad oplever ensomhed. Andelen, der oplever svær ensomhed, er næsten dobbelt så høj (17 procent) blandt personer med to eller flere funktionsnedsættelser sammenlignet med personer med én funktionsnedsættelse (10 procent).

Dette afspejles også tydeligt i vurderingen af livskvalitet (se tabel 6.8). Mens 68 procent af ældre med én funktionsnedsættelse vurderer deres livskvalitet som god eller særdeles god, gælder dette kun 52 procent af ældre med to eller flere funktionsnedsættelser. Særligt bemærkelsesværdigt er, at andelen med særdeles god livskvalitet falder fra 12 til otte procent, og at andelen med dårlig eller meget dårlig livskvalitet stiger fra otte til 19 procent.

Tabel 6.5 Hyppighed af social kontakt med familie, venner og bekendte blandt svækkede ældre, særsilt for grad af funktionsnedsættelse (vægtede %). N = 4.107-4.141

		1	2+	Total
		funktionsnedsættelse	funktionsnedsættelser	
Svarkategori				
Familie, som du ikke bor sammen med. (N = 4.141)	Dagligt eller næsten dagligt	29,75	31,26	30,39
	1 eller 2 gange om ugen	41,33	40,48	40,97
	1 eller 2 gange om måneden	16,99	17,33	17,14
	Sjældnere end 1 gang om måneden	7,18	6,67	6,96
	Aldrig	1,54	1,39	1,48
	Ikke relevant	1,56	1,96	1,73
	Ønsker ikke at svare	0,77	0,64	0,72
	Ved ikke	0,87	0,28	0,62
Ægtefælle/kæreste. (N = 4.107)	Dagligt eller næsten dagligt	32,21	30,20	31,35
	1 eller 2 gange om ugen	3,00	2,45	2,77
	1 eller 2 gange om måneden	0,90	0,64	0,79
	Sjældnere end 1 gang om måneden	0,94	0,60	0,79
	Aldrig	8,01	7,54	7,81
	Ikke relevant	48,94	53,98	51,09
	Ønsker ikke at svare	4,12	2,59	3,46
	Ved ikke	1,88	2,00	1,93
Venner. (N = 4.122)	Dagligt eller næsten dagligt	14,88	12,52	13,87
	1 eller 2 gange om ugen	35,90	30,57	33,62
	1 eller 2 gange om måneden	26,87	25,15	26,13
	Sjældnere end 1 gang om måneden	10,79	14,92	12,55
	Aldrig	4,03	5,28	4,56
	Ikke relevant	4,84	9,53	6,84
	Ønsker ikke at svare	1,52	1,52	1,52
	Ved ikke	1,18	0,53	0,90
Naboer eller andre personer i dit lokalområde. (N = 4.125)	Dagligt eller næsten dagligt	18,32	18,69	18,48
	1 eller 2 gange om ugen	33,00	29,42	31,47
	1 eller 2 gange om måneden	17,92	14,97	16,66
	Sjældnere end 1 gang om måneden	9,87	11,94	10,76
	Aldrig	8,70	11,95	10,09
	Ikke relevant	9,04	10,25	9,56
	Ønsker ikke at svare	1,35	1,41	1,38
	Ved ikke	1,79	1,37	1,61
Bekendte i foreninger, klubber osv. (N = 4.117)	Dagligt eller næsten dagligt	4,35	3,58	4,02
	1 eller 2 gange om ugen	34,23	22,43	29,19
	1 eller 2 gange om måneden	15,84	12,14	14,26
	Sjældnere end 1 gang om måneden	8,10	8,83	8,41
	Aldrig	12,63	18,07	14,95
	Ikke relevant	21,65	30,54	25,45
	Ønsker ikke at svare	1,74	1,37	1,59
	Ved ikke	1,45	3,03	2,13
Andre bekendte. (N = 4.117)	Dagligt eller næsten dagligt	5,06	2,88	4,13
	1 eller 2 gange om ugen	14,15	11,34	12,95
	1 eller 2 gange om måneden	21,63	18,20	20,16
	Sjældnere end 1 gang om måneden	16,98	17,17	17,06
	Aldrig	8,87	12,27	10,32
	Ikke relevant	27,25	32,38	29,44
	Ønsker ikke at svare	1,83	1,75	1,79
	Ved ikke	4,24	4,01	4,14

Note: Spørgsmålet lød: "Hvor ofte er du i fysisk eller digital kontakt med [svarkategori]?"

Tabel 6.6 Oplevelse af social isolation og ensomhed blandt svækkede ældre, særskilt for grad af funktionsnedsættelse, (vægtede %). N = 4.091-4.092

		1	2+	Total
		funktions- nedsættelse	funktions- nedsættelser	
Svarkategorier				
Hvor ofte føler du dig isoleret fra andre? (N = 4.092)	Sjældent	66,50	54,05	61,18
	En gang imellem	24,47	31,39	27,43
	Ofte	7,00	13,04	9,58
	Ønsker ikke at svare	0,59	1,24	0,87
	Ved ikke	1,44	0,28	0,94
Hvor ofte føler du, at du savner nogen at være sammen med? (N = 4.092)	Sjældent	54,64	46,08	50,98
	En gang imellem	34,35	37,29	35,60
	Ofte	9,34	14,58	11,58
	Ønsker ikke at svare	0,53	1,25	0,84
	Ved ikke	1,15	0,79	1,00
Hvor ofte føler du dig udenfor? (N = 4.091)	Sjældent	70,44	59,42	65,73
	En gang imellem	19,69	25,63	22,23
	Ofte	6,54	12,01	8,87
	Ønsker ikke at svare	1,30	1,44	1,36
	Ved ikke	2,03	1,50	1,81

Tabel 6.7 Grad af ensomhed blandt svækkede ældre målt ved Three-Item Loneliness Scale, særskilt for funktionsnedsættelse, (vægtede %). N = 4.005

		1	2+	Total
		funktions- nedsættelse	funktions- nedsættelser	
Svarkategorier				
Ensomhedsindeks	Ingen ensomhed	67,47	54,89	62,07
	Moderat ensomhed	22,57	28,04	24,92
	Svær ensomhed	9,95	17,08	13,01

Note: Ensomhed måles ved hjælp af Three-Item Loneliness Scale, hvor tre spørgsmål summeres til et samlet mål. Hver svarkategori tildeles en score: "Sjældent" (1), "En gang imellem" (2) og "Ofte" (3). Den samlede score spænder fra 3-9 point, hvor 3-4 point indikerer ingen ensomhed, 5-6 point indikerer moderat ensomhed, og 7-9 point indikerer svær ensomhed.

Tabel 6.8 Selvvurderet livskvalitet blandt svækkede ældre, særskilt for grad af funktionsnedsættelse. (vægtede %). N = 4.159

		1	2+	Total
		funktions- nedsættelse	funktions- nedsættelser	
Svarkategorier				
Hvordan vil du bedømme din livskvalitet?	Meget dårlig	1,76	4,77	3,05
	Dårlig	6,23	13,93	9,52
	Hverken god eller dårlig	23,48	28,23	25,51
	God	56,05	44,04	50,92
	Særdeles god	11,98	8,08	10,32
	Ønsker ikke at svare	0,17	0,17	0,17
	Ved ikke	0,32	0,78	0,52

6.4 Opsamling

I dette kapitel har vi set på omfanget af svækkede ældre, hvad der karakteriserer svækkede ældre i forhold til resten af befolkningen 70+ i de 25 kommuner, og hvordan grupperne af svækkede ældre med henholdsvis én og to eller flere funktionsnedsættelser adskiller sig fra hinanden.

Vores resultater viser, at hver fjerde ældre (24 procent) i aldersgruppen 70 år og derover i de 25 kommuner kan betragtes som værende svækket, i og med at de ikke uden hjælp kan udføre én eller flere hverdagsaktiviteter. Anvender vi landsvægtene beregnet af DST, svarer det til, at ca. 25 procent af ældre 70+ i Danmarks befolkning kan betragtes som svækkede.

Analyserne viser i lighed med andre undersøgelser (bl.a. Rostgaard og Matthiessen, 2019; Amilon m.fl. 2024), at svækkede ældre generelt er i en socialt og økonomisk sårbar position. Der er større sandsynlighed for ikke selv at kunne udføre hverdagsaktiviteter, hvis man har en høj alder og lav indkomst og uddannelse. Sandsynligheden er ligeledes højere, hvis man er enlig og kvinde. Bortset fra enlig går de samme faktorer igen i karakteristikken af svækkede ældre med to eller flere funktionsnedsættelser.

Vi har også undersøgt de ældres holdninger til, hvem der skal hjælpe svækkede ældre, bl.a. for senere i rapporten at kunne se, om der er en sammenhæng med oplevelsen af udækkede behov. Undersøgelsen har vist, at de ældre på nogle områder er enige i, hvem der skal organisere og stå for ældreplejen til svækkede ældre. Uanset funktionsevne er der således opbakning til, at det er et kommunalt ansvar og ikke familiens. Der er mindre konsensus i forhold til, om man selv bør spare op til og betale for hjemmepleje. Her erklærer én ud af seks respondenter sig helt eller delvist enige i, at det bør være ens eget ansvar som borger. Omvendt er fire ud af 10 ældre helt uenige. Ligeledes er der blandede holdninger til, om private leverandører kunne levere bedre og mere effektive løsninger, hvilket kan afspejle, at mange borgere i landet som helhed har valgt en privat løsning: 41 procent af alle hjemmehjælpsmodtagere anvender således en privat leverandør (Dansk industri, 2024).

Endelig har analysen vist, at mange svækkede ældre hyppigt er i kontakt med familie og andre sociale relationer, men at især svækkede ældre med to eller flere funktionsnedsættelser er mere udsat for at føle sig isolerede og ensomme og tilsvarende opleve lavere livskvalitet. Som casene fra de kvalitative interview har illustreret, kan kontakten med hjemmehjælpen være et socialt lyspunkt.

7 Svækkede ældre og hjælp i hverdagen

7.1 Indledning

I dette kapitel redegør vi for, hvem der hjælper svækkede ældre med hverdagsopgaver. Som det fremgik af kapitel 5, angiver denne gruppe af ældre i spørgeskemaet, at de ikke kan udføre én eller flere hverdagsaktiviteter uden hjælp, og de defineres derfor i undersøgelsen som at have funktionsnedsættelse og være svækkede (se boks 5.1 for nærmere beskrivelse). I kapitlet trækker vi indledende på de kvantitative besvarelser i spørgeskemaet samt en kvalitativ case og afslutter med at give et indblik i de ældres hverdag baseret på undersøgelsens kvalitative interview. Tabellerne er udtryk for deskriptive analyser af svarfordelingerne, og den afsluttende figur redegør for statistisk signifikante forskelle.

7.2 Hjælp fra forskellige kilder

I spørgeskemaet har de svækkede ældre i de 25 kommuner kunnet svare på, hvem der fortrinsvist udfører en række hverdagsopgaver i deres hjem. Her inkluderes otte mulige hjælpeklender: personen selv, hjemmehjælp, ægtefælle/samlever, ægtefælle/samlever og personen selv, børn/svigerbørn, privat købt hjælp, andre, og endelig kan man angive, at ingen står for opgaven, hvilket vil sige, at den ikke bliver udført. Der kan kun angives én hjælpekilde. Variablen angiver udelukkende forekomsten af hjælp – ikke om hyppighed eller omfang af hjælpen fra denne kilde vurderes at være tilstrækkelig.

Tabel 7.1 viser, hvilke hjælpeklender der især står for forskellige hverdagsopgaver blandt svækkede ældre. Der ses et tydeligt mønster, hvor opgaver relateret til personlig pleje som bad (84 procent) og påklædning (87 procent) primært varetages af den ældre selv, mens kun én ud af 10 får hjælp fra hjemmehjælpen til at komme i bad (10 procent). Der er større variation i, hvem der står for de praktiske opgaver i hjemmet. Lettere rengøring klarer knap halvdelen (49 procent) selv, mens 11 procent får hjælp fra ægtefælle, 12 procent klarer det i fællesskab med ægtefælle, ni procent får hjemmehjælp, og otte procent har privat købt hjælp.

Tungere rengøring skiller sig ud ved at være den opgave, hvor flest får hjælp af hjemmeplejen (23 procent) eller privat købt hjælp (13 procent). Dette afspejler formentlig opgavens fysisk krævende karakter. For indkøb ses en større involvering af børn/svigerbørn (13 procent) sammenlignet med andre opgaver, ligesom det er den opgave, hvor flest får hjælp fra "andre", f.eks. naboer og venner (syv procent).

Samlet set viser tabellen, at mange svækkede ældre selv står for en stor del af opgaverne, mens der særligt til de mere fysisk krævende opgaver som tungere rengøring oftere modtages hjælp – enten fra det offentlige, private eller uformelle netværk. Det er også værd at bemærke, at der for alle opgaver er en lille gruppe (mellem en og fire procent), som angiver, at ingen står for opgaven, hvilket indikerer et udækket behov.

Tabel 7.1 Primær hjælpekilde til forskellige hverdagsopgaver blandt svækkede ældre (vægtede %). N = 4.091

	Personen selv	Ægtefælle/samlever	Både ægtefælle/samlever og personen selv	Børn/svigerbørn	Hjemme-hjælp	Privat købt hjælp	Andre	Ingen
Lettere rengøring	48,85	11,41	11,95	3,92	9,07	8,39	2,30	4,12
Tungere rengøring	31,20	12,02	10,68	4,54	23,32	12,69	3,03	2,52
Tøjvask	61,22	16,55	7,31	4,59	4,87	1,99	2,02	1,44
Indkøb	48,24	11,45	14,03	12,88	1,15	3,86	7,03	1,36
Madlavning	61,26	14,25	10,51	2,23	3,40	3,73	3,24	1,38
Bad	83,90	1,61	2,31	0,35	9,85	0,21	0,98	0,79
Tøj og sko	87,30	2,00	2,93	0,24	5,30	0,07	0,65	1,52

Note: Spørgsmålet lød: "Hvem står fortrinsvist for følgende opgave i hjemmet?"

Boks 7.1 illustrerer, med anvendelse af kvalitative data, hvorledes kombinationer af hjælpekilder kan se ud:

Boks 7.1 Annas fortælling

Anna er 86 år og dårligt gående. I dagligdagen kommer hun rundt ved hjælp af sin rollator, mens længere ture uden for hjemmet kræver brug af en elektrisk kørestol. Hun er enke og bor alene i en ældrebolig i en af landets mindre kommuner.

Anna har ingen børn og fortæller, at hun ingen familie har tilbage. Til gengæld har hun et stort socialt netværk, hun kan trække på. De kigger hyppigt forbi. Anna er også aktiv som frivillig på det lokale plejehjem.

Anna modtager dagligt hjælp fra den kommunale hjemmepleje til at tage støttestrømper på om morgenen og af igen om aftenen. Oftest er det den samme medarbejder, som kommer og hjælper hende. Derudover afhenter hjemmeplejen hendes affald tre gange om ugen. Hver tredje uge modtager hun rengøring fra et fast team, som er et tiltag, kommunen har oprettet for at sikre, at det så vidt muligt er de samme personer, der kommer i de ældres hjem. Hos Anna står teamet for opgaver som støvsugning, gulvvask og rengøring af badeværelset.

Ud over den kommunale hjemmehjælp gør Anna ca. hver tredje måned brug af et privat rengøringsfirma, der kommer og foretager en hovedrengøring i hendes hjem. Anna fortæller: "Hver tredje måned får det lige en god omgang." Denne ekstra hjælp er altså med til at supplere den kommunale hjemmehjælp og giver Anna mulighed for at få udført opgaver i hjemmet, der kræver mere tid og grundighed end det, kommunens faste rengøringssteam kan tilbyde.

7.3 Kombinationer af hjælp

Som opfølgning på tabellen ser vi på, hvilke kombinationer af hjælp svækkede ældre har til rådighed til de syv opgaver. Vi opgør resultaterne for henholdsvis ældre med én funktionsnedsættelse og ældre med to eller flere funktionsnedsættelser.

Der findes teoretisk set mange mulige kombinationer af hjælp, men vi angiver kun de hyppigst forekommende; vi vil f.eks. ikke vise kombinationen af "venner/bekendte" og "privat købt hjælp", da næsten ingen svækkede ældre kombinerer disse hjælpekilder. Analysen foretages også for at se, hvor mange svækkede ældre der ikke modtager nogen form for hjælp, selvom de har angivet at have behov for hjælp i hverdagen (denne gruppe af svækkede ældre undersøges nærmere i kapitel 9).

Tabel 7.2 viser, måske lidt overraskende, at den hyppigst forekommende hjælpekilde faktisk ikke er en kombination af hjælpekilder, men udelukkende at modtage hjælp fra ægtefælle eller samlever. Blandt ældre med én funktionsnedsættelse angiver ca. 26 procent, at de udelukkende modtager hjælp fra ægtefælle/samlever, mens det samme gælder for 20 procent af gruppen af svækkede ældre med to eller flere funktionsnedsættelser.

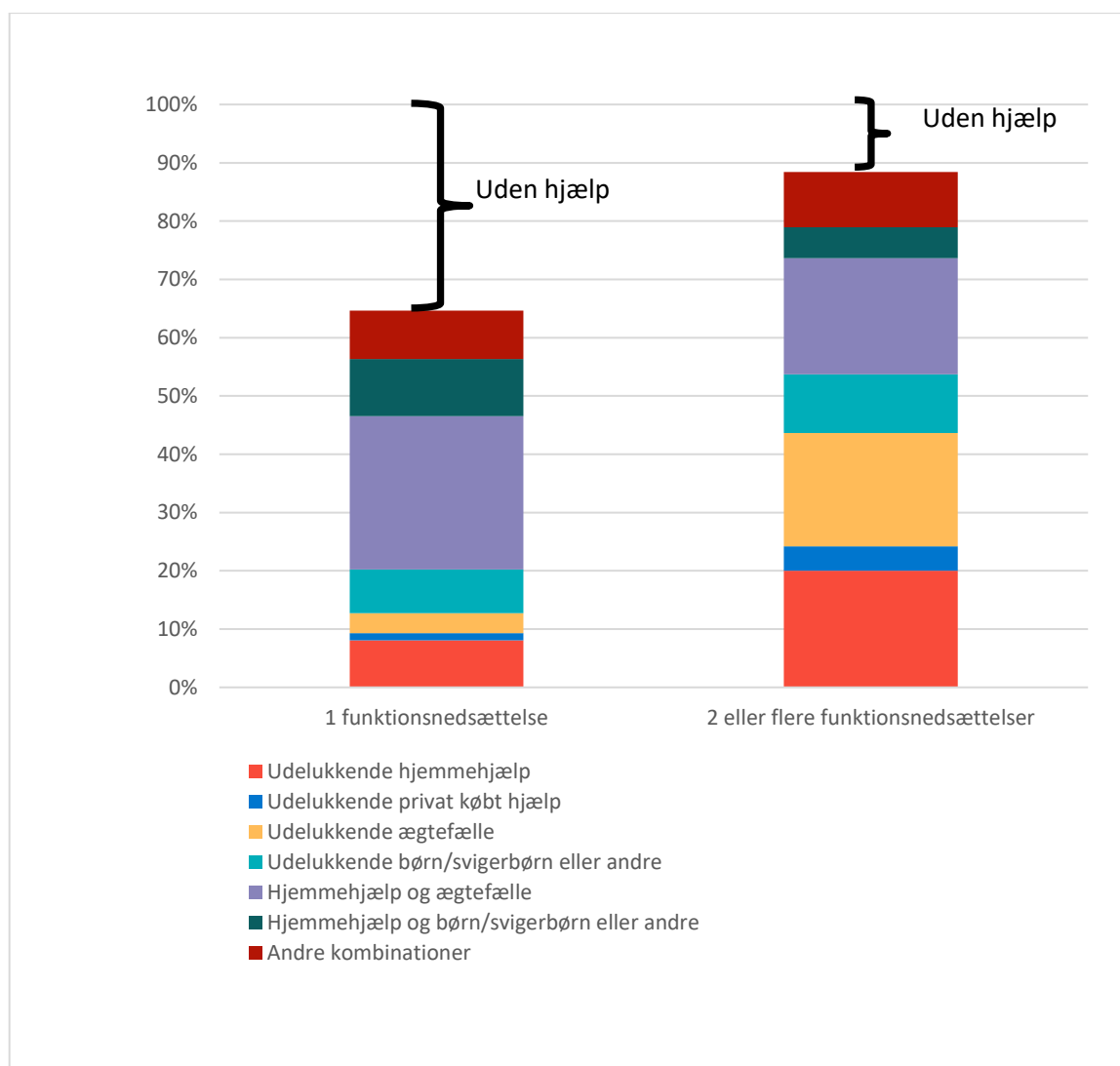
Tilsvarende er andelen af svækkede ældre, der angiver, at de udelukkende modtager hjemmehjælp, overraskende lav. Blandt ældre med én funktionsnedsættelse siger otte procent, at de udelukkende modtager hjemmehjælp, mens det samme gælder for 10 procent af gruppen af ældre med to eller flere funktionsnedsættelser. Når det kommer til privat købt hjælp, er andelen, der anvender denne form for hjælp som eneste hjælpekilde, større blandt ældre med én funktionsnedsættelse (10 procent) end blandt ældre med to eller flere funktionsnedsættelser (fem procent). Den hyppigst forekommende kombination af hjælpekilder er hjælp fra familie og andre kombineret med hjemmehjælp. 19 procent af gruppen med to eller flere funktionsnedsættelser kombinerer hjemmehjælp med hjælp fra familie og andre.

Tabel 7.2 Andel af svækkede ældre, der modtager specifikke kombinationer af hjælp til de syv opgaver (%). N = 4.091

	1 funktions- nedsættelse	2+ funktions- nedsættelser	Total
Udelukkende hjemmehjælp	8,32	9,51	8,83
Udelukkende privat købt hjælp	9,80	5,31	7,88
Udelukkende ægtefælle	26,29	19,90	23,56
Udelukkende børn/svigerbørn eller andre	7,50	10,06	8,59
Hjemmehjælp og ægtefælle	1,20	4,19	2,48
Hjemmehjælp og børn/svigerbørn eller andre	3,45	19,44	10,29
Andre kombinationer	8,09	20,03	13,19
Uden hjælp	35,35	11,56	25,18
Total	100	100	100

I figur 7.1 har vi illustreret fordelingen af kombinationer af hjælpekilder for henholdsvis ældre med én funktionsnedsættelse og to eller flere funktionsnedsættelser og angiver her også andelen af svækkede ældre, der står uden hjælp. Sidstnævnte undersøges nærmere i kapitel 9.

