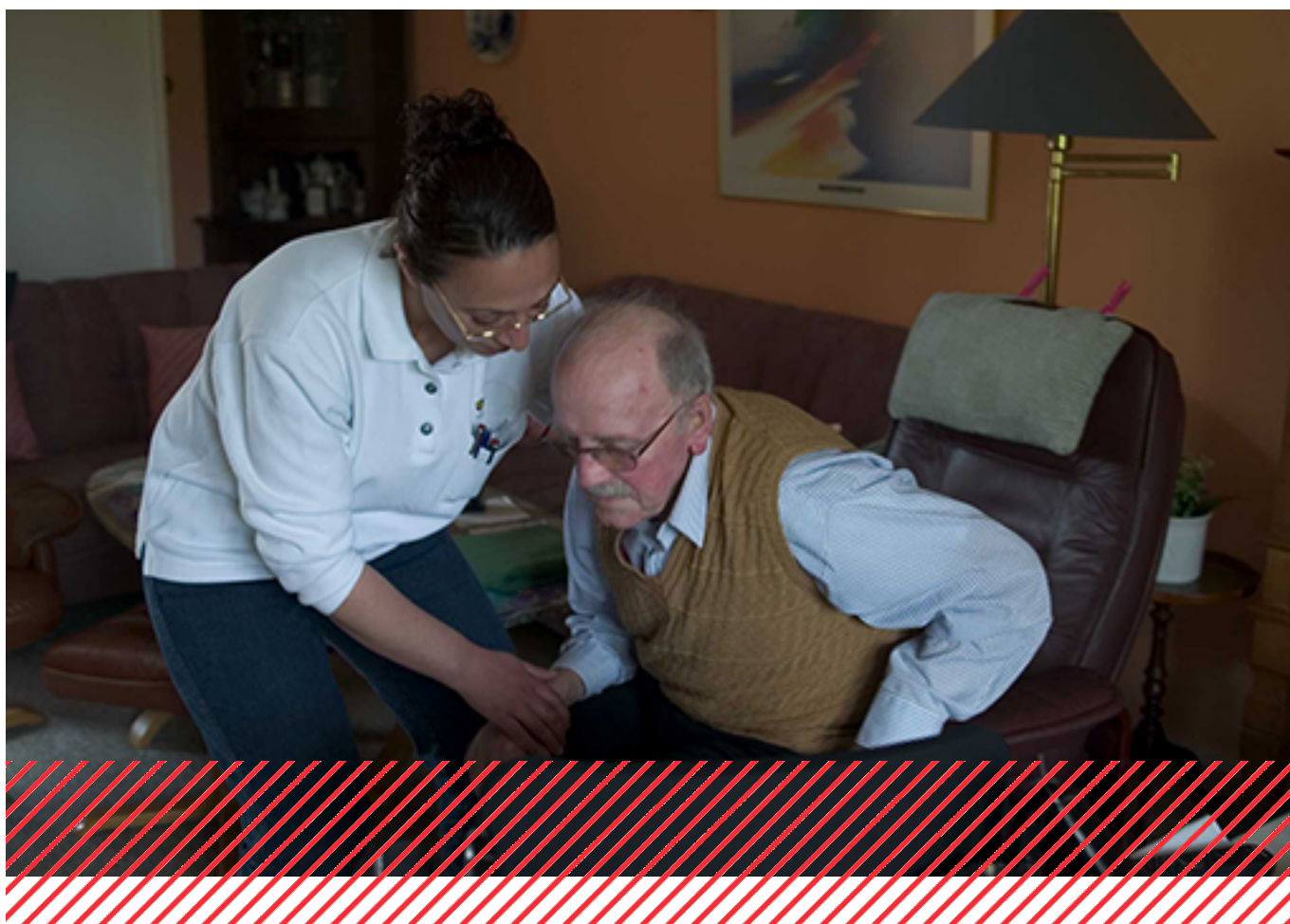


Hjemmehjælp og omsorgsrelateret livskvalitet



Tine Rostgaard, Mads Ulrich Matthiessen og Anna Amilon

Hjemmehjælp og omsorgsrelateret livskvalitet

© VIVE og forfatterne, 2020

e-ISBN: 978-87-7119-757-0

Modelfoto: Michael Daugaard/VIVE

Projekt: 211550

VIVE – Viden til Velfærd

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

Forord

Denne rapport er en undersøgelse af livskvalitet blandt ældre hjemmehjælpsmodtagere i 2012 og 2017. Rapporten bygger på spørgeskemadata fra Ældredatabasen og registerdata fra Danmarks Statistik.

Seniorforsker Jane Greve, VIVE, har bidraget med input til analysen undervejs i projektet. Derudover takker vi professor Karen Andersen-Ranberg, SDU og Geriatrisk afdeling, Odense Universitetshospital, for konstruktive kommentarer på et udkast til rapporten.

Undersøgelsen er udført af professor Tine Rostgaard, sociologistuderende Mads Ulrich Mathiessen og seniorforsker Anna Amilon. Projektet er initieret af VIVE og finansieret af Ældre Sagen, der har haft mulighed for at kommentere på et udkast af rapporten.

Lisbeth Pedersen

Forsknings- og analysechef for VIVE Arbejde og Ældre
2020

Indhold

Sammenfatning	6
1 Indledning	11
2 Data og metode	14
2.1 Ældredatabasen.....	14
2.2 Udvælgelse af hjemmehjælpsmodtagere og typer af hjælp	15
2.3 Metode	16
3 Hjemmehjælpsmodtagernes socioøkonomiske baggrundskarakteristika i 2012 og 2017	18
3.1 Sociodemografiske baggrundskarakteristika	18
3.2 Funktionsevne.....	20
3.3 Socialklasse	23
3.4 Sygelighed	25
3.5 Opsamling	28
4 Udviklingen i hjemmehjælp over tid.....	29
4.1 Fald i andel med praktisk hjælp	29
4.2 Andre hjælpeklender og hjælp til praktiske opgaver	31
4.3 Opsamling	32
5 ASCOT og omsorgsrelateret livskvalitet.....	34
5.1 ASCOT-måleinstrumentet og dets anvendelse	34
5.2 Udvikling af et mangefacetteret livskvalitetsmål	34
5.3 Validering af ASCOT	35
5.4 Filosofisk og teoretisk udgangspunkt.....	35
5.5 Operationalisering af omsorgsrelateret livskvalitet	35
5.6 Universelle domæner og subjektive vurderinger	36
5.7 Er behov dækket eller ej	36
5.8 Præferencevægte	37
5.9 Mulige problematikker ved analysen af omsorgsrelateret livskvalitet.....	38
6 Udviklingen i omsorgsrelateret livskvalitet over tid for hjemmehjælpsmodtagere.....	40
6.1 Omsorgsrelateret livskvalitet samlet og pr. domæne i 2012 og 2017	41
6.2 Betydning af baggrundskarakteristika.....	43
6.3 Betydningen af typen af hjemmehjælp	46
6.4 Behov dækkes mindst ved social kontakt og aktiviteter	47
6.5 Opsamling	50
7 Omsorgsrelateret livskvalitet og behov for mere hjælp til enkeltopgaver	51
7.1 Én ud af tre har behov for mere hjemmehjælp – og især rengøring	51

7.2	Sammenhæng mellem behov for hjælp til enkeltopgaver og omsorgsrelateret livskvalitet	53
7.3	Stærkest sammenhæng mellem behov for mere hjælp til madlavning og omsorgsrelateret livskvalitet	54
7.4	Opsamling	55
	Litteratur.....	56
Bilag 1	ASCOT-spørgsmål og svarkategorier	59

Sammenfatning

Hovedformålet med denne undersøgelse er at undersøge livskvaliteten for ældre hjemmehjælpsmodtagere i 2012 og 2017 i lyset af de ændringer, der er sket i hjemmehjælpen i samme periode.

Omsorgsrelateret livskvalitet

Undersøgelsen benytter sig af måleinstrumentet ASCOT (Adult Social Care Outcomes Toolkit), som tidligere er blevet benyttet til at undersøge livskvaliteten blandt beboere i plejebolig for Ældrekommissionen (Rostgaard, Brünner & Fridberg, 2012) og blandt hjemmehjælpsmodtagere for Hjemmehjælpskommissionen (Rostgaard et al., 2013). ASCOT er inspireret af Amayta Sens' capability-begreb. Med ASCOT måler man såkaldt omsorgsrelateret livskvalitet (forkortet OLK – *Social Care Related Quality of Life* på engelsk) inden for otte såkaldte livskvalitetsdomæner ('kontrol over dagliglivet', 'personlig pleje og velbefindende', 'mad og drikke', 'boligen', 'tryghed', 'aktiviteter', 'social kontakt' og 'værdighed'), hvor omsorgsindsatsen fra hjemmehjælp, familie, venner og bekendte etc. direkte eller mere indirekte tænkes at kunne gøre en forskel.

Vi anvender den såkaldte nuværende OLK, hvor ældre hjemmehjælpsmodtagere vurderer deres livskvalitet på baggrund af den samlede hjælp, de modtager fra hjemmehjælp og eventuelt andre hjælpeskilder. På denne måde tænkes livskvaliteten at være relateret til den samlede pleje og omsorg, man modtager, og ikke en egentlig effekt af den givne hjælp. Analysen kan dermed ikke direkte vise, om udbyttet af hjemmehjælpen har ændret sig over tid (eller for den sags skyld ændringer i udbyttet af den hjælp, man eventuelt modtager fra familiemedlemmer eller andre). Vi kan derimod deskriptivt vise forskelle i OLK-niveauet for hjemmehjælpsmodtagere i henholdsvis 2012 og 2017, når vi kontrollerer for baggrundsvariable, som eventuelt kan have indflydelse på dette niveau.

Ændringer i hjemmehjælpsmodtagernes baggrundskarakteristika

Vi indleder undersøgelsen med at se på, hvor der er socioøkonomiske ændringer i Ældredata-basen i gruppen af hjemmehjælpsmodtagere i alderen 67-92 år, som er interviewet i henholdsvis 2012 og 2017. Vi finder, at denne gruppe – ligesom andre ældre uden hjemmehjælp – gennemsnitligt set bliver ældre, øger deres indkomst, og at flere vurderer deres helbred til at være dårligere. Herudover er der specifikt for gruppen af ældre med hjemmehjælp flere, som i 2017 er aleneboende, end det var tilfældet i 2012, og flere har nyresygdom og/eller en demensdiagnose. Gruppen af ældre med hjemmehjælp ændrer sig ikke på andre af de anvendte parametre såsom funktionsevne, registrerede helbredsproblemer, uddannelse, køn, eller om de har børn og ægtefælle. Der kan dog være andre, ikke-observerbare faktorer, som vi ikke har mulighed for at tage højde for med dette datasæt, som fx graden af demens hos de ældre, deres forventninger til hjemmehjælpen, forståelsen af de domæner, der indgår i ASCOT, eller kvaliteten i hjælp fra andre, som kunne have ændret sig over tid og dermed påvirket OLK på forskellig vis i henholdsvis 2012 og 2017.

Indhold, hyppighed og omfang af hjemmehjælp har ændret sig

Baggrunden for undersøgelsen af OLK for de ældre hjemmehjælpsmodtagere er de ændringer, der i de senere år er sket i indhold, hyppighed og omfang af den kommunale hjemmehjælp. Andelen af ældre, der modtager hjemmehjælp – og især andelen, der modtager praktisk hjælp – er faldet i løbet af de seneste år. Med introduktionen af rehabilitering i hjemmehjælpen er der nu systematisk fokus på at reducere den ældres behov for hjemmehjælp. Mange ældre er motiverede for at (for)blive selvhjulpne, mens andre oplever, at der ikke ydes den hjælp, som

efterspørges, typisk i forbindelse med rengøring. Ligeledes har fokus i de kommunale kvalitetsstandarder været på at konkretisere, præcist hvor mange m² eller værelser man kan forvente at få gjort rent, og mange kommuner har gået fra at yde praktisk hjælp hver uge til nu hver anden uge eller mindre hyppigt.

Mindre andel med praktisk hjemmehjælp – også når der kontrolleres for baggrundskarakteristika

Vores analyse af data fra Ældredatabasen viser, at sandsynligheden for at modtage hjemmehjælp generelt er faldet over tid – fra 12,29 % i 2012 til 7,96 % i 2017 (angivet i marginale sandsynligheder),¹ og at det ikke skyldes sund aldring eller andre væsentlige ændringer i de ældres livssituation. Her er kontrolleret for eventuelle ændringer over tid i ældres funktionsevne og helbred samt ændringer i andre væsentlige baggrundsvariable, fx at være aleneboende, have børn og ægtefælle. Det vil sige, at en ældre med samme funktionsevne, helbred, familiebaggrund etc. havde mindre sandsynlighed for at modtage hjemmehjælp i 2017 end i 2012.

Faldet skyldes alene, at det over tid er mindre sandsynligt, at de ældre modtager praktisk hjælp såsom hjælp til rengøring. Når vi tager højde for ændringer i baggrundskarakteristika, falder sandsynligheden for at modtage praktisk hjælp fra 7,64 % i 2012 til 5,66 % i 2017. Der ses ikke noget signifikant fald over tid i sandsynligheden for at modtage en kombination af personlig pleje og praktisk hjælp, der var henholdsvis 1,85 % i 2012 og 1,66 % i 2017, eller i sandsynligheden for udelukkende at modtage personlig pleje, som var henholdsvis 0,55 % i 2012 og 0,35 % i 2017. I samme periode er der ingen ændring i andelen af ældre hjemmehjælpsmodtagere, som modtager hjælp fra familie, børn eller fra privat købt hjælp.

Vi finder dermed, at udviklingen i andelen af ældre, der modtager hjemmehjælp, ikke kan forklares ved, at de ældre over tid har en bedre funktionsevne, lavere sygelighed etc., men i stedet peger på en ændret kommunal visitations- og tildelingspraksis, som i højere grad prioriterer tildelingen af personlig pleje på bekostning af den praktiske hjælp, og hvor sandsynligheden for at modtage hjemmehjælp generelt er reduceret. Vi fandt samme resultat i en tidligere rapport i dette projekt, hvor vi så på en større gruppe af svage ældre (Rostgaard & Matthiessen, 2019).

Omsorgsrelateret livskvalitet falder over tid

Efter at have dokumenteret disse ændringer i sandsynligheden for at modtage (praktisk) hjemmehjælp vender vi os i rapporten mod OLK. Her er spørgsmålet, om vi ser en udvikling i OLK-niveauet for hjemmehjælpsmodtagerne i henholdsvis 2012 og 2017.

OLK opgøres i forhold til otte livskvalitetsdomæner, som antages at være vigtige for alle mennesker uanset livssituation, og bygger på den ældres egen vurdering af, hvorvidt behov er mødt inden for hvert domæne. I analysen kontrolleres der løbende for ændringer i de ældres baggrundsvariable mellem 2012 og 2017.

Vi finder, at OLK er signifikant lavere på et 10 %-niveau i 2017 end i 2012 på seks ud af de i alt otte domæner. Det største fald ses for domænet 'tryghed', men der ses også et signifikant fald for domænerne 'boligen', 'kontrol over dagliglivet', 'mad og drikke', 'personlig pleje og velfindende' og 'social kontakt'. Der ses til gengæld ingen ændringer på domænerne 'aktiviteter' og 'værdighed'. Dette betyder, at ændringen i OLK over tid omfatter helt basale menneskelige behovsfunktioner, som er relateret til kroppen og boligen, og som er en del af hjemmehjælpens

¹ Procenterne er udtryk for gennemsnitlige marginale sandsynligheder. De er dermed beregnet på baggrund af en regressionsanalyse, hvor der tages højde for baggrundskarakteristika.

kerneopgaver, men også mere komplicerede behovsfunktioner, som hjemmehjælpen kan have en mere eller mindre direkte indflydelse på, såsom at føle sig tryk og i kontrol samt at indgå i sociale relationer.

Skal man overordnet se på, hvor der er forbedringspotentiale i forhold til at løfte OLK for hjemmehjælpsmodtagerne, er det især på domænet 'tryghed', som ligger væsentligt under den mulige OLK-maksimumværdi sammenlignet med de andre domæner.

Man kan på baggrund af værdierne for domænerne udregne en samlet OLK-score, som opsummerer OLK i ét tal med maksimumværdien 1. Vores analyse viser, at det samlede OLK er faldet – fra 0,8778 i 2012 til 0,8416 i 2017.

Det observerede fald i samlet OLK såvel som på domænerne fra 2012 til 2017 kunne skyldes, at selve sammensætningen af gruppen af ældre med hjemmehjælp har ændret sig på de socioøkonomiske baggrundsfaktorer. Vi kontrollerer derfor løbende for gruppens sammensætning i henholdsvis 2012 og 2017. Vi kan ikke udelukke, at der kan være ikke-observerbare faktorer, som spiller ind, fx en forværring af demens, forventninger til hjemmehjælpen eller forståelsen af de domæner, der indgår i ASCOT, og andre faktorer vi ikke har data for. Faldet i OLK kan dog også skyldes, at selve omfanget, hyppigheden og indholdet af hjemmehjælpen har ændret sig.

Uopfyldte behov – især i forhold til kontrol over hverdagen og bolig

Da OLK-domænerne er vægtede, kan det umiddelbart være vanskeligt at sammenligne dem. Vi angiver derfor i rapporten også uvægtede tal for, hvorledes ældre hjemmehjælpsmodtagere har angivet, om deres behov er opfyldt – eller ej – på de otte domæner. Opgjort på uvægtet OLK er det mellem 51-78 % af hjemmehjælpsmodtagerne, der på tværs af domænerne i 2017 angiver at have en såkaldt 'ideel tilstand' – og dermed at deres behov er fuldt dækket med den hjælp, de modtager.

Her ses det, at især ved domænet 'mad og drikke' angiver relativt mange ældre hjemmehjælpsmodtagere i 2017 at have en 'ideel tilstand'. Domænet 'kontrol over dagliglivet' har derimod den laveste andel, som angiver at have en 'ideel tilstand'. Dette er værd at bemærke, da det også er det domæne, som vægtes højest i ASCOT-metoden og dermed anses som det vigtigste for det samlede OLK.

Ser vi i den anden ende af skalaen og dermed på dem, der angiver at have 'nogen' eller 'mange behov', er det mellem 5-21% på tværs af domænerne – og flest ved domænerne 'social kontakt' (21,27 %) og 'aktiviteter' (20,09 %). Der er også en del, som angiver at have behov ved domænet 'kontrol over dagliglivet' (16,07 %). Og ser vi på domænet 'tryghed', som var det domæne, der ændrede sig mest markant over tid og havde det største forbedringspotentiale, har ca. hver tiende i 2017 angivet at have 'mange' eller 'nogle' uopfyldte behov. Mellem 5 og 11 % af hjemmehjælpsmodtagerne angiver at have 'nogen' eller 'mange' uopfyldte behov inden for områder, som direkte kan knyttes til hjemmehjælpens kerneopgaver ('mad og drikke', 'personlig pleje og velbefindende' og 'boligen'). I forhold til om boligen er ren og komfortabel, er det fx hver tiende, som har 'nogen' eller 'mange' uopfyldte behov. Alt i alt angiver 41,76 % at have 'nogen' eller 'mange' uopfyldte behov på minimum ét domæne i 2017. Opgør vi det i forhold til det faktiske antal hjemmehjælpsmodtagere i Danmark i 2017, ville det antalsmæssigt svare til, at ca. 50.000 hjemmehjælpsmodtagere angav at have mindst ét uopfyldt behov på tværs af ASCOT-domænerne.

Behov for fokus på aleneboende og de mest funktionsnedsatte i forhold til samlet omsorgsrelateret livskvalitet

Vi har i analysen kontrolleret for forskelle i baggrundskarakteristika som funktionsevne, helbred, køn, alder etc. Men er der nogle faktorer, der kan forklare, om man har høj eller lav OLK? En sådan analyse kan give et fingerpeg om, hvilke behovsgrupper der især er udsatte, og hvor man skal være ekstra opmærksom.

Ikke overraskende kan vi i analysen se, at man i 2017 har lavere samlet OLK, jo lavere funktionsevne man har – alt andet lige. Med andre ord, har man problemer med lav funktionsevne, har man som oftest også en lav OLK. Samlet OLK er ligeledes lavere for aleneboende.