Figur 7.1 Andel af svækkede ældre, der modtager specifikke kombinationer af hjælp. Særskilt for antal funktionsnedsættelser og med angivelse af andelen, der ikke modtager hjælp fra én eller flere af de givne hjælppekilder



7.4 Illustrationer fra de kvalitative interview: Hvem hjælper i hverdagen?

7.4.1 Afhængig af partner

De kvalitative interview er, som nærmere beskrevet i metodekapitlet, foretaget blandt svækkede ældre, der har angivet at have behov for (mere) hjælp – uanset om den hjælp, de allerede modtager, kommer fra kommunen, familien eller andre hjælppekilder. De udgør derfor en undergruppe af de svækkede ældre, der har deltaget i spørgeskemaundersøgelsen. Ikke desto mindre giver deres oplevelser et dybere indblik i de problematikker, som afhængigheden af forskellige hjælppekilder kan bevirke.

Blandt informanterne i interviewene er der en tydelig tendens til afhængighed af partneren i hverdagen. Hjælpen dækker en bred vifte af opgaver, hvor især hjælp til madlavning, rengøring og indkøb og i nogle tilfælde personlig pleje går igen. For mange ældre er hjælpen fra partneren en nødvendighed for fortsat at bo i eget hjem. Som Jørgen siger: "Hvis ikke jeg havde Dorte

[ægtefællen] ... så sad jeg på plejehjem." Dette illustreres også i samtalen med Ole, der siger: "Jeg er vel rimelig selvhjulpen. Ja, altså, så længe vi er to, kan man sige," og bakkes op af sin ægtefælle: "Du var ikke selvhjulpen, hvis du var alene."

En gennemgående observation fra vores læsning af de transskriberede interview er, at rollefordelingen i parforholdet ofte ændrer sig, når den ene part bliver svækket. Partneren skal stå for langt flere opgaver end før, heriblandt opgaver, som de ikke tidligere har varetaget, f.eks. madlavning. Aage fortæller: "Jamen, det har jeg jo måttet overtage, selvom jeg aldrig har prøvet det før." Den svækkede ældre skal tilsvarende tilpasse sig en ny og mindre aktiv rolle og acceptere, at de ikke længere kan bidrage på samme måde. Som Villy, der tidligere bidrog på lige fod med sin ægtefælle: "Altså, inden jeg blev ramt af alle de ulykker her ... så gjorde jeg rent. Jeg lavede mad, jeg passede have, og jeg vaskede bil."

Balancen mellem at være omsorgsperson og ægtefælle kan være udfordrende. Villy italesætter betydningen af, at hans ægtefælle nu også er hans gennemgående omsorgsgiver: "Det er jo dejligt, at [man] har en ægtefælle til at hjælpe sig, men det går jo også ud over det at være kone, der er en professionel hjælper." Der er sket en forskydning i deres forhold, som har udviklet sig fra en romantisk til en mere plejebaseret relation med et andet afhængighedsforhold. I Villy og Toves tilfælde er hendes omfattende involvering i hans pleje også en bekymring for Villy, da han oplever, at hun ikke har tid til at varetage sine egne behov, og at det tærer på hendes helbred.

Ofte har partneren selv helbredsproblemer. I nogle tilfælde bliver en ligeledes svækket ægtefælle opfordret til at tage over, selv når lægen har anbefalet, at man modtager hjælp til opgaven. Poul fortæller, hvordan hans kone, Else, der får blodfortyndende medicin, i en revisitation blev anbefalet at støvsuge lidt hver dag, selvom selv en let berøring med slangen eller lignende kan forårsage kraftige blødninger hos hende. Visitators vurdering resulterede i, at deres rengøring blev beskåret fra 45 til 15 minutter: "Hun var dygtigere end lægerne, hende, de havde sendt op, og hun ville overhovedet ikke tro det, vi sagde, så vi skulle ned på et kvarter."

7.4.2 Supplerende hjælp fra familien

For de informanter, der bor alene, kan det være vanskeligt at få gjort noget ved især større, men også mindre ting i hjemmet. De voksne børn er måske ikke lige til rådighed eller bor for langt væk, og som Hans, der er enlig, siger: "Jeg vil jo så gerne, og det bærer mit hjem også præg af, at jeg vil have ordentlige ting. Men jeg magter det ikke selv ... Min søn har også tilbudt at komme og hjælpe, men det bliver ikke til noget." Andre ældre i undersøgelsen har børn, men ser dem af forskellige årsager ikke længere.

Flere af de svækkede ældre i undersøgelsen modtager dog hjælp fra deres børn, svigerbørn eller børnebørn i forskelligt omfang og på forskellig vis. Hjælpen dækker primært praktiske opgaver såsom tungere rengøring, indkøb, havearbejde og hjælp med tekniske problemer, men kan også udgøre støtte ved lægebesøg og kommunikation med sundhedsvæsenet og andre offentlige myndigheder. Det er opgaver, der kan løses i weekenden eller nogle gange over telefonen eller e-mail.

En væsentlig tendens er, at børn og svigerbørn sjældent yder daglig hjælp, som kræver fysisk tilstedeværelse, men i stedet træder til ved akutte behov eller større opgaver. Eksempelvis beskriver Ole, hvordan hans sønner kun hjælper, når det er nødvendigt: "Det er kun, hvis, undskyld udtrykket, lokummet brænder." Det skal passes ind i børnenes kalender, og opgaverne samles sammen, siger Kirsten, der nævner, at hendes børn kommer på besøg og hjælper, når hun har en længere liste: "Så de kommer ikke lige. Men når de kommer, så laver jeg altid en to-do-liste."

Flere informanter fremhæver desuden, at børnebørn også bidrager, særligt med praktiske opgaver som rengøring og havearbejde. Poul beskriver, hvordan børnebørnene, ud over at fræse haven, også hjælper med at gøre rent, da den kommunale hjemmehjælp er blevet beskåret: "Vi får kun ét kvarter hver 14. dag. Så der er ikke gjort rent. Det er også vores børnebørn, der kommer og tager en tur."

7.4.3 Hvem har ansvaret?

At familien bidrager, men ikke har større ansvar for hverdagsopgaverne, stemmer overens med de ældres holdninger til, hvem der bør have ansvar for hjælpen til svækkede ældre. De kvalitative interview afspejler generelt resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen, idet informanterne giver udtryk for, at det som udgangspunkt er kommunens opgave. Ole er f.eks. helt klar i mælet:

Altså, som udgangspunkt er det jo kommunen. Altså, vi er jo en generation, der har fyldt statskassen op med løfter om, at så var der en folkepension, og vi kunne trygt se frem til vores alderdom. Og det, vi kan konstatere i dag, det er, at hvis vi skal have lavet noget, så må vi enten ud og købe det, eller også må vi bede familien om at gøre det. Det er ikke fair. For at bruge et moderne udtryk, det er jo løftebrud. (Ole, 83 år)

Der er dog, som i de kvantitative resultater, blandede holdninger til, om man kan bede børn eller andre familiemedlemmer om hjælp. Det gælder både den mere generelle holdning til, om det er sådan, samfundet bør være indrettet, men også relateret til de ældres egen situation. Mange er forbeholdne over for at belaste familien med daglige eller hyppige opgaver. Det gælder både opgaver som den personlige og dermed mere intime pleje, men også mere praktiske opgaver som rengøring eller indkøb. Holdningen hos mange informanter er, at det ikke bør være de voksne børn, der træder til, da de har rigeligt at se til med deres egne familier og arbejde, men det handler også om, at vi lever i en mere individualiseret tid. Som Bent siger: "De tider er jo ovre. I dag er familiesammenholdet ikke, som det var på mine forældres tid. Folk er jo meget mere selvstændige i dag. De nære familierelationer, de er vel heller ikke på samme måde mere. Alle har jo så travlt med deres eget."

7.4.4 Hjælp fra netværket giver tryghed

Interviewmaterialet viser, at flere af informanterne modtager hjælp fra personer uden for den nærmeste familie og den kommunale hjemmehjælp. Hjælpen kommer ofte fra naboer, venner eller tidligere partnere og dækker over en bred vifte af opgaver – fra daglige gøremål som indkøb og rengøring til mere omfattende og tidskrævende opgaver såsom hjælp til at klippe hækken. Dette hjælpemønster ses især hos de borgere, der bor i hus, og hvor kontakten til naboerne ofte er mere veletableret. Som Grethe fortæller: "Og en kvinde, der bor skråt over for mig, hun tager mig med på indkøb, fordi hun bor alene og har bil, og det er jo skønt." Her hjælper man tit hinanden i hverdagen og på den måde, man nu kan.

Der er mange eksempler på, at venner og tidligere partnere træder til, særligt i forbindelse med opgaver, der kræver fysiske kræfter, f.eks. havearbejde og mindre håndværksmæssige opgaver i hjemmet. Marie fortæller, hvordan hendes tidligere mand stadig hjælper med haven, mens Kirsten får hjælp af sin bror til tunge opgaver: "Så han kommer og skruer møbler sammen og sådan noget."

Mange ældre oplever endvidere, at deres naboer er en væsentlig kilde til støtte i hverdagen i forhold til at føle sig tryk. Dette ses bl.a. i Annas fortælling om hendes nabo, der dagligt tjekker ind og sikrer, at der ikke mangler noget: "Og Hanne kommer faktisk flere gange om dagen. Hun er herhenne om morgenen lige for at spørge, om der er noget." Eller hos Erik, der har en aftale med

nabokonen: "Vi har sådan en aftale med, at vi holder øje med hinanden ... Vi har sådan et tegn med mit køkkengardin," som han åbner for at vise, at alt er godt hos ham.

Der er imidlertid ikke noget egentligt mønster i, hvordan naboskabet fungerer, eller i hvor høj grad informanterne kan regne med hjælp og støtte. En del af de ældre er flyttet inden for de senere år og har skullet genetablere sig, og især i udkantskommunerne kan det være svært at etablere kontakt til naboerne. Dertil kommer, at de ældres netværk i lokalområdet – ligesom de selv – bliver ældre, og at det kan være vanskeligt at skabe nye relationer, som Knud fortæller: "De er gået bort, mange af dem, man begik sig med. Så er der kommet nogle nye til, og dem kender man jo ikke rigtigt." Ole, der bor i en landkommune, illustrerer problematikken i forhold til snerydning, som det tidligere var en lokal landmand, der stod for: "Men problemet er, at han er død nu. Og den anden, jeg ved ikke, hvor længe han kan blive ved med at køre traktor, for han er også ved at være derhenne."

Der er ofte en balance i, hvor meget netværket kan overskue, og det kan være svært for alle parter, når balancen skrider. Det ser vi i Birthes tilfælde. Birthe, der bor i et udkantsområde, har en fast vennekreds, hvor alle er over 80 år. Vennerne har indtil nu skiftedes til at hjælpe hende på daglig basis med bl.a. indkøb og madlavning, da hun har problemer med at løfte og bære selv mindre ting. Da Birthe bliver interviewet, står hun i en akut krisesituation, for hendes nærmeste venner har måttet kaste håndklædet i ringen. Da det gik op for Birthe, at hun nu stod uden hjælp, fik hun et ildebefindende i sit hjem og faldt om. Hun fortæller om én af vennerne:

Han har sagt, at nu magter han mig ikke mere. Når jeg siger magter ikke mere, så er det alle de ting, der skal gøres for at hjælpe mig ... Det havde han sagt flere omgange, men nu sagde han altså: "Jeg har ikke overskud til det, beklager." Så det er jo selvfølgelig et chok, ikke? ... Fordi han er gået sin vej. Og han bliver ked af det, fordi han ikke rigtigt kan hjælpe mig. Og frustreret, fordi han gerne vil, men ikke kan. (Birthe, 73 år)

Andre kan se idéen i, at et lokalt netværk af ældre organiserer hjælpen til hinanden. For Marie kunne det være som alternativ til den kommunale hjælp, som hun ikke mener, formår at levere personcentrerede løsninger: "Altså kommunen, den gider jeg ikke rigtigt. Fordi jeg ved ikke hvorfor, dér er man bare blevet et nummer derinde nu. Og det gider jeg ikke være ... man skulle finde sammen i grupper af ældre, som kunne hjælpe hinanden." Der er dog generelt i interviewene ikke opbakning til at få frivillige til at levere omsorg til svækkede ældre.

7.4.5 Privat købt hjælp

Nogle gange honoreres hjælpen fra netværket med betaling, især hvis der foreligger en aftale om regelmæssig hjælp. Det fortæller Else-Marie, der får hjælp til tungere rengøring: "Det betaler jeg selv for, ja ... Det er en god bekendt. Hver tredje måned så får det lige en god omgang." Else-Marie har en god økonomi efter et hussalg og med pensionen fra sin afdøde mand, og hun er én af de informanter, der giver udtryk for, at man skal bruge af sin opsparing: "Hvis man selv kan betale, det kan jo altså ikke være meningen, at der skal være en masse penge til arvingerne. Vi har jo godt af at bruge vores penge. Hvad skal de stues sammen for?"

Privat købt hjælp anvendes oftest til regelmæssig rengøring, men kan også omfatte havearbejde samt køb af hjælpemidler, der ellers kunne være søgt gennem det offentlige. Eksempelvis beskriver Jette, at hun og hendes ægtefælle har valgt privat rengøringshjælp: "Det har vi købt os til, så vi får gjort rent hver 14. dag af en privat dame ... Kommunen har vi opgivet."

Andre begrundet valget af privat købt hjælp med, at man ikke ønsker at vente på kommunale afgørelser. Det gælder også hjælpemidler. Anna beskriver, hvordan hun selv finansierede en kørestol, da sagsbehandlingen ville tage for lang tid: "Så kan [der] risikere at gå otte måneder, og det er sgu nu, jeg gerne vil have den."

Ud over ventetider kan den private løsning bero på et ønske om ikke at belaste systemet og udvise solidaritet med borgere med større behov. Hertil fortæller Anna: "Jeg kan ikke se, hvorfor jeg ikke skulle bruge mine egne penge. Hvorfor skal man ligge det offentlige til last? Så kan de bruge dem på nogle, der trænger mere."

En anden væsentlig årsag til at købe privat hjælp er ønsket om at opretholde en vis livskvalitet. Grethe, der har privat rengøringshjælp, forklarer, at et rent hjem er afgørende for hendes trivsel: "Ellers så er der snavset, og så føler jeg mig heller ikke tilpas."

For nogle er privat købt hjælp en strategi til at sikre værdighed, fleksibilitet og uafhængighed. Margrethe nævner, at hun ikke vil "tigge kommunen" om hjælp, og hos flere af de ældre i interviewene går behovet for fortsat at kunne bestemme i eget hus igen som et motiv for ikke at ansøge om hjemmehjælp gennem kommunen. Kirsten udtaler: "Jeg vil gerne bestemme, hvordan man gør rent [griner]." Interviewer: "Du har din måde, du gerne vil have tingene gjort på?" Kirsten: "Ja, og det tror jeg bedre, at jeg kan med privat firma, sige: 'Sådan og sådan vil jeg gerne have det.'"

Hos mange ældre i undersøgelsen er det dog ikke en farbar vej at skulle købe sig til hjælp i stedet for at få hjælp gennem kommunen. Flere sidder i en trængt økonomisk situation uden de store pensionsudbetalinger og er afhængige af ældrecheck. Som Niels, der på spørgsmålet om, hvorvidt han overvejer at tilkøbe sig hjælp, siger: "Det har jeg ikke råd til. Folkepensionister har ikke andet." Interviewene afspejler således resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen, idet der er delte meninger om, hvorvidt man som ældre selv bør spare op og betale for . rengøring. Dog er der bred enighed i interviewene om, at den personlige pleje fortsat bør være kommunens ansvar.

7.5 Opsamling

Samlet set har de kvantitative og kvalitative data vist, at de ældre i undersøgelsen ofte er selvhjulpne i opgaver relateret til personlig pleje, f.eks. at komme i bad eller få tøj på. Partneren er generelt en vigtig hjælpekilde til hverdagsopgaver. Nogle gange supplerer partnerens hjælp den hjælp, man får fra det offentlige. De kvantitative data viser dog, at hele én ud af fire svækkede ældre udelukkende får hjælp af deres partner. Dette understøtter tidligere undersøgelser, der har påvist, at ældre med sociale ressourcer, f.eks. at have en partner, har mindre sandsynlighed for at modtage hjemmehjælp (Amilon m.fl., 2024). Det kvalitative materiale viser samstemmende, at hverdagen for svækkede ældre med udækkede behov ofte er præget af et afhængighedsforhold til en partner, hvilket kan medføre både praktiske og følelsesmæssige udfordringer. Nye roller skal indtages, og ofte påtager partneren sig en omfattende omsorgsrolle, der kan påvirke egen livskvalitet og helbred.

I næste kapitel ser vi nærmere på omfang og indhold af hjemmehjælpen, men gennemgangen af hjælpekilder i dette kapitel tydeliggør, at hjemmehjælpen især består med tungere rengøring og dernæst med bad og lettere rengøring. Mindre end én ud af 10 svækkede ældre får kun hjælp gennem hjemmeplejen og ikke i kombination med andre hjælpekilder.

Datamaterialet viser, at privat købt hjælp især anvendes til tungere og dernæst lettere rengøring og udgør den eneste hjælpekilde blandt otte procent af svækkede ældre. Interviewene viste, at de svækkede ældre, der har råd til at købe sig til hjælp, ser det som et alternativ til den kommunale hjemmehjælp. Der er imidlertid flere ældre, der giver udtryk for, at de ikke har råd til at købe ekstra hjælp i en stram økonomisk hverdag.

Foruden partneren hjælper børn (og børnebørn) især med indkøb samt med større og mindre praktiske opgaver i hjemmet, men som de kvalitative interview illustrerer, yder de sjældent daglig støtte. Deres hjælp er ofte organiseret gennem planlagte besøg, arbejdsweekender eller "nødsituationer". Støtten fra det øvrige netværk af venner, naboer og tidligere partnere spænder fra daglig kontakt og hjælp til hverdagsopgaver som indkøb og i nogle tilfælde madlavning til hjælp med mere fysisk krævende opgaver. Flere beskriver, hvordan denne hjælp bidrager positivt til deres livskvalitet, men samtidig afhænger af personlige relationer og deres kapacitet, samt at den kan være skrøbelig og uforudsigelig.

Endelig er det værd at bemærke, at data fra spørgeskemaundersøgelsen viser, at der for alle opgaver er en relativt stor gruppe af svækkede ældre, hvor ingen står for den angivne opgave. Det gælder for 35 procent af svækkede ældre med én funktionsnedsættelse og for 12 procent af svækkede ældre med to eller flere funktionsnedsættelser. Dette indikerer et udækket behov og er noget, vi følger op på i kapitel 9 og 10, hvor vi ser nærmere på henholdsvis svækkede ældre uden hjælp og svækkede ældre uden tilstrækkelig hjælp.

8 Svækkede ældre og hjemmehjælp

8.1 Indledning

Som vi kunne se i det foregående kapitel, er hjemmeplejen for mange ældre den primære hjælpekilde til nogle hverdagsopgaver. I dette kapitel fokuserer vi på hjælpen fra hjemmeplejen¹ og ser bl.a. nærmere på visitationsprocesser, omfang og tilfredshed med hjemmehjælpen. Vi anvender indledende data fra spørgeskemaundersøgelsen og kvalitative caseillustrationer, inden vi afsluttende benytter interviewene til at analysere betydningen af hjemmeplejen for de ældres hverdagsoplevelser og -strategier. Tabellerne viser deskriptivt, hvordan spørgeskemabesvarelsene fordeler sig.

8.2 Svækkede ældre og deres brug af hjemmehjælp

Tabel 8.1 viser, at 34 procent af svækkede ældre i de 25 kommuner i undersøgelsen modtager hjemmehjælp. Ikke overraskende gives hjemmehjælpen især til personer med to eller flere funktionsnedsættelser (52 procent) og i mindre grad til personer med én funktionsnedsættelse (20 procent). Ser vi på typen af hjælp, modtager størstedelen (57 procent) udelukkende praktisk hjælp såsom hjælp til rengøring og indkøb. En mindre andel (11 procent) får udelukkende hjælp til personlig pleje, mens 30 procent modtager både praktisk hjælp og hjælp til personlig pleje. Der er betydelige forskelle mellem grupperne: Blandt personer med én funktionsnedsættelse får 80 procent kun praktisk hjælp, mens dette tal er 45 procent for personer med flere funktionsnedsættelser. Dette afspejler det øgede behov for hjælp til personlig pleje blandt personer med flere funktionsnedsættelser.

Hyppigheden af besøgene afspejler sandsynligvis, om der er behov for daglig hjælp til personlig pleje eller mindre hyppig hjælp til rengøring. Hos næsten halvdelen af de svækkede ældre (44 procent) kommer hjemmeplejen enten flere gange dagligt (24 procent) eller dagligt (17 procent). Hos én ud af fire (24 procent) er det hver anden uge. Hjemmeplejen kommer oftere hos svækkede ældre med to eller flere funktionsnedsættelser grundet det større behov for hjælp.

Af dem, der ikke modtager hjemmehjælp, har 12 procent tidligere søgt om hjemmehjælp, hvoraf størstedelen (76 procent) dengang fik det bevilliget. Det viser, at tilbuddet om hjemmehjælp ofte gives som en midlertidig ydelse. Når det kommer til afslag på hjemmehjælp, angiver de ældre som den primære årsag (53 procent), at kommunen ikke fandt, at deres behov var tilstrækkeligt til at udløse hjælp. Omkring 10 procent angiver, at de fik afslag, fordi deres partner kunne hjælpe, mens syv procent oplyser, at de fik tilbudt rehabilitering i stedet for hjemmehjælp. Kun én ud af fire kan erindre at have modtaget en skriftlig visitationsafgørelse, og det gælder for begge funktionsgrupper.

Hverdagsrehabilitering spiller en markant rolle i hjemmeplejen: 17 procent af modtagerne får rehabilitering som en del af deres ydelse, og her ses en markant højere andel (22 procent) blandt personer med to eller flere funktionsnedsættelser sammenlignet med personer med én funktionsnedsættelse (otte procent). Denne ydelse har fokus på at hjælpe de ældre til at genvinde selvhjulpenshed i deres hverdagsopgaver og udføres ofte som et målorienteret fagligt samarbejde mellem SOSU-medarbejdere og terapeuter (Rostgaard og Graff., 2023).

¹ Til forskel fra forrige kapitel afrapporteres i dette kapitel ikke, hvem der er den primære hjælpekilde til bestemte opgaver, men hvor mange der benytter en given hjælpekilde. Tallene kan derfor ikke direkte sammenlignes, men supplerer hinanden.

Tabel 8.2 giver indblik i leverandørvalg og køb af supplerende hjælp. Størstedelen (76 procent) benytter en kommunal leverandør, men dette valg varierer mellem grupperne: 27 procent af ældre med én funktionsnedsættelse vælger en privat leverandør mod 20 procent blandt ældre med to eller flere funktionsnedsættelser.

Tabellen viser også, hvor mange der køber supplerende hjælp. Det kan være i form af tilkøb af ekstra ydelser hos en privat leverandør eller privat købt hjælp fra netværket eller andre. Det fremgår af tallene, at 28 procent køber ekstra hjælp med en lille variation mellem funktionsgrupperne (27 versus 29 procent). En lige stor andel køber hjælp henholdsvis under to timer om måneden (40 procent) og to-fem timer om måneden (40 procent), mens én ud af 10 køber hjælp 6-10 timer om måneden. Der købes med andre ord en hel del privat hjælp på månedsbasis. Der er dog forskel på omfanget: Blandt dem med én funktionsnedsættelse køber 50 procent under to timers hjælp månedligt, mens dette kun gælder 35 procent af dem med to eller flere funktionsnedsættelser. Ser vi på, hvilke opgaver den tilkøbte hjælp anvendes til, afspejler tallene, ligesom forrige kapitel, at især tungere rengøring (72 procent) og lettere rengøring (31 procent) er populære supplerende købte ydelser. Transport og indkøbshjælp tilkøbes i højere grad af personer med to eller flere funktionsnedsættelser (30 og 28 procent) end af personer med én funktionsnedsættelse (16 og 19 procent). Bemærkelsesværdigt er også, at fem procent anvender den købte hjælp til socialt samvær, hvilket især ses blandt ældre med to eller flere funktionsnedsættelser.

Endelig viser tabel 8.3, at 66 procent er helt eller delvist enige i, at hjemmeplejen dækker deres behov. 85 procent er helt eller delvist enige (65 procent er helt enige, og 19 procent delvist enige) i, at medarbejderne behandler de ældre respektfuldt. Her ses kun mindre forskelle mellem grupperne med forskellige grader af funktionsnedsættelse. Hvad angår hjemmehjælpernes faglighed, viser tabel 8.3 generelt positive vurderinger: 70 procent af de svækkede ældre er helt eller delvist enige i, at medarbejderne er fagligt dygtige (40 procent er helt enige, og 31 procent delvist enige). Der er dog en mindre gruppe på 13 procent, som er helt eller delvist uenig i dette. Personer med to eller flere funktionsnedsættelser vurderer generelt medarbejdernes faglighed lidt højere (42 procent er helt enige) end personer med én funktionsnedsættelse (36 procent er helt enige).

Der er mere utilfredshed med kontinuiteten i plejen: 39 procent er helt eller delvist uenige i, at det er de samme medarbejdere, der kommer i hjemmet. Dette kan være særligt problematisk for personer med større plejeb behov, da manglende kontinuitet bevirker, at medarbejderen får mindre indsigt i den ældres behov, hvilket kan påvirke kvaliteten af plejen.

Processen med at søge og få bevilliget hjemmehjælp opleves som relativt nem af størstedelen, hvor henholdsvis 66 og 69 procent er helt eller delvist enige i dette. Samlet set udtrykker 72 procent af modtagerne, at de er helt eller delvist tilfredse med den hjemmehjælp, de får.

Tabel 8.1 Modtagelse af og tidligere ansøgning om hjemmehjælp blandt svækkede ældre, særskilt for grad af funktionsnedsættelse (vægtede %). N = 90-4.280

		1	2+	Total
		funktions-	funktions-	
		nedsættelse	nedsættelser	
Svarkategorier				
Modtager du hjemmehjælp? (N = 4.280)	Ja	20,41	51,52	33,71
	Nej	79,55	48,48	66,27
Blandt gruppen, som ikke modtager hjemmehjælp:				
Har du tidligere søgt om hjemmehjælp? (N = 2.988)	Ja	9,80	16,83	12,00
	Nej	90,13	82,95	87,89

		1 funktions- nedsættelse	2+ funktions- nedsættelser	Total
Fik du bevilliget hjemmehjælp dengang? (N = 339)	Ja	77,62	72,92	75,56
	Nej	22,38	26,69	24,27
Fik du en skriftlig afgørelse? (N = 90)	Ja	26,32	26,13	26,23
	Nej	73,68	72,68	73,20
Hvis ansøgningen blev afvist, hvad var årsagen? (N = 90)	Behov vurderet til ikke at udløse hjælp	59,15	47,25	53,41
	Min samboende partner/ægtefælle vurderedes til at kunne hjælpe mig	2,93	17,90	10,15
	Jeg fik tilbudt rehabilitering i stedet for hjemmehjælp*	8,75	6,09	7,47
	Andet	29,17	27,08	28,17
Blandt gruppen, som modtager hjemmehjælp:				
Hvad modtager du hjemmehjælp til? (N = 1.288)	Udelukkende praktisk hjælp, f.eks. rengøring, indkøb, tøjvask, tilberedning af mad, ledsagelse uden for hjem mv.	80,07	45,15	57,26
	Udelukkende personlig pleje, f.eks. personlig hygiejne, påklædning, sengelægning mv.	6,83	13,42	11,14
	Begge dele	10,63	40,81	30,34
Hvor ofte kommer hjemmehjælpen hos dig? (N = 1.285)	Flere gange dagligt	5,88	33,35	23,82
	Dagligt	12,02	19,06	16,62
	Flere gange om ugen	4,37	6,56	5,80
	En gang ugentligt	4,28	5,18	4,86
	Hver anden uge	66,84	31,63	43,84
	Hver tredje uge	5,41	2,82	3,72
	En gang om måneden	0,72	0,73	0,73
	Sjældnere	0,27	0,67	0,53
Får du rehabilitering som en del af den ydelse, du modtager fra hjemmehjælpen? (N = 1.263)	Ja	7,95	22,21	17,26
	Nej	90,63	75,00	80,42

*Spørgeskemaet indeholder også spørgsmålet: "Tog du imod, eller afslog du tilbuddet om rehabilitering?", men kun fem respondenter svarede.

Tabel 8.2 Leverandører af hjemmehjælp og køb af supplerende hjælp blandt svækkede ældre, der anvender hjemmehjælp, særskilt for grad af funktionsnedsættelse (vægtede %). N = 1.262-1.263

		1 funktions- nedsættelse	2+ funktions- nedsættelser	Total
Svarkategorier				
Modtager du hjemmehjælpen fra en kommunal eller privat leverandør? (N = 1.263)	Kommunal leverandør	70,83	79,43	76,45
	Privat leverandør	27,37	20,39	22,81
Køber du supplerende hjælp? (N = 1.262)	Ja	26,90	28,69	28,07
	Nej	72,89	71,31	71,85
Hvor mange timers hjælp tilkøber du typisk per måned? (N = 364)	Under 2 timer	49,71	35,44	40,18
	2-5 timer	39,45	40,88	40,41
	6-10 timer	8,70	12,44	11,20
	10+ timer	0,36	9,21	6,27
Til hvilke formål køber du supplerende hjælp? (N = 364)	Tungere rengøring; med tungere rengøring menes f.eks. støvsugning og gulvvask, rengøre badeværelse etc.	69,16	73,29	71,92
	Lettere rengøring; med lettere rengøring menes f.eks. at tørre	29,98	30,93	30,62

		1	2+	Total
		funktions- nedsættelse	funktions- nedsættelser	
	støv og flader af, pudse spejle etc.			
	Personlig pleje	3,27	8,24	6,59
	Indkøb	19,47	28,36	25,41
	Tøjvask og evt. at hænge det våde tøj op	17,92	21,55	20,35
	Transport	16,29	29,56	25,15
	Socialt samvær	2,90	6,18	5,09
	Andet	24,86	16,86	19,52

Tabel 8.3 Tilfredshed med hjemmehjælp blandt svækkede ældre, særskilt for grad af funktionsnedsættelse (vægtede %). N = 1.265-1.267

		1	2+	Total
		funktions- nedsættelse	funktions- nedsættelser	
Svarkategorier				
Den hjemmehjælp, jeg modtager, dækker mine behov. (N = 1.267)	Helt uenig	9,97	9,91	9,93
	Delvist uenig	14,98	13,95	14,31
	Hverken uenig eller enig	9,88	7,62	8,40
	Delvist enig	28,65	30,61	29,93
	Helt enig	34,84	37,13	36,34
Medarbejderne er fagligt dygtige. (N = 1.267)	Helt uenig	4,85	3,37	3,89
	Delvist uenig	7,16	10,18	9,13
	Hverken uenig eller enig	14,09	13,84	13,92
	Delvist enig	33,74	28,83	30,53
	Helt enig	35,56	41,87	39,68
Medarbejderne behandler mig respektfuldt. (N = 1.267)	Helt uenig	2,57	3,07	2,90
	Delvist uenig	2,84	5,17	4,37
	Hverken uenig eller enig	10,17	4,90	6,73
	Delvist enig	17,01	20,50	19,29
	Helt enig	65,21	65,63	65,49
Det er som regel de samme medarbejdere, som kommer i mit hjem. (N = 1.266)	Helt uenig	23,88	21,14	22,09
	Delvist uenig	12,93	18,68	16,68
	Hverken uenig eller enig	6,06	10,02	8,65
	Delvist enig	26,31	26,14	26,20
	Helt enig	28,97	22,45	24,71
Det har været relativt nemt at søge om hjemmehjælp. (N = 1.266)	Helt uenig	5,98	7,34	6,87
	Delvist uenig	7,76	8,52	8,26
	Hverken uenig eller enig	14,67	11,84	12,82
	Delvist enig	27,19	22,67	24,23
	Helt enig	36,48	44,12	41,47
Det har været relativt nemt at få bevilliget hjemmehjælp. (N = 1.265)	Helt uenig	6,20	6,11	6,14
	Delvist uenig	7,85	10,15	9,35
	Hverken uenig eller enig	10,97	10,32	10,55
	Delvist enig	24,23	23,11	23,50
	Helt enig	43,50	47,28	45,97
Jeg er alt i alt tilfreds med den hjemmehjælp, jeg modtager. (N = 1.266)	Helt uenig	6,62	5,63	5,98
	Delvist uenig	11,10	11,67	11,47
	Hverken uenig eller enig	9,73	8,91	9,20
	Delvist enig	26,16	29,61	28,41
	Helt enig	44,61	43,64	43,98

8.3 Illustrationer fra de kvalitative interview: brugen af hjemmehjælp

De kvalitative interview illustrerer, hvordan hjælpen fra hjemmeplejen anvendes. Som beskrevet i kapitel 5 om metode er informanterne udvalgt blandt de ældre, der i spørgeskemaet har angivet at have behov for (mere) hjælp.

8.3.1 Visitationsprocessen

De kvalitative interview giver bl.a. et dybere indblik i visitationsprocessen, som er første skridt mod at få hjemmehjælp. Størstedelen af informanterne angiver i interviewene at have større eller mindre mobilitetsudfordringer, hvorfor nogle bruger rollator, og to anvender kørestol. Langt de fleste har længere sygdomsforløb og en del hospitalsophold bag sig og besøger stadig jævnligt hospitalet. En del har behov for støttestrømper og hjælp til at tage disse på, og størstedelen får medicin i det daglige. Aldringen opleves generelt at føre til øget træthed og for mange også flere smerter. Mange af de ældre har på den baggrund anmodet kommunen om hjælp i det daglige.

De fleste ældre, der deltager i undersøgelsen, har oplevet, at behovsvurderingen er foregået i hjemmet og ikke udelukkende over telefonen. For mange kan det føles som en lettelse at have iværksat processen, efter at behovet for hjælp kan have hobet sig op over tid. For andre er der tale om et akut behov, der nødvendiggør, at man beder kommunen om at hjælpe sig. Der kan derfor være en vis ængstelse i forhold til, om man præsenterer sit behov på den rigtige måde, og om man møder en imødekommende person. Mødet med visitator kan gå godt, og man kan som Ole opleve, at ens behov bliver set og anerkendt, og man får tildelt hjælp derefter: "Jamen, hun var jo sød, hende, der var her. Hun kunne godt se, at det kunne jeg ikke klare. Altså, hun var faktisk rigtig sød. Der var ikke noget der."

8.3.2 Lave forventninger

Forventningen om at få tildelt hjælp, især til rengøring, kan dog hos nogle være begrænset på grund af det kendskab til kvaliteten i ældreplejen, de har fået gennem samtaler med naboer eller gennem medierne. Det kan føles som en succes at blive tildelt hjælp, når man på forhånd antager, at der er begrænsede ressourcer i kommunen. Som Niels – lidt ironiserende – beskriver det: "Jeg har fået tilkendt, og det er jeg meget stolt over, en halv times rengøring hver 14. dag ... Så kan man næsten ikke forlange mere i den her verden [griner] ... Jeg har ikke nogen forventninger til det, fordi jeg ved, hvad det er. Og det er okay." Niels ser også bevillingen om rengøring som en indgang ind i det kommunale hjemmehjælpssystem, der giver ham "en fod indenfor". Det sikrer ligeledes, at han ved, hvem han skal henvende sig til, hvis der opstår yderligere behov, samt at der er nogen, der løbende holder øje med ham. Det gør, at han føler sig mere tryk.

At have lave forventninger kan ligefrem vendes til en positiv oplevelse. Anna blev positivt overrasket, da hun efter et længere forløb med en meget svækket samlever måtte indse, at de ikke længere kunne blive boende i huset, og kommunen med det samme trådte til:

Det er stadigvæk en historie, som jeg er dybt imponeret af, fordi man hører så meget negativt. Jeg ringede til visitator tirsdag og sagde, at vi var nødt til at finde en anden boligløsning, for vi kunne ikke klare det her mere. Hun kom onsdag. Torsdag havde vi fået lejligheden her, og min samlever var kommet på aflastning ... Og det er jeg stadigvæk imponeret af. Det er jeg, fordi jeg synes, vi fik en fantastisk behandling. (Anna, 86 år)

8.3.3 Behovsgrundlaget

Det grundlag, de ældres behov vurderes på, kan variere. I forhold til rengøring er det almindelig standard, at visitationen tager udgangspunkt i, om en partner eller et andet medlem af husstanden kan stå for denne opgave. Når man bor i husstanden, har man altså et (med)ansvar for at holde huset rent og pænt. I samtalen med visitator oplever de ældre også at blive spurgt til muligheden for, at andre familiemedlemmer kan træde til. Det fortæller Aage og Karen. De modtager i dag en times rengøring hver tredje uge, men i samtalen med visitator måtte de redegøre for, om deres søn, der bor ca. 100 km væk, kunne hjælpe dem med denne opgave: "Så sagde vi også: 'Har du selv et barn fra [byen], der vil køre herved og støvsuge for din gamle mor?' Nej, det var dog ikke [tilfældet]. Så fik vi hjælp ... Nej, det hører ingen steder hjemme."

8.3.4 Mundtlig afgørelse

I nogle tilfælde afsluttes visitationen med et skriftligt bevillingsbrev, hvor det f.eks. fremgår, hvor ofte man får hjælp, og hvad hjælpen indeholder. Det er dog langt fra i alle tilfælde, at det sker, og bevillingen bliver dermed en mundtlig aftale. Lis har f.eks. ikke modtaget noget bevillingsbrev. Hun har fået bevilliget støvsugning, som hun bad om, men oplever, at den halve time, som hun blev bevilliget, ikke tager mere end et kvarter. Hun forstår dog godt, at det ikke kan blive til mere, for der er ikke indregnet transporttid, som hun beskriver det:

Jeg kan da godt se, når de skal hen til den næste, og så kommer de her, og så skal de igen til den næste. Så hurtigt det kan blive, inden de skal starte cyklen op til den næste, så er der ikke mere end til det der kvarter. (Lis, 80 år)

8.3.5 Robotstøvsuger

Andre gange kan henvendelsen om rengøring resultere i et tilbud om at benytte en robotstøvsuger i stedet. Der er dog hos mange af de ældre i undersøgelsen en modvilje mod at benytte en sådan. Flere oplever, at robotstøvsugeren ikke gør ordentligt rent, og at de bliver nødt til at ændre på møblementet. Endelig betyder robotten, at de ældre ikke har social kontakt med en hjemmehjælper. Marie fortæller derfor: "Den kommer ikke inden for min dør." Hun har oplevet at have besøg af tre kommunale medarbejdere, der ville vise hende, at maskinen både kunne støvsuge og vaske gulv. "Men de sad her heldigvis, og så satte den sig fast herude hver gang ... Den kunne ikke køre over benene på sofabordet ... Og jeg ville ikke have skiftet sofabord. Nej, jeg ville ikke have en robotstøvsuger inden for min dør. Nej, jeg vil have [den faste hjemmehjælper]."

For nogle kan robotten dog være et nødvendigt onde, idet den kan supplere, hvad der ellers opleves som mangelfuld rengøring foretaget af den kommunalt bevilligede hjemmehjælper. Ole fortæller således, at de har købt en robotstøvsuger, som de dog sætter væk, når hjemmehjælperen kommer for at gøre rent: "[F]ordi hvis de først ser, at den står her, så kan vi jo klare det selv. Og så god er den heller ikke, men altså, den fjerner stykket under sofaerne og under reolerne derovre." De har valgt ikke at have gulvtæpper på gulvene, og robotten fungerer derfor relativt gnidningsløst hos dem.

8.3.6 Kontinuitet og valg af leverandør

Informanterne giver generelt udtryk for, at det er mange – og for mange – forskellige medarbejdere, der kommer i deres hjem, og det gælder, uanset om det er personlig pleje eller rengøring, man får hjælp til. De ældre giver dog udtryk for, at de forstår, at det er en grundlæggende betingelse, når man er afhængig af hjælp, og når kommunerne har svært ved at finde medarbejdere. Som Niels

formulerer det på spørgsmålet om kontinuiteten i medarbejdere, skal man værdsætte, når der trods alt kommer nogen, man kender: "Nej, desværre ikke. Men der er nogle, der kommer, som jeg kender."

Manglende kontinuitet handler også om organiseringen af hjælpen, hvor det ifølge Ole kan "føles som en fyldt hovedbanegård," når forskellige fagpersoner tager sig af hver sin opgave og på hvert sit tidspunkt. Han og Bente fortæller:

Jamen altså ... også fordi først så kom der hjemmepleje, som skulle hjælpe dig med tøj, og så skulle du i bad. Så kom der en sygeplejerske, der skulle åbne sår. Så kom der gudhjælpemig også en hjemmepleje mere, for hun skulle så bære skraldeposen ud [griner]. Og så sidder man der og virrer lidt på hovedet og siger: "Nå, jo, jo." Men ja, de hjalp os. (Ole og Bente, 83 og 73 år)

Nogle har valgt en privat leverandør, i håbet om at det ville være bedre, men det er ikke altid tilfældet. Poul og Else fortæller: "Der er måske et par enkelte, der har været der et par gange, men ellers er det godt nok forskelligt. Og det er en gang hver 14. dag, så kommer der en ny herud."

8.3.7 Kendskab til den enkelte

Hans er et godt eksempel på betydningen af kontinuitet og af, at medarbejderen har kendskab til den enkelte, også i forhold til rehabilitering. Her har den private leverandør af hjemmepleje anerkendt det gode match mellem Hans og medarbejderen, og det er han taknemmelig for. Han havde gentagende gange klaget over den manglende kvalitet i rengøringen, men:

[S]å ved et tilfælde, så kommer Louise. Og vupti, det var en helt ny verden. Så siger jeg: "Dig vil jeg gerne have hver gang." ... Hun kan gøre rent. Og hun er sød og hjælpsom. Og man kan mærke på hende, at hun gør det, fordi hun godt vil hjælpe mig. Hun gør det ikke, fordi hun skal. Hun inspirerer mig også til selv at rejse mig og tage opvasken eller et eller andet, så hun påvirker mig positivt. (Hans, 74 år)

Desværre er Louise kun vikar, og Hans frygtede den dag, han skulle overgå til den faste medarbejder igen, men:

Så i går, da hun mødte frem [hos leverandøren]: "Jamen, hvad med Hans?" "Nej, men du beholder Hans." Så hun beholder mig ... Og det gør hun sikkert, fordi jeg har skrevet til dem og forklaret dem, hvor god hun er, og hvorfor det er en god hjælp for mig. Og det har altså virket, så dér har de taget hensyn.

8.3.8 Hjemmehjælp i det daglige

Ligesom hos Hans omfatter hjemmehjælpen hos langt de fleste informanter i undersøgelsen tungere rengøring. Hos de fleste foregår rengøringen hver anden eller tredje uge og varer mellem 30 og 45 minutter. Enkelte har dog fået bevilliget mindre tid, helt ned til 15-20 minutter til både støvsugning og gulvvask. Tungere rengøring omfatter typisk støvsugning, gulvvask og rengøring af toiletter. Enkelte informanter får også hjælp til lettere rengøring såsom skift af sengetøj og aftørring af stov. Lis beskriver, at hjælpen ikke altid er regelmæssig, hvilket understreger en vis uforudsigelighed i servicen: "Får støvsuget hver 14. dag til hver tredje uge – det er ikke så fast."

For andre ældre indebærer hjemmehjælpen også støtte til personlig pleje. Dette kan være afgørende for den ældres mulighed for at opretholde en daglig rutine og aflaste partneren. Knud fortæller: "De sørger for, at hun får tøj på, at hun bliver vasket og får børstet tænder. Så er hun i

bad tre gange om ugen. Og det er dejligt." Hjælpen kan også omfatte hjælp til at tage støttestrømper af og på.

Enkelte informanter nævner, at de modtager daglige besøg fra hjemmeplejen, selvom omfanget af den hjælp, de modtager, kan være begrænset. Alligevel kan indsatsen have en afgørende betydning for borgeren. Som hos Karen og hendes mand, der fik bevilliget hjælp fra kommunen efter et længere forløb, hvor de havde svært ved at stå for hjemmet og komme i bad. Nu modtager de besøg fra kommunen alle hverdage mellem klokken 9 og 11. Besøgene har et rehabiliterende formål, der skal hjælpe dem i gang igen. På trods af at hjælpen udelukkende vedrører personlig pleje, fortæller Karen begejstret: "De må ikke hjælpe ret meget. De må ikke gøre rent. Men de må nusse vores tæer og ordne, hvis vi har nogle varmeknopper. Og de må vaske os og tage os i bad, og de er ustyrligt søde. Og min mand, han blev næsten levende [igen]." Dette er med til at illustrere, at hjælpen også kan have en social og støttende funktion og ikke er begrænset til praktiske opgaver.