Mere overraskende er nok, at det samlede OLK er højere, hvis man har en høj alder, og lavere, hvis man har en ægtefælle, samlever eller partner. Førstnævnte kan skyldes, at man har en større sandsynlighed for at modtage hjemmehjælp, jo ældre man er, med andre ord at tildelingen af hjemmehjælp til en vis grad er aldersbetinget. Sidstnævnte kan derimod skyldes en høj statistisk sammenhæng med variabelen aleneboende. Sammenhængen kan dog også skyldes, at sandsynligheden for at modtage hjemmehjælp generelt er mindre for ældre med ægtefælle, og det derfor er de allersvageste af de ældre, som i datasættet både har ægtefælle og modtager hjemmehjælp. Mindre overraskende er det, at jo bedre selv vurderet helbred, jo højere OLK.

Modtagere af personlig pleje har lavere omsorgsrelateret livskvalitet

Vi har ligeledes set på, om OLK-niveauet i 2017 er afhængigt af, hvilken type hjemmehjælp man modtager. Det er ikke overraskende, at de ældre med en kombination af personlig pleje og praktisk hjælp generelt ligger lavere på de fleste OLK-domæner end ældre med udelukkende praktisk hjælp. Forskellen skyldes sandsynligvis deres forskellige udgangspunkt i resourcer og behov, som kommer til udtryk, selv når vi kontrollerer for forskelle i baggrundskarakteristika.

Sammenhæng mellem omsorgsrelateret livskvalitet og behov for mere hjemmehjælp

Afslutningsvis ser vi i rapporten på betydningen af at have behov for mere hjemmehjælp til enkeltopgaver i 2017 såsom behov for mere hjemmehjælp til rengøring, indkøb, at klæde sig på, gå i bad etc. Hver tredje hjemmehjælpsmodtager angiver at have behov for mere hjemmehjælp. Ser vi på det faktiske antal modtagere af hjemmehjælp i Danmark i 2017, ville det svare til, at ca. 36.000 hjemmehjælpsmodtagere angav at have behov for mere hjemmehjælp.

Rengøring er den enkeltopgave, som flest angiver at have behov for mere hjælp til (25 % af alle hjemmehjælpsmodtagerne). Og har man behov for mere hjemmehjælp, er det også mere sandsynligt, at man har en lavere OLK. Det gælder for alle domæner og for samlet OLK. Antallet af opgaver, man har behov for mere hjælp til, er også meget væsentligt: den samlede OLK falder fx med ca. -0,09 for hver ekstra enkeltopgave, som den ældre har behov for hjemmehjælp til. Og endelig har det også betydning, hvilken opgave, det er, man har udækket behov for. Den samlede OLK hænger især sammen med, om man har udækkede behov i forhold til at kunne tilberede mad.

Samlede hovedresultater

Rapporten har således vist, at der blandt gruppen af ældre 67+-årige over en 5-årig periode sker et fald i sandsynligheden for at modtage hjemmehjælp, også når vi kontrollerer for ændringer i de observerbare socioøkonomiske baggrundsvariable. Faldet skyldes alene, at det er blevet mindre sandsynligt at modtage praktisk hjælp som fx hjælp til rengøring. Resultaterne

indikerer dermed, at ændrede kommunale visitations- og tildelingskriterier har haft en betydning. Samtidig ses ændringer i indhold, hyppighed og omfang af hjemmehjælpen. Alt i alt ser vi tendenser i omlægningen af hjemmehjælpen, som kan tænkes at påvirke OLK.

Vi ser tilsvarende, at OLK er lavere i 2017 end 2012. Gruppen af hjemmehjælpsmodtagere er ikke direkte sammenlignelig over tid, da de – som resten af de ældre i befolkningen – er blevet ældre, har fået en højere indkomst og et dårligere selv vurderet helbred. Ligeledes er der flere specifikt blandt hjemmehjælpsmodtagerne med en demensdiagnose og med nyresygdom, og flere er aleneboende i 2017 end i 2012. I analysen tager vi løbende højde for disse mindre forskelle over tid. Der kan dog være andre, ikke-observerbare faktorer, som spiller ind på de ældres behovs- og ressourcesituation, og som forandrer sig fra 2012 til 2017 (som fx grad af demens, forventninger til hjemmehjælp eller forståelsen af de domæner, der indgår i ASCOT). Endelig kan ændringen skyldes en ændring i hyppighed, omfang og indhold af hjemmehjælpen, som har påvirket OLK-niveauet.

Vi ser at, OLK er lavere i 2017 end 2012, både samlet set og på mange af domænerne, hvilket tyder på, at den samlede indsats fra hjemmehjælp og eventuelt andre hjælpeskilder ikke i helt samme grad medvirker til at opfylde de ældres behov over tid. I forhold til domænerne ændres vægtet OLK især på 'tryghed', og når OLK opgøres uvægtet, er det især ved domænerne 'social kontakt' og 'aktiviteter', at mange ældre opgiver at have udækket behov. Derimod er der flest, der angiver, at behovene dækkes på domænet 'mad og drikke'. Der er flere ældre, som over tid angiver at have behov for mere hjemmehjælp, og dette behov har en klar negativ sammenhæng med OLK.

Vi finder også, at nogle væsentlige OLK-forskelle i forhold til baggrundskarakteristika gør sig gældende: OLK er i forskellig grad lavere, hvis man er mere funktionsnedsat, aleneboende, eller hvis man modtager personlig pleje. Det er dermed fortsat vigtigt at følge behovsdækningen for gruppen af hjemmehjælpsmodtagere – både samlet set og med øje for de mest udsatte ældre – såvel som for de forskelle, der er mellem modtagerne af forskellige typer af hjemmehjælp. Og det er værd at følge de domæner af OLK, som især synes at ændre sig i negativ retning.

1 Indledning

Hovedformålet med denne undersøgelse er at beskrive, hvem der modtager hjemmehjælp og til hvilke opgaver i henholdsvis 2012 og 2017, og parallelt hermed at undersøge mønstrene i såkaldt omsorgsrelateret livskvalitet (OLK) i samme tidsperiode.

Baggrunden for undersøgelsen er de ændringer, der i de senere år har fundet sted i indhold, hyppighed og omfang af den kommunale hjemmehjælp. Det ses i statistikkerne, at selv inden for denne undersøgelses relative korte tidsperiode på 5 år er andelen af ældre borgere (65+-årige) med hjemmepleje faldet med 2,58 procentpoint (fra 13,69 % i 2012 til 11,11 % i 2017). Ændringen ses især blandt 80+-årige, hvor faldet er på 5,83 procentpoint (36,80 % i 2012 til 30,97 % i 2017) (Danmarks Statistik, id). Vi har i en anden undersøgelse vist, at denne udvikling ikke kun skyldes en forbedring af funktionsevnen, eller at ældre er blevet mere selvhjulpne, men at tildelingen af hjemmehjælp i højere grad målrettes de svageste ældre. Vores tidligere undersøgelse viste også, at der ikke er flere svage ældre, som modtager hjælp fra andre kilder såsom familie eller venner. Som konsekvens står flere svage ældre i dag uden hjælp (Rostgaard & Mathiessen, 2019).

Til forskel fra ovennævnte undersøgelse, der så på gruppen af svage ældre, uanset om de modtog hjemmehjælp eller ej, har vi i denne undersøgelse udelukkende fokus på gruppen af ældre, der modtager hjemmehjælp. Interessen for denne gruppe skyldes ikke mindst, at også indholdet i hjemmehjælpen har ændret sig i den senere årrække, hvilket derfor kunne påvirke hjemmehjælpsmodtagernes livssituation. Den største ændring er sket i forbindelse med introduktionen af rehabilitering, som så småt tog fart fra 2007 og i 2015 blev indført som lovgivning i servicelovens § 83a. Lovændringen har bevirket, at ældre hjemmehjælpsmodtagere tilskyndes til at blive og forblive mere selvhjulpne i hverdagen. Med rehabilitering tilbydes ældre, som ansøger om hjemmehjælp, et intensivt forløb i hjemmet. Med udgangspunkt i borgerens egne ønsker, behov og ressourcer sammensættes et forløb på typisk 10-12 uger, der skal hjælpe dem til at blive mere selvhjulpne i personlig pleje og praktiske opgaver. Indsatsen leveres typisk som et samarbejde mellem social- og sundhedshjælper eller -assistent og ergo- eller fysioterapeut. Rehabiliteringen kan i mange tilfælde betyde, at den ældre efter endt forløb ikke længere har behov for hjemmehjælp, men kan også betyde en anden behovsdækning. Som påvist i en anden undersøgelse er mange ældre motiverede for at blive mere selvhjulpne, mens andre kan opleve, at der ikke ydes den efterspurgte hjælp, typisk i forbindelse med rengøring (Rostgaard & Graff, 2016; Petersen et al., 2017).

Samtidig med introduktionen af rehabilitering er der sket en ændring i hjemmehjælpsydelsen, således at den personlige pleje fortsat prioriteres, men at hjemmehjælpen i dag i mindre grad består af praktisk hjælp. Dette kan illustreres ved at se på tal fra Danmarks Statistik over, hvor mange ældre 65+-årige, der modtager forskellige typer af hjemmehjælp i henholdsvis 2012 og 2017. Andelen med personlig pleje er næsten konstant mellem 2012 og 2017 (1,69-1,41 %), mens den samlede andel af borgere, der enten modtager praktisk hjælp eller en kombination af praktisk hjælp og personlig pleje, til gengæld er faldet fra 12,17 % i 2012 til 9,70 % i 2017 (Danmarks Statistik, id).

Det samme mønster ses i opgørelserne over hjemmehjælpstid fra Danmarks Statistik: Det gennemsnitlige antal timer for modtagere af praktisk hjælp faldt fra 0,50 timer i 2012 til 0,47 timer i 2017 og for modtagere af kombinationen praktisk hjælp og personlig pleje fra 6,45 timer til 6,35 timer. Omvendt steg det gennemsnitlige antal ugentlige timer, som en borger med personlig pleje fik, fra 4,61 timer i 2012 til 4,83 timer i 2017. Samlet set betyder omfordelingen, at

det gennemsnitlige antal timers hjemmehjælp pr. 65+-årig borger er steget en anelse – fra 3,47 timer ugentligt i 2012 til 3,52 timer ugentligt i 2017.

I dag går 17,3 % af hjemmehjælpstimerne til borgere, der alene modtager personlig pleje, 76,7 % af timerne til modtagere af både praktisk hjælp og personlig pleje, og 6 % til borgere, der alene modtager praktisk hjælp (2017). Og alt i alt er antallet af hjemmehjælpstimer for de 65+-årige faldet fra 459.854 timer i 2012 til 430.015 timer i 2017 – en reduktion på 6,93 % (Danmarks Statistik, id.). I samme periode er de gennemsnitlige kommunale udgifter pr. ældre i alderen 65+ år faldet fra 48.085 kr. i 2012 til 43.038 kr. i 2017 (vist i faste priser, 2017-tal og ekskl. ældreboliger) (ECO Nøgletal, id.).

Der har ligeledes været en udvikling i, hvor ofte man modtager hjemmehjælp, og hvad hjælpen indbefatter. Mange kommuner er gået over til at yde praktisk hjælp hver anden uge eller – mere sjældent i forhold til tidligere – hver uge. I Københavns Kommune er kvalitetsstandarder fx, at der ydes rengøring hver anden uge til et boligareal svarende til 65 m² samt én årlig hovedrengøring (Københavns Kommune, id.). Andre kommuner har valgt kun at tilbyde rengøring hver tredje uge, fx i Holbæk, hvor der som udgangspunkt udelukkende bliver udført rengøring til et boligareal svarende til en 2-værelses lejlighed (Holbæk Kommune, id.). Tendensen til at præcisere, hvor meget hjælp borgeren kan forvente at modtage, har været stigende, og er et udtryk for kommunernes behov for at forventningsafstemme kvalitetsniveauet. Dette har fundet sted i samme periode, som man har ønsket at øge borgernes medindflydelse og frihed til at vælge, eksemplificeret ved introduktionen af frit valg af leverandør i 2003 (Rostgaard, 2011) og i introduktionen af rehabilitering i ældreplejen, hvor hjælpen skal tage udgangspunkt i borgernes ønsker og præferencer (Rostgaard & Graff, 2016). I 2014 præciserede 90 % af kommunerne i deres kvalitetsstandarder det boligareal, der var inkluderet i den praktiske hjælp. Og 97 % præciserede hyppigheden, mens 22 % præciserede antallet af minutter. At kommunerne i mindre grad oplyser om antal minutter, kan skyldes, at KL tidligere har anbefalet kommunerne kun at anvende tidsopgørelser som et internt redskab og ikke oplyse borgeren om den afsatte tidsangivelse, netop fordi det kan skabe en forventning om, at kommunen leverer denne tid og uanset den ældres behov lige den dag (Bertelsen, 2016). KL skrev: *"Borgeren har et retskrav på ydelserne, ikke på tiden"* (KL, 2002: 50; opr. citeret i Bertelsen, 2016).

Det overordnede billede giver dermed et indtryk af, at indhold, omfang og hyppighed af hjemmehjælp har ændret sig og med det resultat, at den personlige pleje opprioriteres i hjemmehjælpen: Blandt hjemmehjælpsmodtagerne er der fra 2012 til 2017 en mindre andel, der modtager praktisk hjælp, mens der ikke er nogen væsentlig ændring i andelen, der modtager personlig pleje. Flere og flere kommuner har i de kommunale kvalitetsstandarder lavet en præcisering af hjemmehjælp til de praktiske opgaver i forhold til tid, boligareal og hyppighed. Færre hjemmehjælpsmodtagere med praktisk hjælp og de generelt færre timer forklarer, at de kommunale udgifter pr. ældre 65+-årige er faldet. Omvendt har der været initiativer, som på hver deres måde skulle tilføre flere økonomiske ressourcer til området samt sikre fleksibilitet i hjemmehjælpsydelsen. Værdighedsmilliarden har fx decideret bevirket, at der nu er flere varme hænder i sektoren (Sundheds- og Ældreministeriet, 2018). Og der er generelt en interesse for at sikre god kvalitet i indsatsen. For eksempel har man i satspuljeforliget for 2017-2020 besluttet at afsætte midler til at udvikle egentlige kvalitetsindikatorer i ældreplejen, der fra 2020 skal gøre det muligt at opgøre kvaliteten. Ligeledes skulle indførelsen af et klippekort give ældre mulighed for at vælge ydelser, der ligger ud over standardtilbuddet, såsom at få hjælp til aktiviteter uden for hjemmet, fx at komme en tur i svømmehallen etc. Det tilbageværende spørgsmål – som denne rapport vil søge at svare på – er, hvordan dette afspejles i, hvem af de ældre

der får hjemmehjælp og til hvilke opgaver i dag i forhold til tidligere, og parallelt hermed om der er mønstre over tid i OLK blandt hjemmehjælpsmodtagerne.

Som vi viser indledende i rapporten, er der over tid enkelte ændringer i gruppen af hjemmehjælpsmodtagere og deres socioøkonomiske baggrundskarakteristika, der derfor skal kontrolleres for i de efterfølgende analyser.

Vi ser dernæst på, om der er ændringer over tid i, hvem der får hjemmehjælp og til hvilke opgaver. I denne deskriptive analyse tager vi højde for de ovennævnte ændringer i baggrundskarakteristika ved hjælp af regressionsanalyser. Analysen ser dermed på, om ændringen i optaget af hjemmehjælp kan forklares ved, at de ældre over tid fx er mindre sunde og raske.

I den videre analyse af OLK ser vi på, hvordan den ændrer sig for hjemmehjælpsmodtagerne i samme tidsperiode og på hvilke livskvalitetsdomæner – igen kontrolleret for ændringer i baggrundskarakteristika.

OLK operationaliseres og måles i undersøgelsen ved hjælp af det validerede og internationalt anvendte måleinstrument ASCOT (Adult Social Care Outcomes Toolkit), som tidligere har været benyttet i Danmark i undersøgelser for Ældrekommissionen og Hjemmehjælpskommissionen (Rostgaard, Brünner & Fridberg, 2012; Rostgaard, Andersen, Clement & Rasmussen, 2013; Rasmussen, S., Andersen, M.H., Clement, S.L. & Rostgaard, T., 2015). Formålet med ASCOT er at måle livskvalitet inden for otte domæner, der relaterer sig til pleje og omsorg. Domænerne er: 'kontrol over dagliglivet', 'personlig pleje og velbefindende', 'mad og drikke', 'boligen', 'tryghed', 'aktiviteter', 'social kontakt' og 'værdighed' (se kapitel 5 for flere detaljer).

I tidligere ASCOT-undersøgelser er hjemmehjælpsmodtagerne dels blevet spurgt til deres nuværende livskvalitetsniveau, dels til det forventede livskvalitetsniveau, hvis de ikke fik hjemmehjælp. Forskellen mellem de to livskvalitetsmål udgør livskvalitetsforbedringen ved at få hjemmehjælp. I denne analyse har vi dog kun mulighed for at opgøre hjemmehjælpsmodtagernes nuværende livskvalitetsniveau inden for de otte domæner i henholdsvis 2012 og 2017. Analysen kan dermed ikke direkte udsige noget om (ændringen i) selve udbyttet af hjemmehjælpen over tid eller for den sags skyld udbyttet af den hjælp, man eventuelt modtager fra familiemedlemmer eller andre. Den kan derimod give en deskriptiv gennemgang af ændringerne i hjemmehjælpen samt en parallel deskriptiv analyse af forskelle i OLK over tid, uden derved direkte at kunne påvise en sammenhæng mellem de to udviklingstendenser.

Undersøgelsen afdækker niveauet af OLK for hjemmehjælpsmodtagerne i alderen 67-92 år i henholdsvis 2012 og 2017. Vi ser fx på, om forskelle i OLK kan forklares ved den type af hjemmehjælp, som de ældre modtager, eller i forhold til forskelle i de ældres baggrundskarakteristika såsom funktionsevne, indkomst, køn etc.

Vi ser også på, om det har betydning for OLK, at man angiver at have behov for mere hjemmehjælp til en række enkeltopgaver som rengøring, indkøb etc., og om et sådant behov har større betydning for nogle ældres OLK end for andres. Samlet set giver OLK-analysen indblik i, hvordan OLK ændrer sig over tid for ældre hjemmehjælpsmodtagere, om der er bestemte grupper af ældre hjemmehjælpsmodtagere, som oplever lavt OLK, samt – i givet fald – hvorvidt der er særlige OLK-domæner, hvor niveauet er lavt.

2 Data og metode

I dette kapitel gennemgår vi de data og statistiske analyser, som anvendes i rapporten. Analysen er fortrinsvis baseret på interviewdata fra Ældredatabasen suppleret med registerdata fra Danmarks Statistik. Vi præsenterer bl.a., hvorledes data fra Ældredatabasen og de anvendte registre er operationaliseret som variable i analysen. Dette inkluderer fx, hvordan de forskellige typer af hjemmehjælp opgøres, samt beskrivelser af de variable, som benyttes til at beskrive ældres baggrundskarakteristika. Følgende survey- og registervariable anvendes i analyserne: køn, alder, indkomst, uddannelse, funktionsevne, diagnoser i forhold til grad af sygelighed, selvurderet helbred, om man er aleneboende, har en ægtefælle eller partner, og om man har børn eller ej.

2.1 Ældredatabasen

Data i Ældredatabasen stammer fra interview med tilfældigt udtrukne personer i befolkningen og baserer sig på subjektive og selvrapporterede svar fra interviewpersonerne. Vi afdækker i rapporten ældres egen opfattelse af både deres funktionsevne, omsorgsrelaterede livskvalitet (OLK), og om de modtager hjemmehjælp eller ej.

Interviewdata i Ældredatabasen er indsamlet ved hjælp af telefoninterview suppleret med besøgsinterview, hvor interview pr. telefon ikke kan lade sig gøre. Data er indsamlet i henholdsvis 1997, 2002, 2007, 2012 og 2017 og med anvendelse af fortrinsvis de samme spørgsmål over tid.