Ligesom i Karens tilfælde har hjemmeplejen for mange af informanterne en positiv afledt effekt i form af at motivere de ældre til fortsat eller igen at være selvhjulpne. F.eks. kan det bidrage til, at de fortsat har fokus på at holde orden i hjemmet og være i gang. Niels fortæller: "Sådan at jeg måske kan rydde lidt op og gøre lidt klar til det. Flytte nogle stole eller flytte noget hist og her, så de kan komme til." Dette peger på, at selv begrænset hjælp kan have en indirekte positiv effekt på dagligdagen.

8.3.9 Forebyggende hjemmebesøg

Endelig er der mange informanter, der har været glade for forebyggende hjemmebesøg og holistiske samtaler om deres samlede situation. Her oplever de, at der er tid til at komme til bunds i deres behov, og at de får nyttig viden om kommunens servicetilbud samt om forhold, de selv kan gøre noget ved, og som kan sikre, at de kan blive boende i eget hjem i længere tid. Som Ole forklarer: "Hun kunne ikke give noget hjælp, men hun kunne fortælle, hvad vi muligvis kunne få. Det var det, der fik bragt os videre derfra." Nogle af informanterne oplever imidlertid, at besøget rammer lidt skævt i forhold til deres egentlige behov. Ester fortæller:

De talte om, hvis vi følte os ensomme og gerne vil lave peddigrør. Det er det sidste, jeg har brug for; jeg kan sagtens underholde mig selv. Men altså, de er jo søde, meget søde. Men det er måske ikke aktuelt for os, det der. Det er jo aktuelt for mig at få at vide: Kan jeg få hjælp til rengøring? ... Det var kun det der med, hvis man psykisk havde brug for noget hjælp. Okay. Og så kunne vi dengang også tale med dem om, hvordan ens seksuelle og kærlighedsliv er ... Så sagde jeg: "Det er godt nok langt nede på listen lige nu." [Griner]. (Ester, 83 år)

8.4 Opsamling

Sammenfattende viser resultaterne fra både den kvantitative og kvalitative analyse, at hjemmeplejen udgør en vigtig støtte for nogle svækkede ældre. De kvantitative data viser, at ca. én ud af tre svækkede ældre modtager hjemmehjælp, og at det ikke overraskende afhænger af funktionsevne.

Langt de fleste modtager praktisk hjælp, nogle gange i kombination med personlig pleje, og én ud af 10 modtager udelukkende personlig pleje. Samtidig viser det kvalitative materiale, at

hjemmeplejen ikke kun hjælper med praktiske opgaver, men også kan bidrage til struktur og social kontakt i hverdagen og kan have en vigtig rehabiliterende funktion.

Som også de kvalitative data understreger, varierer hjemmehjælpen i omfang, hyppighed og udførelsestid. Igen er dette afhængigt af borgerens funktionsevne. Hvor længe medarbejderen er i hjemmet, kan ændre sig over tid, og nogle oplever at få skåret i hjælpen, selvom behovet ikke er blevet mindre. Hos de ældre, der ikke har modtaget en skriftlig visitationsafgørelse, kan det være vanskeligt at stå på sit, og nogle har oplevet, at ikke kun partnerens ressourcer, men også voksne børns mulighed for at yde hjælp er kommet op i visitationssamtalen.

Tre ud af fire borgere i spørgeskemaundersøgelsen anvender en kommunal leverandør. Andelen er størst blandt ældre med to eller flere funktionsnedsættelser. Dette er gennemgående – også i andre undersøgelser – og afspejler, at især de mere svækkede ældre med behov for personlig pleje oftere vælger den kommunale leverandør, fordi det føles mere trygt (f.eks. Rambøll, 2013).

Undersøgelsen viser også, at mange supplerer med privat købt hjælp. I spørgeskemaundersøgelsen angiver næsten én ud af tre svækkede ældre, at de køber supplerende hjælp. Som vi så i forrige kapitel, anvendes denne hjælp især til tungere rengøring, men også i mindre grad til socialt samvær.

Der er generelt tilfredshed med hjemmehjælpen, herunder den respekt, som medarbejderne møder de ældre med, og til dels medarbejdernes faglighed. Lidt færre er tilfredse med kontinuiteten af medarbejdere, men som de kvalitative interview illustrerer, kan en lav forventning bidrage til en positiv oplevelse, når man alligevel oplever at få hurtig og god hjælp eller at blive mødt med en medarbejder, man kender.

9 Svækkede ældre, der ikke modtager hjælp

9.1 Indledning

Dette kapitel fokuserer på svækkede ældre, der ikke modtager hjælp. Som nærmere redegjort for i kapitel 5 om metode omfatter denne gruppe de svækkede ældre, der i spørgeskemaundersøgelsen har angivet, at de enten selv står for alle de givne syv hverdagsopgaver, eller at ingen står for opgaverne (se boks 5.1). Det gælder derfor, at de hverken modtager hjælp fra hjemmeplejen, partner, børn eller børnebørn, privat købt hjælp eller andre til de nævnte opgaver. Det kan betragtes som et relativt konservativt mål, idet det omfatter samtlige syv opgaver. Der er tale om svækkede borgere, der angiver ikke at modtage hjælp, men som ikke nødvendigvis angiver at have udækkede behov (denne gruppe undersøges nærmere i kapitel 10).

Vi undersøger først gruppens størrelse og sammensætning ved at se på de kvantitative data. Her anvendes deskriptive analyser af svarfordelingerne samt en regressionsanalyse, som viser, hvilke forskelle der er statistisk signifikante. Efterfølgende undersøges ved hjælp af kvalitative data, hvordan de ældre håndterer hverdagen uden hjælp.

9.2 Karakteristik af svækkede ældre uden hjælp

Tabel 9.1 viser, hvor mange ældre i de 24 kommuner der ikke modtager hjælp til nogen af de syv hverdagsopgaver, som vi anvender i undersøgelsen. Opgaverne inkluderer lettere rengøring, tungere rengøring, tøjvask, indkøb, madlavning, bad og at få tøj og sko af og på. Her ses, at 25 procent ikke modtager hjælp til nogen af de syv opgaver og kan betragtes som at stå uden hjælp i det daglige. Det gælder for 35 procent af svækkede ældre med én funktionsnedsættelse og for 12 procent af svækkede ældre med to eller flere funktionsnedsættelser.

Fratrukket de få respondenter, som – på trods af at de angiver at stå uden hjælp - i undersøgelsen også har svaret, at de modtager hjemmehjælp, er der 24 procent svækkede ældre i de 25 kommuner, der ikke modtager hjælp. Anvender vi befolkningskorrektionsvægte, svarer det til ca. 23 procent af svækkede ældre i den danske befolkning 70+, hvilket igen svarer til ca. seks procent af den samlede ældre danske befolkning 70+. På baggrund af dette estimat vil det tilsvarende svare til omkring 38.500 husstande i den danske befolkning, hvor den ældste svækkede person (70+) ikke modtager hjælp i hverdagen. Da undersøgelsen kun har inkluderet den ældste svækkede person i hver husstand, afspejler dette tal antallet af husstande hvor mindst én svækket ældre ikke modtager hjælp, ikke det samlede antal svækkede ældre uden hjælp i Danmark.

Tabel 9.1 viser, at der er variation i forhold til, hvor mange opgaver man oplever ikke at få hjælp til. I gennemsnit står de svækkede ældre uden hjælp til 1,67 opgaver. Som angivet inkluderer vi i definitionen af svækkede ældre uden hjælp kun dem, der ikke modtager hjælp til samtlige syv opgaver.

Tabel 9.1 Andel svækkede ældre uden hjælp, en og to eller flere funktionsnedsættelser og samlet, samt antal af opgaver uden hjælp, 2024 (vægtede %). N = 4.091

	1 funktions- nedsættelse	2+ funktions- nedsættelser	Total
Modtager hjælp til mindst en opgave	65,86	89,24	75,85
Svækkede ældre uden hjælp	34,14	10,76	24,15
Antal opgaver uden hjælp:			
0	1,24	13,60	6,52
1	1,76	9,49	5,06
2	15,93	16,38	16,13
3	5,69	11,78	8,30
4	9,92	12,84	11,17
5	13,67	14,18	13,89
6	16,43	10,15	13,75
7	35,34	11,57	25,18

Note: Rækken "Svækkede ældre uden hjælp" (24,15 procent) viser andelen af svækkede ældre, der ikke modtager hjælp, fratrullet de ældre, som har angivet at modtage hjemmehjælp. Rækken "7" under "Antal opgaver uden hjælp" (25,18 procent) viser andelen af ældre, der ikke modtager hjælp til nogen af de syv hverdagsopgaver (lettere rengøring, tungere rengøring, tøjvask, indkøb, madlavning, bad samt at få tøj og sko af og på).

Tabel 9.2 viser andelen af svækkede ældre uden hjælp fordelt efter funktionsnedsættelse og baggrundskarakteristika. Vi rapporterer kun de andele, der ikke får hjælp. Dvs. at når der f.eks. er 23 procent mænd med én funktionsnedsættelse, der ikke får hjælp, så er der tilsvarende 77 procent mænd, der får hjælp. Andelene udtrykker således risikoen for ikke at få hjælp i forskellige grupper.

Overordnet er andelen, der ikke får hjælp, lavere blandt svækkede ældre med to eller flere funktionsnedsættelser. Herudover fremgår det af tabellen, at ca. 32 procent af svækkede ældre kvinder ikke får hjælp, mens kun 16 procent af mændene ikke får hjælp. Der er således dobbelt så stor sandsynlighed for, at svækkede ældre kvinder ikke får hjælp sammenlignet med mænd. Tabellen viser ligeledes, at andelen af svækkede ældre uden hjælp er mindre blandt de ældste, dvs. ældre over 80 år. Desuden fremgår det, at både indkomst og uddannelse har mindre betydning for, om de svækkede ældre får hjælp. Andelen af svækkede ældre uden hjælp er lidt større i gruppen med lavere indkomster.

Af tabel 9.1 fremgår det tydeligt, at civilstand er den faktor, der har størst betydning for, om man får hjælp. 34 procent af svækkede ældre, der bor alene, får ikke hjælp, mens det samme gælder for kun fem procent af dem, der bor sammen med en partner. Dette er dog ikke overraskende, da den hyppigste hjælp kilde er hjælp fra ægtefælle eller partner som afrapporteret i kapitel 7. Tabellen viser også, at andelen af svækkede ældre uden hjælp er markant større for dem, der ikke har nogen nulevende børn. 38 procent af svækkede ældre, der ikke har nulevende børn, får ikke hjælp sammenlignet med 22-23 procent i gruppen med et eller to nulevende børn. Afstand til nærmeste barn ser imidlertid ikke ud til at have indflydelse på, om man får hjælp.

Ser vi på de mere subjektive indikatorer som ensomhed, livskvalitet og selv vurderet helbred, peger resultaterne af tabellen på, at det ikke er de mest sårbare svækkede ældre, der ikke får hjælp. Andelen af svækkede ældre uden hjælp er større i gruppen med et godt selv vurderet helbred, høj livskvalitet og lav ensomhed. Dette tyder på, at gruppen af svækkede ældre uden hjælp har nogle mentale og helbreds mæssige ressourcer, samt at gruppen, der modtager hjælp fra hjemmeplejen eller andre hjælp ekilder, i gennemsnit har færre sådanne ressourcer.

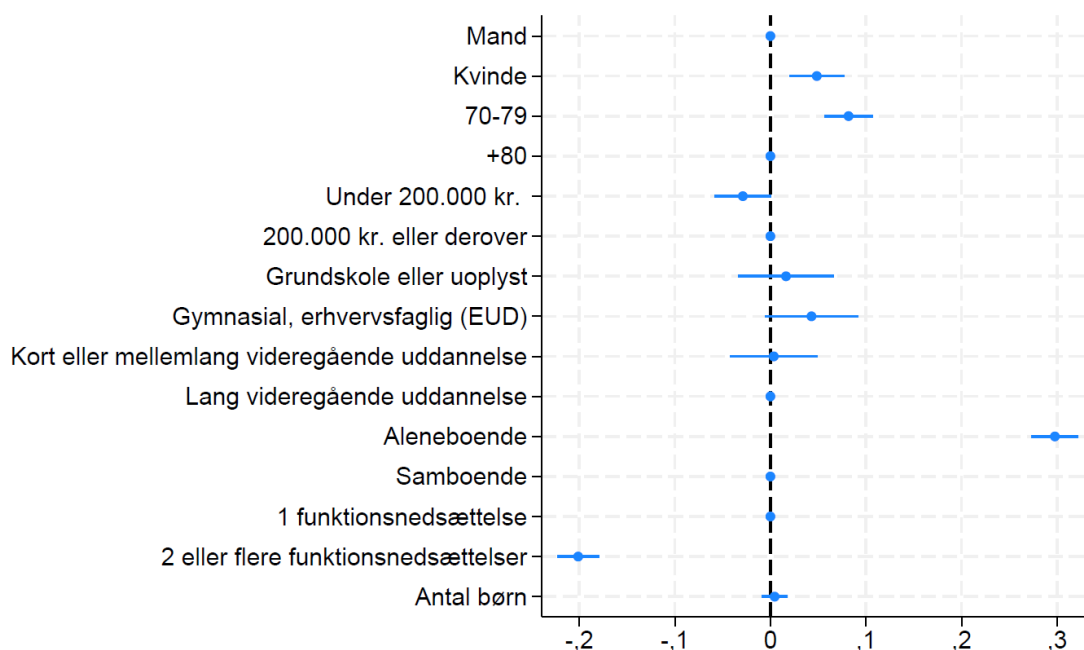
Tabel 9.2 Andel svækkede ældre, der ingen hjælp får til samtlige syv hverdagsopgaver, fordelt efter funktionsnedsættelse og baggrundskarakteristika (vægtede %). N = 4.091

	1 funktions- nedsættelse	2+ funktions- nedsættelser	Total
Køn			
Mand	22,58	6,72	16,23
Kvinde	45,17	14,66	31,54
Alder			
70-74 år	37,52	17,92	30,26
75-79 år	37,15	14,22	28,75
80+ år	33,65	9,25	22,16
Uddannelse			
Grundskole eller uoplyst	39,32	9,99	25,46
Gymnasial, erhversfaglig (EUD)	35,13	11,69	25,69
Lang videregående uddannelse	30,15	16,83	25,13
Kort/mellemlang videregående uddannelse	24,48	8,22	17,04
Ækvivaleret disponibel husstandsindkomst			
Under 200.000 kr.	40,70	10,61	27,50
Over 200.000 kr.	28,56	12,93	22,12
Civilstand			
Aleneboende	49,76	15,26	34,75
Samboende	5,52	3,13	4,54
Antal nulevende børn			
0	53,31	17,33	38,40
1	40,01	14,86	29,84
2	29,93	10,66	21,70
3+	33,86	9,14	22,82
Afstand til nærmeste barn			
0-25 km	34,02	11,08	24,05
26-50 km	37,32	12,23	26,79
51-100 km	29,07	12,65	22,58
100+ km	30,91	7,87	22,25
Ingen nulevende børn	52,83	16,63	37,91
Selv vurderet helbred			
Dårligt eller mindre godt	27,92	7,29	17,33
Godt	42,09	19,75	35,31
Vældigt godt eller fremragende	44,87	29,97	40,01
Livskvalitet			
Meget dårlig eller dårlig	27,65	4,15	12,71
Hverken god eller dårlig	27,94	9,08	19,02
God eller særdeles god	38,73	15,80	30,39
Social kontakt til venner og bekendte (uden for husstand)			
Mindst 1 gang om ugen	40,18	15,97	30,79
1-2 gange om måneden	30,53	11,08	22,53
Sjældnere end 1 gang om måneden	25,05	8,20	16,49
Aldrig	36,99	5,42	21,39
Ensomhed			
Ingen	35,82	13,05	27,19
Moderat	34,11	14,12	24,65
Svær	37,23	3,98	18,49

Note: Vi rapporterer kun andelen, der ikke får hjælp. Dvs. at når der f.eks. er 23 procent mænd med én funktionsnedsættelse, der ikke får hjælp, så er der tilsvarende 77 procent mænd, der får hjælp.

På baggrund af tabel 9.2 kan vi umiddelbart se, at svækkede ældre, der ikke får hjælp, synes at være mere udbredt blandt den yngste gruppe, kvinder, ældre, der bor alene, og ældre, der ikke har nulevende børn. For at belyse, hvilke baggrundskarakteristika der har statistisk signifikant sammenhæng med, om man står uden hjælp, har vi lavet en regressionsanalyse, der afrapporteres som et koefficientplot i figur 9.1. Regressionsanalysen viser markante forskelle i, hvem der ikke modtager hjælp. Særligt alder og civilstand har stor betydning. F.eks. ses det, at personer i alderen 70-79 år har ca. otte procentpoint højere sandsynlighed for ikke at modtage hjælp sammenlignet med referencegruppen, som består af ældre over 80 år. Dette afspejler formentlig det øgede behov for hjælp med alderen. Den stærkeste sammenhæng ses for civilstand, idet personer, der bor alene, har ca. 30 procentpoint højere sandsynlighed for ikke at få hjælp sammenlignet med ældre, der er samboende. Dette understreger den vigtige rolle, ægtefæller har i at yde hjælp og omsorg, hvilket vi har belyst i tidligere kapitler. Personer med to eller flere funktionsnedsættelser har ca. 20 procentpoint lavere sandsynlighed for at være i gruppen uden hjælp, hvilket afspejler deres større hjælpebehov, mens kvinder har en marginalt højere sandsynlighed (fire procentpoint) end mænd for at befinde sig i denne gruppe. Indkomst, uddannelse og antal børn har ikke signifikant betydning for sandsynligheden for ikke at modtage hjælp. Det samme gælder holdninger til, hvem der har ansvar for ældreplejen

Figur 9.1 Koefficientplot. Regressionsanalyse over, hvad der har betydning for ældre, som ikke modtager hjælp til samtlige syv hverdagsopgaver. N = 4.223



Note: Se Tabel A2 i separat bilag for de underliggende regressionsestimater.

9.3 Illustrationer fra det kvalitative materiale: svækkede ældre uden hjælp

De kvalitative interview giver mulighed for at undersøge, hvordan hverdagslivet ser ud for svækkede ældre, der ikke modtager hjælp, og hvilke strategier de tager i anvendelse i hverdagen.

9.3.1 Fortsat at være selvhjulpen

Som nævnt i metodekapitlet har vi samlet informanterne til de kvalitative interview, således at ca. halvdelen ikke modtager hjemmehjælp. Blandt disse er der nogle, der bevidst har fravalgt hjemmehjælp, fordi de ønsker at klare sig selv så længe som muligt. Det gælder f.eks. Lise, og dette på trods af at den kommunale tilsynsførende vurderede, at hun havde brug for noget mere hjælp i hjemmet. Lise har ingen, der kan hjælpe hende i det daglige, men ønskede alligevel ikke at modtage hjemmehjælp, både ud fra ønsket om at forblive selvhjulpen, men også for fortsat selv at kunne bestemme: "[M]an vil så gerne selv, ikke? ... Det var rigtigt [for mig]. Fordi jeg vil gerne ligesom holde mig selv i gang, ikke? Altså, der er nogle ting, man skal ... Jeg har en tilfredsstillelse ved at lave tingene selv på min måde, ikke? Altså, når man er så gammel som jeg, så har vi alle sammen nogle ting, der gerne skulle være sådan og sådan." Ønsket om at være selvhjulpen er generelt et gennemgående tema i interviewene. De ældre ønsker at klare sig selv så længe som muligt, holde sig aktive og helst forblive længst muligt i eget hjem.

9.3.2 Knappe ressourcer

En del informanter angiver dog som årsag til, at de ikke modtager hjemmehjælp, at de har opgivet at få hjælp fra kommunen grundet stramme visitationsregler eller ventetid. Ester og hendes mand, Eigil, der bor til leje i en større villa, fornemmede, at afslaget om hjemmehjælp til rengøring tog udgangspunkt i deres relativt høje levestandard: "Da de kom her, var de sådan: 'Nå, nå, de kan sikkert selv betale og få hjælp hver uge eller lignende.' Nej, det kan vi ikke. Det er slet ikke muligt for os."

Årsagen kan også være, at det kniber med de offentlige ressourcer, som Inge forklarer: "Altså ... nu har jeg jo også arbejdet inden for hjemmeplejen. Ikke så lang tid, men noget i hvert fald. Og jeg vil indrømme, at de ressourcer dér, føler jeg, at de er knappe." Inge bor alene og har valgt fortsat selv at stå for rengøringen på trods af smerter: "Hvis jeg skal være helt ærlig, så tager det rigtigt lang tid, og jeg får ondt i ryggen. Mere end jeg har i forvejen. Jeg har ondt, bare jeg står op. Så det er lidt ynkeligt at sidde nede på en stol og så ellers vaske gulvet. Men det kan jeg blive nødt til. ... Jeg gider ikke ligge nogen til last."

Inges hverdagsstrategi er at sammenligne sig med andre og være taknemmelig for det, hun trods alt stadig kan: "Når jeg ved, at der er yngre mennesker, der har det ad helvede til og ikke rigtigt kan noget. ... Det er overalt, at vi går og skælder ud. Nogle mennesker burde være glade og tilfredse for det, de kan."

Tove og hendes mand har ligesom Inge valgt ikke at søge om hjælp fra kommunen – et valg, der i høj grad er præget af deres holdninger og forventninger til den kommunale ældreomsorg. Tove udtrykker stærk skepsis over for systemet. Hun forventer, at de ville skulle vente længe på svar, hvis de søgte om hjælp. Desuden har parret en generel opfattelse af, at kommunens ældreomsorg er utilstrækkelig. "De har ikke meget at gøre med. De har ikke økonomi til det," forklarer Tove. Ifølge parret er kommunen kendt for dårlig ældreomsorg, hvilket har forstærket deres beslutning om at klare sig selv så længe som muligt.