Ældredatabasen er struktureret i forhold til kohorter, således at der i 1997 blev interviewet personer født i henholdsvis 1920, 1925, 1930, 1935, 1940 og 1945. I 1997 var den ældste kohorte i datasættet med andre ord 77 år. De interviewede er søgt geninterviewet i senere runder, og Ældredatabasen har dermed også en panelstruktur. Dette betyder, at paneldeltagerne for hver ny runde af databasen bliver 5 år ældre, og i 2017 var den ældste kohorte blevet 97 år. I den udstrækning det ikke har været muligt at geninterviewe deltagere fra de tidligere runder, er stikprøven blevet suppleret med nye personer inden for hver af de deltagende årgange. Dermed er Ældredatabasen som udgangspunkt altid repræsentativ i et givet år for den ældre befolkning i alderen 52+ år. Eventuelle gengangere i Ældredatabasen antages at have lille til ingen indflydelse på resultaterne, hvis databasen bruges til tværsnitundersøgelser, som vi gør i denne rapport (Kjær, Poulsen & Siren, 2016; Kjær et al, 2019).²

Analysen ser udelukkende på borgere, der bor i eget hjem, og således ikke i plejebolig, og for årene 2012 og 2017, da det kun er her, der indgår spørgsmål om OLK i Ældredatabasen. For 2012 og 2017 er det med data fra Ældredatabasen muligt at inkludere borgere i alderen 67 år til og med 92 år, som er den ældste kohorte, der indgår i 2012. Når vi ønsker at sammenligne 2012 og 2017, kan vi inkludere kohorterne, som var henholdsvis 67, 72, 77, 82, 87 og 92 år på dataindsamlingstidspunktet.

2.1.1 Repræsentativitet i Ældredatabasen

Interviewdata i Ældredatabasen vurderes generelt til at være af høj kvalitet og med høj svarprocent (Kjær, Poulsen & Siren, 2016:65ff). Svarprocenten for Ældredatabasen er 74,7 % i

² Se <https://www.sfi.dk/%C3%A6ldredatabasen/> for flere detaljer om Ældredatabasen.

2012 og 67,3 % i 2017 (Siren & Larsen, 2018:13). Tidligere undersøgelser har vist, at Ældre-databasen er tilnærmelsesvist repræsentativ for den danske befolkning, dog med mindre forskelle. Følgende faktorer er systematisk forbundet med en højere sandsynlighed for non-respons: mand (vs. kvinde); ældste og yngste kohorter (vs. mellemste); indvandrere (vs. dansk eller efterkommer); laveste indkomstkvarterer (vs. mellemste); forladt arbejdsmarkedet (vs. i beskæftigelse); lejere (vs. boligejere), og psykiatrisk diagnose (vs. ingen diagnose).

Der er dog tale om begrænsede forskelle, men en konklusion er, at det ofte vil være nødvendigt at kontrollere for sociodemografiske variable, når der foretages analyser på baggrund af Ældre-databasens enkelte bølger. Vi anvender derfor regressionsanalyser, hvor vi kontrollerer for alder, køn, ægteskabelig status, indkomst, uddannelse, funktionsnedsættelse, diagnoser i forhold til grad af sygelighed, selv vurderet helbred, om man bor alene eller ej, og om man har børn (se afsnit 3.3).

For 2017-versionen af Ældredatabasen er der benyttet vægte, således at Ældredatabasen er fuldkommen repræsentativ i forhold til befolkningssammensætningen med hensyn til alder, helbred, økonomi og generel livskvalitet. Vægtene ændrer dog kun marginalt på estimerne i 2017 (Danmarks Statistik, 2018). Det kan dog tænkes at have en meget beskedent indflydelse på, at der i data for 2012 er en overestimation af ældre, som vurderer deres helbred til at være godt.

En problematik er dog den selektion, som især kommer til udtryk i forhold til lavere deltagelse af de svageste ældre i befolkningen i datasættet (Kjær, Poulsen & Siren, 2016). Det må derfor antages, at det i højere grad er de sundeste og stærkeste ældre, der indgår i Ældredatabasen. Denne problematik imødegås delvist i vores analyse ved, at vi udtaler os om ændringer over tid og med anvendelse af samme udsnit af populationen, hvorved samme bias i forhold til denne problematik nødvendigvis må være gældende i 2012 såvel som i 2017.

Vi har yderligere lavet en repræsentativitetstest af ældre, der angiver at få hjemmehjælp, for at sikre, at vi har et repræsentativt udsnit af hjemmehjælpsmodtagere i Ældredatabasen. Vi har sammenlignet de ældre hjemmehjælpsmodtagere, vi har i Ældredatabasen (67-92 år), med en tilsvarende aldersgruppe af hjemmehjælpsmodtagere i Danmarks Statistiks registre. Her er der ingen signifikante forskelle at finde for hverken køn eller alderssammensætning.

2.2 Udvalgelse af hjemmehjælpsmodtagere og typer af hjælp

Stikprøven fra Ældredatabasen er udvalgt i forhold til 1) alder, hvor vi inkluderer deltagere i alderen 67-92 år, og 2) om de har angivet at modtage hjemmehjælp.

Vi lægger således de ældres egen opgørelse, om de modtager hjemmehjælp, til grund for, om de er inkluderet som hjemmehjælpsmodtagere eller ej, og størstedelen af OLK-analyserne baserer sig på dette overordnede spørgsmål. I Ældredatabasen indgår samme spørgsmål i 2012 og 2017: *"Har du hjemmehjælp, enten midlertidig eller fast?"*.

Andre af OLK-analyserne ser nærmere på, hvordan OLK varierer i forhold til typen af hjemmehjælp. Opgørelsen af, hvilken type hjemmehjælp man modtager, sker også ud fra den ældres besvarelse i Ældredatabasen.³ Typen af hjemmehjælp opgøres som henholdsvis 1) udelukkende hjemmehjælp til praktiske opgaver, 2) udelukkende hjemmehjælp til personlig pleje, og

³ Vi har fravalgt at anvende registerdata for angivelsen af, om den ældre modtager hjemmehjælp, da kvaliteten af denne data generelt er problematisk. Se nærmere i kapitel 5.

3) hjemmehjælp til både praktiske opgaver og personlig pleje. For 2017 er det blandt deltagerne i Ældredatabasen 73,54 % af hjemmehjælpsmodtagerne, der udelukkende får praktisk hjælp, 21,92 % får kombinationen praktisk hjælp og personlig pleje, og 4,54 % får udelukkende personlig pleje.

Opgørelsen af typen af hjemmehjælp er foregået på følgende måde: Hvis den ældre angiver, at hjemmehjælperen hjælper til med mindst én af følgende opgaver, defineres den ældre til at modtage hjemmehjælp til praktiske opgaver: 'at tilberede mad', 'lettere rengøring', 'tungere rengøring', 'indkøb' og 'tøjvask'. Samme spørgsmål om hjælp til praktiske opgaver indgår i Ældredatabasen i både 2012 og 2017, dog er der en forskel i formuleringen af spørgsmålet. I 2012 lyder spørgsmålet: *"Hvem tager sig for det meste af...?"*, hvor formuleringen i 2017 er: *"Hjælper hjemmehjælperen dig med...?"*. Det betyder, at besvarelser i 2012 kan undervurdere, hvor mange der får hjemmehjælp til praktiske opgaver, hvis det fx er en ægtefælle, der for det meste tager sig af de praktiske opgaver, og hjemmehjælperen blot supplerer. Vores opgørelse af, hvor mange der i 2012 modtager praktisk hjælp fra hjemmehjælperen, er dermed en mere konservativ opgørelse end for 2017. Det fald, vi finder i andelen, der modtager praktisk hjemmehjælp fra 2012 til 2017, er derfor et konservativt estimat for det faktiske fald.

Ved personlig pleje er der tale om helt enslydende spørgsmål i 2012 og 2017. Hvis den ældre angiver, at hjemmehjælperen yder hjælp til én af følgende opgaver, defineres vedkommende til at modtage personlig pleje fra hjemmehjælperen: 'toiletbesøg', 'at klæde dig på' og/eller 'at vaske dig/gå i bad'.

Og endelig defineres den ældre til at modtage både praktisk hjælp og personlig pleje, hvis vedkommende angiver at modtage begge typer af hjemmehjælp.

De tre grupper af hjemmehjælpsmodtagere er udtømmende teoretisk, da der ikke er andre typer af hjemmehjælp, som man kan modtage. Der er dog et antal ældre, som i Ældredatabasen angiver, at de får hjemmehjælp, men ikke har angivet til hvilken opgave, og derfor ikke fanges ind i denne gruppering. Det er især i 2012, at dette forekommer. Vi vurderer, at spørgsmålsformuleringen: *"Hvem tager sig for det meste af...?"*, som bliver benyttet i 2012, har indflydelse.

Ændringen i spørgsmålsformuleringen angående hjemmehjælp til praktiske opgaver har muligvis analytiske konsekvenser også for vores opgørelse af OLK for ældre i forhold til typerne af hjemmehjælp, i og med at vi for 2012 sandsynligvis ikke inkluderer et helt repræsentativt udsnit af gruppen af hjemmehjælpsmodtagere i de tilfælde, hvor hjemmehjælperen blot yder lidt praktisk hjælp. Det kan ligeledes tænkes at spille ind på OLK, at vi for 2012 fortrinsvis har de hjemmehjælpsmodtagere med, som får en del praktisk hjælp, hvorimod vi i 2017 også inkluderer dem med blot lidt praktisk hjælp. Vi må derfor antage, at 2012-opgørelsen af OLK for ældre, der modtager praktisk hjælp, også er et mere konservativt skøn end 2017-opgørelsen, hvilket derfor underspiller eventuelt negative ændringer over tid.

2.3 Metode

Der benyttes forskellige statistiske test i løbet af rapporten – primært for at undersøge, om eventuelle forskelle mellem hjemmehjælpsmodtagere i 2012 og 2017 er signifikante. Vi har valgt at arbejde med et signifikansniveau på 10 % i stedet for de vantede 5 %. Det indebærer, at observerede "signifikante forskelle" mellem fx hjemmehjælpsmodtagere i 2012 og 2017 med mindst 90 % sandsynlighed ikke skyldes tilfældigheder. Et 10 %-niveau øger dog sandsynligheden for, at der reelt set ikke er nogen forskel på populationerne (en såkaldt type1-fejl).

Den mest anvendte statistiske test i rapporten er t-test, som måler, om der er gennemsnitlig forskel mellem to tal. Vi benytter også t-test til kategoriske variable ved at opfatte hver kategori som en Bernoulli-fordelt variabel med to mulige udfald (Malchow-Møller & Würtz, 2014:355). Vi benytter t-test fremfor Chi²-test (som ofte bliver brugt ved test af forskelle mellem kategoriske variable) for at kunne udtale os om, hvilke kategorier der er forandringer i fra 2012 til 2017. Chi²-test ville i stedet kunne udsige, om en given fordeling – samlet set – er signifikant forskellig fra 2012 til 2017, men ikke hvilke kategorier der er årsag til en eventuel signifikant ændring.

Derudover anvender vi regressionsanalyse – mere præcist OLS⁴ (Ordinary Least Squares)⁵ for at kontrollere for forskellene i baggrundskarakteristika mellem hjemmehjælpsmodtagere i henholdsvis 2012 og 2017. De baggrundskarakteristika, som vi kontrollerer for, er funktions- evne, alder, køn, diagnoser i forhold til grad af sygelighed, selvvurderet helbred, indkomst, ægteskabelig stilling, om man bor alene, og om man har børn. Vi gennemgår kontrolvariablene mere udførligt i kapitel 4.

Vi benytter robuste standardfejl i alle dele af analysen for at tage højde for eventuelt heteroskedasticitet, med andre ord at alle personers gennemsnitlige afvigelse fra modellens forudsigelser ikke er ens. Grundet Ældredatabasens delvise paneldatastruktur er der 149 deltagere med hjemmehjælp, der indgår i datasættet for både 2012 og 2017. På grund af panelstrukturen er det også testet, om clusterede standardfejl (på individniveau) skulle have betydning i forhold til rapportens resultater. De clusterede standardfejl viser sig ikke at ændre på nogle resultater i analysen. Clusterede standardfejl har dermed kun lidt til ingen betydning og anvendes ikke yderligere i analysen.

For at præsentere resultaterne på en intuitiv måde har vi beregnet de gennemsnitligt marginale prædikterede sandsynligheder for at modtage hjemmehjælp i henholdsvis 2012 og 2017, når alle andre (observerbare) variable holdes på samme niveau. Vi har valgt at bruge gennemsnitsniveauerne på de forklarende variable på tværs af de to stikprøver, når vi beregner de prædikterede sandsynligheder. Det vil sige, at vi beregner sandsynligheden for at få hjemmehjælp for to individer i 2012 og i 2017, der er helt identiske – på nær at den ene er fra 2012 og den anden fra 2017, og at der anvendes en dummy for 2017 for at fange niveauforskellen mellem de to år. Vi anvender Delta-metoden til at beregne standardfejl for de prædikterede sandsynligheder samt til at afgøre, hvorvidt forskellen mellem de to prædikterede sandsynligheder er statistisk signifikant (Gold, Olin & Wang, 2018).

Dermed udtrykker gennemsnitligt marginale sandsynligheder sandsynligheden for fx at modtage hjemmehjælp i 2017 overfor 2012, når der tages højde for udviklingen i baggrundskarakteristika. Der udregnes gennemsnitligt marginale prædikteret værdier ved OLS.

Vi benytter interaktionsled i dele af analysen for at se på, om udviklingen over tid er den samme for alle grupper af ældre. Signifikansniveau angives i tabellerne ved hjælp af * og † og på følgende måde: † < 0,10, * < 0,05, ** < 0,01, *** < 0,001. Tegnet ”-” i tabellerne anvendes til at angive, hvor der af hensyn til anonymitet er for få observationer i cellen til, at det konkrete tal kan vises. Dette har ingen egentlig analytisk betydning, da det er svært at konkludere, om der er en statistisk signifikans, hvis der er for få observationer. Det er især ved enkelte diagnoser i forbindelse med opgørelsen af sygelighedsindekset, at der er for få observationer.

⁴ OLS står for 'Ordinary Least Squares' og er den mest udbredte måde at modellere lineære sammenhænge på.

⁵ I analysen af udviklingen i andelen, der får hjemmehjælp, bliver der stadigvæk benyttet OLS. Der benyttes dermed en lineær sandsynlighedsmodel.

3 Hjemmehjælpsmodtagernes socioøkonomiske baggrundskarakteristika i 2012 og 2017

I dette kapitel beskriver vi, hvordan gruppen af ældre hjemmehjælpsmodtagere ændrer sig fra 2012 og 2017 med udgangspunkt i de socioøkonomiske baggrundsvariable, som videre benyttes i ASCOT-analysen. Formålet er at præsentere, på hvilke parametre hjemmehjælpsmodtagerne har ændret sig i den givne periode og derved at understøtte fortolkningen af den videre ASCOT-analyse. Som en yderligere karakteristik af gruppen af ældre med hjemmehjælp viser vi også, hvor de adskiller sig fra ældre uden hjemmehjælp. Eventuelle ændringer over tid vil dog hyppigere være statistisk signifikante for gruppen uden hjemmehjælp, da denne er meget større i antal. Størstedelen af variable stammer fra Ældredatabasen og enkelte fra registre.

Analysen viser, at sammenlignet med 2012 er de ældre med hjemmehjælp i 2017 gennemsnitligt set ældre; de vurderer deres helbred til at være dårligere, og de har en højere disponibel indkomst. Samme tendens gør sig i øvrigt gældende for de ældre i befolkningen uden hjemmehjælp. For hjemmehjælpsmodtagerne gælder dog specifikt, at der over tid er flere aleneboende, og flere angiver at have en nyresygdom eller en demensdiagnose. Vi tager i de videre ASCOT-analyser løbende højde for disse forskelle over tid i regressionsanalyserne.

På de andre parametre som funktionsevne, køn, uddannelse, ægteskabelig stilling, børn samt samlet indeks over sygelighed er der ingen ændring for hjemmehjælpsmodtagerne mellem 2012 og 2017. Samlet set tegner det et billede af, at gruppen af hjemmehjælpsmodtagere kan være lidt mere udsat i forhold til parametre, som kan forventes at være centrale for den omsorgsrelaterede livskvalitet (OLK) i 2017 end i 2012.

3.1 Sociodemografiske baggrundskarakteristika

De sociodemografiske baggrundskarakteristika inkluderer variable fra Ældredatabasen, der omhandler bosituation, ægteskabelig stilling, alder, køn og om at have børn eller ej. *Bosituation* bliver i rapporten defineret som enten at være aleneboende eller samboende. Der er stærk korrelation mellem denne variabel og variabelen *ægteskabelig stilling*, som vi opgør i forhold til at have en ægtefælle/partner/samlever over for at være ikke-gift/enke/enkemand/enlig. I analyserne tages der også højde for, om borgeren har *børn eller ej*, og for ændringer i andelen af *mænd/kvinder* og forskellen over tid i *alderssammensætning*, da det kan have indflydelse på, om der over tid er flere eller færre af de ældste ældre.

Tabel 3.1 viser de sociodemografiske faktorer for 2012. Hjemmehjælpsmodtagere er generelt ældre, i større grad kvinder, aleneboende og uden ægtefælle og partner end ældre uden hjemmehjælp. Ældre med og uden hjemmehjælp har i lige høj grad børn i 2012.

Tabel 3.1 Ældre (67-92 år) fordelt efter sociodemografiske karakteristika. Særskilt for ældre med og uden hjemmehjælp, 2012. Procent.

		Ingen hjemmehjælp	Hjemmehjælp
Alder	67-77 år	86,42	38,60
	82-92 år	13,58	61,40
	I alt	100	100
Alder (gennemsnit)	År	72,33	80,86
Køn	Mand	47,47	31,24
	Kvinde	52,53	68,76
	I alt	100	100
Bosituation	Aleneboende	29,63	70,02
	Samboende	70,37	29,98
	I alt	100	100
Børn	Har børn	89,81	86,71
	Har ingen børn	10,19	13,29
	I alt	100	100
Ægteskabelig stilling	Gift/partner/samlever	68,83	26,93
	Ingen ægtefælle/partner/samlever	31,17	73,07
	I alt	100	100
n		4.190	557

Anm.: Tallene er baseret på alle ældre i Ældredatabasen (67-92) år i 2012.

Kilde: Ældredatabasen 2012.

Tabel 3.2 viser, hvordan situationen er i 2017. Her angiver [†], *, ** og ***, om der er sket en signifikant udvikling fra 2012 til 2017 på henholdsvis et 10 %-, 5 %-, 1 %- og 0,1 %-niveau.

Tabellen viser igen, at gruppen af ældre, der får hjemmehjælp, generelt er ældre end de ældre, der ikke modtager hjemmehjælp. Igen findes størstedelen af hjemmehjælpsmodtagere i aldersgruppen 82-92 år, og der er en signifikant stigning mellem 2012 og 2017 i denne aldersgruppe, dog kun på 10 %-signifikansniveau. Gennemsnitsalderen for hjemmehjælpsmodtagerne i 2012 var 81 år og er steget signifikant til 83 år i 2017.

I tabellen ses igen en forskel i køn mellem ældre med og uden hjemmehjælp. Ca. to tredjedele af hjemmehjælpsmodtagerne i 2017 er kvinder, mens kvinder udgør kun ca. halvdelen af ældre borgere uden hjemmehjælp. Denne forskel er konstant over tid for både hjemmehjælpsmodtagere og gruppen af ældre uden hjemmehjælp.

I 2017 udgør aleneboende hjemmehjælpsmodtagere 75,8 % af hjemmehjælpsmodtagerne, hvilket er en signifikant udvikling siden 2012, dog kun på 10 %-niveau. Der er ingen signifikant udvikling for ældre uden hjemmehjælp, hvor to tredjedele bor med andre. For ældre med hjemmehjælp er det dermed langt mere typisk at være aleneboende sammenlignet med ældre uden hjemmehjælp. Og denne tendens er blevet en anelse stærkere over tid.

At bo alene handler i høj grad om ikke at have en ægtefælle, hvilket gælder for 77,62 % af hjemmehjælpsmodtagerne (ingen signifikant udvikling over tid). For ældre uden hjemmehjælp gælder det, at 31,34 % er uden ægtefælle. Med andre ord er hjemmehjælpsmodtagere i højere grad uden ægtefælle, og det ændrer sig ikke over tid. Ældre med og uden hjemmehjælp har i lige høj grad børn. Og det er generelt langt størstedelen af ældre, som har børn på tværs af de to grupper af ældre – både i 2012 og 2017.