9.3.3 Fravalg af hjemmehjælp grundet kvaliteten

Andre har fravalgt den kommunale rengøring, fordi den ikke lever op til deres forventning og standarder. Det gælder bl.a. Lis, der bor alene: "Og så har jeg sagt nej til gulvvask, for det består i, at man gør én klud våd, og den kører man fra køkkenet og over det hele. Det er ikke mig." Hendes hverdagsstrategi er, som mange andre informanter i undersøgelsen, fortsat at stå for opgaven selv og dele den op i mindre, overkommelige bidder:

Så sidder jeg på en stol, og så tager jeg et rum ad gangen. Det skal være sådan, som jeg vil have det ... og så flytter jeg [stolen] lidt hen ad. Og med en gulvskrubbe kan man altså godt lidt. Og så stokken i den anden hånd ... jeg tager ikke tid på det, for jeg er bare glad for, at jeg kan selv. (Lis, 80 år)

Marie, der også bor alene, havde samme oplevelse af mangelfuld rengøring, der betød, at hun endte med at fravælge hjemmehjælpen, selvom det betød, at hun nu må afsætte flere dage til selv at stå for opgaven:

Fordi jeg gider ikke at have nogle, der bare kommer og tager lige en stribe, og så tager det halvanden time, som måske har taget mig et kvarter, selvom jeg er dårlig. Altså, at jeg vasker gulv herinde over fire dage. Det kan da være lige meget, når bare det bliver gjort. Og det kommer ind under bordene og sådan noget. De vasker bare [én stribe]. Så tænker jeg: Jamen, hallo? (Marie, 82 år)

Marie oplever ligeledes rengøringen som symbolsk, ikke mindst sammenlignet med, da hun arbejdede som ung pige på et plejehjem: "Vi bar alle møblerne ud og vaskede gulvet og vaskede vinduerne og det hele og satte pænt på plads. Én gang om ugen. I dag, der får du lige en stribe lavet, hvis det er."

9.3.4 Uden partner

At skulle klare sig uden hjælp er dog ofte ikke et valg, men en nødvendighed, f.eks. fordi man altid har været enlig eller ikke længere har en partner. Kirsten, der har balanceproblemer og vanskeligt ved at bukke sig ned, klarer sig selv i hverdagen, men som hun siger: "Min mand har været død i tre år. Så efter at jeg er blevet alene, er det jo blevet sværere. Sådan er det Han kunne jo ordne haven og kunne hjælpe til med at tage af bordet, og hvad der nu ellers er. Hjælpe med at få redt seng, og sådan nogle ting som det at putte sengetøj på er besværligt med de der dyner, der er lange og tunge." Kirstens udsagn understreger et gennemgående resultat af undersøgelsen: at de ældre ofte er afhængige af deres partner til hjælp til hverdagsopgaverne, og at de ældre, der ingen partner har, i højere grad oplever at stå uden hjælp.

9.4 Opsamling

Analyserne har vist, at en relativt stor gruppe af svækkede ældre, 24 procent, ikke modtager hjælp til nogen af de syv hverdagsopgaver, som vi anvender i undersøgelsen. Det gælder hjælp fra hjemmeplejen, ægtefælle, børn eller børnebørn, venner eller naboer samt privat købt hjælp og samtlige hverdagsopgaver: lettere og tungere rengøring, indkøb og madlavning, tøjvask, bad og at tage sko og tøj af og på.

Sandsynligheden for at stå uden hjælp er større, hvis man er enlig, og hvis man har færre funktionsnedsættelser. Derudover viser analysen også, at yngre ældre og kvinder har større sandsynlighed for ikke at få hjælp. Dette resultat er understøttet af det kvalitative materiale. Her spiller forskellen i middellevetid sandsynligvis ind, i og med at kvinder i mange par ofte er yngre og generelt har større sandsynlighed for at overleve deres partner. Som vi har vist i andre kapitler, er partneren den primære hjælpekilde for mange svækkede ældre, og enlige er derfor typisk mere udsatte for at stå uden hjælp.

Ifølge de kvantitative analyser synes indkomst og uddannelse derimod ikke at have sammenhæng med risikoen for at stå uden hjælp. Forklaringen kan være, som påvist i andre undersøgelser, at ældre med økonomiske ressourcer har lavere sandsynlighed for at modtage hjemmehjælp (Amilon

m.fl., 2024). Som de kvalitative interview har vist, oplever nogle velhavende ældre, at det ligger i luften ved visitationen, at de burde købe sig til hjælp.

Antallet af børn har heller ingen betydning, fremgår det af de kvantitative analyser, og det skyldes sandsynligvis – som påvist i andre kapitler – at børnene fortrinsvist står for de opgaver, der ikke skal udføres i det daglige, men som kan samles sammen og udføres i en weekend, f.eks. havearbejde.

De kvalitative data har givet indblik i, hvorfor de svækkede ældre står uden hjælp. Det er især usikkerhed om, hvorvidt man er berettiget til hjælp, der gør, at nogle fravælger at søge om hjælp fra kommunen. Mange angiver imidlertid også manglen på nære pårørende som den væsentligste årsag til, at de er uden hjælp i det daglige, f.eks. hvis man er enlig. Også dårlig kvalitet i hjemmehjælpen og manglende viden om, hvor eller fra hvem man kan få hjælp, er gennemgående årsager.

Ifølge de kvalitative interview fravælger nogle ældre hjemmehjælpen for fortsat at være selvhjulpne og kunne bestemme selv, samt fordi kvaliteten af hjemmehjælpen opleves som for dårlig – som det fremgik af spørgeskemaundersøgelsen (se kapitel 10). Disse ældre foretrækker selv at stå for opgaverne på trods af smerter, og selvom det kan tage adskillige dage. Fravalget af hjemmehjælp kan dog også skyldes, at man oplever, at der ikke er nok ressourcer, og at andre har større behov end én selv.

10 Svækkede ældre, som oplever at modtage utilstrækkelig hjælp i hverdagen

I kapitlet analyserer vi situationen for de svækkede ældre, der oplever at få utilstrækkelig hjælp. Som angivet i kapitel 5 om metode består denne gruppe af svækkede ældre, der i spørgeskemaundersøgelsen har angivet ikke at modtage hjælp til en given opgave, men at de har brug for lidt eller meget hjælp til denne opgave, samt af ældre, der får hjælp til mindst én opgave, men som angiver at have behov for lidt eller meget mere hjælp til denne opgave. Der er altså tale om borgere, der har angivet at have behov for (mere) hjælp til hverdagsopgaverne, og som kan siges at have udækkede behov (se også boks 5.1 i kapitel 5 for en definition og operationalisering af svækkede ældre med utilstrækkelig hjælp).

I dette kapitel trækker vi på de kvantitative data med henblik på at bestemme, hvor mange der oplever at modtage utilstrækkelig hjælp, og hvad årsagerne er. Tabellerne viser indledende deskriptiv statistik over svarfordelingerne, og med regressionsanalyserne tester vi for statistisk signifikans. Derefter anvender vi de kvalitative data til at se nærmere på, hvordan utilstrækkelig hjælp påvirker de ældres hverdag, og hvilke strategier de tager i anvendelse.

10.1 Behov for mere hjælp

Den kvantitative analyse af svækkede ældres behov for mere hjælp viser, at mere end halvdelen, 54 procent, angiver, at de modtager utilstrækkelig hjælp (se tabel 10.1). Hvis man omregner dette til den tilsvarende demografiske gruppe i hele Danmark ved hjælp af DST's korrektionsvægte, viser analysen, at der på landsbasis er cirka 90.500 husstande, hvor den ældste svækkede person over 70 år oplever at modtage utilstrækkelig hjælp. Dette tal repræsenterer husstande hvor mindst én svækket ældre har udækkede behov for hjælp, men ikke nødvendigvis det totale antal ældre med utilstrækkelig hjælp, da undersøgelsen kun har medtaget den ældste person i hver husstand.

Det er vigtigt at pointere, at dette tal omfatter alle grader af utilstrækkelig hjælp og derfor er udtryk for en relativt inklusiv definition. Ser vi nærmere på graden af hjælpebehov, fremgår det af tabel 10.1, at 51 procent af de svækkede ældre i undersøgelsen angiver at have behov for "lidt (mere) hjælp", mens kun 15 procent angiver at have behov for "meget (mere) hjælp". Dette indikerer, at selvom udækkede behov er et udbredt fænomen, er der for lidt mere end halvdelen af de svækkede ældre tale om et mindre omfattende udækket behov, og kun hver sjette beskriver det udækkede behov som omfattende. Vi ser endvidere, at behovet for "meget (mere) hjælp" er markant højere (22 procent) blandt ældre med to eller flere funktionsnedsættelser end blandt ældre med kun én funktionsnedsættelse (11 procent).

De 46, procent, som angiver ikke at have behov for (mere) hjælp, dækker også over betydelige forskelle: Blandt personer med én funktionsnedsættelse har 51 procent ikke behov for mere hjælp, mens dette kun gælder 39 procent af personer med to eller flere funktionsnedsættelser (se tabel 10.1). Det synes dermed især at være ældre med større behov, der modtager utilstrækkelig hjælp.

I det daglige kan det være én eller flere opgaver, hvor man oplever at have et udækket behov. Ser vi videre på antallet af opgaver, hvor der opleves utilstrækkelig hjælp (tabel 10.2), har samlet set 19 procent brug for (mere) hjælp til én opgave, 16 procent har brug for hjælp til to opgaver, og ni procent har brug for hjælp til tre opgaver. Jo flere opgaver man har brug for hjælp til, jo større

forskel er der i forhold til funktionsevne, hvor svækkede ældre med to eller flere funktionsnedsættelser angiver at have større behov.

Der er dog markante forskelle både mellem opgavetyper og grader af funktionsnedsættelse. Som det fremgår af tabel 10.3, er behovet for hjælp størst ved tungere rengøring, idet 42 procent af alle svækkede ældre angiver at have behov for hjælp eller mere hjælp hertil. Dette behov er særligt udtalt blandt personer med to eller flere funktionsnedsættelser (46 procent) sammenlignet med personer med én funktionsnedsættelse (39 procent).

Også ved lettere rengøring ses et betydeligt behov, idet 34 procent samlet set angiver at have behov for hjælp eller mere hjælp hertil. Igen er behovet større blandt personer med to eller flere funktionsnedsættelser (41 procent) end blandt dem med én funktionsnedsættelse (29 procent). For personlig pleje såsom bad og påklædning er behovet mindre udbredt, men stadig markant blandt personer med to eller flere funktionsnedsættelser (15 procent for bad og 11 procent for påklædning).

Når vi ser på årsagerne til utilstrækkelig hjælp (tabel 10.4), er der flere gennemgående mønstre på tværs af opgavetyperne. Den hyppigst angivne årsag er usikkerhed om muligheden for at få hjælp fra kommunen, hvilket nævnes af 15-29 procent afhængigt af opgavetype. Særligt for tungere rengøring angiver 29 procent denne årsag. Manglende nære pårørende er også en væsentlig faktor, særligt for madlavning, idet 25 procent beskriver dette som årsag. For rengøringsopgaver spiller kvaliteten af hjemmehjælpen en større rolle. Her siger 16 procent, at kvaliteten ikke lever op til deres behov for lettere rengøring. Endelig oplever 10-15 procent, at det er meget besværligt at søge om hjemmehjælp, mens en mindre andel (fire-syv procent) angiver at have fået afslag på deres ansøgning om hjemmehjælp.

Tabel 10.1 Andel af ældre, der oplever utilstrækkelig hjælp, opdelt efter grad af funktionsnedsættelse og behov for hjælp (vægtede %). N = 4.236

Utilstrækkelig hjælp (bred definition)	1 funktions- nedsættelse	2+ funktions- nedsættelser	Total
Ikke behov for hjælp	51,03	38,68	45,75
Utilstrækkelig hjælp	48,97	61,32	54,25
Behov for lidt (mere) hjælp			
Ikke behov for (lidt) mere Hjælp	53,50	44,09	49,48
Behov for lidt (mere) hjælp	46,50	55,91	50,52
Behov for meget (mere) hjælp			
Ikke behov for meget (mere) hjælp	89,48	78,38	84,73
Behov for meget (mere) hjælp	10,52	21,62	15,27

Tabel 10.2 Antal opgaver, hvor svækkede ældre oplever utilstrækkelig hjælp, opdelt efter grad af funktionsnedsættelse (vægtede %). N = 4.236

	Ikke behov for (mere) hjælp (n = 2.029)	1 (n = 789)	2 (n = 661)	3 (n = 340)	4 (n = 176)	5 (n = 122)	6 (n = 65)	7 (n = 54)	Total	n
1 funktions- nedsættelse	51,03	19,75	15,32	7,74	3,35	1,46	0,95	0,41	48,97	2,448
2+ funktions- nedsættelser	38,68	18,18	16,07	11,62	6,92	3,89	2,63	2,01	61,32	1,788
Total	45,75	19,08	15,64	9,40	4,88	2,49	1,67	1,09	54,25	4,236

Tabel 10.3 Andel svækkede ældre med behov for (mere) hjælp, opdelt efter opgavetype og grad af funktionsnedsættelse (vægtede %). N= 4.210-4.226

	Lettere rengøring (n = 4.226)	Tungere rengøring (n = 4.215)	Tøjvask (n = 4.217)	Indkøb (n = 4.210)	Madlavning (n = 4.213)	Bad (n = 4.213)	Tøj og sko (n = 4.213)
1 funktions- nedsættelse	29,04	38,58	8,70	14,36	5,76	3,49	3,11
2+ funktions- nedsættelser	41,27	46,42	16,37	21,20	11,71	14,56	10,99
Total	34,27	41,93	11,97	17,28	8,30	8,22	6,48

Tabel 10.4 Årsager til utilstrækkelig hjælp blandt svækkede ældre, særskilt for opgavetype, (vægtede %). N = 253-1.685

	Lettere rengøring	Tungere rengøring	Tøjvask	Indkøb	Madlavning	Bad	Tøj og sko
Har ingen nære pårørende	19,35	20,01	19,39	19,00	25,19	16,29	14,60
Ønsker ikke at modtage (mere) hjælp	7,23	6,30	6,76	10,42	9,39	10,74	12,11
Jeg ved ikke hvor eller hvem jeg kan få (mere) hjælp fra	11,72	11,56	12,88	16,75	14,59	10,79	9,25
Jeg ved ikke, om jeg kan få hjælp fra kommunen	24,66	28,51	23,31	20,39	20,65	21,17	15,00
Det virker meget besværligt at søge om hjemmehjælp	14,84	13,83	14,07	10,67	11,73	10,52	11,43
Jeg har søgt om hjemmehjælp, men fik afslag	6,03	6,6	7,20	4,99	3,48	4,39	3,50
Kvaliteten af hjemmehjælpen lever ikke op til mine behov	15,70	13,70	11,45	5,97	9,44	13,98	9,10
Andre årsager	14,55	17,01	17,98	21,69	18,65	17,05	20,74
n*	993 og 1.406	1.266 og 1.685	356 og 508	440 og 633	287 og 364	284 og 308	253 og 291

* I forhold til angivelsen af n er der variation blandt de respondenter, der kan svare "Har ingen nære pårørende" og resten af spørgsmålene pga. den tilpassede spørgsmålslogik i undersøgelsen. Det første tal refererer til respondenter, der blev stillet det indledende spørgsmål om årsager til utilstrækkelig hjælp, mens det andet tal repræsenterer alle respondenter, der har angivet at have behov for hjælp eller mere hjælp til den pågældende opgave. Respondenter, der allerede havde angivet at modtage hjælp fra pårørende (i spørgsmål F1_1 m.fl.), blev ikke stillet det første spørgsmål vedrørende mangel på nære pårørende.

10.2 Hvad karakteriserer svækkede ældre, der får utilstrækkelig hjælp?

Tabel 10.5 viser andelen af svækkede ældre, der får utilstrækkelig hjælp, fordelt efter funktionsnedsættelse og forskellige baggrundskarakteristika. Tabellen indikerer, at andelen, der ikke får nok hjælp, er højere blandt svækkede ældre med to eller flere funktionsnedsættelser end blandt svækkede ældre med kun én funktionsnedsættelse.

Hvis vi ser på, hvad der karakteriserer gruppen af svækkede ældre med utilstrækkelig hjælp, fremgår det, at ca. 58 procent af kvinderne oplever, at de ikke får nok hjælp, mens det kun gælder for ca. 49 procent af mændene. Både i gruppen med én funktionsnedsættelse og gruppen med to eller flere funktionsnedsættelser har kvinderne ca. 12 procentpoint højere sandsynlighed for ikke at få nok hjælp sammenlignet med mændene.

I tabellen fremgår det endvidere, at andelen, der får utilstrækkelig hjælp, er højere i gruppen af ældre over 80 år. Lidt overraskende er andelen uden tilstrækkelig hjælp umiddelbart lavest blandt ældre med mindst uddannelse. Dette kan muligvis skyldes, at de har de laveste forventninger til den hjælp, de modtager.

Tabellen viser ligeledes, at det at bo alene udgør den væsentligste risikofaktor i forhold til ikke at få nok hjælp. Hele 60 procent af de svækkede ældre, der bor alene, oplever, at hjælpen er utilstrækkelig, mens det samme kun gælder for 40 procent af dem, der lever i parforhold. Som vi har vist i andre analyser i rapporten, har hjælpen fra en partner altså stor betydning.

Umiddelbart er andelen, som mener, at hjælpen er utilstrækkelig, højere blandt dem uden nulevende børn sammenlignet med dem med børn.

Ser vi på udækkede behov fordelt efter subjektive indikatorer, fremgår det, at 78 procent af ældre med dårlig eller meget dårlig livskvalitet oplever utilstrækkelig hjælp, mens dette kun gælder for 44 procent af dem med god eller særdeles god livskvalitet. Et tilsvarende mønster ses for selv vurderet helbred og ensomhed: Ældre med dårligt selv vurderet helbred rapporterer langt oftere utilstrækkelig hjælp (65 procent) end ældre med godt helbred (22 procent), og blandt ældre med svær ensomhed oplever 78 procent utilstrækkelig hjælp sammenlignet med 45 procent af ældre uden ensomhed.

Tabel 10.5 Andel af svækkede ældre, der modtager utilstrækkelig hjælp, fordelt efter funktionsnedsættelse og baggrundskarakteristika, (vægtede %) N = 4.091

	1 funktions- nedsættelse	2+ funktions- nedsættelser	Total
Køn			
Mand	44,50	56,78	49,41
Kvinde	52,41	64,21	57,68
Ålder			
70-74 år	47,12	62,24	52,72
75-79 år	42,41	56,42	47,54
80+ år	53,12	62,84	57,69
Uddannelse			
Grundskole eller uoplyst	45,21	60,12	52,25
Gymnasial, erhvervsfaglig (EUD)	50,82	63,56	55,95
Lang videregående uddannelse	51,68	58,18	54,13
Kort/mellemlang videregående uddannelse	50,29	63,38	56,28
Ækvivaleret disponibel indkomst			
Under 200.000 kr.	50,05	62,84	55,66

	1 funktions- nedsættelse	2+ funktions- nedsættelser	Total
Over 200.000 kr.	47,61	59,19	52,38
Civilstand			
Single	55,90	66,20	60,39
Par	34,63	50,14	41,00
Andet			
Antal nulevende børn			
0	55,20	60,25	57,29
1	49,89	58,05	53,19
2	47,58	62,49	53,94
3+	48,21	62,10	54,42
Afstand til nærmeste barn			
0-25 km	48,23	62,82	54,56
26-50 km	47,95	52,65	49,92
51-100 km	51,74	58,33	54,34
100+ km	47,01	67,34	54,66
Ingen nærmeste pårørende	56,29	62,26	58,75
Selv vurderet helbred			
Dårligt eller mindre godt	61,94	68,65	65,39
Godt	39,09	49,17	42,15
Vældigt godt eller fremragende	22,16	21,75	22,02
Livskvalitet			
Meget dårlig eller dårlig	77,89	77,63	77,72
Hverken god eller dårlig	63,33	70,59	66,77
God eller særdeles god	40,78	50,55	44,33
Social kontakt, venner og bekendte (uden for husstand)			
Mindst 1 gang om ugen	46,25	59,90	51,54
1-2 gange om måneden	48,24	56,44	51,61
Sjældnere end 1 gang om måneden	54,05	72,11	63,22
Aldrig	68,66	61,65	65,20
Ensomhed			
Ingen	40,68	52,90	45,31
Moderat	60,48	67,03	63,58
Svær	77,70	78,30	78,04

Note: Vi rapporterer kun andelen, der ikke får hjælp. Dvs. at når f.eks. 44,5 procent mænd får utilstrækkelig hjælp, så får 55,5 procent mænd tilstrækkelig hjælp.

I figur 10.1 visualiserer vi resultaterne af en regressionsanalyse for at vurdere, hvilke karakteristika der har statistisk signifikant sammenhæng med oplevelsen af at modtage utilstrækkelig hjælp. I koefficientplottet kan vi genfinde mange af de samme resultater som i de beskrivende analyser, men ikke alle. Derudover tester vi for betydningen af holdninger til, hvem der har ansvar for ældreplejen.

Når vi ser på, hvem der oplever at modtage utilstrækkelig hjælp, tegner der sig et anderledes billede end for ældre, der ikke modtager hjælp. (Sidstnævnte gruppe blev gennemgået i kapitel 9). Ældre over 80 år har ifølge analysen otte procentpoint højere sandsynlighed for at opleve utilstrækkelig hjælp end yngre grupper, hvilket kan være udtryk for et større og mere komplekst hjælpebehov i førstnævnte gruppe. Uddannelse spiller også en rolle, hvor personer med en mellemlang videregående uddannelse har syv procentpoint højere sandsynlighed for at opleve utilstrækkelig hjælp end andre uddannelseskategorier. Som i gruppen uden hjælp (se kapitel 9) har personer, der bor alene, markant højere sandsynlighed (ca. 21 procentpoint) for at opleve utilstrækkelig

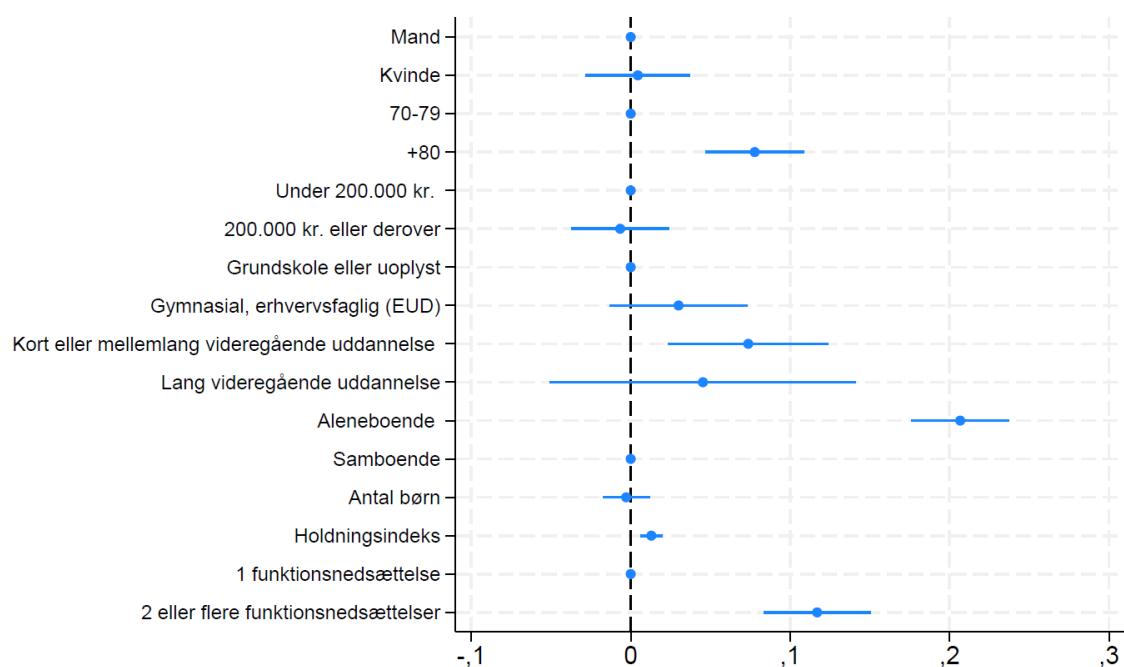
hjælp. At manglende hjælp fra en partner kan være afgørende, har dermed igen vist sig som et væsentligt resultat.

Personer med to eller flere funktionsnedsættelser har 12 procentpoint højere sandsynlighed for at opleve utilstrækkelig hjælp, hvilket igen afspejler et større hjælpebehov, men også, at denne gruppe er i større risiko for ikke at få deres behov dækket.

Analysen viser desuden, at personer med mere positive holdninger til offentlig ældrepleje har højere sandsynlighed for at opleve hjælpen som utilstrækkelig. Oplevelsen af ikke at få dækket sine behov kan dermed antages at være knyttet til forventning.

Derimod viser køn, indkomst og antallet af nulevende børn sig ikke at have statistisk signifikant sammenhæng med oplevelsen af at modtage utilstrækkelig hjælp.

Figur 10.1 Karakteristik af svækkede ældre, der angiver at modtage utilstrækkelig hjælp (n=3973)



Se Tabel A3 i bilaget for de underliggende regressionsestimater.

10.3 Illustrationer fra de kvalitative interview: svækkede ældre med utilstrækkelig hjælp

Som beskrevet i kapitel 5 om metode er informanterne i de kvalitative interview udvalgt i forhold til, om de i spørgeskemaet har angivet, at de oplever at modtage utilstrækkelig hjælp. Bl.a. derfor går flere af resultaterne fra den kvantitative analyse igen i de kvalitative data, såsom utilstrækkelig rengøring. Herudover giver de kvalitative interview mulighed for at afsøge andre årsager til, at borgerne oplever at modtage utilstrækkelig hjælp, f.eks. måden, hjælpen er organiseret på, og de (manglende) rettigheder, borgeren oplever at have. De kvalitative data supplerer på den måde de kvantitative resultater og giver indblik i hverdagsstrategier hos de borgere, der oplever, at deres behov ikke dækkes.

10.3.1 Manglende kvalitet i rengøring

Flere af de svækkede ældre oplever, at den hjemmehjælp, de modtager, er utilstrækkelig på flere områder, bl.a. kvalitet og omfang. En gennemgående udfordring er manglende hjælp til rengøring, især tungere rengøring.

Bente er f.eks. visiteret til rengøring hver 14. dag. Rengøring omfatter støvsugning og gulvvask – uden sæbe for at tage hensyn til medarbejderne – i gangarealerne i de mest anvendte områder af boligen, dvs. stuen, soveværelset, køkkenet og badeværelset, hvor hjemmeplejen også rengør vask og toilet. De skifter desuden sengetøj som en del af denne aftale. Trods denne hjælp føler Bente ikke, at hjælpen er tilstrækkelig: "[H]er ligner jo noget, der er løgn, selvom her har været rengøring. ... Alt er jo møgbeskidt for at sige det lige ud. Der bliver jo ikke tørret støv af og sådan noget," fortæller hun. Rengøringen dækker ikke resten af huset, herunder bryggers, gang, kontor, gæsteværelse og et ekstra badeværelse. Disse områder er Bente og hendes mands eget ansvar, men deres fysiske begrænsninger gør det svært for dem at vedligeholde dem. Flere informanter nævner, at de gerne ville have mulighed for hovedrengøring, men at dette ikke længere tilbydes, og efterspørger som led i dette muligheden for et klippekort.

10.3.2 Manglende rengøring og det sociale liv

Når den ældre oplever, at boligen sander til, kan det gå ud over trivslen og lysten til at invitere på besøg. Bente drømmer således om at få mere hjælp til rengøringen, så hjemmet kan holdes pænere. Den manglende hjælp påvirker hendes livskvalitet, idet hun ofte føler sig utilpas med at invitere gæster hjem: "Jeg har ikke lyst til, at folk skal komme og se det, når hjemmet ligner noget, der er løgn," forklarer hun. Som Vera siger: "[J]eg kunne drømme om, at jeg fik noget mere hjælp til rengøring. ... Jeg har ikke lyst til, at folk skal komme og se det, når hjemmet ligner noget, der er løgn. Og det gør det altså indimellem."

10.3.3 Begrænsede områder og med særlige redskaber

Ofte er rengøringen begrænset til synlige områder, der ikke kræver, at medarbejderen bukker sig eller flytter selv mindre møbler. Ester fortæller, at medarbejderne ikke må flytte på spisebordsstolene. "De siger, at normalt må de ikke flytte stole, fordi det er for hårdt."

Dorothea har flere proteser i hofte og knæ og har fået bevilliget hjemmehjælp, men oplever, at medarbejderne kun må gøre rent på fritlagte områder, som netop ikke omfatter de steder, hun selv har svært ved at nå. Og hun har ikke kræfterne til at flytte møbler:

De har jo været her fra kommunen ... og så sagde de, om jeg havde brug for hjælp. Jeg siger: "Jeg kan ikke komme ned under skabene og under sofaen og alle de ting." Og ja, men [medarbejderne] skal skånes. "Nå," sagde jeg, "jeg troede, det var mig, der skulle skånes, fordi jeg kan ikke komme ned." ... Og så siger hun: "Du kan godt bevæge dig." "Ja," siger man, "det er med knæproteser," men det kunne hun ikke rigtigt tage sig af. Ja, ellers så skal man stønne lidt mere? ... Så de var meget barske, synes jeg. Og så sagde hun, det er 60 kvadratmeter på de synlige steder. Og det kan man jo undre sig meget over. Hvem tager så resten? Og så sagde jeg, at det har jeg jo ikke brug for. ... [D]et skulle være en hjælp for mig. Men det er det ikke." (Dorothea, 83 år)

Dorothea oplevede også at skulle skifte sine rengøringsredskaber, fordi de ikke levede op til reglementet, og det på trods af at medarbejderen kun var til stede i hjemmet i ganske kort tid. "Der var også en gang en mand her, men alle mine rengøringsredskaber var ikke gode nok, fordi jeg var en høj kvinde, og det skulle skaffes ... De skulle [kunne] indstilles til de personer. ... Altså, han vaskede én gang igennem her, og det tog fem minutter, og så var han ude."

10.3.4 Den standardiserede hjælp

Det er, som i Dorotheas tilfælde, standard i flere kommuner at angive et bestemt antal kvadratmeter eller områder, som gøres rent på. Det kan også være et vist antal minutter, og det kan have betydning for oplevelsen af at modtage utilstrækkelig hjælp.

Flere ældre har dog forståelse for, at der er grænser for, hvad kommunen kan tilbyde. Det inkluderer Ester, der bor til leje i en større villa: "Man kan kun få vasket og støvsuget på 65 kvadratmeter. ... Vi har en lille smule mere, 285 kvadratmeter. Men vi forstår jo godt, at vi ikke skal have hjælp til 285 kvadratmeter."

Denne standardisering kan ikke desto mindre opleves som en mangel på individuelle hensyn og en mærkelig afgrænsning. Som Ester videre fortæller, giver det ikke mening for hende at opgøre hjælpen på den måde: "Jeg synes, det er dumt at sige 65 kvadratmeter. Skulle vi måle, hver gang vi får besøg af dem, og sige: 'Er det 65? Lad os tage et centimetermål, og se, om det er 65 kvadratmeter.'"

Ester og hendes mand har fået bevilliget hjælp i 40 minutter, hvilket er standarden, når man bor to sammen. Det betyder, at de skal prioritere, hvad der skal gøres: "Og så måtte jeg vælge imellem at få gjort gulvet rent eller også badeværelset. Fordi det tager mere end 40 minutter ellers, hvis de skal nå begge. Ja, men [visitator] sagde: 'Du har jo kun 40 minutter.' Og så, hvis man skulle nå at vaske gulv og støvsuge og så gå op med affald, det var det, bevillingen. Det kan de ikke engang nå på de 40 minutter."

Hendes strategi er derfor at sikre, at medarbejderen kan arbejde så effektivt som muligt: "Jeg har gjort alt klar. Støvsugeren er startet. Stikket er i kontakten. Jeg har lavet det her [sat gulvspand med vand frem] og gjort kluden våd. Alt er klar. Sæbe, det hele. Så det er virkelig et race over tiden." Hendes mand, Eigil, oplever, at medarbejderne forsøger at tilpasse sig situationen: "De er så søde, dem der, og de forstår situationen. Men ... princippet er efter min mening forkert."

Christian oplever på samme måde, at der ikke tages hensyn til hans ønsker og præferencer. Han er visiteret hjælp til morgenmad, men oplever, at klokken kan blive 12, før hjælpen kommer. Visitationen indeholder hjælp til madlavning, såsom kartoffelskrælning, men han oplever alligevel at blive presset til at bestille mad via den kommunale madordning. Han gengiver samtalen med medarbejderne, som insisterer på at varme færdiglavet mad i en mikroovn (som han ikke har):

"Jo, vi skulle varme mad for dig." Jeg siger: "Find maden, som du skulle varme. Jeg har ikke nogen mad endnu." De siger: "Jo, du skulle bestille hos kommunen." Hvem siger, at jeg skulle begrænse mig til denne mulighed? Jeg er fysisk aktiv; jeg vil leve mit eget liv. Det står [i min visitation], at forberedelse af mad er med. Og jeg siger til dem: "Hvorfor skal jeg opvarme [præfabrikeret mad]? Det vil sige, at du kommer hos mig for at trykke på startknappen? Det kan jeg selv. Det sidste, som jeg kan gøre, før jeg dør, er at trykke på knappen."

Christian oplever ligeledes, at han ikke har mange handlemuligheder, fordi der kun er få leverandører at vælge imellem i kommunen. Kommunen har valgt en privat leverandør, fordi denne har som motto, at det altid er den samme medarbejder, der kommer: "De lover faste varme hænder. Det står der i deres slogan," men det oplever Christian langt fra, er tilfældet: "Gennem de sidste tre år har jeg haft 82 forskellige medarbejdere. Ca. 50, jeg har navnet på. Uprofessionelle med dårlig hygiejne og til tider arrogante; undtaget fire-fem stykker, som er empatiske, professionelle og udviser god vilje."

10.3.5 Mangel på kontinuitet i medarbejdere og tid til opgaverne

Som Christian peger på, og som tidligere beskrevet i rapporten, er manglende kontinuitet i medarbejdere en af de største udfordringer for de ældre. Medarbejderne kender ikke den enkelte borgers behov og livssituation, og det skaber stress, forvirring og en generel oplevelse af at modtage utilstrækkelig hjælp. Bent fortæller om en periode, hvor hans kone var alvorligt syg: "I den tid hun lå, tror jeg, vi kun havde den samme hjemmehjælper to gange. Det var en ny hver eneste gang, og så skulle jeg igen forklare, hvad de skulle bruge." Flere oplever desuden, at hjælperne har så travlt, at de knap når at udføre deres opgaver. Hans beskriver, hvordan hjælpen med tiden blev ringere, også selvom han skiftede til en privat leverandør: "Så bliver det dårligere og dårligere, mindre og mindre, og så kommer de ikke."

10.3.6 Aflysninger: solidaritet, resignation og kampvilje

Ofte gør bevidstheden om, hvordan manglen på arbejdskraft presser systemet – og den enkelte medarbejder – de ældre solidariske, eksempelvis når hjælpen aflyses. Lis accepterer f.eks., at hendes besøg bliver sprunget over, fordi der er andre, der har større behov: "Så må vi tage ... dem, der har det værst, og så må man tale med de andre."

Hos flere skaber det imidlertid en følelse af resignation, fordi der sjældent er mulighed for erstatning. Som Ole udtrykker det: "Søde, rare mennesker, men de er presset ud over alle grænser." Ole og hans hustru, Vera, har oplevet, at det var den enkelte medarbejder, der ringede og måtte melde fra grundet for mange opgaver: "Så gik der 14 dage yderligere. Ja, før vi kunne få skiftet sengetøj. Det er altså ikke særligt rart. Hun kunne ikke magte mere, sagde hun, og det har hun sikkert heller ikke kunnet; de er hårdt pressede. Så hun kom ikke alligevel. ... Så måtte vi vente en måned mere." Interviewer: "Ringede I til kommunen?" Vera: "Jo, du ringede. Men der var ikke så meget at raffe om. Det var bare ærgerligt."

Det kan dog have stor betydning, når hjælpen bliver aflyst, også hvis man modtager rengøring og skal stå for opgaverne selv, indtil hjælpen kommer næste gang. Hans forklarer:

Fordi jeg kan godt mærke, at den sidste uge den er streng. Fordi jeg ikke har, altså når jeg taber noget, spilder noget, sådan nogle ting. ... Jeg har ikke energien og kræfterne til at gøre det rent. Så kan det være om en time eller fem timer, hvor jeg har været inde og sove lidt, så er det tørret ind. Og så er det endnu sværere. ... Ja, altså ned på gulvet. Jeg har ingen kræfter. Jeg har ikke luft.

Hans holder derfor på sin – og andre svækkede ældres – ret til at få hjælp på et andet tidspunkt, hvis den bliver aflyst:

De skal jo ikke dø i synden, som jeg siger, vel. Så jeg vil stadigvæk kræve, at de kommer hver 14. dag. ... Og det er ikke bare for at irritere dem, men bare for at have den hjælp, som jeg har krav på. For jo flere der bare melder fra, jo mere sparer de, og så eskalerer det, og lige pludselig så er der ikke flere, der kan få rengøring, fordi så kan man privatisere det. Altså, det er rent politiske årsager, at jeg gør det. Fordi de kan ikke bare skalte og valte det med mennesker og så tro, at borgeren bliver nødt til at tage privat hjælp.

Christian vil også gerne holde på sin ret, men har indset, at der skal forhandling til. Han udviser smidighed over for systemet ved ikke at insistere på de 75 minutter, som fremgår af hans bevillingsbrev, men vil heller ikke acceptere de 45 minutter, som medarbejderne normalt bruger. Fordi han ikke orker konflikterne med de enkelte medarbejdere, er han gået forhandlingens vej:

Jeg ringede til gruppelederen og sagde: "Du husker, at jeg er blevet visiteret til 75 minutter? I hvert fald giv ham [hjemmehjælperen] venligst en time." Det sagde jeg til hende ... Jeg prøvede at forhandle. Så kunne jeg være sikker på, at han [hjemmehjælperen] i hvert fald bliver 50 minutter.

Christian er meget bevidst om, at hans kritik af systemet og mødet med den enkelte medarbejder har givet ham lidt af et ry blandt hjemmehjælperne: "Det står her. Det står her [i bevillingsbrevet]. Men hvorfor skal jeg hver gang sige det, så de bliver irriterede på mig? 'Han er ikke rar. Lad være med at komme hos ham.'"

10.3.7 Bekymringen for at blive yderligere afhængig

Flere af de ældre med behov for hjælp er bekymrede for at få brug for yderligere hjælp – en bekymring, der grunder i en forventning om, at det offentlige ikke kan træde til og hjælpe. Karen siger:

Puha, jeg tør slet ikke tænke tanken. Det gør jeg ikke. ... Det gør os i hvert fald stædige, så vi vil prøve så meget som muligt selv, så lang tid vi kan. Selvom det gør ondt. ... Jeg siger, at hvis vi ikke kan klare os selv, så skal vi ikke ønske at blive her. Det er min indstilling. Jeg ønsker simpelthen ikke at blive gammel på den måde. Det gør jeg ikke. Ikke når jeg ser, hvad der foregår.

10.3.8 Forventningen om reciprocitet

Andre 'forsikrer' sig hos familiemedlemmer, i håbet om at de fortsat vil stå til rådighed. Som hos Paul og Bente, der har valgt at udbetale et arveforskud til børn og børnebørn med en eksplicit forventning om, at det forpligter den anden vej. De sidder ellers trangt i det til hverdag med høje medicinudgifter:

Poul: Så du kan nok se, at vi er heldige, at vi har vores børn og børnebørn, der vil gøre det. ... De siger aldrig nej. Vi kan bede dem om det hele, hvis der er noget.

Interviewer: Og det synes I, at det har I det okay med?

Bente: Jamen, nu fik de jo så arven på forskud. Så det på en måde kompenserer lidt. Nu har de altså fået forskud på arven for at skulle hjælpe os. Børn og børnebørnene.

Poul: Og de får en bette skilling, når de er her også. [Griner].

Bente: Kommunen vil jo ikke. Så hvad skal vi gøre? Og jeg vil jo gerne blive boende.

10.4 Opsamling

Næsten halvdelen af de svækkede ældre (46 procent) har i spørgeskemaundersøgelsen angivet ikke at have behov for (mere) hjælp. Det betyder omvendt, at mere end halvdelen, 54 procent, får utilstrækkelig hjælp. Der kan være tale om behov for mere hjælp til opgaver, som man i dag modtager lidt hjælp til, men også behov for hjælp til opgaver, som man slet ikke modtager hjælp til. Vi har altså at gøre med ældre med udækkede behov. Hvis man omregner dette til den tilsvarende demografiske gruppe i hele Danmark ved hjælp af DST's korrektionsvægte, viser analysen, at der på landsbasis er omkring 90.500 husstande med svækkede ældre (70+), hvor den ældste person i husstanden oplever at modtage utilstrækkelig hjælp. Dette svarer til ca. 13 procent af alle husstande i Danmark med mindst én svækket person på 70 år eller derover. Da undersøgelsen

kun har medtaget den ældste person i hver husstand, repræsenterer dette tal ikke det samlede antal svækkede ældre i Danmark med utilstrækkelig hjælp.

Det er dog værd at bemærke, at kun hver sjette af de svækkede ældre har angivet at have behov for meget (mere) hjælp, mens hver anden har behov for kun lidt (mere) hjælp. Det er også værd at bemærke, at det især er ældre med to eller flere funktionsnedsættelser og dermed mere komplekse behov, der oplever at modtage utilstrækkelig hjælp.

Når vi ser nærmere på, hvilke opgaver der er behov for (mere) hjælp til, er det især rengøring, der fylder. Her beskriver hver fjerde hjælp til tungere rengøring som et udækket behov. For lettere rengøring gælder det for én ud af tre. Hver sjette svækkede ældre oplever behov for (mere) hjælp til indkøb, og syv til 12 procent oplever udækkede behov for hjælp til opgaver som tøjvask, madlavning, bad og til at få tøj og sko af og på. En del af de ældre har behov for (mere) hjælp til én eller to opgaver; det gælder ca. hver tredje med udækkede hjælpebehov, mens hver femte har udækkede behov for hjælp til mindst tre opgaver.

De primære årsager til, at de ældre ikke får dækket deres behov for hjælpomfatter, usikkerhed i forhold til, om man er berettiget til hjemmehjælphjælp, samt manglen på nære pårørende. For rengøring angiver flere manglende kvalitet som årsag, men også en besværlig ansøgningsproces. Det er overordnet de samme årsager, som blev identificeret i forrige kapitel om svækkede ældre helt uden hjælp.

Der er en stærk sammenhæng mellem civilstand, og om man oplever, at hjælpen er utilstrækkelig. Enlige har både større sandsynlighed for at stå helt uden hjælp, som vist i forrige kapitel, og for at have udækkede behov for hjælp som vist i dette kapitel. At manglende hjælp fra en partner kan være afgørende, er et væsentligt resultat i alle analyser. Personer med to eller flere funktionsnedsættelser har også højere sandsynlighed for at befinde sig i gruppen af svækkede ældre med udækkede behov for hjælp.

Til gengæld er der forskel på, hvad der karakteriserer svækkede ældre uden hjælp og dem uden tilstrækkelig hjælp som gruppe sammenlignet med svækkede ældre, som står helt uden hjælp. Hvor det er de 70-74-årige, som har størst sandsynlighed for at stå helt uden hjælp, er det de ældste, 80+, der har størst risiko for at have udækkede behov for hjælp.

Endelig finder vi en sammenhæng med holdninger: Mener man, at det offentlige har ansvar for ældreplejen, er der større sandsynlighed for at opleve hjælpen som utilstrækkelig. Vi antager, at det er stærkt knyttet til de forventninger, man har til velfærdsstaten.

De kvalitative data understøtter de kvantitative resultater og viser, at svækkede ældre især har udækkede behov for rengøring. Det skyldes både manglende kvalitet, visiteret tid samt standardisering og kan gå ud over lysten til social kontakt i eget hjem og oplevelsen af at blive set som et individ med egne behov. De ældre oplever problemer med kontinuitet i medarbejdere, og at de skal forholde sig til medarbejdernes travlhed og forhandle sig til deres tid.

De ældre anvender forskellige strategier til at overkomme dette: Nogle resignerer, også i bevidstheden om, at der er få ressourcer og mange med behov, eller forsøger at være imødekommende og give sig. Andre kæmper imod og holder på deres ret, også i frygten for, at de eller andre mister retten til at få hjælp fra kommunen. Alternativt 'forsikrer' de sig hos familiemedlemmer, så de fortsat vil yde hjælp. Mere generelt udtrykker de svækkede ældre med udækkede behov for hjælp bekymring for, hvad der sker, hvis (når) deres behov vokser.

11 Hjælpens betydning for den ældres livskvalitet

11.1 Indledning

I dette kapitel undersøger vi, hvordan forskellige faktorer påvirker livskvaliteten for de svækkede ældre i undersøgelsen. Hertil benyttes udelukkende kvantitative data fra spørgeskemaundersøgelsen.

Vi anvender livskvalitet som vores afhængige variabel i tre forskellige regressionsmodeller: 1) en baselinemodel, der fokuserer på funktionsnedsættelsers betydning for livskvalitet (baselinemodel), 2) en model, der undersøger betydningen af utilstrækkelig hjælp, og 3) en model, der undersøger betydningen af at være uden hjælp.