Konklusionen for udviklingen i sociodemografiske baggrundskarakteristika for hjemmehjælpsmodtagerne er, at de er lidt ældre og i højere grad aleneboende i 2017 sammenholdt med 2012.

Tablet 3.2 Ældre (67-92 år) fordelt efter sociodemografiske karakteristika. Særskilt for ældre med og uden hjemmehjælp, 2017. Procent.

		Ingen hjemmehjælp	Hjemmehjælp
Alder	67-77 år	81,39 ***	32,40 ¹
	82-92 år	18,61 ***	67,60 ¹
	I alt	100	100
Alder (gennemsnit)	År	73,71 ***	82,56 ***
Køn	Mand	47,70	34,93
	Kvinde	52,30	65,07
	I alt	100	100
Bosituation	Aleneboende	30,46	75,82 ¹
	Samboende	69,54	24,18 ¹
	I alt	100	100
Børn	Har børn	91,96 ***	90,10
	Har ingen børn	8,04 ***	9,90
	I alt	100	100
Ægteskabelig stilling	Gift/partner/samlever	68,66	22,38
	Ingen ægtefælle/partner/samlever	31,34	77,62
	I alt	100	100
n		4.935	353

Anm.: Der er lavet t-test, som måler forskellen fra 2012 til 2017 inden for hver gruppe af ældre henholdsvis med og uden hjemmehjælp. ¹ <0,10, * <0,05, ** <0,01, *** <0,001. Tallene er baseret på alle ældre (67-92 år) i 2012 og 2017, her er kun vist 2017.

Kilde: Ældredatabasen 2012 og 2017.

3.2 Funktionsevne

Vi ønsker på samme måde at vurdere, om der sker væsentlige ændringer i funktionsevne for gruppen af ældre hjemmehjælpsmodtagere. Her trækker vi igen på data fra Ældredatabasen. *Funktionsevne* operationaliseres i lighed med tidligere afrapporteringer fra Ældredatabasen (bl.a. Siren & Larsen, 2018; Rostgaard & Mathiessen, 2019) med afsæt i Shanas' validerede funktionsevneindeks (Shanas et al., 1968; Shanas, 1972). Indekset giver et samlet mål for ældres evne til at klare personlige og husholdningsrelaterede hverdagsopgaver. Det er en subjektiv angivelse baseret på den ældres egen vurdering og således uden anvendelse af objektive fysiske målinger. Vi anvender følgende syv spørgsmål om hverdagsopgaver i indekset:

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?

Det er muligt for den ældre at svare 'kan alene uden besvær', 'kan alene, dog med besvær' og 'kan ikke uden hjælp'. Indekset inkluderer kun dem, der svarer 'kan ikke uden hjælp' og er dermed et relativt konservativt mål, da man ikke vil blive vurderet til at være funktionsnedsat, hvis man angiver at kunne udføre en hverdagsopgave 'alene dog, med besvær'. Graden af funktionsnedsættelse opgøres i forhold til antallet af hverdagsopgaver, som man ikke kan udføre uden hjælp. Indekset går dermed fra værdierne 0-7. Vi anvender i analysen funktionsnedsættelse som en kategorisk variabel ved beskrivelser af udviklingen i sammensætningen af gruppen af ældre hjemmehjælpsmodtagere og benytter funktionsnedsættelse som en kontinuert variabel, når den anvendes som kontrolvariabel i regressionsanalyserne.

Alle de ovennævnte spørgsmål om, hvorvidt man kan udføre hverdagsopgaver, er på forskellig vis indikatorer, der fortrinsvis udtrykker fysisk funktionsnedsættelse. Vores måde at opgøre funktionsnedsættelse på undervurderer derfor betydningen af kognitive, sociale eller psykiske problemer for funktionsnedsættelse. Har man sådanne funktionsnedsættelser, kan det vel tænkes også at have indvirkning på behovet for hjælp. Vores funktionsnedsættelsesindeks vil derfor aldrig være lige så præcist i forhold til behovsvurdering som en visitators vurdering af borgerens behov.⁶ Indekset giver dermed udtryk for fortrinsvis fysisk funktionsnedsættelse baseret på de ældres egen vurdering.

Tabel 3.3 viser, hvor mange personer der i 2012 angiver at have en funktionsnedsættelse blandt ældre med og uden hjemmehjælp. Tabellen viser også, hvordan de ældre selv vurderer deres helbred. Her spørges i både 2012 og 2017 om, hvordan den ældre alt i alt vurderer sit helbred, og der er mulighed for at svare virkelig godt, godt, nogenlunde, dårligt og meget dårligt. I 2012 indgår en præcision af, at det er det 'nuværende' helbred, men det vurderes ikke at have indflydelse på besvarelsene.

Ser vi indledende på funktionsevne, har 36,62 % af hjemmehjælpsmodtagerne i 2012 to eller flere funktionsnedsættelser. Dette betyder, at de har mindst to hverdagsopgaver, de ikke kan udføre uden hjælp. Alt i alt kan omtrent 60 % af hjemmehjælpsmodtagerne betragtes som svage ældre med en eller flere funktionsnedsættelser. De resterende hjemmehjælpsmodtagere med 0 funktionsnedsættelser kan dog have kognitive/psykiske problematikker, som ikke vises i funktionsnedsættelsesindekset, og som derfor volder dem besvær med at fungere i hverdagen. Ældre med hjemmehjælp har generelt – og ikke overraskende – lavere funktionsevne end ældre uden hjemmehjælp, og det gælder for både 1, 2 eller flere funktionsnedsættelser.

Ser vi på selv vurderet helbred, vurderer 40,54 % af hjemmehjælpsmodtagerne i 2012, at de har et godt/virkeligt godt helbred. Dette er væsentligt lavere end ældre uden hjemmehjælp, hvor 73,61 % vurderer, at de har et godt/meget godt helbred. Tilsvarende er der forskel på, hvor mange der vurderer deres helbred til at være dårligt/meget dårligt.

⁶ For en mere udførlig forklaring og analyse af opgørelsen over funktionsnedsættelse og bl.a. betydningen af hjælpemidler og teknologi i forhold til den ældres vurdering af eget behov, se eventuelt Rostgaard & Matthiessen (2019).

Tabel 3.3 Ældre (67-92 år) fordelt efter funktionsnedsættelse og selv vurderet helbred. Særskilt for ældre med og uden hjemmehjælp, 2012. Procent.

		Ingen hjemmehjælp	Hjemmehjælp
Funktionsnedsættelse	0 funktionsnedsættelse	89,69	38,42
	1 funktionsnedsættelse	7,59	24,96
	2+ funktionsnedsættelser	2,72	36,62
	I alt	100	100
Selv vurderet helbred ¹⁾	Virkeligt godt/godt	73,61	40,54
	Nogenlunde	22,17	38,92
	Dårligt/meget dårligt	4,22	20,54
	I alt	100	100
n		4.190	557

Anm.: Tallene er baseret på alle ældre (67-92 år) i 2012.

¹⁾ Selv vurderet helbred indgår ikke som kontrolvariabel senere. Inddragelse af selv vurderet helbred som kontrolvariabel ændrer ikke substantielt ved konklusionerne.

Kilde: Ældredatabasen 2012.

Tabel 3.4 viser tallene for 2017. Blandt de ældre med hjemmehjælp har 27,02 % 1 funktionsnedsættelse, og 38,07 % har 2 eller flere funktionsnedsættelser, dvs. omtrent 65 % af hjemmehjælpsmodtagerne. Der er som tidligere foretaget signifikantstest af udviklingen fra 2012 til 2017, som angives i tabellen. Andelen af ældre hjemmehjælpsmodtagere med 2+ funktionsnedsættelser synes at være steget lidt siden 2012, men stigningen er ikke signifikant.⁷ Der er heller ingen signifikante ændringer i andelen af hjemmehjælpsmodtagere, som har 0 eller 1 funktionsnedsættelse over tid.⁸ For gruppen af ældre uden hjemmehjælp ses til gengæld nogle signifikante ændringer i forhold til funktionsevne. Her ses fx en signifikant stigning i andelen med 1 funktionsnedsættelse – fra 7,59 % i 2012 til 9,46 % i 2017.

Vores tal for selv vurderet helbred viser, at 27,61 % af de ældre med hjemmehjælp i 2017 angiver, at deres helbred er dårligt/meget dårligt, hvilket er en signifikant stigning fra 2012. Generelt set angiver de ældre med hjemmehjælp ligesom i 2012, at deres helbred er dårligere, end hvad gælder gruppen af ældre uden hjemmehjælp. Begge grupper har dog oplevet en signifikant forværring siden 2012.⁹

⁷ Dette kan umiddelbart forekomme overraskende, da andre analyser viser, at der generelt er sket en målretning af hjemmehjælpen mod de allersvageste fra 2007 til 2017 (Rostgaard & Matthiessen, 2019). En supplerende analyse (ikke vist i tabel) baseret på dette datasæt af hjemmehjælpsmodtagere i perioden 2012-2017 finder dog samme resultat om målretning mod de svageste, når vi kontrollerer for ændringer i baggrundskarakteristika.

⁸ Som vi har beskrevet nærmere i metodeafsnittet, indfanger vores funktionsevneindeks fortrinsvis fysisk funktionsnedsættelse, hvilket kan forklare andelen af ældre med 0 funktionsnedsættelser, som modtager hjemmehjælp.

⁹ En supplerende difference-in-difference-analyse viser, at der ikke er signifikante forskelle i udviklingen i selv vurderet helbred for ældre med og uden hjemmehjælp.

Tabel 3.4 Ældre (67-92 år) fordelt efter funktionsnedsættelse og selv vurderet helbred. Særskilt for ældre med og uden hjemmehjælp, 2017. Procent.

		Ingen hjemmehjælp	Hjemmehjælp
Funktionsnedsættelse	0 funktionsnedsættelse	88,26 *	34,90
	1 funktionsnedsættelse	9,46 **	27,02
	2+ funktionsnedsættelser	2,28	38,07
	I alt	100	100
Selv vurderet helbred ¹⁾	Virkeligt godt/godt	67,76 ***	33,13 *
	Nogenlunde	26,54 ***	39,26
	Dårligt/meget dårligt	5,71 **	27,61 *
	I alt	100	100
n		4.935	353

Anm.: Der er lavet t-test, som måler forskellen fra 2012 til 2017 inden for hver gruppe af ældre henholdsvis med og uden hjemmehjælp. [†] <0,10, * <0,05, ** <0,01, *** <0,001. Tallene er baseret på alle ældre (67-92 år) i 2012 og 2017, her er kun vist 2017.

¹⁾ Selv vurderet helbred indgår også i de senere analyser som kontrolvariabel, dog som binær med udfaldene: virkelig godt/godt over for nogenlunde/dårligt/meget dårligt.

Kilde: Ældredatabasen 2012 og 2017.

3.3 Socialklasse

Vi undersøger videre, og nu med anvendelse af registerdata, om der er signifikante ændringer i socialklasse over tid inden for og mellem grupperne af ældre med og uden hjemmehjælp. Vi opgør socialklasse i forhold til uddannelse og indkomst, og hertil benyttes registerdata fra Danmarks Statistik.

*Uddannelse*¹⁰ er opgjort som henholdsvis ingen erhvervsuddannelse, kort videregående + erhvervsfaglig uddannelse, mellemlang videregående uddannelse og lang videregående uddannelse. Der skelnes ikke mellem 7. klasse og realeksamen – her også af praktiske årsager, da kategorigrupperne derved ville blive for små.

For *indkomst* anvender vi registerdata om disponibel indkomst opgjort pr. individ og tager højde for inflationen fra 2012-2017 ved at anvende 2016-priser. Negative indkomster er fjernet, da de kan være udtryk for en skatteteknisk opgørelse. Til de deskriptive analyser grupperes indkomst i fire lige store grupper med hver 25 % af respondenterne, opdelt i henholdsvis under fattigdomsgrænse, under median og to kvartiler (3. kvartil og 4. kvartil). Gruppen, der angives at ligge under medianen, er dem, der har en indkomst, der er blandt de laveste 50 %. Man er – jf. EU's fattigdomsgrænse – i risiko for at leve i fattigdom, hvis ens disponible indkomst er under 60 % af medianindkomsten. Til regressionsanalyserne anvendes indkomst som kontinuert variabel. Vi har her valgt at sætte negative indkomster til 0, og de øverste 1 % ved deres grænseværdi, da de antages at være udtryk for outliers. Dette betyder, at de øverste 1 % alle er sat til at have 650.527 kr. i årlig disponibel indkomst.

Tabel 3.5 viser uddannelse og indkomst for ældre med og uden hjemmehjælp i 2012. Generelt er der en tendens til, at hjemmehjælpsmodtagere har et lavere uddannelsesniveau og tilsvarende lavere indkomst end ældre, der ikke får hjemmehjælp. Én mulig forklaring på forskellen kan fx

¹⁰ For ca. 2 % af deltagerne i Ældredatabasen findes der ingen oplysninger om deres uddannelsesniveau i registrene. Disse ældre angives i opgørelsen til at have ingen erhvervsuddannelse, dvs. udelukkende grundskoleuddannelse – ligesom størstedelen af hjemmehjælpsmodtagerne.

være, at ufaglærte typisk ofte er tidligere fysisk nedslidte og dermed har behov for hjemmehjælp på et tidligere tidspunkt, ligesom de har en lavere livsindkomst og efterfølgende lavere pension.

Tabel 3.5 Ældre (67-92 år) fordelt efter uddannelse og indkomst. Særskilt for ingen hjemmehjælp og hjemmehjælp, 2012. Procent.

		Ingen hjemmehjælp	Hjemmehjælp
Uddannelse	Ingen erhvervsuddannelse	37,85	51,79
	Kort videregående + erhvervsfaglig	41,40	34,26
	Mellemlang videregående	14,83	9,76
	Lang videregående	5,92	4,18
	I alt	100	100
Disponibel årsindkomst, kr.	Gennemsnit (2016, novemberpriser)	191.543,60	174.402,90
Indkomst grupperet	Risiko for fattigdom	11,20	6,82
	Under median	38,66	45,78
	3. kvartil	24,04	31,96
	4. kvartil	26,29	15,44
	I alt	100	100
n		4.190	557

Anm.: Der er færre observationer for uddannelse, hvor der mangler oplysninger for henholdsvis 103 personer i gruppen uden hjemmehjælp og 55 personer i gruppen med hjemmehjælp.

Kilde: Ældredatabasen 2012.

Tabel 3.6 viser, hvordan situationen er anno 2017. Stjernerne angiver igen, om der har været en signifikant udvikling fra 2012 til 2017. Tabellen viser, at den generelle tendens til, at uddannelsesniveaet er vokset i befolkningen siden 1960'erne, også slår igennem her. Denne tendens gælder dog kun for ældre uden hjemmehjælp. Blandt ældre med hjemmehjælp er der ingen ændring over tid; fx havde halvdelen i både 2012 og 2017 ingen uddannelse ud over grundskolen (henholdsvis 51,79 % og 51,08 %).

Som vist i Tabel 3.6 har både ældre med og uden hjemmehjælp gennemsnitligt set en større disponibel indkomst i 2017 end i 2012. Tabellen viser også udviklingen i indkomst opgjort som en grupperet variabel. Som det ses i tabellen, er der blandt hjemmehjælpsmodtagerne ingen udvikling i indkomst fra 2012 til 2017. Det er dermed lige store andele i begge år, der er i risiko for fattigdom, har indkomst under medianen, eller er i 3. kvartil og i 4. kvartil. Vi finder dog en fortsat stor forskel i indkomst mellem ældre med og uden hjemmehjælp. Igen forklares det sandsynligvis af uddannelsesforskellene mellem de to grupper.

Samlet set viser opgørelsen en stigende forskel i uddannelsesniveau mellem ældre med og uden hjemmehjælp, men uddannelsesniveaet for hjemmehjælpsmodtagerne har ikke ændret sig siden 2012. Gennemsnitlig disponibel indkomst stiger for begge grupper, og hjemmehjælpsmodtagerne har fortsat en lavere disponibel indkomst end gruppen uden hjemmehjælp.

Tabel 3.6 Ældre (67-92 år) fordelt efter uddannelse og indkomst. Særskilt for ingen hjemmehjælp og hjemmehjælp, 2017. Procent.

		Ingen hjemmehjælp	Hjemmehjælp
Uddannelse	Ingen erhvervsuddannelse	31,86 ***	51,08
	Kort videregående + Erhvervsfaglig	44,55 **	35,63
	Mellemlang videregående	17,51 ***	10,92
	Lang videregående	6,09	2,36
	I alt	100	100
Disponibel årsindkomst, kr.	Gennemsnit (2016, novemberpriser)	211.177,12 ***	189.142,25 **
Indkomst grupperet	Risiko for fattigdom	9,81	6,56
	Under median	39,87	47,35
	3. kvartil	24,65	28,86
	4. kvartil	25,67	17,23
	I alt	100	100
n		4.935	353

Anm.: Der er lavet t-test, som måler forskellen fra 2012 til 2017 inden for hver gruppe af ældre henholdsvis med og uden hjemmehjælp. [†] <0,10, * <0,05, ** <0,01, *** <0,001. Tallene er baseret på alle ældre (67-92 år) i 2012 og 2017, her er kun vist 2017. Der er færre observationer for uddannelse: henholdsvis 4.864 og 350.

Kilde: Ældredatabasen 2012 og 2017.

3.4 Sygelighed

Endelig anvender vi også registre til at udtale os om borgerens sundhedstilstand (sygelighed). Her benyttes data om kroniske sygdomme fra Landspatientregisterets opgørelse over diagnoser i forbindelse med indlæggelse eller ambulante hospitalsbesøg. Opgørelsen af diagnoser er således baseret på en sundhedsfaglig og objektiv vurdering af sygeligheden.

Diagnoserne anvendes til at konstruere et sygelighedsindeks, Charlson's Comorbidity Index (CCI). CCI-indekset er en standardiseret metode udarbejdet til at forudsige 1 års dødeligheden blandt patienter og er en af de mest anvendte metoder til at måle sygdomsbyrde og forventet dødelighed (Christensen et al., 2011). Begrebet komorbiditet dækker over, at der samtidig med den primære sygdom også kan forekomme en eller flere andre kroniske sygdomme hos patienten. De forskellige sygdomme vægtes i indekset hver især i forhold til sandsynlig overlevelse; jo højere værdi for vægt, jo mere vurderes sygdommen negativt at indvirke på borgerens helbred og overlevelsesmulighed.

Følgende sygdomme indgår i CCI med deres vægtede værdi angivet i parentes (Christensen et al., 2011):

- Akut myokardieinfarkt (1)
- Hjerteinsufficiens (1)
- Karsygdomme (1)
- Cerebrovaskulære sygdomme (1)
- Demens (1)
- Kronisk lungesygdom (1)
- Bindevævssygdomme (1)
- Ulcussygdomme (1)
- Milde leversygdomme (1)

- Diabetes (type 1 og 2), uden komplikationer (1)
- Hemiplegi (2)
- Moderate til svære nyresygdomme (2)
- Diabetes (type 1 og 2), med komplikationer (2)
- Cancer (2)
- Leukæmi (2)
- Lymphoma (2)
- Moderate til svære leversygdomme (3)
- Metastaserende cancer (6)
- Aids (6).

Alle ovennævnte sygdomme anvendes til at beregne CCI-indekset. Indekset går fra 0-15, hvor højere værdier udtrykker sværere grad af sygelighed og anvendes som en kontinuerlig variabel i analyserne.

Registreringen af den givne diagnose i Landspatientregisteret er foregået ved tidspunktet for hospitalsindlæggelse eller ambulant besøg. Da de nævnte sygdomme er kroniske, inkluderer vi data om indlæggelser, som viser, om deltagerne i Ældredatabasen inden for de sidste ti år har fået pågældende diagnose. For 2012 er det dermed deltagere, der har fået registreret én eller flere af ovenstående diagnoser fra 2002-2011 og 2007-2016 for 2017.

Beregningen af indeksværdien foregår på den måde, at hvis fx en borger har fået diagnosen i 2008 under en indlæggelse eller et ambulant besøg, men ellers ikke er blevet indlagt senere, så vil denne fortsat have værdien 2 i forhold til CCI-indekset. Hvis samme borger senere fx får diagnosen cancer, så vil han/hun nu også få værdien 2 ved CCI-indekset og dermed samlet have værdien 4.

Landspatientregisteret indeholder kun patientoplysninger fra indlæggelser og ambulante besøg ved offentlige og private sygehuse, men ikke patientoplysninger fra praksissektoren, fx fra besøg ved egen læge. Det begrænser dermed vores opgørelse af graden af helbredsproblemer, at vi ikke kan inkludere eventuelle diagnoser, som er givet ved besøg hos praktiserende læge, fx demens.

Tabel 3.7 viser, hvor stor en andel af de ældre, som i 2012 har diagnoser, der indgår i CCI-indekset. Generelt har en større andel af hjemmehjælpsmodtagerne en diagnose end ældre uden hjemmehjælp. Samme tendens var gældende tidligere i opgørelsen over selvvurderet helbred.

Overordnet er det også tydeligt ved det samlede indeks over sygelighed, at hjemmehjælpsmodtagere har markant højere sygelighed end ældre uden hjemmehjælp. Indeksværdien for hjemmehjælpsmodtagere er dobbelt så stor som for ældre, der ikke får hjemmehjælp.

Tabel 3.7 Ældres (67-92 år) aktionsdiagnoser og samlet sygelighed. Særskilt for ingen hjemmehjælp og hjemmehjælp, 2012. Procent.

	Ingen hjemmehjælp	Hjemmehjælp
Akut myokardieinfarkt	3,10	4,83
Hjerteinsufficiens	1,48	5,03
Karsygdomme	3,22	8,08
Cerebrovaskulære sygdomme	5,37	13,64
Demens	0,24	0,90
Kronisk lungesygdom	3,53	11,67
Bindevævssygdomme	1,81	5,03
Ulcussygdomme	1,38	4,31
Milde leversygdomme	0,48	0,54
Diabetes (type 1 og 2), uden komplikationer	3,01	4,49
Hemiplegi	-	-
Moderate til svære nyresygdomme	0,79	2,15
Diabetes (type 1 og 2), med komplikationer	1,38	3,77
Cancer	9,33	14,00
Leukæmi	0,19	-
Lymphoma	0,55	1,62
Moderate til svære leversygdomme	0,10	-
Metastaserende cancer	0,55	0,54
Aids	-	-
CCI-indeks	0,52	1,07
n	4.190	557

Anm.: Tallene er baseret på alle ældre (67-92 år) i 2012.

Kilde: Ældredatabasen 2012.

I Tabel 3.8 ser vi på de samme tal – nu for 2017 – og med angivelse af, om der er signifikante forskelle fra 2012. Som det fremgår af tabellen, er de tre mest hyppige diagnoser for de ældre med hjemmehjælp blodkarsygdomme i hjerte og hjerne, kronisk lungesygdom og cancer – og der er ingen ændring fra 2012.

Over tid er der ingen signifikant udvikling for hjemmehjælpsmodtagerne i sygelighed som opgjort i det overordnede indeks. Ændringerne i tallene fra 2012 for to diagnoser er dog statistisk signifikante, men kun ved et 10 %-signifikansniveau. Det gælder demens, der stiger, fra at 0,90 % til 2,37 % af hjemmehjælpsmodtagere har fået stillet denne diagnose. Det skal dog pointeres, at mange får demens stillet som sekundær diagnose eller via egen læge, og derfor er disse tal sandsynligvis ikke helt retvisende i forhold til niveauet. Derudover har der i de senere år været øget fokus på diagnosticering af demens. Tallene indikerer dog, at der er sket en stigning i andelen af hjemmehjælpsmodtagere med demensdiagnose. Moderate til svære nyresygdomme stiger ligeledes signifikant fra 2,15 % i 2012 til, at 4,40 % af de ældre med hjemmehjælp i 2017 har fået stillet denne diagnose. Samme tendens ses i øvrigt blandt ældre uden hjemmehjælp.

I gruppen af ældre uden hjemmehjælp ses derudover en svag stigning i livstruende diagnoser som cancer og leukæmi, og mange andre diagnoser er konstante over tid. Det samlede CCI-tal stiger derfor en anelse for ældre uden hjemmehjælp, og på grund af det store antal respondenter er ændringen signifikant over tid – fra 0,52 i 2012 til 0,66 i 2017.

Analysen viser dermed, at når man opgør sygelighed ved hjælp af CCI-indekset, er der en generel tendens til øget sygelighed blandt de ældre både med og uden hjemmehjælp.¹¹ I forhold til vores videre analyse er det dog værd at bemærke, at det indekserede CCI-tal for gruppen af ældre med hjemmehjælp ikke ændrer sig signifikant over tid (1,07-1,20), men at der på et 10 %-signifikansniveau er en stigning i to enkelt diagnoser – demens og nyresygdomme.

Tabel 3.8 Ældres (67-92 år) aktionsdiagnoser og samlet sygelighed. Særskilt for ingen hjemmehjælp og hjemmehjælp. 2017. Procent.

	Ingen hjemmehjælp	Hjemmehjælp
Akut myokardieinfarkt	3,00	4,19
Hjerteinsufficiens	1,90	6,84
Karsygdomme	3,45	7,60
Cerebrovaskulære sygdomme	5,76	12,57
Demens	0,19	2,37 [†]
Kronisk lungesygdom	3,61	10,36
Bindevævssygdomme	2,72	5,65
Ulcussygdomme	1,44	3,96
Milde leversygdomme	0,63	0,69
Diabetes (type 1 og 2), uden komplikationer	2,94	3,10
Hemiplegi	-	-
Moderate til svære nyresygdomme	1,72 ***	4,40 [†]
Diabetes (type 1 og 2), med komplikationer	1,56	3,82
Cancer	12,67 ***	16,50
Leukæmi	0,54 **	-
Lymphoma	0,75	1,39
Moderate til svære leversygdomme	0,14	-
Metastaserende cancer	0,71	0,85
Aids	-	-
CCI	0,66 ***	1,20
n	4.935	353

Anm.: Der er lavet t-test, som måler forskellen fra 2012 til 2017 inden for hver gruppe af ældre henholdsvis med og uden hjemmehjælp.[†] <0,10, * <0,05, ** <0,01, *** <0,001. Tallene er baseret på alle ældre (67-92 år) i 2012 og 2017, her er kun vist 2017.

Kilde: Ældredatabasen 2012 og 2017.

3.5 Opsamling

Analysen viser samlet set, at gruppen af ældre med hjemmehjælp fra 2012 til 2017 ændrer sig på nogle parametre: de er i gennemsnit lidt ældre, flere angiver at have dårligt helbred, og den disponible indkomst er steget. Derudover er der flere aleneboende, og flere har en nyresygdom og en demensdiagnose. På de andre parametre som funktionsevne, køn, samlet sygelighed, indkomst, uddannelse, ægteskabelig stilling og børn er der ingen ændring for hjemmehjælpsmodtagerne mellem 2012 og 2017. Denne udvikling indikerer, at ældre hjemmehjælpsmodtagere på nogle områder er svagere i 2017 end i 2012, hvilket kan tænkes at have indflydelse på deres OLK.

¹¹ Samme overordnede konklusion ses i øvrigt i Sundhedsstyrelsens rapport fra 2019: Ældres sundhed og trivsel – Ældreprofilen 2019. København: Sundhedsstyrelsen.

4 Udviklingen i hjemmehjælp over tid

I dette kapitel ser vi nærmere på det ene af hovedformålene med rapporten: at undersøge, hvordan hjemmehjælpen overordnet har udviklet sig over tid i forhold til, hvem der får hjælp, og om de får hjælp til personlig pleje og/eller praktiske opgaver.

I analysen anvendes de ældres egen besvarelse i Ældredatabasen samt registerdata fra Danmarks Statistik. Vi præsenterer først rå tal, som udtrykker den generelle udvikling, og kontrollerer dernæst for udviklingen i de ældres baggrundskarakteristika ved hjælp af regressionsanalyser. Dette gøres for, at vi kan udtale os om, hvorvidt ændringen i anvendelse af hjemmehjælp over tid skyldes en ændring i de ældres behovssammensætning, eller må tilskrives noget andet, fx ændret kommunal visitationspraksis. Som vi har vist i foregående kapitel, er der nogle socioøkonomiske baggrundskarakteristika, på hvilke hjemmehjælpsmodtagerne ændrer sig over tid (alder, aleneboende, gennemsnitlig disponibel indkomst, selv vurderet helbred og andel med demens og nyresygdomme). Endelig kan der være ikke-observerbare faktorer, som spiller ind, fx øget grad af demens, kognitiv funktionsnedsættelse etc., som vi ikke har mulighed for at tage højde for i analysen.

Opsummerende finder vi, at sandsynligheden for at modtage hjemmehjælp falder fra 12 % i 2012 til 8 % i 2017, når vi tager højde for ændringer over tid i baggrundskarakteristika.¹² Ændringen skyldes alene, at sandsynligheden for udelukkende at modtage praktisk hjælp er faldet. I forhold til hjælp med praktiske opgaver ses i en supplerende analyse ingen tilsvarende stigning i, om familie, venner eller bekendte hjælper til i stedet, og heller ingen stigning i anvendelsen af privat købt hjælp.

Det er med andre ord blevet mindre sandsynligt for de ældre at modtage hjemmehjælp, også når vi kontrollerer for udviklingen i baggrundskarakteristika såsom funktionsevne, sygelighed, hjælpeklider etc. Og udviklingen drives alene af den lavere sandsynlighed for at modtage praktisk hjælp. Det er omvendt ikke blevet mere sandsynligt at modtage praktisk hjælp fra andre hjælpeklider.

4.1 Fald i andel med praktisk hjælp

Tabel 4.1 viser den generelle udvikling i andelen af ældre i Ældredatabasen, der modtager hjemmehjælp, samt hvilken type hjemmehjælp de modtager, og dermed om der er ændringer i, om man udelukkende modtager praktisk hjælp, personlig pleje eller en kombination af praktisk hjælp og personlig pleje.¹³

Her ses, at den samlede andel af ældre 67-92-årige, der modtager hjemmehjælp, falder fra 2012 til 2017 (rå tal). Omtrent 11,73 % af ældre i Ældredatabasen angiver, at de fik hjemmehjælp i 2012, og dette falder til 8,00 % i 2017. Som redegjort for i indledningen ser vi samme udvikling i de kommunale nøgletal fra Danmarks Statistik, hvor omtrent 13,69 % af alle ældre borgere over 65 år fik hjemmehjælp i 2012, faldende til 11,11 % i 2017 (ECO Nøgletal, baseret på tal fra Danmarks Statistik). Vores estimat på baggrund af Ældredatabasen er dermed lavere end tallene fra de kommunale nøgletal. Dette skyldes, dels at vi ikke har de allerældste med (92+-årige), dels at de svageste ældre antages at være underrepræsenteret i Ældredatabasen

¹² Vi har kørt en separat regressionsanalyse, hvor vi yderligere har kontrolleret for betydningen af hjælpeklider, og dette ændrer ikke resultatet.

¹³ Vores opgørelse over typer af hjemmehjælp er ikke fuldstændig, i og med at ikke alle ældre hjemmehjælpsmodtagere i Ældredatabasen har angivet, hvilken form for hjemmehjælp de modtager, se metodeafsnittet for nærmere redegørelse.

(se også metodeafsnittet). Rent metodisk har det dog ingen indflydelse på vores videre analyse, da vi følger samme aldersgruppe af ældre over tid.

Ser vi på, hvor mange ældre der jf. Ældredatabasen modtager de forskellige typer af hjemmehjælp, falder andelen af ældre i befolkningen med udelukkende praktisk hjælp fra 6,78 % i 2012 til 5,67 % i 2017.¹⁴ Gruppen af ældre med udelukkende personlig pleje er relativ lille og falder fra 0,61 % til 0,35 % (signifikant på 10 %-niveau). For kombinationen praktisk hjælp og personlig pleje er der ingen signifikant udvikling over tid.

Dermed er det typen udelukkende praktisk hjemmehjælp, som flest ældre i alderen 67-92 år modtager i både 2012 og 2017. Og det generelle fald i andelen, der modtager hjemmehjælp, skyldes især, at færre over tid får denne type hjemmehjælp. Samme tendens ses i øvrigt i de kommunale nøgletal (se også i indledningen).

Tabel 4.1 Udviklingen i andelen af ældre (67-92 år), der modtager hjemmehjælp. Særskilt for type af hjemmehjælp, 2012 og 2017. Procent.

	Alle	
Hjemmehjælp	2012	2017
Udelukkende praktisk hjælp	6,78	5,67 *
Udelukkende personlig pleje	0,61	0,35 ¹
Både praktisk hjælp og personlig pleje	2,11	1,69
Hjemmehjælp i alt	11,73	8,00 ***
N	4.747	5.288

Anm.: Der er lavet t-test, som måler forskellen fra 2012 til 2017. ¹ <0,10, * <0,05, ** <0,01, *** <0,001. Tallene er baseret på ældre 67-92 år i 2012 og 2017.

Kilde: Ældredatabasen 2012 og 2017.

Spørgsmålet er, om tendensen til, at en mindre andel ældre modtager (praktisk) hjemmehjælp, helt eller delvis kan forklares ved ændringen i de ældres baggrundskarakteristika, fx hvis der var færre, der angav at have dårligt helbred. Tabel 4.2 viser derfor de prædikterede andele af ældre, der modtager de forskellige typer af hjemmehjælp, baseret på regressionsmodeller, hvor vi kontrollerer for forskelle i baggrundskarakteristika (sociodemografi, funktionsevne, socialklasse, selv vurderet helbred og indeks over sygelighed (se kapitel 3 for en deskriptiv gennemgang af de anvendte kontrolvariable). Tallene er udtrykt i gennemsnitlige marginale sandsynligheder og angives derfor i procent (se eventuelt metodeafsnittet for yderligere forklaring).

Vi ser, at ved at kontrollere for disse baggrundskarakteristika, så øges forskellen i andelen af ældre med hjemmehjælp mellem 2012 og 2017 yderligere. Den samlede sandsynlighed for at modtage hjemmehjælp falder fra 12,29 % i 2012 til 7,96 % i 2017. Med andre ord, når vi tager højde for forskellen over tid i baggrundskarakteristika såsom alder, indkomst etc., er der et øget fald i sandsynligheden for at modtage hjemmehjælp mellem 2012-2017, end det var tilfældet, når vi kun så på rå data. Man kunne have forestillet sig, at ændringerne i baggrundskarakteristika, der peger på, at gruppen med hjemmehjælp er blevet svagere på nogle parametre, kunne have bevirket en øget sandsynlighed for at modtage hjemmehjælp, og det er ikke tilfældet.

Sandsynligheden for udelukkende at få praktisk hjælp falder ligeledes i denne periode, også når der kontrolleres for baggrundskarakteristika. I 2012 var sandsynligheden for udelukkende at få praktisk hjælp 7,64 %, og i 2017 er det 5,66 %. Når vi kontrollerer for baggrundsvariable, er der

¹⁴ For en redegørelse for den mulige betydning af hjælpemidler og velfærdsteknologi, se Rostgaard & Mattiessen, 2019.

dog ikke længere en signifikant ændring i sandsynligheden for at modtage personlig pleje og heller ikke for kombinationen praktisk hjælp og personlig pleje.

Konklusionen er dermed, at andelen, der får hjemmehjælp generelt – og mere specifikt andelen, der modtager udelukkende praktisk hjælp – falder fra 2012 til 2017, og at dette ikke forklares ved en ændret sammensætning af de ældre i forhold til de anvendte baggrundsfaktorer. At en mindre andel ældre over tid får (praktisk) hjemmehjælp, skyldes dermed ikke, at ældre har fået bedre helbred, bedre funktionsevne, at flere ældre har en ægtefælle etc. En tidligere rapport i dette projekt fandt samme resultat, også med anvendelse af en anden tidsperiode (2007-2017) og en anden aldersgruppe (67-82 år) (Rostgaard & Matthiessen, 2019).

Tabel 4.2 Sandsynligheden for at modtage hjemmehjælp, 67-92 år. Kontrolleret for baggrundskarakteristika, 2012 og 2017. Procent.

Hjemmehjælp	Alle	
	2012	2017
Udelukkende praktisk hjælp	7,64	5,66 ***
Udelukkende personlig pleje	0,55	0,35
Både praktisk hjælp og personlig pleje	1,85	1,66
Hjemmehjælp i alt	12,29	7,96 ***
N	10.018	

Anm.: Der er lavet t-test, som måler forskellen fra 2012 til 2017 (dvs. test af statistisk signifikans for koefficient af dummyvariable for 2017). * <0,05, ** <0,01, *** <0,001. Tallene er baseret på ældre på 67-92 år i 2012 og 2017. Tallene er beregnet som gennemsnitligt marginale sandsynligheder ud fra en lineær sandsynlighedsmodel, hvor der er kontrolleret for alle baggrundskarakteristika. Der er foretaget en regressionsanalyse for hver række.

Kilde: Ældredatabasen 2012 og 2017.

4.2 Andre hjælpeskilder og hjælp til praktiske opgaver

Det kunne tænkes, at behovet for hjemmehjælp var faldet, i og med at andre, fx familiemedlemmer, gik ind og ydede pleje og omsorg. Som også afdækket i den tidligere rapport synes det ikke at være tilfældet (Rostgaard & Matthiessen, 2019). Og vi finder samme resultat, når vi i denne rapport ser på, hvem der hjælper de ældre i befolkningen i henholdsvis 2012 og 2017.¹⁵ Vi har i en sådan analyse kun mulighed for at se på praktisk hjælp.

Indledende ser vi på hele ældrepopulationen i Ældredatabasen og dermed også dem, der ikke modtager hjemmehjælp, da det kunne tænkes, at årsagen til, at man ikke modtager hjemmehjælp, er, at andre hjælpeskilder hjalp i stedet. Tabel 4.3 viser, at der blandt de ældre i befolkningen ikke er signifikant udvikling i, hvor mange der modtager hjælp til praktiske opgaver fra ægtefælle, venner/andre og privat købt hjælp. Dette betyder, at faldet i andelen af ældre i befolkningen med hjemmehjælp ikke modsvarer af en stigning i hjælp fra disse hjælpeskilder. Tallene er justeret for baggrundskarakteristika, så der tages højde for en eventuel forbedring i selvvurderet helbred, funktionsevne etc.

Derimod er andelen af ældre i befolkningen generelt, der angiver at modtage hjælp fra børn/anden familie, faldet fra 2012 til 2017 – fra 7,72 % til 4,71 %.

¹⁵ Se Rostgaard & Matthiessen (2019) s. 18-21 for en udførlig gennemgang af definitionerne af andre hjælpeskilder og hjælp til praktiske opgaver. Der er en mindre ændring i Ældredatabasen mellem 2012 og 2017 i måden at spørge til, hvem man modtager hjælp fra. Dette medfører, at vi generelt undervurderer, hvor mange der får hjælp fra andre end hjemmehjælpen i 2012. Dette har den konsekvens for vores konklusioner, at den udvikling, vi finder fra 2012 til 2017, muligvis ville være større, hvis der blev stillet nøjagtigt samme spørgsmål over tid.

Tabel 4.3 Udviklingen i sandsynligheden for at modtage hjælp til praktiske opgaver fra diverse hjælpeskilder. Alle ældre (67-92 år) kontrolleret for baggrundskarakteristika, 2012 og 2017. Procent.

Alle		
Praktisk hjælp	2012	2017
Ægtefælle	6,01	5,61
Børn/anden familie	7,72	4,71 ***
Venner/andre	1,05	1,32
Privat købt hjælp	6,38	6,00
n	10.009	

Anm.: Der er lavet t-test, som måler forskellen fra 2012 til 2017 (dvs. test af statistisk signifikans for koefficient af dummyvariable for 2017). * <0,05, ** <0,01, *** <0,001. Tallene er baseret på ældre på 67-92 år i 2012 og 2017. Tallene er beregnet som gennemsnitligt marginale sandsynligheder ud fra en lineær sandsynlighedsmodel, hvor der er kontrolleret for alle baggrundskarakteristika. Der er foretaget en regressionsanalyse for hver række.

Kilde: Ældredatabasen 2012 og 2017.