Resultaterne af de tre modeller er illustreret i figur 11.1, hvor punkterne viser effekten af hver faktor på livskvalitet målt på en skala fra et til fem, og de vandrette linjer angiver 95 procent-konfidensintervaller. De centrale uafhængige variable er graden af funktionsnedsættelse, utilstrækkelig hjælp og ingen hjælp, mens vi kontrollerer for sociodemografiske faktorer som alder, køn, uddannelse, indkomst og civilstand. De underliggende regressionsmodeller kan findes i tabelform i det separate bilag.

11.2 Betydningen for livskvalitet

Resultaterne viser – som forventet – en markant negativ sammenhæng mellem antallet af funktionsnedsættelser og livskvalitet. Personer med to eller flere funktionsnedsættelser rapporterer betydeligt lavere livskvalitet sammenlignet med personer med én funktionsnedsættelse ($\beta = -0,369$, $p < 0,001$ i model 1). Den stærke negative sammenhæng består, selv når der kontrolleres for centrale socioøkonomiske og demografiske faktorer som alder, køn, uddannelse, indkomst, civilstand og antal børn. Det indikerer, at effekten af adskillige funktionsnedsættelser på livskvalitet ikke kan forklares af disse bagvedliggende faktorer alene. Sammenhængen forbliver desuden robust, når der i de efterfølgende modeller kontrolleres for modtagelse af hjælp, hvilket understreger den selvstændige betydning som funktionsnedsættelser har for ældres livskvalitet.

Samtidig ser vi, at personer, der ikke modtager hjælp, rapporterer højere livskvalitet ($\beta = 0,315$, $p < 0,001$ i model 3). Den højere livskvalitet blandt personer uden hjælp afspejler således deres bedre funktionsevne, hvilket også understøttes af, at denne gruppe ofte er yngre (80+-årige har otte procentpoint lavere sandsynlighed for at befinde sig i gruppen uden hjælp). Vi antager, at dette kan afspejle, at denne gruppe generelt er mindre svækket. Det kan for nogle måske også afspejle et bevidst fravalg af hjælp, hvor manglen på hjælp derfor ikke negativt påvirker livskvaliteten, snarere tværtimod. Som afdækket i det kvalitative materiale angav flere ældre i denne gruppe, at det var vigtigt for dem fortsat at kunne klare sig selv. De foretrak selv at udføre opgaverne, opdelt i bidder og i lavt tempo, fremfor at være afhængige af andre.

Ifølge den kvantitative analyse har utilstrækkelig hjælp derimod en stærk negativ sammenhæng med livskvalitet ($\beta = -0,535$, $p < 0,001$ i model 2). Dette er et af undersøgelsens mest markante fund: Oplevelsen af ikke at modtage tilstrækkelig hjælp har en større negativ effekt på livskvaliteten end selve det at have adskillige funktionsnedsættelser. Med andre ord: Det at mangle den nødvendige hjælp påvirker ældres livskvalitet mere negativt end deres fysiske begrænsninger. Konkret betyder det, at en svækket ældre person i gennemsnit rapporterer 0,5 point (på en skala fra et til fem) lavere livskvalitet, når de oplever utilstrækkelig hjælp, mens effekten af at have

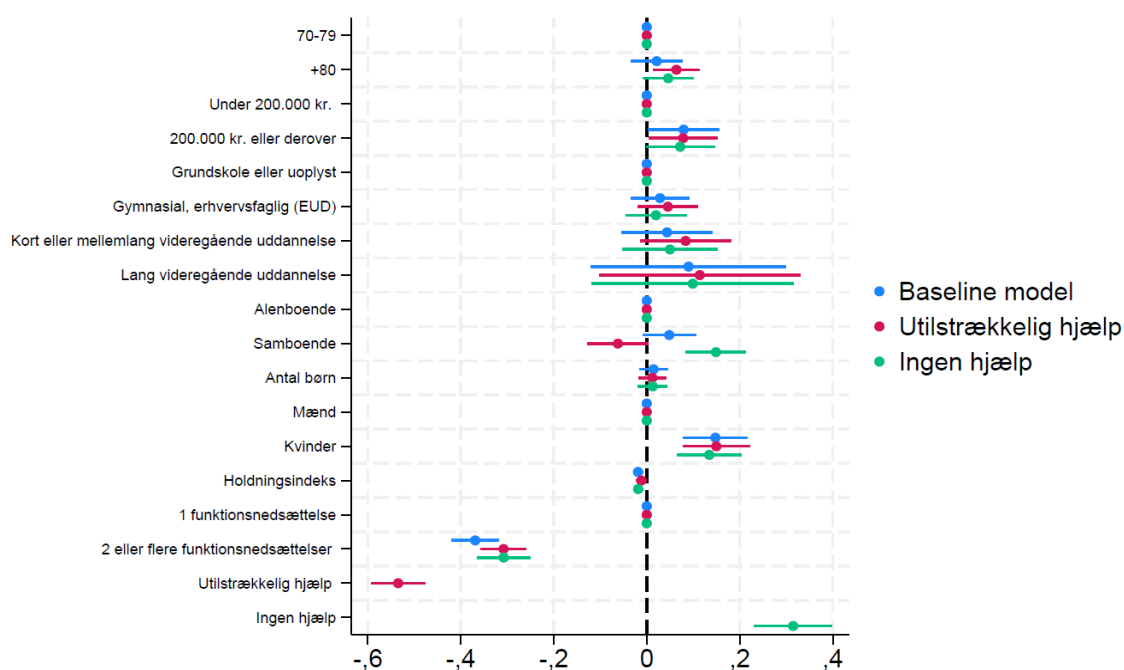
multiple funktionsnedsættelser 'kun' reducerer livskvaliteten med 0,3 point. Dette understreger den afgørende betydning af at sikre tilstrækkelig hjælp til svækkede ældre – ikke blot for at støtte deres praktiske behov, men også for at opretholde deres livskvalitet. Det indikerer samtidig, at manglende eller utilstrækkelig hjælp kan betragtes som et selvstændigt problem, der rækker ud over de udfordringer, som funktionsnedsættelserne i sig selv medfører.

På tværs af alle modeller ser vi, at andre faktorer også påvirker livskvaliteten. Kvinder rapporterer generelt højere livskvalitet end mænd ($\beta = 0,148$, $p < 0,001$), på trods af at vores tidligere analyser viste, at kvinder har højere sandsynlighed for at være uden hjælp (fire procentpoint). Dette kunne indikere, at kvinder er bedre til at håndtere hverdagen uden hjælp, eller at de har andre kompenserende ressourcer eller strategier, de kan trække på.

Der ses også en sammenhæng mellem livskvalitet og holdninger til ældrepleje. Jo mere positive holdninger personer har til offentlig ældrepleje (målt ved holdningsindekset), desto lavere livskvalitet rapporterer de ($\beta = -0,019$, $p < 0,001$).

Sammenhængen mellem civilstand og livskvalitet varierer på tværs af modellerne. Særligt interessant er den stærke positive effekt af at være i parforhold, som ses i model 3 ($\beta = 0,149$, $p < 0,001$), hvor der kontrolleres for at være uden hjælp. Dette indikerer, at parforhold har en selvstændig positiv betydning for livskvaliteten, ud over den praktiske hjælp, en partner kan yde.

Figur 11.1 Koefficientplot over faktorer, der har indflydelse på ældres livskvalitet (n=3897)



Baseline model: model 1; utilstrækkelig hjælp: model 2; ingen hjælp: model 3. Se Tabel A4 i det separate bilag for de underliggende regressionsestimater

11.3 Opsamling

Den kvantitative analyse i dette kapitel har påvist en stærk sammenhæng mellem udækkede behov for hjælp og livskvalitet. Ud over at livskvalitet – ikke overraskende – er stærkt korreleret med

funktionsevne, viser analysen, at den enkeltes livskvalitet er endnu mere afhængig af ikke at få tilstrækkelig hjælp. Det står som et af de fremtrædende resultater af undersøgelsen.

Derudover rapporterer kvinder generelt højere livskvalitet, når der kontrolleres for de forskellige variable, og det på trods af at de oftere end mænd står uden hjælp. Det tyder på, at kvinder bedre kan håndtere at stå uden hjælp eller har andre ressourcer eller strategier, som de kan trække på.

Vi kan også se, at holdninger har betydning for livskvaliteten på en måde, der tyder på, at høje forventninger til den offentlige ældrepleje har en selvstændig, negativ indflydelse på ens livskvalitet.

Vi finder til gengæld ingen negativ sammenhæng mellem livskvalitet og ikke at modtage hjælp. Én forklaring er, at de ældre uden hjælp ikke nødvendigvis selv – jf. deres besvarelse i spørgeskemaundersøgelsen – har angivet at have behov for hjælp. Resultaterne af den kvalitative del viser, at en del ældre i denne gruppe foretrækker at være uafhængige af hjælp, på trods af at de har vanskeligheder ved at udføre hverdagsopgaver.

12 Betydningen af individuelle, holdningsrelaterede og strukturelle faktorer

12.1 Indledning

I dette afsluttende analysekapitel ser vi på, hvordan både individuelle forhold, holdninger og strukturelle faktorer på kommunalt niveau påvirker svækkede ældres adgang til og brug af forskellige former for hjælp. Vi trækker i kapitlet udelukkende på data fra spørgeskemaundersøgelsen.

12.2 Individuelle, holdningsmæssige og strukturelle faktoreres betydning for hjælpeskilde

I analysen af spørgeskemadata undersøger vi, hvad der har betydning for svækkede ældres brug af tre typer hjælpeskilder: kommunal hjemmehjælp, privat købt hjælp og hjælp fra familie og andre (venner, naboer osv.). De tre typer hjælpeskilder bliver målt gennem tre indeks baseret på syv spørgsmål, der angiver, om man får hjælp til forskellige opgaver (indkøb, bad osv.). En score på syv indikerer, at man får hjælp til alle opgaver, mens en score på nul indikerer, at man ikke får hjælp til nogen af opgaverne.

De individuelle forhold, der undersøges, dækker over køn, alder, grad af funktionsnedsættelse, uddannelse, indkomst, afstand til nærmeste barn og civilstand. Det centrale spørgsmål er, hvorvidt fysisk, social og økonomisk sårbarhed har sammenhæng med valget af hjælpeskilder.

De holdningsrelaterede forhold dækker over et indeks baseret på følgende spørgsmål, hvor høje værdier er udtryk for, at det primært er kommunen, der skal yde ældrepleje, mens lave værdier er udtryk for, at man enten selv skal spare op, eller at familien skal stå for plejen:

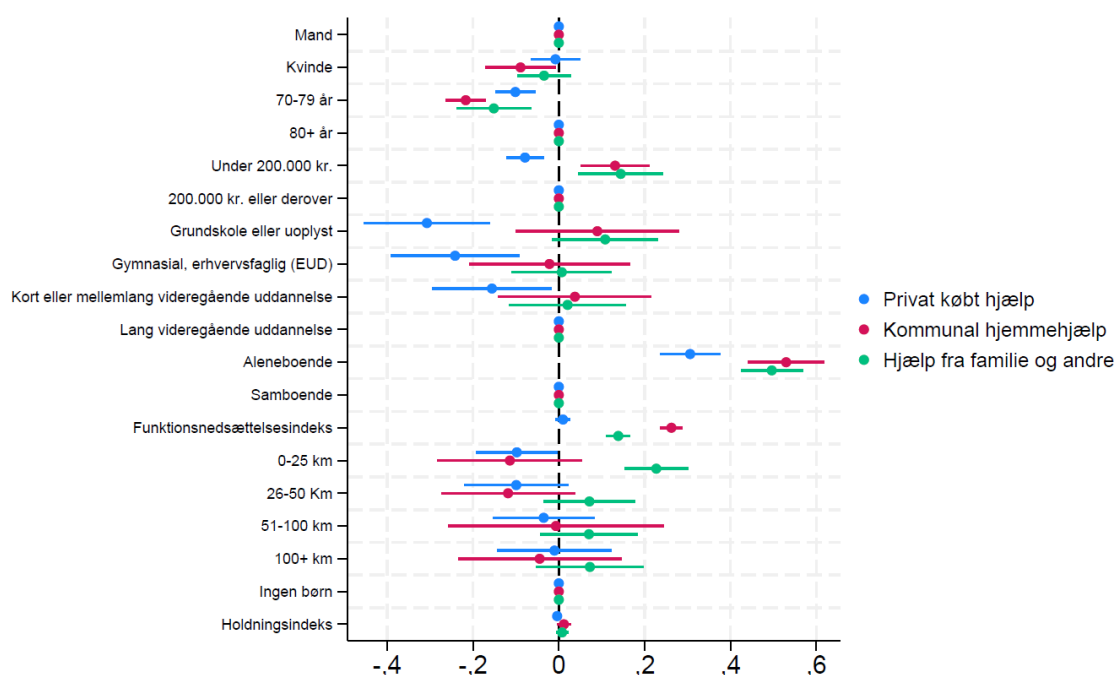
- Kommunen bør have penge nok til, at det offentlige kan yde en god ældrepleje.
- Pårørende bør stå for at udføre en del af ældreplejen, som det offentlige i dag står for.
- Man bør selv spare op til den ældrepleje, man har behov for.

De strukturelle forhold, vi undersøger, er kommunernes beskatningsgrundlag, udgifterne til ældre samt befolkningstætheden (se også metodekapitlet). Det centrale spørgsmål er, om svækkede ældre i kommuner med færre udgifter til ældre og lavere beskatningsniveau i højere grad anvender hjælp fra familie, netværk eller privat købt hjælp som hjælpeskilder i stedet for den kommunale hjemmehjælp.

I figur 12.1 har vi visualiseret de tre regressionsanalyser. Prikkernes placering indikerer koefficienternes størrelse. Figuren viser, hvordan de individuelle og holdningsrelaterede forhold påvirker forekomsten af de tre hjælpeskilder. Der er en positiv sammenhæng mellem antallet af funktionsnedsættelser og brugen af hjælpeskilderne kommunal hjemmehjælp og hjælp fra familie og andre. Med undtagelse af privat købt hjælp stiger sandsynligheden således for at anvende kommunal hjemmehjælp og hjælp fra familie og andre med behovet for hjælp. Når det kommer til indkomst, fremgår det tydeligt, at svækkede ældre med lav indkomst anvender signifikant mindre privat købt hjælp, mens de i højere grad anvender kommunal hjemmehjælp samt hjælp fra familie og andre sammenlignet med svækkede ældre med høj indkomst. Der er således en tendens til, at

svækkede ældre med højere indkomst substituerer offentlig hjælp med privat hjælp. Dette resultat er ikke overraskende, da det primært vil være personer med høj indkomst, der har råd til privat købt hjælp. Figuren viser endvidere, at de lavest uddannede anvender signifikant mindre privat købt hjælp sammenlignet med højtuddannede.

Figur 12.1 Koefficientplot over individuelle faktorer, der har indflydelse på, om ældre modtager privat købt hjælp, kommunal hjemmehjælp eller hjælp fra familie og andre (n=3820)



Se Tabel A5 i det separate bilag for de underliggende regressionsestimater.

Regressionsanalysen viser også, at enlige svækkede ældre anvender alle hjælpepekilder i signifikant højere grad end svækkede ældre, der lever med en partner/ægtefælle. Det er i overensstemmelse med et gennemgående resultat fra alle rapportens analyser: at svækkede ældre i høj grad er afhængige af deres partner, såfremt de har en sådan. Og at der derved også her ses en substituerings-effekt – omend måske ikke frivillig – hvor samlevende i mindre grad har adgang til hjemmehjælp.

Derudover er der en signifikant sammenhæng mellem antallet af funktionsnedsættelser og brugen af kommunal hjemmehjælp og hjælp fra familie og andre. Graden af funktionsnedsættelse har dog ingen betydning for brugen af privat købt hjælp.

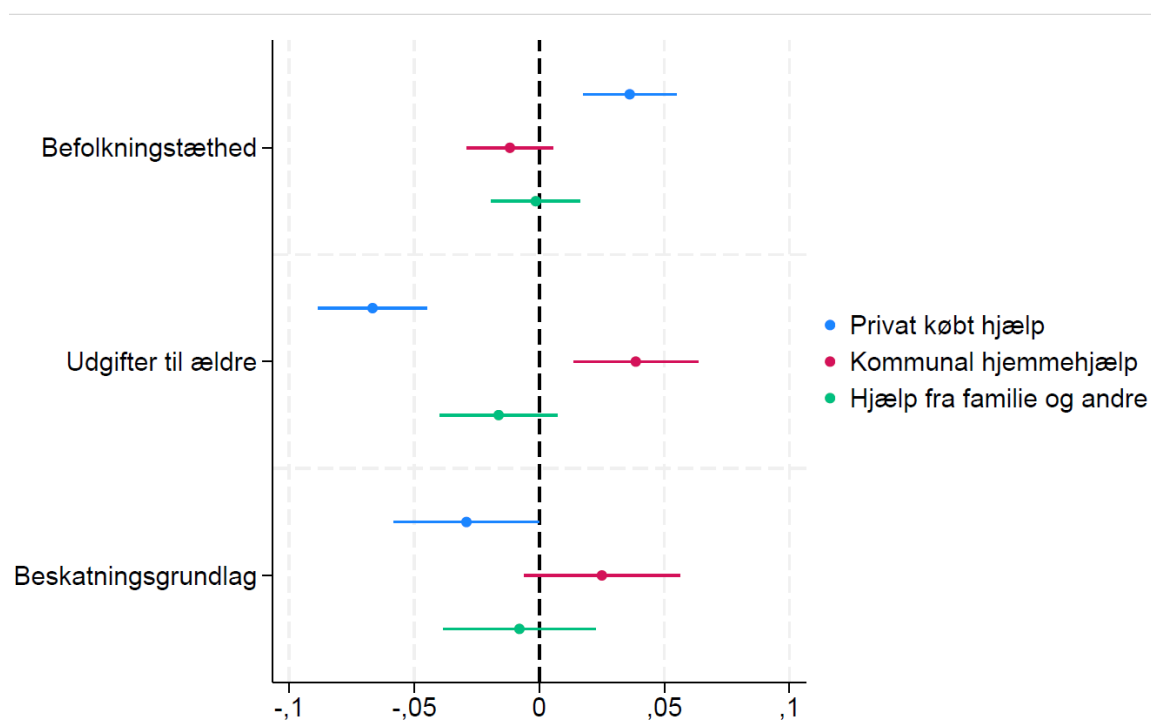
Ikke overraskende har afstanden til nærmeste barn betydning for, om man får hjælp fra familie og andre. Figuren viser, at hvis afstanden til nærmeste barn er under 25 km, er der signifikant større sandsynlighed for at få hjælp fra familie og andre.

Regressionsanalysen viser, at holdningen til, hvorvidt det er kommunen, der skal levere hjælpen, eller om man selv skal spare op, eller familien skal træde til, ikke har betydning for valget af hjælpepekilder. Dette indikerer, at valget af hjælpepekilde primært er bestemt af, hvad man får tilbudt af kommunen, og hvilke muligheder man ellers har for enten at købe sig til mere hjælp eller at få hjælp fra familie og andre.

Overordnet viser figuren, at de mest ressourcestærke svækkede ældre i højere grad bruger privat købt hjælp, mens de mere økonomisk og socialt sårbare ældre i højere grad får hjælp gennem kommunen og fra familie og venner.

Figur 12.2 illustrerer, hvilke kommunale forhold der påvirker kombinationen af hjælpeklender. Vi ser her på variationen i henholdsvis befolkningstæthed, kommunale udgifter til ældre og det kommunale beskatningsgrundlag (se kapitel 5 for en nærmere beskrivelse af disse variable). Det fremgår tydeligt, at højere kommunale udgifter korrelerer med øget brug af hjemmehjælp og lavere brug af privat købt hjælp hos de svækkede ældre. Forklaringen kan være, at de kommuner, der bruger flere penge på ældrepleje end andre kommuner, vil kunne levere mere og bedre service og visitere flere ældre til hjemmehjælp, hvilket vil påvirke brugen af hjemmehjælp og mindske behovet for privat købt hjælp. Lavere udgifter til ældre kan omvendt føre til mindre hjælp fra kommunen, og at de ældre substituerer med privat købt hjælp. Det fremgår endvidere af figuren, at brugen af privat købt hjælp er større i kommuner med relativt høj befolkningstæthed. Dette skyldes sandsynligvis, at muligheden for at kunne købe sig til hjælp er større i mere urbane områder sammenlignet med mere tyndbefolkede områder. Endelig viser figuren, at der ikke er nogen signifikante sammenhænge mellem de strukturelle kommunale forhold og hjælp fra familie og andre.

Figur 12.2 Koefficientplot over kommunale faktorer, der korrelerer med, om ældre modtager privat købt hjælp, kommunal hjemmehjælp eller hjælp fra familien og andre



12.3 Opsamling

I dette kapitel har vi set nærmere på betydningen af individuelle, holdningsmæssige og strukturelle faktorer for brugen og af kombinationen af hjælpeklender. Kapitlet viser, at både individuelle og strukturelle faktorer har betydning for, hvilke hjælpeklender de svækkede ældre anvender.

Ifølge analysen anvender svækkede ældre med lavere socioøkonomisk status i form af lavere uddannelse og indkomst i mindre grad privat købt hjælp. Derimod anvender ældre, der har lav indkomst, flere funktionsnedsættelser samt bor alene, i højere grad hjemmehjælp. Der er således indikationer på, at de mest sårbare ældre i højere grad anvender hjemmehjælp og hjælp fra familie og andre, mens de mere ressourcestærke svækkede ældre i højere grad anvender privat købt hjælp. Analysen viser også, at brugen af hjælp fra børn og svigerbørn er stærkt afhængig af afstanden til børnene. Når det kommer til de strukturelle forhold, viser analysen, at ældre bosiddende i kommuner med høje udgifter til ældre i højere grad anvender kommunal hjemmehjælp og i mindre grad privat købt hjælp. Lavere udgifter til ældre kan omvendt føre til mindre hjælp fra kommunen, og at de ældre substituerer med privat købt hjælp.

13 Konklusion og perspektivering

13.1 Formål og metodisk grundlag

Rapporten har undersøgt hjælp i hverdagen for svækkede ældre i 25 kommuner. Undersøgelsen har haft særligt fokus på at undersøge, om der er et mønster i individuelle, holdningsmæssige og strukturelle faktorer, som kan forklare, hvorfor svækkede ældre ikke modtager hjælp eller oplever at modtage utilstrækkelig hjælp.