Ser vi afsluttende i Tabel 4.4 på gruppen af ældre med hjemmehjælp, ses samme mønster: Der er ikke flere over tid, som angiver at modtage hjælp fra andre hjælpeskilder til de praktiske opgaver. Der ses således ingen ændring over tid i, hvor mange der får hjælp af ægtefælle, børn, familie, venner og bekendte eller fra privat købt hjælp.

Ud over hjemmehjælpen er den hyppigste hjælpeskilde for hjemmehjælpsmodtagerne til de praktiske opgaver således børnene. Over tid er det 23,34-21,20 %, som angiver at modtage praktisk hjælp herfra. Derudover anvender ca. hver tiende hjemmehjælpsmodtager privat købt hjælp til praktiske opgaver, og ca. hver tyvende får hjælp fra ægtefælle. Endelig får 3,45-5,11 % hjælp fra venner og bekendte.

Tabel 4.4 Udviklingen i sandsynligheden for at modtage hjælp til praktiske opgaver fra diverse hjælpeskilder blandt ældre hjemmehjælpsmodtagere (67-92 år). Kontrolleret for baggrundskarakteristika, 2012 og 2017. Procent.

Alle		
Praktisk hjælp	2012	2017
Ægtefælle	5,39	7,97
Børn/anden familie	23,34	21,20
Venner/bekendte	3,45	5,11
Privat købt hjælp	11,85	9,09
n	353	557

Anm.: Der er lavet t-test, som måler forskellen fra 2012 til 2017 (dvs. test af statistisk signifikans for koefficient af dummyvariable for 2017). * <0,05, ** <0,01, *** <0,001. Tallene er baseret på ældre på 67-92 år, som modtager hjemmehjælp i 2012 og 2017. Tallene er beregnet som gennemsnitligt marginale sandsynligheder, ud fra en lineær sandsynlighedsmodel, hvor der er kontrolleret for alle baggrundskarakteristika. Der er foretaget en regressionsanalyse for hver række.

Kilde: Ældredatabasen 2012 og 2017.

4.3 Opsamling

Samlet set viser første del af vores analyse, at andelen af ældre med hjemmehjælp falder signifikant fra 2012 til 2017, også når vi tager højde for ændringer i baggrundskarakteristika. Faldet skyldes, at det over tid er mindre sandsynligt, at ældre modtager praktisk hjælp. Blandt de ældre generelt og også blandt ældre med hjemmehjælp er tendensen, at hjælp fra andre

hjelpekilder som familie, venner, bekendte og privat tilkøbt hjælp er konstant over tid. Dog er der færre blandt de ældre generelt i befolkningen, som modtager hjælp fra børnene.

Vi finder dermed indikationer på, at udviklingen i andelen af ældre, der modtager hjemmehjælp, ikke kan forklares ved, at de ældre over tid har en bedre funktionsevne, lavere sygelighed etc., men i stedet peger på en ændret kommunal visitations- og tildelingspraksis, som i højere grad prioriterer tildelingen af personlig pleje, og hvor sandsynligheden for at modtage hjemmehjælp generelt er reduceret. Alt i alt skal man i dag således have flere behov, før man bliver visiteret til hjemmehjælp. Dette kan tænkes at have indvirkning på den omsorgsrelaterede livskvalitet (OLK), som er i fokus i næste kapitel af rapporten.

5 ASCOT og omsorgsrelateret livskvalitet

Efter at have konstateret, at der er sket en ændring mellem 2012 og 2017 i sandsynligheden for at modtage hjemmehjælp – og især hjælp til praktiske opgaver, vender vi os nu mod det andet hovedformål med rapporten: at redegøre for omsorgsrelateret livskvalitet (OLK) for hjemmehjælpsmodtagerne i henholdsvis 2012 og 2017.

Til dette anvendes måleinstrumentet ASCOT. Her fokuserer man på livskvalitet i forhold til forskellige domæner af livet, som egentlig er væsentlige for alle mennesker uanset funktionsevne, såsom mad og drikke, pleje af kroppen, at boligen er ren og komfortabel etc., men hvor man som funktionsnedsat kan have vanskeligt ved at klare sig uden hjælp. Man ser dermed på domæner, hvor pleje og omsorg fra andre kan gøre en stor forskel, hvis man er funktionsnedsat, og man tager i metoden udgangspunkt i den enkeltes angivelse af, om behov er mødt, og tager dermed højde for, at vi som mennesker er forskellige i forhold til, hvad vi lægger vægt på, og hvad der har betydning for os.

I dette kapitel præsenterer vi ASCOT og de otte livskvalitetsdomæner nærmere. Vi beskriver også byggestenene bag det valgte analysedesign og de mulige problematikker, der er forbundet hermed.

5.1 ASCOT-måleinstrumentet og dets anvendelse

Undersøgelsen benytter sig af måleinstrumentet ASCOT (Adult Social Care Outcomes Toolkit), der er udviklet, afprøvet og valideret i England, bl.a. i undersøgelser af indsatser for personer med nedsat fysisk funktionsevne, læringsvanskeligheder, demens e.l. til at vurdere såkaldt *omsorgsrelateret livskvalitet* (Social Care Related Quality of Life, SCRQoL, eller på dansk, OLK)¹⁶ (Caiels et al., 2010; Netten et al., 2012). ASCOT benyttes i dag bl.a. til den landsdækkende undersøgelse af brugertilfredshed med pleje- og omsorgsydelser i England (Adult Social Care Survey (NHS, 2011)). ASCOT-instrumentet er sidenhen blevet oversat og anvendt i forbindelse med en undersøgelse af livskvalitet blandt beboere i plejebolig for Ældrekommissionen (Rostgaard, Brünner og Fridberg, 2012) og yderligere benyttet til en analyse for Hjemmehjælpskommissionen (Rostgaard, Andersen, Clement & Rasmussen, 2013; Rasmussen, S., Andersen, M.H., Clement, S.L. & Rostgaard, T., 2015). ASCOT-spørgsmål om nuværende OLK har siden 2012 været en fast del af Ældredatabasen.

5.2 Udvikling af et mangefacetteret livskvalitetsmål

ASCOT er blevet udviklet af forskningsenheden PSSRU på Kent Universitet ud fra behovet for et livskvalitetsbaseret måleinstrument, der var sensitivt over for de mangeartede behov, man som funktionsnedsat kan have, og hvor omsorg og pleje fra hjemmehjælp, familiemedlemmer og andre kan afhjælpe. Behovene kan variere fra basale hverdagsopgaver som at komme i tøjet, i bad og rundt i boligen – og kan derfor have indflydelse på, om man kan deltage i aktiviteter og sociale relationer. Mere overordnet kan behovene også have indflydelse på, om man oplever at have kontrol i hverdagen, og at man lever et værdigt liv. Pleje- og omsorgsydelser

¹⁶ Tidligere danske studier bruger betegnelsen *Omsorgsbaseret livskvalitet*. I disse studier spørges der imidlertid til både nuværende livskvalitet (med hjemmehjælp) samt til, hvordan den ældres situation ville være, hvis vedkommende ikke fik hjemmehjælp. Dette indebærer, at man i fortolkningen af resultaterne direkte kan knytte forskellen i livskvalitet (med og uden hjemmehjælp) til den hjemmehjælp, som borgeren modtager. Da vi i denne undersøgelse kun spørger ind til situationen omkring hjemmehjælp, kan vi ikke afgøre, i hvor høj en grad der er en direkte sammenhæng mellem hjemmehjælpen og den ældres livskvalitet, se også afsnit 5.9.

såvel som omsorg fra familien kan i varierende grad tilgodese sådanne behov og dermed have indflydelse på borgerens livskvalitet. På denne måde tænkes livskvaliteten at være relateret til den pleje og omsorg, man modtager, og fra forskellige hjælpemidler.

Det er selvfølgelig ikke alle borgere, der vil have behov på alle områder, og det tager man højde for i ASCOT. Har man ikke uopfyldte behov på et givent område, svarer det til, at man i så fald har en høj livskvalitet på dette område. På samme måde er det fx ikke nødvendigvis hjemmehjælpens direkte funktion at afhjælpe behov på alle områder. Og om behov er dækket, er i sidste instans op til den enkelte i forhold til individuelle behovsforståelser. Ideen bag ASCOT er, at summen af borgerens behov og ressourcer – sammen med den hjælp, der ydes – samlet vil have indflydelse på hvert af områderne og dermed kan opgøres på en skala for livskvalitet, som tager udgangspunkt i borgerens præferencer.

5.3 Validering af ASCOT

Udviklingen og valideringen af ASCOT-måleinstrumentet er sket gennem en årrække, hvor man bl.a. har sammenlignet med andre måleinstrumenter, der kan udtrykke livskvalitet. Man har fx sammenlignet med EQ-5D, som udtrykker helbredsbetings livskvalitet, og finder her, at der er en positiv sammenhæng mellem værdierne for disse to redskaber. Ligeledes finder man en positiv sammenhæng med måleinstrumenter, der måler generel livskvalitet (QoL) såvel som instrumenter, der udtrykker funktionsevne (IADLs og ADLs), psykologisk velbefindende (GHQ-12) og kontrol (CASP) (Malley et al., 2012). Med ASCOT har man dermed et mere nuanceret redskab til at afdække, i hvor høj grad borgerens behov er kompenseret for – samlet set såvel som på forskellige domæner – og kan anvendes i stedet for andre, mere generelle måleredskaber for livskvalitet.

5.4 Filosofisk og teoretisk udgangspunkt

OLK opgøres i forhold til otte såkaldte livskvalitetsdomæner. Valget af disse otte livskvalitetsdomæner baserer sig på forståelsen af, hvad der udgør centrale behovsfunktioner i et menneskes dagligdag uanset alder og funktionsevne. Valget af behovsfunktioner trækker teoretisk på Amayta Sen's Capability Approach, hvor målet er at give den enkelte handleevner, som gør det muligt for ham/hende at realisere egne værdier og livsplaner (Sen, 1993).

Domænerne omhandler basale behovsfunktioner, og således om man som individ har fået dækket sit behov for føde, at være ren, få tøj på, føle sig tryk etc., samt mere komplicerede behovsfunktioner såsom at indgå i sociale relationer, have mulighed for at deltage i stimulerende og interessante aktiviteter osv. Antagelsen er, at jo bedre disse behovsfunktioner er dækket, jo højere OLK vil man som individ have (Forder et al., 2008).

5.5 Operationalisering af omsorgsrelateret livskvalitet

ASCOT operationaliserer således begrebet OLK i følgende otte forskellige domæner: 'mad og drikke', 'boligen', 'tryghed', 'personlig pleje og velbefindende', 'kontrol over dagliglivet', 'social kontakt', 'aktiviteter' samt 'værdighed'. 'Værdighed' betragtes som domæne som et overordnet mål for, om omsorgen bidrager til, at individet kan leve et værdigt liv. Helt konkret operationaliseres OLK i ASCOT-metoden på følgende måde (jf. Tabel 5.1. Se eventuelt Bilag 1 for formuleringen af ASCOT-spørgsmålne).

Tabel 5.1 Oversigt over ASCOT-domænerne

Domæne	Definition
Kontrol over dagliglivet	Personen har kontrol over sin dagligdag, dvs. vælger selv, hvad han/hun vil foretage sig og hvornår.
Personlig pleje og velbefindende	Personen føler sig ren, pæn og præsentabel – i bedste fald er han/hun klædt på og plejet på en måde, der afspejler hans/hendes personlige præferencer.
Mad og drikke	Personen føler, at han/hun får en nærende, varieret og kulturelt tilpasset kost med tilstrækkelig mad og drikke, som han/hun nyder med regelmæssige og rettidige intervaller.
Tryghed	Personen føler sig tryk. Det betyder, at han/hun ikke frygter misbrug, fald og anden fysisk skade, overfald eller røveri.
Social kontakt	Personen er tilfreds med sin sociale situation. Social situation hentyder her til, at han/hun får omsorg fra meningsfulde relationer til venner og familie, samt at han/hun føler sig involveret i eller del af et socialt fællesskab, hvis dette er vigtigt for personen.
Aktiviteter	Personen er tilstrækkeligt beskæftiget med en række meningsfulde aktiviteter, hvad enten det er formel beskæftigelse (på arbejdsmarkedet), frivilligt arbejde, omsorg for andre eller fritidsaktiviteter.
Boligen	Personen føler, at hans/hendes hjem (inkl. alle værelser) er rent og komfortabelt.
Værdighed	Udgør den samlede værdi af den negative og positive psykologiske indvirkning, som hjemmehjælpen har for personen. Dette domæne opgøres kun for nuværende livskvalitet.

Kilde: Rostgaard, Andersen, Clement & Rasmussen (2013).

5.6 Universelle domæner og subjektive vurderinger

Individuelle præferencer for OLK inden for disse otte domæner kan variere fra person til person, men med udgangspunkt i Sen's Capability approach forudsætter ASCOT-metoden således, at nogle domæner beskriver overordnede behov, som generelt er fælles for alle mennesker, og som derfor alle antages at have behov for fx at være mætte, være påklædte og have husly osv. Andre domæner har mere individuelt definerede behov. Eksempelvis foretrækker nogle mennesker at have et relativt lavt niveau af social kontakt.

Uanset hvad bygger ASCOT-metoden generelt på subjektive vurderinger af, hvorvidt behov er mødt eller ej inden for hver af de otte domæner. Det er således individets vurdering af sin egen situation, der ligger til grund for at definere, om et behov er mødt, og domænerne er defineret tilstrækkeligt bredt til, at de skal kunne rumme individuelle forskelle i præferencer.

5.7 Er behov dækket eller ej

Anvendelsen og beregningen af OLK baserer sig i Ældredatabasen på spørgsmål om uopfyldte behov inden for hver af de otte domæner. Besvarelserne giver principielt udtryk for 1) ideel tilstand, 2) ingen deciderede uopfyldte behov, 3) nogle uopfyldte behov, og 4) mange uopfyldte behov, men er formuleret mere mundret, så det passer til hvert domæne. Eksempelvis kan man på spørgsmålet om at føle sig tryk svare henholdsvis: *"Jeg føler mig så tryk, som jeg kunne ønske mig"*, *"I almindelighed føler jeg mig tilstrækkeligt tryk, men ikke så tryk, som jeg kunne ønske mig"*, *"Jeg føler mig ikke så tryk, som jeg kunne ønske mig"*, eller *"Jeg føler mig*

overhovedet ikke tryk".¹⁷ I ASCOT-metoden tilstræbes det, at man befinder sig i den ideelle tilstand.

5.8 Præferencevægte

Der kan beregnes OLK-værdier for hvert enkelt domæne og en samlet OLK-score. Domænerne antages imidlertid ikke at være lige vigtige. Præferencestudier har vist, at nogle domæner vægtes højere end andre, og den endelige scoring af OLK er derfor vægtet i forhold til disse præferencer. I beregningen af OLK-scores benyttes præferencevægte, som er udarbejdet af PSSRU (Personal Social Services Research Unit). Disse vægte baserer sig på et præferencestudie blandt 500 ældre på 65 år og derover i England (Netten et al., 2012).¹⁸ Tabel 5.2 giver en oversigt over de applikerede vægte i forhold til de fire svarmuligheder, som det er muligt for respondenterne at svare. Angiver en person eksempelvis, at hans/hendes OLK i forhold til 'bolig' er helt ideel, dvs. ingen behov overhovedet, bliver denne scoret med 0,863.

Tabel 5.2 Præferencevægte til beregning af omsorgsrelateret livskvalitet

Domæne	Ideal tilstand	Ingen uopfyldte behov	Nogle uopfyldte behov	Mange uopfyldte behov
Bolig	0,863	0,780	0,374	0,288
Tryghed	0,880	0,452	0,298	0,114
Mad og drikke	0,879	0,775	0,294	0,184
Personlig pleje	0,911	0,789	0,265	0,195
Aktiviteter	0,962	0,927	0,567	0,170
Kontrol	1,000	0,919	0,541	0,000
Social kontakt	0,873	0,748	0,497	0,241
Værdighed	0,847	0,637	0,295	0,263

Kilde: Netten et al., 2012.

På denne måde vægtes besvarelserne inden for alle otte domæner og kan opsummeres i én værdi, som giver udtryk for samlet OLK. Til dette formål benyttes en endelig vægtning ($SCRQoL = (0.203 \times \text{vægtet score}) - 0.466$). Den maksimalt højeste samlede OLK-score er 1, og den laveste er -0,17. OLK-værdier kan således godt være negative og tænkes teoretisk her at angive en så dårlig livskvalitetssituation, at man er bedre stillet, hvis man er død. I praksis er der (og heldigvis) som oftest kun meget få respondenter, der har negative værdier. Når man aggregerer tallene og viser gennemsnit, fungerer en skala med en minimumsværdi på 0 og en maksimumsværdi på 1 derfor bedst. Vi viser i rapporten både domæneværdier og værdier for samlet OLK og supplerer med grafiske opgørelser over andelen af ældre, der har 'ideel tilstand', 'ingen uopfyldte behov' osv. i henholdsvis 2012 og 2017.

¹⁷ Se Bilag 1 for alle spørgsmål og svarmuligheder i forbindelse med ASCOT-spørgsmål.

¹⁸ I forbindelse med udarbejdelsen af det første danske ASCOT-studie (Rostgaard, Brunner & Fridberg, 2012) blev der udført et dansk præferencestudie blandt ældre 65+-årige for at afdække, hvad de anså som de væsentligste domæner i forhold til omsorgsbetinget livskvalitet (Fridberg, 2012). Disse vægte er dog ikke applikeret, da der opstod metodiske problemer, muligvis grundet oversættelsen af spørgsmålene fra engelsk. De danske præferencevægte svarede dog i store træk til de engelske. I det engelske studie blev domænet 'kontrol over dagliglivet' vægtet som det vigtigste. I det danske studie blev kontrol ligeledes vægtet højt, men allerhøjest vægtedes domænet 'at kunne bruge sin tid, som man har lyst til'. Vægtningen af disse to domæner ligger dog meget tæt på hinanden i begge studier.

5.9 Mulige problematikker ved analysen af omsorgsrelateret livskvalitet

Inden vi går til den egentlige analyse af ændringer i OLK over tid, vil vi dog redegøre for og undersøge nogle umiddelbare problematikker ved det valgte analysedesign.

Det første er, at eventuelle ændringer i OLK kunne tænkes ikke kun at være unikke for ældre med hjemmehjælp, men en generel tendens i hele ældrebefolkningen. Spørgsmålet om OLK stilles i Ældredatabasen desværre kun til modtagere af hjemmehjælp, og vi kan derfor ikke sammenligne ældre med og uden hjemmehjælp. Til gengæld er der i Ældredatabasen et spørgsmål om *generel livskvalitet*, som kan anvendes til sammenligning af de to grupper over tid.

Som vist i Tabel 5.3, der sammenligner den generelle livskvalitet for ældre med og uden hjemmehjælp, synes der blandt ældre med hjemmehjælp kun at være en ændring over tid i generel livskvalitet. I 2012 svarer 95,41 %, at de havde høj/god/nogenlunde god livskvalitet, og dette er faldet til 91,93 % i 2017. For ældre uden hjemmehjælp er det lige mange i 2012 som i 2017, der svarer at have god/nogenlunde god livskvalitet. Faldet i livskvalitet kan dog have flere forklaringer. Som vi så i kapitel 4, har gruppen af hjemmehjælpsmodtagere ændret sig på nogle parametre, fx er der flere aleneboende, højere gennemsnitlig indkomst etc., samtidig med at omfanget af hjemmehjælp er blevet mindre. Der kan ligeledes være sket forandringer i respondenternes omgivelser, som vi ikke har mulighed for at tage højde for i denne analyse.

Vi kan dog se, at ligesom det var tilfældet i de tidligere ASCOT-valideringsstudier, korrelerer generel livskvalitet også i vores rapport med samlet OLK. Med andre ord er der en sammenhæng mellem livskvalitet målt ved hjælp af ASCOT og det mere generelle livskvalitetsmål. Korrelationsværdien er på 0,5138 og er dermed udtryk for en moderat-stærk korrelation. Dermed kan vi antage, at den ændring, vi eventuelt finder i OLK, ikke skyldes, at ældre generelt får lavere livskvalitet, men at den er en unik udvikling for hjemmehjælpsmodtagere.

Tabel 5.3 Andelen af ældre (67-92 år), der har god/nogenlunde livskvalitet. Særskilt for ældre med og uden hjemmehjælp, 2012 og 2017. Procent.

Generel livskvalitet	2012	2017	N
Høj/god/nogenlunde			
Ældre med hjemmehjælp	95,41	91,93 *	890
Ældre uden hjemmehjælp	98,99	98,85	9.077

Anm.: Der er lavet t-test, som måler forskellen fra 2012 til 2017. * <0,05, ** <0,01, *** <0,001. Tallene er baseret på ældre 67-92 år i 2012 og 2017. Spørgsmålet lød: "Når De tænker på de gode og dårlige ting, der påvirker Deres livskvalitet, hvordan vil De så i alt vurdere Deres livskvalitet?".

Kilde: Ældredatabasen 2012 og 2017.

En anden problematik er, at vi i Ældredatabasen ikke som i tidligere danske ASCOT-undersøgelser har værdier for både *nuværende* og *forventet* OLK. I Ældredatabasen indgår kun spørgsmål om den nuværende OLK, som er et udtryk for borgerens nuværende situation og dermed OLK med hjemmehjælp – og eventuel hjælp fra andre hjælpeskilder. I undersøgelser for fx Hjemmehjælpskommissionen og Ældrekommissionen indgår også spørgsmål om forventet livskvalitet. Her spørges til, hvordan den ældres situation ville være, hvis de ikke fik hjemmehjælp. Ideen bag er, at ældres udgangspunkt kan være forskelligt, og at der vil være et forskelligt udbytte af den hjælp, som hjemmehjælperen yder. Forskellen mellem nuværende og forventet OLK udgør den stigning i omsorgsbetinget livskvalitet, som hjemmehjælpen bevirker.

Analysen i denne rapport kan dermed ikke sige noget om (ændring i) selve udbyttet af hjemmehjælpen over tid eller for den sags skyld om udbyttet af den hjælp, man modtager fra familiemedlemmer eller andre. Vi kan derimod udsige noget om forskelle i OLK-niveau for hjemmehjælpsmodtagere i henholdsvis 2012 og 2017, og hvor vi så vidt muligt tager højde for de ændringer over tid i baggrundsvariable, som kunne tænkes at have indflydelse.

Vi kan dog ikke kontrollere for alle relevante faktorer, som fx graden af demens hos de ældre, de ældres forventninger til hjemmehjælpen, fortolkningen af de domæner, der indgår i ASCOT, eller kvaliteten af hjælpen fra andre. Disse ikke-observerbare faktorer kan have ændret sig over tid og dermed påvirket OLK på forskellig vis i 2012 og 2017.

6 Udviklingen i omsorgsrelateret livskvalitet over tid for hjemmehjælpsmodtagere

I dette kapitel undersøger vi omsorgsrelateret livskvalitet (OLK) for hjemmehjælpsmodtagerne i 2012 og 2017, både samlet set og for hver enkelt af de otte ASCOT livskvalitetsdomæner. Vi ser også på forskelle i OLK i forhold til de ældres baggrundskaraktistika. Data er fra Ældre-databasen og er dermed baseret på de ældres egen vurdering.

Som vi har redegjort for tidligere, skal en eventuel udvikling fra 2012 til 2017 tolkes ud fra en række kontekstuelle ændringer: 1) Ligesom resten af den ældre befolkning er de ældre hjemmehjælpsmodtagere blevet ældre, flere angiver at have et dårligt helbred, og den disponible indkomst er steget. Specifikt for hjemmehjælpsmodtagerne gælder også, at flere er aleneboende, og der er en stigning i andelen med demens og nyr sygdomme. Vi kontrollerer løbende for dette. Derudover gælder, 2) at en mindre andel modtager (praktisk) hjemmehjælp, mens der ingen ændring er i andelen, der modtager praktisk hjælp fra andre hjælpekilder som eventuel compensation. Og 3) ikke-observerbare faktorer som graden af demens eller de ældres forventninger til at modtage hjemmehjælp, og hvornår behovene er dækket, kan have ændret sig.

Vores analyser viser, at når vi kontrollerer for forskellene over tid i baggrundskaraktistika,¹⁹ er OLK-værdierne signifikant lavere i 2017 end i 2012 for seks af de i alt otte livskvalitetsdomæner. Det drejer sig især om domænet 'tryghed', hvor ændringen er relativt stor. De ældre hjemmehjælpsmodtagere er således mindre trygge i hverdagen i 2017 sammenlignet med hjemmehjælpsmodtagerne 5 år tidligere. Vi ser ligeledes en forskel på domænet 'kontrol over dagliglivet', som er det domæne, der vægtes højest, jf. præferencestudiet (se Tabel 6.2) såvel som for domænet 'bolig', som begge ligger lavere i 2017. Vi finder derudover, at domænerne 'personlig pleje', 'mad og drikke' samt 'social kontakt' er lavere over tid, dog kun på et 10 %-signifikansniveau. Derimod ændres værdierne ikke for domænerne 'aktiviteter' og 'værdighed'. Værdien for samlet OLK er signifikant lavere i 2017 end i 2012 på et 1 %-signifikansniveau.

En række baggrundskaraktistika slår igennem i forhold til samlet OLK og på de enkelte domæner i 2017: Samlet OLK er således højere, jo ældre man er, og jo højere indkomst man har. Er man aleneboende, og har man et dårligt helbred, er samlet OLK til gengæld lavere. Lidt uforklarligt er samlet OLK også lavere, hvis man har en ægtefælle, men som vi nærmere redegør for i det følgende, kan dette skyldes en statistisk korrelation mellem at være aleneboende og at have en ægtefælle. OLK er generelt lavere, hvis man modtager både personlig pleje og praktisk hjælp frem for udelukkende praktisk hjælp, hvilket sandsynligvis afspejler den ældres behovs- og ressourcesituation.

Vi opgør i afsnittet også uvægtet OLK og ser her på mere simple opgørelser over de andele af ældre hjemmehjælpsmodtagere, som oplever, at deres behov er henholdsvis dækket eller ikke på hver af de otte domæner. Her ser vi, at der i 2017 er flest ældre hjemmehjælpsmodtagere, som angiver at have en såkaldt ideel behovstilstand på domænet 'mad og drikke'. Det drejer sig om næsten otte ud af ti ældre hjemmehjælpsmodtagere. Med andre ord er det her, vi ser flest ældre uden behov. Omvendt har hver tyvende ældre mange uopfyldte behov i forhold til domænet 'social kontakt'. I det følgende gennemgår vi tallene nærmere. Over tid er der en

¹⁹ Vi har kørt en separat regressionsanalyse, hvor vi yderligere har kontrolleret for betydningen af hjælpekilder, og dette ændrer ikke resultatet.

stigende andel af ældre hjemmehjælpsmodtagere, som oplever at have uopfyldte behov på ét eller flere af domænerne.

6.1 Omsorgsrelateret livskvalitet samlet og pr. domæne i 2012 og 2017

Som nærmere beskrevet i forrige afsnit om ASCOT-metoden anvendes de otte OLK-domæner til at beregne en samlet OLK-score. Domænerne og samlet OLK er vægtede på baggrund af et tidligere præferencestudie (se Tabel 6.2), og nogle domæner anses derfor for at være mere betydningsfulde end andre. Værdierne for de otte domæner starter ved 0, og deres maksimumværdi afhænger dermed af den vægt, de er tildelt. For eksempel er maksimumværdien 1 for domænet 'kontrol', som er domænet med den højest mulige maksimumværdi. Den samlede OLK-score går fra værdierne -0,17 til 1 (se eventuelt kapitel 5 for en nærmere beskrivelse af ASCOT-metoden).

I Tabel 6.1 præsenteres OLK-værdier for 2012 og 2017 for hver af de otte domæner. Såkaldt prædikterede værdier er beregnet ud fra otte OLS-modeller, hvor vi kontrollerer for de ældres baggrundskaraktistika (sociodemografi, funktionsevne, socialklasse, helbred og sygelighed, jf. kapitel 3). Værdierne udtrykker gennemsnitlige marginale prædiktioner for henholdsvis 2012 og 2017. †, *, ** og *** angiver, om OLK-værdierne for det enkelte domæne er signifikant anderledes i 2012 end i 2017 på henholdsvis 10 %-, 5 %-, 1 %- og 0,1 %-niveau. For at lette fortolkningen viser vi også de vægtede maksimumværdier for OLK, dvs. den højest mulige værdi, som det enkelte domæne kan have, jf. vægtene. Vi viser derudover forbedringspotentialet opgjort som forskellen mellem den reelle OLK-værdi på domænet og den mulige maksimumværdi. Forbedringspotentialet angiver det OLK-'løft', som skulle til for hvert domæne for at få den højst mulige værdi inden for ASCOT-metoden.

Tabellen viser, at prædikeret OLK er signifikant lavere på et 5 %-signifikansniveau for tre ud af otte domæner i 2017 sammenlignet med 2012, og signifikant lavere på yderligere tre domæner på et 10 %-niveau. Den største forskel ses for domænet 'tryghed', som ligger på 0,7471 i 2012 og 0,7012 i 2017 – en forskel på 0,0459. Ændringen er signifikant på et 0,1 %-niveau og udtrykker dermed statistisk set en meget sikker forskel.

Også værdierne for domænet 'kontrol over dagliglivet' er signifikant lavere over tid målt på et 5 %-niveau: 0,9206 i 2012 og 0,8956 i 2017. Domænet 'bolig' er ligeledes signifikant lavere – henholdsvis 0,8023 i 2012 og 0,7800 i 2017.

Tre andre domæner er signifikant forskellige over tid på et 10 %-niveau. Det gælder domænet 'personlig pleje og velbefindende', som ligger på 0,8607 i 2012 og 0,8419 i 2017. For domænet 'mad og drikke' går OLK fra 0,8488 til 0,8345. Også domænet 'social kontakt' ændres signifikant fra 0,7723 til 0,7523.

For domænerne 'aktiviteter' og 'værdighed' er der ingen signifikante forskelle mellem 2012 og 2017.

Når vi derefter opgør værdien for samlet OLK, er forskellen mellem 2012 og 2017 signifikant, og det på et 1 %-niveau. OLK ændres fra 0,8778 i 2012 til 0,8416 i 2017. Med andre ord er der over tid signifikante fald i seks ud af otte domæner og ligeledes i samlet OLK. Faldet kan ikke forklares ved ændringerne i de ældres baggrundskaraktistika.

Ser vi på forbedringspotentialet, som udtrykker, hvor meget OLK principielt kunne øges op til den angivne maksimumværdi, er det – som angivet i Tabel 6.1 – størst ved 'tryghed', som har en reel værdi på 0,7012 i 2017 og et forbedringspotentiale på 0,1788. Det laveste forbedringspotentiale findes ved 'mad og drikke' på 0,0445, og det er dermed her, at der kan opnås mindst forbedring ved domænet.

Årsagen til forskellene i OLK inden for seks af de otte domæner fra 2012 til 2017 kan være, at hjemmehjælpsmodtagere er blevet svagere over tid. Selvom vi kontrollerer for ændringer i baggrundskaraktistika, kan vi ikke udelukke, at der er ikke-observerbare faktorer, der vedrører hjemmehjælpsmodtagerne, fx forværring i demens og ændrede forventninger eller andre eksterne faktorer i omgivelserne, som kan påvirke livskvaliteten, og vi ikke kan tage højde for i analysen. Forskellene i OLK kan dog også skyldes, at indhold, hyppighed og omfang af hjemmehjælpen har ændret sig.

Tabel 6.1 Samlet omsorgsrelateret livskvalitet, maksimumværdier og forbedringspotentiale. Hjemmehjælpsmodtagere, 67-92 år.

Kontrolleret for forskelle i baggrundskaraktistika	2012	2017	Maksimumværdier	Forbedringspotentiale 2017
Kontrol over dagliglivet	0,9206	0,8956 *	1,000	0,1044
Personlig pleje og velbefindende	0,8607	0,8419 ¹	0,911	0,0691
Mad og drikke	0,8488	0,8345 ¹	0,879	0,0445
Tryghed	0,7471	0,7012 **	0,880	0,1788
Social kontakt	0,7723	0,7523 ¹	0,873	0,1207
Aktiviteter	0,8722	0,8615	0,962	0,1005
Boligen	0,8023	0,7800 *	0,863	0,0863
Værdighed	0,7681	0,7483	0,847	0,0987
Samlet omsorgsrelateret livskvalitet	0,8778	0,8416 **	1,000	0,1584

Anm.: Marginale prædikterede OLK-værdier beregnet på baggrund af regressionsanalyser (OLS) (en regressionsanalyse pr. række). Der er kontrolleret for alle baggrundskaraktistika, (jf. kapitel 3). Baggrundskaraktistika indgår som gennemsnitsværdier i de marginale prædiktioner. Der er lavet t-test, som måler forskellen fra 2012 til 2017. ¹ <0,10 * <0,05, ** <0,01, *** <0,001. Tallene er baseret på ældre 67-92-årige, der får hjemmehjælp i 2012 og 2017. Antal observationer: 827-896.

Kilde: Ældredatabasen 2012 og 2017. ASCOT maksimum vægtede værdier: Netten et al., 2012.

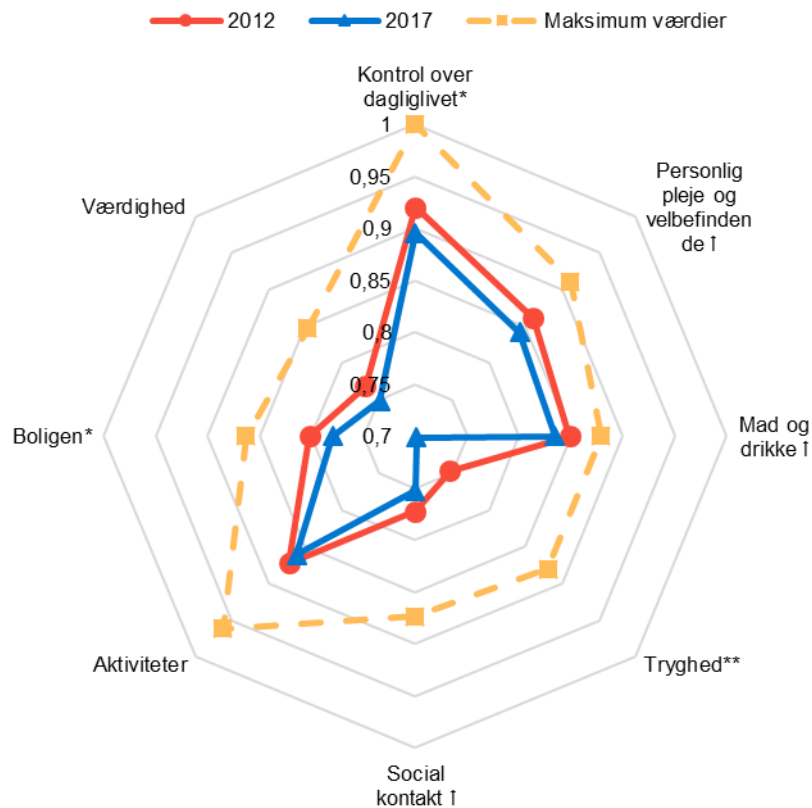
Figur 6.1 illustrerer tallene fra Tabel 6.1 grafisk. I figuren ses OLK-værdier for ASCOT-domænerne for 2012 og 2017. For bedre at vise forskellene over tid starter figuren ved værdien 0,7. Som i tabellen viser symbolerne ¹, *, ** og *** ved navnene, om forskellen i OLK er signifikant ændret mellem 2012 og 2017 – jo flere stjerner, jo højere signifikansniveau. Ud over dette angiver den stiplede streg de maksimale værdier, det er muligt at opnå ved hvert domæne, og illustrerer dermed forbedringspotentialet.

Her ses igen, at forskellen er størst ved domænet 'tryghed', da forskellen mellem de farvede felter er størst her. Det er også ved 'tryghed', der er det største forbedringspotentiale, idet der er langt hen til den maksimale værdi.

Omvendt er det laveste forbedringspotentiale ved 'mad og drikke'. OLK er dog lavere i 2017 end i 2012, hvilket betyder, at forbedringspotentialet er større i 2017 end i 2012.

OLK ved domænet 'boligen' er faldet signifikant fra 2012 til 2017. Domænet omhandler, hvor rent og komfortabelt man oplever, at ens hjem er, og er et område, hvor især praktisk hjælp har indflydelse. Ved domænet 'boligen' er der et forbedringspotentiale på 0,0863.

Figur 6.1 OLK-domæne scores for hjemmehjælpsmodtagere, 67-92 år. Kontrolleret for baggrundskarakteristika, 2012 og 2017.



Anm.: Figuren viser tallene fra Tabel 6.1. Der er lavet t-test, som måler forskellen fra 2012 til 2017. $t < 0,10$, * $< 0,05$, ** $< 0,01$, *** $< 0,001$. Disse t-test er angivet ved navnet på domænet. I, *, ** og *** ved domænerne angiver, om der er signifikante forskelle fra 2012 til 2017. Tallene er på baggrund af ældre, der modtager hjemmehjælp i 2012 og 2017.

Kilde: Ældredatabasen 2012 og 2017.

6.2 Betydning af baggrundskarakteristika

OLK-værdierne er dog ikke ens for alle ældre i forhold til deres baggrundskarakteristika. I Tabel 6.2 ses det, at der i 2017 er en signifikant sammenhæng mellem flere af hjemmehjælpsmodtagernes baggrundskarakteristika og henholdsvis de enkelte OLK-domæner og samlet OLK.

Samlet OLK er signifikant lavere og endda på et 5 %-signifikansniveau, hvis man er mere funktionsnedsat, aleneboende eller har en ægtefælle/partner/samlever. Derudover er samlet OLK højere på 10 %-signifikansniveau, jo ældre man er, og jo højere indkomst man har.

At funktionsevne, indkomst og det at bo alene kan have en indflydelse på livskvaliteten, er nok intuitivt forståeligt, hvorimod det kan synes mindre oplagt, at der er en positiv sammenhæng mellem øget alder og livskvalitet. Som vi har påvist i en tidligere rapport (Rostgaard & Matthiessen, 2019), er der en tendens til at målrette hjemmehjælpen til de ældste ældre, og det kan være det, der er udslagsgivende her. Ligeledes kan det forekomme paradoksalt, at hjemmehjælpsmodtagere med ægtefælle har et lavere samlet OLK-niveau. Det kan rent statistisk skyldes en korrelation mellem variablerne aleneboende og ikke at have ægtefælle, som kan dække

over samme livssituation. Som vi har påvist i en anden undersøgelse (Rostgaard & Matthiesen, 2019), kan det dog også skyldes, at sandsynligheden for at modtage praktisk hjælp tenderer til at være lavere, hvis man har en ægtefælle. En separat analyse finder samme tendens i dette datasæt (ikke vist i tabelform). Hvis man som ældre med ægtefælle alligevel modtager hjemmehjælp, er det sandsynligvis på grund af, at man har omfattende behov, såsom meget lav funktionsevne etc. Selvom vi kontrollerer for forskelle i netop funktionsevne, kan det tænkes at spille ind på OLK-niveauet.

Når vi ser nærmere på betydningen af baggrundskarakteristika for de enkelte domæner, er domænet 'social kontakt' lavere for ældre, som er aleneboende. Derudover er der en stærk negativ sammenhæng mellem funktionsevne og OLK inden for domænerne 'kontrol', 'mad og drikke' og 'værdighed': jo lavere funktionsevne, des lavere OLK-værdier på disse domæner.