Analyserne hviler på et datagrundlag, som omfatter en spørgeskemaundersøgelse udført blandt 19.041 personer 70+ i de 25 kommuner. Da vi er særligt interesserede i betydningen af strukturelle forhold for hjælpen til de ældre, har vi lavet et strategisk udvalg af 25 kommuner, der varierer på henholdsvis befolkningstæthed, beskatningsniveau og driftsudgifter til borgere 67+. Vi har også sikret, at alle regioner er lige repræsenteret. Beregninger fra DST viser, at populationen af ældre i de 25 kommuner ligner populationen af ældre i hele landet i tilstrækkelig høj grad til, at vi kan sige, at de resultater og sammenhænge, vi finder i rapporten, kan genfindes i hele landet.

I spørgeskemaundersøgelsen har vi talt med den ældste person over 70 år i hver husstand, og det har betydning for, hvordan tallene skal forstås. Undersøgelsens resultater beskriver primært husstande med svækkede ældre og ikke direkte det samlede antal svækkede ældre i Danmark. Når vi i rapporten eksempelvis angiver, at 24 procent af ældre 70+ er svækkede, refererer dette til, at den ældste person i 24 procent af husstandene med mindst én person over 70 år, er svækket. Da mange husstande har to samboende ældre, hvor begge kan være svækkede, men kun den ældste potentielt er inkluderet i undersøgelsen, vil vores resultater systematisk undervurdere det faktiske antal svækkede ældre i Danmark, og ligeledes antallet af svækkede ældre der ikke modtager hjælp eller hvor hjælpen opleves som utilstrækkelig. Læseren bør derfor gå ud fra, at alle procenttal og absolutte tal i rapporten repræsenterer husstande med mindst én svækket ældre, ikke individuelle svækkede ældre.

Vi har derudover gennemført 21 kvalitative interview i fem udvalgte kommuner blandt ældre, der i spørgeskemaet har angivet at have behov for (mere) hjælp. Disse data anvendes til at give et dybere indblik i hverdagsliv og -strategier for denne gruppe af ældre.

13.2 Svækkede ældre

Vi har anvendt standardiserede mål for funktionsnedsættelse for at indfange og opgøre omfanget af de ældres svækkelse i udførelsen af syv hverdagsopgaver, der omfatter personlig pleje, praktiske opgaver og mobilitet. Denne måde at opgøre svækkelse på er anvendt i tidligere undersøgelser (Siren og Larsen, 2018; Rostgaard og Matthiessen, 2017 og 2019, Rostgaard m.fl., 2020 og Amilon m.fl., 2024).

Rapporten viser, at én ud af fire af de ældre i de 25 kommuner ikke kan udføre én eller flere af disse opgaver uden hjælp og derved kan betragtes som svækkede. Anvender vi landsvægtene beregnet af DST, svarer det til, at i en ud af fire husstande med ældre 70+ i Danmarks befolkning, er der én person, der kan betragtes som svækket. Dette kan omregnes til ca. 168.500 husstande med mindst én svækket ældre.

Der er tale om ældre, der i højere grad er 80+ og har dårligt helbred, hvilket i sig selv ikke er overraskende, givet at funktionsevne er stærkt korreleret med alder og helbred. Der er flere svækkede ældre blandt kvinder, hvilket kan skyldes, at kvinder typisk lever længere end mænd. Vi

finder dog også, at andre faktorer er afgørende, heriblandt lav indkomst og uddannelsesniveau, at være enlig samt at have få sociale kontakter og føle sig ensom. De svækkede ældre er dermed i en mere socialt og økonomisk sårbar position end ældre generelt i denne aldersgruppe.

13.3 Hjælp fra ægtefælle

Da denne gruppe har angivet ikke selv at kunne udføre én eller flere hverdagsopgaver, er de generelt afhængige af at få hjælp. Vi har i spørgeskemaundersøgelsen spurgt ind til, hvem der primært står for at udføre opgaver knyttet til personlig pleje og praktiske opgaver i hjemmet. Det inkluderer tungere rengøring, lettere rengøring, madlavning, indkøb, tøjvask, at komme i bad og at få tøj og sko af og på. For en stor del, én ud af fire, angives partneren som den primære omsorgsperson. Det er et gennemgående og markant resultat i undersøgelsen, at de svækkede ældre, der har en partner, er stærkt afhængig af denne i hverdagen. Denne afhængighed kan indebære en væsentlig byrde for partneren, både fysisk og mentalt. Vores resultat afspejler andre undersøgelser, f.eks. VIVEs nylige litteraturstudie om pårørendes hjælp til ældre, der viser, at ældre i stigende grad får hjælp fra pårørende, og at det ofte rammer pårørende med egne økonomiske og helbredsmæssige udfordringer ekstra hårdt (Andersen m.fl., 2024).

13.4 Hjemmehjælp

For en mindre gruppe svækkede ældre (én ud af 10) er hjemmeplejen den primære hjælpekilde, oftest til praktiske opgaver som rengøring og for nogle også til personlig pleje. I alt modtager hver tredje svækkede ældre hjemmehjælp, og ikke overraskende er tallet lidt højere blandt de mest funktionsnedsatte. En væsentlig metodisk pointe er derfor, at vi, når vi undersøger de svækkede ældres tilfredshed med hjemmehjælpen, får adgang til den tredjedel af de svækkede ældre, der er blevet visiteret til hjemmehjælp, og som ifølge de kvalitative data ofte har lave forventninger til at blive bevilliget hjælp. Hos disse ældre opleves det som en succes at blive bevilliget hjælp.

Som de kvalitative data også illustrerer, kan visitationen til hjemmehjælp tage udgangspunkt i forskellige behovsgrundlag, som kan ændre sig over tid, og det er ikke altid, at borgeren modtager en skriftlig afgørelse, som man kan kræve sin ret ud fra. De kvantitative data viser, at selvom mange svækkede ældre er tilfredse med hjemmeplejen, er der utilfredshed med særligt manglende kontinuitet blandt medarbejderne.

13.5 Øget målretning af hjemmehjælpen

Analysen af hjemmehjælpen skal ses i en kontekst af øget prioritering på tværs af kommunerne af, hvem der får tildelt hjemmehjælp og hvor meget. Som andre undersøgelser har påvist, har kommunerne igennem de seneste år løbende tilpasset serviceniveauet og opgaveløsningen til det stigende antal ældre, de ældres behov og de økonomiske rammer. Som konsekvens ydes der færre timer til den enkelte (Houlberg og Foged, 2023).

Det er også blevet sværere at blive visiteret til hjemmehjælp. Flere undersøgelser har peget på, at hjemmehjælpen i øget grad målrettes de svageste ældre. Det gælder den praktiske hjælp (Rostgaard og Matthiessen, 2017; Rostgaard m.fl., 2020) såvel som den personlige pleje (Amilon m.fl., 2024). Det betyder, at langt færre i dag modtager hjemmehjælp, samt at ældre med gode sociale og økonomiske ressourcer i dag har lavere sandsynlighed for at blive bevilliget

hjemmehjælp. Det gælder især de ældre, der bor med en partner, eller som bor i ejerbolig (Amilon m.fl., 2024).

Dette står i kontrast til denne undersøgelses resultater, der viser, at de ældre 70+ generelt opfatter omsorg og pleje som et kommunalt ansvar. Undersøgelsen viser endvidere, at der er konsensus blandt de ældre om, at pårørende ikke bør tage ansvar for den hjælp, der i dag ydes af det offentlige.

13.6 Privat købt hjælp

Måske som resultat af målretningen af hjemmeplejen viser vores undersøgelse, at en væsentlig andel af de svækkede ældre (én ud af tre) supplerer hjemmehjælpen med privat købt hjælp. Dette afspejler en større afhængighed af privat finansiering, især blandt de økonomisk mere ressourcestærke. For otte procent af de svækkede ældre udgør den privat købte hjælp den primære hjælpekilde. Ikke overraskende, og ikke mindst med tanke på de svækkede ældres generelle sårbare økonomiske position, er det langt fra alle, der har denne mulighed.

På samme måde er der varierede holdninger til, om man som individ selv har ansvar for at spare op, så man kan købe sig til ordentlig ældrepleje. Ligeledes er der ingen konsensus om, at offentlige opgaver inden for ældrepleje kunne udføres bedre og billigere, hvis de blev overladt til private aktører.

13.7 Hjælp fra anden familie og netværk

For en mindre del af de svækkede ældre udgør anden familie og netværk den primære hjælpekilde, især til indkøb, omend denne form for hjælp primært anvendes til ad hoc-opgaver og er mindre stabil. Som de kvalitative data viser, kan hjælpen fra børn og børnebørn ses som et alternativ til den hjemmehjælp, man ikke er blevet bevilliget. Enkelte svækkede ældre 'forsikrer' sig til denne hjælp ved gennem arveforskud at skabe gensidig forståelse om, at børn og børnebørn skal yde hjælp i den nære fremtid.

13.8 At stå uden hjælp

En betydelig andel af de svækkede ældre (24 procent) i de 25 kommuner modtager ikke hjælp i det daglige. Det gælder særligt dem, der ikke bor sammen med en partner. Med befolkningskorrektionsvægte svarer det til, at i ca. 23 procent af husstande med svækkede ældre (70+) i Danmark får den ældste person i husstanden ingen hjælp. Dette udgør ca. seks procent af alle husstande med mindst én person på 70 år eller derover. Dette estimat indikerer, at der er omkring 38.427 husstande, hvor den ældste svækkede person (70+) ikke får den nødvendige hjælp. Da undersøgelsen kun omfatter den ældste person i hver husstand, kan det faktiske antal svækkede ældre uden hjælp være højere.

Dette understreger igen den vigtige rolle, som partneren har i at udfylde de ældres behov. En af rapportens gennemgående resultater er, at de svækkede ældre er stærkt afhængige af deres partner, og at man oplever at stå alene, hvis man er uden en sådan. Der er flere kvinder og især blandt kvinder under 80 år, der ikke modtager hjælp. Begge faktorer kan muligvis forklares ved, at kvinder oftere overlever deres (ældre) partner. Som forventet afhænger hjælpen af behovet, og svækkede ældre med to eller flere funktionsnedsættelser har mindre sandsynlighed for at stå helt uden hjælp.

Som de kvalitative interview viser, har nogle ældre på trods af deres funktionsnedsættelse valgt at løse opgaverne selv, og ikke søge om hjemmehjælp. Dette sker ud fra et ønske om at være selvhjulpne og uafhængige, så man stadig kan bestemme tempo og tidspunkt for opgavernes udførelse. I disse tilfælde er det et aktivt og bevidst valg. I langt de fleste tilfælde angives imidlertid knappe ressourcer, ønsket om ikke at være til belastning og dårlig kvalitet af hjemmehjælpen samt lange ventetider som årsager til at stå uden hjælp.

13.9 Udækkede behov

Mange svækkede ældre klarer sig selv uden hjælp og oplever, at deres behov i det daglige er tilstrækkeligt dækket. Undersøgelsen viser dog, at 54 procent af de svækkede ældre har udækkede behov for hjælp, især til rengøring. Hver sjette oplever at have brug for meget (mere) hjælp, mens hver anden har behov for lidt (mere) hjælp.

Omregnet med DST's korrektionsvægte svarer det til, at der i omkring 90.490 husstande med svækkede ældre (70+) er mindst én person, der modtager utilstrækkelig hjælp. Disse husstande udgør ca. 13 procent af alle husstande med mindst én person på 70 år eller derover, og i ca. 54 procent af husstandene med mindst én svækket ældre oplever den ældste person at få utilstrækkelig hjælp. Da undersøgelsen kun har medtaget den ældste person i hver husstand, afspejler disse tal ikke det samlede antal svækkede ældre med utilstrækkelig hjælp i Danmark, som kan være højere.

Svækkede ældre med to eller flere funktionsnedsættelser såvel som svækkede ældre, der bor alene, er særligt udsat for at opleve, at hjælpen er utilstrækkelig. Dette understreger, at den øgede målretning af hjemmehjælpen til de svageste ældre ikke nødvendigvis har kompenseret for nedskæringer i timetal og omfang blandt de mest udsatte grupper.

Gruppen af svækkede ældre, som modtager utilstrækkelig hjælp, oplever usikkerhed omkring berettigelsen til hjemmehjælp og besværlige ansøgningsprocesser. Mangel på hjælp skyldes også den faldende kvalitet af især rengøringen. Her kan de generelt færre timer allokeret til hjemmehjælp og flere ufaglærte medarbejdere spille en rolle (Foged og Houlberg, 2023; Houlberg og Foged, 2023).

Som for de svækkede ældre helt uden hjælp er der et samspil med individuelle faktorer. En stor andel af de ældre angiver, at det skyldes manglende pårørende. 15-25 procent nævner dette som årsag til, at de ikke modtager tilstrækkelig hjælp. Det er især de enlige, der har størst risiko for at opleve udækkede behov for hjælp. Samtlige analyser peger således på vigtigheden af hjælp fra en partner. Derudover har ældre med to eller flere funktionsnedsættelser også en højere sandsynlighed for at opleve, at deres behov for hjælp ikke er dækket. Dette indikerer igen, at målretningen af hjemmehjælpen til de svageste ikke har været tilstrækkelig til at kompensere for nedskæringerne i antallet af timer og omfanget af hjælpen.

Som de kvalitative interview illustrerer, er flere ældre bekymrede for at få yderligere behov for hjælp. Nogle resignerer og affinder sig med situationen, da de er bevidste om, at mange andre også har behov. Andre forsøger at være imødekommende og hjælpe til, så medarbejderne kan arbejde mere effektivt. Andre kæmper imod og fastholder deres ret, fordi de frygter, at kommunen ellers vil betragte det som legitimt ikke at yde dem – og andre – hjælp til hverdagsopgaver. Øverst på formularen

13.10 Livskvalitet

Ikke overraskende kan det have indflydelse på de ældres livskvalitet, hvis de oplever udækkede behov. Det er også påvist i andre undersøgelser (Amilon m.fl., 2024; Rostgaard m.fl., 2020). Vi finder i analysen en stærk negativ sammenhæng mellem livskvalitet og at have udækkede behov for hjælp. Dette er et væsentligt fund i undersøgelsen. Mænd med utilstrækkelig hjælp har i gennemsnit dårligere livskvalitet end kvinder med utilstrækkelig hjælp. På samme måde har holdninger vist sig at have en sammenhæng med oplevelsen af at modtage utilstrækkelig hjælp, hvilket kunne være et udtryk for, at ens forventninger ikke er blevet mødt.

13.11 Uligheder i hjælpen og omsorgsfattigdom

Hjælpen til de svækkede ældre og oplevelsen af, om behovet for hjælp er dækket, kan således forstås i lyset af både individuelle, holdningsmæssige og strukturelle forhold. I rapportens afsluttende regressionsanalyser ses stærke indikationer på dette samspil.

For de individuelle faktorer viser det sig, at det især er de mest sårbare ældre, der benytter sig af hjemmehjælp og hjælp fra familien. Vi finder et substitueringsmønster, hvor de mere økonomisk ressourcestærke svækkede ældre i stedet anvender privat købt hjælp. Ligeledes ses en substituerings-effekt, hvor samlevende i mindre grad er visiteret til hjemmepleje end enlige, også når vi tager højde for forskelle i behov og andre individuelle faktorer. Her kan man derfor sige at partneren substituerer for hjemmeplejen, og det peger på en betydning af strukturelle faktorer som hvordan behov vurderes i visitationen. Der er ligeledes en sammenhæng mellem strukturelle faktorer såsom kommunens udgifter til ældre, og hvorvidt de ældre anvender hjemmehjælp, eller om de i stedet vælger privat købt hjælp. Vi kan derfor, jf. Kröger m.fl. (2019), konstatere, at både strukturelle og individuelle faktorer spiller ind på de hjælpeskilder, der er til rådighed for den enkelte, og derfor om man modtager hjælp. Der ses en tydelig social gradient, der gør, at de mest sårbare ældre er i særlig risiko for at opleve omsorgsfattigdom med konsekvens for deres livskvalitet.

Resultaterne viser således også, at fænomenet omsorgsfattigdom skal ses i lyset af de uligheder, som interaktionen mellem individuelle behov, samfundets ressourcer og politiske beslutninger skaber. Særligt i en nordisk kontekst er dette væsentligt. Vi har i de nordiske lande en større forventning om, at vores velfærdsmodel sikrer en omfordeling af ressourcer, så også de svageste kan få dækket deres behov, ligesom vi har en forventning om, at de offentlige ydelser er af en ordentlig standard og anvendes på tværs af socialklasse og -skel, så de mere ressourcestærke ikke finder andre løsninger (Vabø og Szebehely, 2012). Rapportens resultater peger på, at denne forventning ikke nødvendigvis opfyldes.

Endelig kan vi konstatere, at holdninger har en vis indflydelse, ikke så meget på hvem de ældre får hjælp af, men ved at der er en sammenhæng blandt svækkede ældre mellem forventninger til det kommunale ansvar for ældrepleje og oplevelsen af utilstrækkelig hjælp og livskvalitet. Har man som svækket ældre den holdning, at det offentlige bør have ansvaret for at dække ens behov, er det langt mere sandsynligt, at man ikke oplever at få sine behov dækket, ligesom man har lavere livskvalitet. Foruden individuelle og strukturelle faktorer er en vigtig facet af omsorgsfattigdom derfor også de kulturelle faktorer, der skaber forventninger og holdninger til, hvem der er – og bør – være involveret, samt hvad der skal leveres, når det kommer til at dække behovet for hjælp for svækkede ældre.

Litteratur

- Amilon, A., Lauritzen, H.H. og Christensen, M.L. (2024) Ældres livskvalitet og ressource. VIVE-rapport. København: VIVE.
- Andersen, L.S., Topholm, E.H-E., og Sparre, S.L. (2024) Uformel omsorg til hjemmeboende ældre – Et afgrænset kvalitativt litteraturstudie. VIVE-Rapport. København: VIVE.
- Danmarks Statistik (2023) Elektronik i hjemmet. Nyt fra Danmarks Statistik. Nr. 154. København: Danmarks Statistik.
- Dansk Industri (2024) Flere borgere vælger nu privat hjemmepleje når de får muligheden, downloadet 10 februar 2025. <https://www.danskindustri.dk/offentlig-privatsamarbejde/analyser/arkivmappe---analyser/analysearkiv/2024/11/flere-borgere-valger-privat-hjemmepleje-nar-de-far-muligheden/>
- Doyal, L. og Gough, I. (1991) A Theory of Human Needs. New York: Guilford.
- Eydal, B.B. og Rostgaard, T. (i tryk) The Nordic Model, i Ranci, C. og Rostgaard, T. (red.), Handbook of Social Care. Cheltenham: Edward Elgar Publishing.
- Foged, S.K. og Houlberg, K. (2023). VIVEs kommunetal 2023: Færre hjemmehjælpstimer til ældre, især uden for hovedstadsområdet. København: VIVE.
- Greve, B. (2024) Human Needs and the Welfare State. Cheltenham: Edward Elgar Publishing.
- Houlberg, K. og Foged, S.K. (2023) VIVEs kommunetal 2023.7: Færre hjemmehjælpstimer til ældre, især uden for hovedstadsområdet. København: VIVE.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2024). Ufaglært social- og sundhedspersonale på det kommunale ældreområde. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed.
- Kjær, A.A., Poulsen, M.H. & Siren, A. (2016). Respons og bortfald i ældredatabasen. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Kröger, T., Mathew Puthenparambil, J. og Van Aerschot, L. (2019) Care poverty: unmet care needs in a Nordic welfare state. International Journal of Care and Caring, 3(4): 485-500.
- Kröger, T. (2022) Care Poverty: When Older People's Needs Remain Unmet. Cham: Palgrave Macmillan.
- Kröger, T., Brimblecombe, N., Rodrigues, R. og Rummery, K. (red.) (i tryk) Care Poverty and Unmet Needs: Inequalities in Theory and Practice. Bristol: Policy Press.
- Københavns Kommune (2016) Vurdering af robotstøvsugere. Københavns Kommune: Sundheds- og Omsorgsforvaltningen. https://velfaerdsinnovation.kk.dk/sites/velfaerdsinnovation.kk.dk/files/uploaded-files/vtv_af_robotstoevsugere_1.pdf
- Leira, A. (1994) Concepts of Caring: Loving,. Thinking, and Doing, Social Service Review, 68, nr.2: 185-201.

- Marklund, S. (1988) Welfare State Policies in the Tripolar Class Model of Scandinavia. *Politics & Society*, 16(4): 469-485.
- Rambøll (2013) Analyse af borgernes vej gennem systemet – fra visitation til levering af hjemmehjælp. København: Rambøll.
- Rostgaard, T. & Matthiessen, M.U. (2017) Hjælp til svage ældre over tid. København: VIVE (VIVE-notat).
- Rostgaard, T., & Matthiessen, M.U. (2019) Hjælp til svage ældre. København: VIVE.
- Rostgaard, T., Matthiessen, M.U. og Amilon, A. (2020) Hjemmehjælp og omsorgsrelateret livskvalitet. VIVE-rapport. København: VIVE.
- Rostgaard, T., Jakobsen, F., Kröger, T. og Peterson, E. (2022) Revisiting the Nordic long-term care model for older people – still equal? *European Journal of Ageing*, 19(2): 201-210.
- Rostgaard, T., & Graff, L. (2023). Better care, better work? Reablement in Danish home care and the implications for care workers. I T. Rostgaard, J. Parsons, & H. Tuntland (red.), *Reablement in Long-Term Care for Older People: International Perspectives and Future Directions*. Bristol: Policy Press: 189-216.
- Rostgaard, T. (i tryk) Unmet need and care poverty: new patterns of distribution in Danish home care for older people, i Kröger, T., Brimblecombe, N., Rodrigues, R. og Rummery, K. (red.), *Care Poverty and Unmet Needs: Inequalities in Theory and Practice*. Bristol: Policy Press.
- Shanas, E. (1972) Health Status of Older People Cross-National Implications. *American Journal of Public Health*, 64(3): 261-264.
- Shanas, E., Townsend, P., Wedderburn, D., Friis, H. og Milhoj, P. (1968) *Old People in Three Industrial Societies*. New York: Atherton Press.
- Siren, A. og Larsen, M.R. (2018) Ældres helbred, funktionsevne og livsstil – Analyser på baggrund af Ældredatabasens 5. bølge samt udviklingen mellem 1. og 5. bølge 1997-2017. København: VIVE.
- Vabø, M., & Szebehely, M. (2012) A Caring State for all Older People?. I Anttonen, A., Häikiö, L. og Stefánsson, K. (red.) *Welfare State, Universalism and Diversity*. Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing.
- Williams, J., Lyons, B. og Rowland, D. (1997) Unmet long-term care needs of elderly people in the community: a review of the literature. *Home Health Care Services Quarterly*, 16(1-2): 93-119