Tabel 6.2 OLK-værdier i forhold til baggrundskarakteristika. Ældre hjemmehjælpsmodtagere (67-92 år), 2017

ASCOT	Alder (5 år ældre)	Kvinde	Funktions- nedsæt- telse (1 mere)	Børn	Alene- boende	Ægte- fælle/ partner/ samlever	Uddannelse (i forhold til ingen uddannelse)			Disponi- bel ind- komst (10.000 kr. mere)	Sygelig- hed (CCI- indeks)	Selv- vurderet helbred (Godt helbred)
							Kort vide- regående/ Erhvervs- faglig	Mellem- lang videre- gående	Lang videre- gående			
Kontrol over dagliglivet	0,0064	-0,0087	-0,0147**	-0,0462 ¹	-0,0270	-0,0553	-0,0149	-0,0228	-0,1763	0,0034*	0,0027	0,0286**
Personlig pleje og velbefindende	0,0081	0,0694***	-0,0048	-0,0031	-0,0171	0,0080	0,0197	-0,0016	0,0504*	0,0005	0,0027	0,0139
Mad og drikke	0,0115*	0,0067	-0,0092*	-0,0363***	-0,1038*	-0,0738	-0,0080	-0,0259	0,0235	0,0010	0,0033	0,0119*
Tryghed	-0,0015	-0,0330	-0,0143 ¹	0,0577	-0,0682	-0,0536	-0,0190	-0,0478	0,0575	0,0030 ¹	0,0082	0,0323*
Social kontakt	0,0114	0,0199	-0,0104 ¹	0,0812 ¹	-0,0944***	-0,0573 ¹	-0,0382 ¹	-0,0533	-0,0499	0,0018	0,0048	0,0254**
Aktiviteter	0,0100	-0,0027	-0,0103	-0,0446 ¹	-0,0851	-0,1000	-0,0236	0,0144	0,0963***	-0,0005	0,0109 ¹	0,0171
Boligen	0,0048	-0,0082	-0,0055	0,0049	-0,0490 ¹	-0,0287	-0,0254	-0,0098	0,0164	0,0005	0,0027	0,0203**
Værdighed	0,0054	0,0043	-0,0117*	-0,0218	-0,1147*	-0,1163*	-0,0243	-0,0350	0,0745*	0,0007	0,0070	0,0059
Samlet score	0,0124 ¹	0,0057	-0,0150*	-0,0103	-0,1346*	-0,1181*	-0,0273	-0,0471	0,0116	0,0021 ¹	0,0100*	0,0276**

Anm.: ¹ <0,10, * <0,05, ** <0,01, *** <0,001. Tallene er baseret på ældre 67-92-årige, der får hjemmehjælp i 2012 og 2017. Der er benyttet en regressionsmodel, hvor hver række er en separat model (og hver række udgør den gældende afhængige variabel). Antal observationer: 314-346.

Kilde: Ældredatabasen 2017.

6.3 Betydningen af typen af hjemmehjælp

OLK varierer således i forhold til de ældres baggrund. På samme måde kan der tænkes at være forskel i OLK afhængig af, hvilken type af hjemmehjælp man modtager. Vi ser i det følgende på to typer af hjemmehjælp: om man 1) modtager både praktisk hjælp og personlig pleje, og 2) udelukkende modtager praktisk hjælp. På grund af det lille antal ældre udelukkende med personlig pleje er det ikke muligt at inkludere denne kategori.

Det bør bemærkes, at der ikke er en lige fordeling af hjemmehjælpsmodtagere på de to typer af hjælp. Blandt hjemmehjælpsmodtagerne i Ældredatabasen er det 73,54 %, der i 2017 udelukkende får praktisk hjælp, og 21,92 % får kombinationen praktisk hjælp og personlig pleje (de sidste 4,54 % får udelukkende personlig pleje).

Ligeledes er der en årsag til, at de ældre får en bestemt type hjælp. Vi finder i en separat analyse, at sandsynligheden for at få praktisk hjælp såvel som personlig pleje blandt hjemmehjælpsmodtagerne ikke overraskende stiger med antal funktionsnedsættelser. Det er dermed fortrinsvis de svageste ældre, som modtager personlig pleje – enten udelukkende personlig pleje eller i kombination med praktisk hjælp. Når man tolker på OLK-resultaterne for ældre med forskellige typer af hjemmehjælp, er det derfor vigtigt at huske, at de ældre også befinder sig i forskellige behovs- og ressourcetsituationer. Desuagtet kan OLK-analysen vise, hvor behov i mindre grad er dækket, og hvor man især kan forbedre OLK.

6.3.1 Forskelle i ASCOT-scores på fire ud af otte domæner i forhold til type af hjemmehjælp

Figur 6.2 opsummerer analyseresultaterne for de otte domæner og angiver med stjerner, hvor vi har fundet signifikante OLK-forskelle i forhold til hjemmehjælpstype. Ligesom tidligere angiver vi, hvor der er potentiale for at løfte OLK-scoren ved at vise den mulige forskel mellem OLK-scoren og den maksimalt højeste værdi for ASCOT inden for det givne domæne. Forskellen mellem den aktuelle og den maksimale OLK-værdi udgør forbedringspotentialet.

Figuren viser, at de ældre med kombinationen udelukkende praktisk hjælp på fire ud af de otte domæner har en højere OLK-score end ældre med kombinationen personlig pleje og praktisk hjælp, selv når vi kontrollerer for forskelle i baggrundskarakteristika. Det gælder på domænet 'kontrol over dagliglivet', hvor ældre med udelukkende praktisk hjælp har signifikant højere OLK-værdi. Figuren viser også, at der for begge grupper er et forbedringspotentiale på dette domæne, angivet med afstanden op til den stiplede linje.

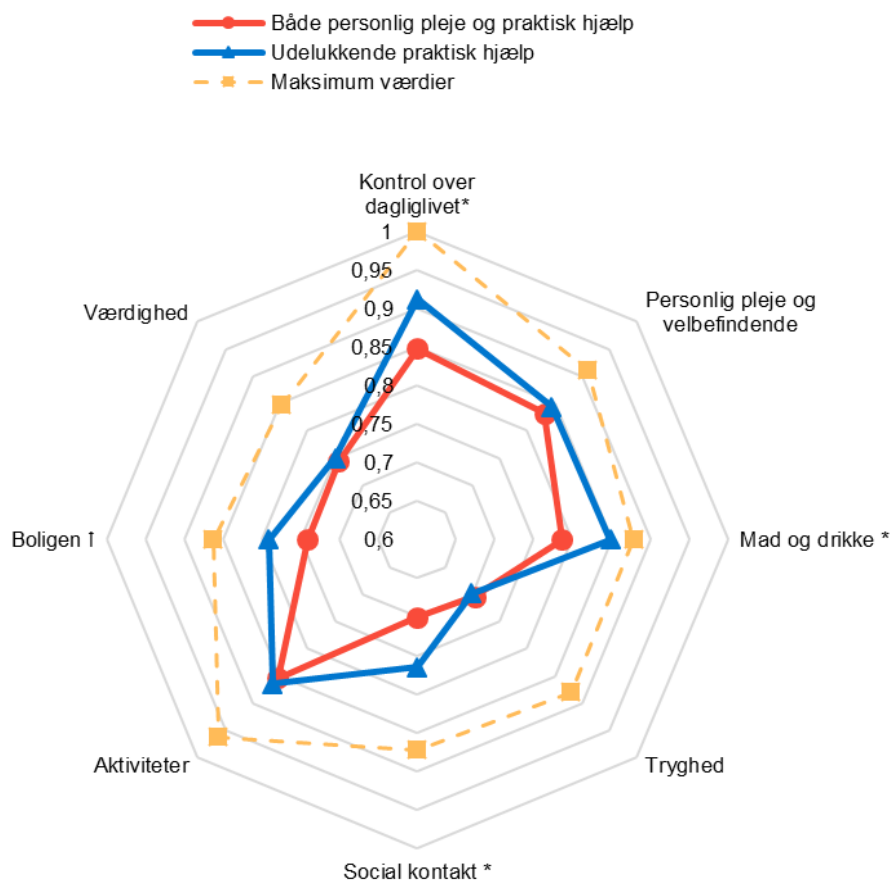
Også ved domænet 'mad og drikke' har ældre med udelukkende praktisk hjælp en signifikant højere OLK-score. Her er OLK-scoren tæt på den maksimale værdi – højst sandsynligt, fordi denne gruppe af hjemmehjælpsmodtagere som udgangspunkt ikke har behov eller modtager hjemmehjælp i forhold til dette domæne. Ældre med praktisk hjælp har også en signifikant højere OLK-score for domænet 'social kontakt' og 'bolig'.

Der er statistisk set ingen forskel i OLK-værdien mellem de to typer af hjemmehjælpsmodtagere på fire af domænerne 'personlig pleje og velbefindende', 'aktiviteter', 'tryghed' samt 'værdighed'. Dette kunne indikere, at det – på trods af forskellige behovsniveau – bl.a. med hjælp fra hjemmehjælpen lykkes at løfte de svageste ældre med en kombination af personlig pleje og praktisk hjælp op på et behovsniveau svarende til ældre, der udelukkende modtager prak-

tisk hjælp. Domænet 'tryghed' ligger relativt lavt for begge hjemmehjælpstyper, hvilket er samstemmende med de tidligere analyseresultater. Der er dermed et stort forbedringspotentiale her, uanset hvilken type hjemmehjælp man modtager.

Ud over de angivne forskelle på OLK-domæner er der også en signifikant forskel i samlet OLK i forhold til typen af hjemmehjælp. Samlet OLK ligger på 0,7818 for ældre med kombinationen personlig pleje og praktisk hjælp og på 0,8531 for ældre med udelukkende praktisk hjælp.

Figur 6.2 OLK ved de forskellige domæner for ældre, der udelukkende får praktisk hjælp eller både personlig pleje og praktisk hjælp, 2017.



Anm.: Figuren viser forskellen i OLK ved de forskellige domæner for ældre, der får kombinationen personlig pleje og praktisk hjælp og udelukkende får praktisk hjælp. Typen 'udelukkende personlig pleje' vises ikke, da der er for få observationer. Figuren viser kun tal for 2017, og den maksimale OLK-værdi er angivet ved linjen med firkanter. Antal observationer: 324: † <0,10, * <0,05, ** <0,01, *** <0,001.

Kilde: Ældredatabasen 2017.

6.4 Behov dækkes mindst ved social kontakt og aktiviteter

Vi har indtil videre vist den vægtede udvikling i OLK-domænerne og samlet OLK. Vægtene er som nævnt baseret på et præferencestudie. Det betyder, at nogle domæner er vægtet højere end andre, og det kan umiddelbart være vanskeligt at sammenligne domænerne. Vi vælger derfor afslutningsvis her i afsnittet at vise den uvægtede fordeling af besvarelserne og dermed andelen af hjemmehjælpsmodtagere, som i 2017 har svaret at have henholdsvis 'ideel tilstand', 'ingen deciderede uopfyldte behov', 'nogen uopfyldte behov' og 'mange uopfyldte behov' ved hvert domæne. Dermed er det – som vist i Figur 6.3 – også muligt at pege på, hvilke domæner

hjemmehjælpsmodtagerne især har (u)opfyldte behov på, så domæneværdierne direkte kan sammenlignes.

Figur 6.3 viser, at mellem 51-78 % af hjemmehjælpsmodtagerne i 2017 angiver at have en 'ideel tilstand' afhængig af, hvilke domæner man ser på. Det er dermed den bedste tænkelige situation og den, der bør tilstræbes. Det svarer til fx at svare: *"Mit hjem er så rent og komfortabelt, som jeg ønsker det"*, eller *"Jeg er altid ren og ordentlig i tøjet"*. Lidt færre, mellem 17-36 %, angiver, at der ingen deciderede uopfyldte behov er. Det er en situation, hvor hjælpen dækker behov tilstrækkeligt, men ikke er helt optimal, og hvor man fx kunne svare: *"Jeg er tilstrækkelig ren og ordentlig i tøjet"*, eller *"Mit hjem er rent og komfortabelt, men ikke så rent, som jeg kunne ønske det"*.

Figuren viser, at det er på domænet 'mad og drikke', at flest hjemmehjælpsmodtagere i 2017 oplevede at have en 'ideel tilstand' på domænet (77,98 %). Samtidig er der relativt få (4,48 %), der har 'nogen uopfyldte behov' på dette domæne, og kun meget få (0,24 %) har 'mange uopfyldte behov'.

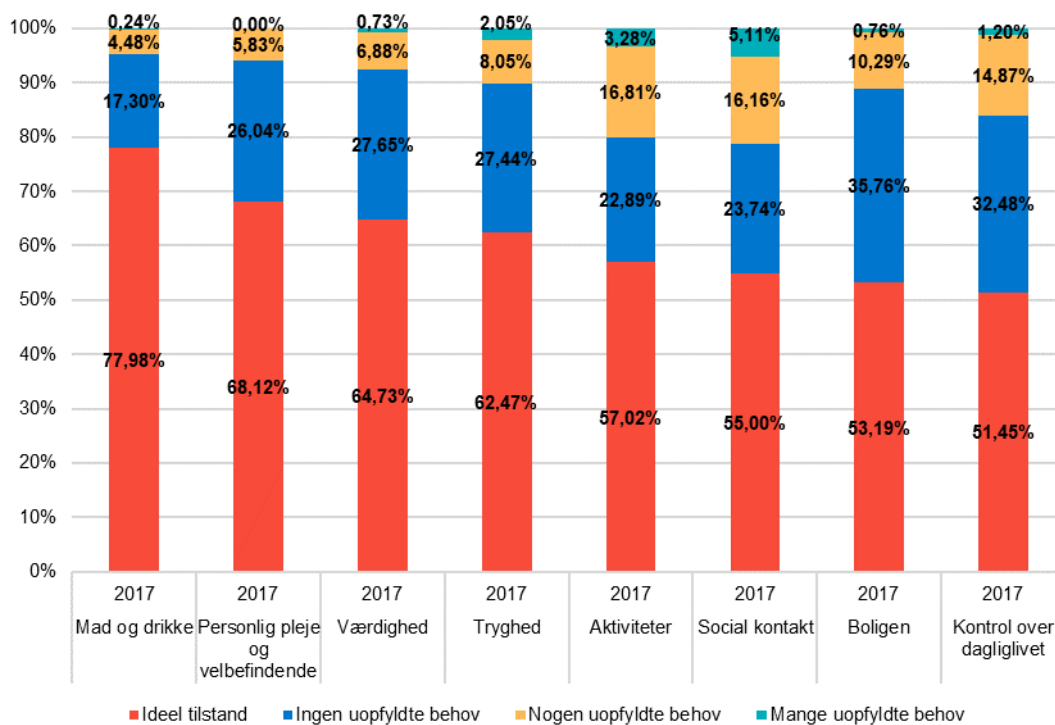
Ser vi nu på, hvor den laveste andel af hjemmehjælpsmodtagere angiver at have en 'ideel tilstand', er det på domænet 'kontrol over dagliglivet'. Det er værd at bemærke, for dette er også det domæne, som vægtes højest i præferencestudiet og dermed også anses som det vigtigste for samlet OLK. Omtrent halvdelen af hjemmehjælpsmodtagerne (51,45 %) en ideel tilstand i forhold til 'kontrol over dagliglivet', og knapt en tredjedel angiver, at de ikke har uopfyldte behov.

Ser vi i stedet på dem, der angiver at have 'nogen' eller 'mange behov', er der også en del, der angiver at have behov ved domænet 'kontrol over dagliglivet' (16,07 %). Der er dog flere, der har 'nogen' eller 'mange behov' ved domænerne 'social kontakt' (21,27 %) og 'aktiviteter' (20,09 %). Og ser vi på domænet 'tryghed', der var det domæne, som ændrede sig mest markant over tid og havde det største forbedringspotentiale, har ca. hver tiende i 2017 angivet at have mange eller nogle uopfyldte behov.²⁰

Mellem 5 % og 11 % af hjemmehjælpsmodtagerne angiver at have 'nogen' eller 'mange' uopfyldte behov' inden for områder, som direkte kan knyttes til hjemmehjælpens kerneopgaver ('mad og drikke', 'personlig pleje og velbefindende' og 'boligen').

²⁰ Betydningen af 'tryghed' har dog en relativ stor vægt, jf. præferencestudiet, hvorfor den i de vægtede OLK-analyser anses for at ligge relativt lavt.

Figur 6.3 Uvægtet OLK, hjemmehjælpsmodtagere, 67-92 år, 2017. Procent.



Anm.: Ældre hjemmehjælpsmodtageres behovstilstand ved de otte ASCOT-domæner – her ældre, der får hjemmehjælp i 2017. n = 328-346.

Kilde: Ældredatabasen 2017.

Er der så en højere andel hjemmehjælpsmodtagere, som over tid oplever (ikke) at få dækket deres behov? I analysen af uvægtet OLK ser vi afslutningsvis på ændringen i andelen af hjemmehjælpsmodtagere, som angiver, at deres behov ikke er dækket på ét eller flere domæner. Her samler vi svarkategorierne 'nogen uopfyldte behov' og 'mange uopfyldte behov' og indekserer dem i forhold til, hvor stor en andel, der svarer, at de har behov på henholdsvis 0, 1 eller 2+ domæner. Som det ses i Tabel 6.3, er der over tid signifikant flere, som angiver at have nogen eller mange behov på to eller flere af domænerne, henholdsvis 16,18 % i 2012 og 23,28 % i 2017. Tilsvarende er der en mindre andel, der over tid angiver, at behov er dækket på samtlige domæner – henholdsvis 66,86 % i 2012 og 58,24 % i 2017. Opgjort i andele er der således flere ældre hjemmehjælpsmodtagere, der over tid og på tværs af domænerne angiver, at deres behov ikke er dækket.

Tabel 6.3 Andelen af ældre hjemmehjælpsmodtagere (67-92 år) med 'nogen uopfyldte behov' eller 'mange uopfyldte behov' i forhold til antal af domæner, 2012 og 2017. Procent.

Indeks	2012	2017
0	66,86	58,24 *
1	16,96	18,48
2+	16,18	23,28 *
N	513	314

Anm.: Der er lavet t-test, som måler forskellen fra 2012 til 2017 (dvs. test af statistisk signifikans for koefficient af dummy-variable for 2017). Tallene er baseret på ældre 67-92-årige, der får hjemmehjælp i 2012 og 2017. † <0,10, * <0,05, ** <0,01, *** <0,001.

Kilde: Ældredatabasen 2012 og 2017.

6.5 Opsamling

Vi finder således, at den vægtede OLK er lavere for hjemmehjælpsmodtagerne i 2017 end i 2012. Det gælder både opgørelsen over samlet OLK og for seks ud af otte domæner. Især domænet 'tryghed' ændres over tid, mens man for de øvrige fem domæner ser mindre, men signifikante fald. To af domænerne – 'aktiviteter' og 'værdighed' – ændrer ikke værdi over tid.

I forhold til betydningen af baggrundskarakteristika ser vi en tendens til lavere samlet OLK, hvis man er mere funktionsnedsat eller har flere diagnoser, er aleneboende eller har en ægtefælle. OLK tenderer til at være højere, jo ældre man er, og jo højere indkomst man har. Derudover viser analyserne, at der er en væsentlig forskel mellem de ældre i forhold til den type af hjemmehjælp, de modtager. Vi har i analysen kontrolleret for de observerbare baggrundskarakteristika, men forskellen mellem de to grupper af hjemmehjælpsmodtagere kan skyldes andre uobserverbare faktorer, såsom at der er flere med demens etc., som modtager personlig pleje. Denne gruppe af hjemmehjælpsmodtagere er tydeligvis svagere, og det lykkes ikke med hjælp fra hjemmehjælpen til at kompensere for dette. Hjemmehjælpsmodtagere med en kombination af personlig pleje og praktisk hjælp ligger derfor signifikant lavere end hjemmehjælpsmodtagere udelukkende med praktisk hjælp på fire ud af de otte domæner: 'kontrol', 'mad og drikke', 'social kontakt' og 'boligen'. Der er ingen forskel mellem grupperne i forhold til domænet 'tryghed', som synes at være relativt lav for begge grupper. På den samlede OLK-score ligger ældre med kombinationen personlig pleje og praktisk hjælp også signifikant lavere end hjemmehjælpsmodtagere udelukkende med praktisk hjælp.

Når vi efterfølgende opgør OLK som uvægtede værdier og dermed ikke tager højde for, at ASCOT-metoden, jf. præferencestudiet, anser nogle domæner for at være mere vigtige end andre, ser vi, at størstedelen af hjemmehjælpsmodtagerne i 2017 på de forskellige domæner angiver, at deres behov er fuldt opfyldt (ideel tilstand). En mindre andel angiver, at deres behov er tilstrækkeligt opfyldt (ingen behov). Det er især på domænet 'mad og drikke', at mange angiver, at behovene er fuldt dækket. Ser vi omvendt på, hvor mange hjemmehjælpsmodtagere, der angiver at have nogen eller mange uopfyldte behov, er det mellem 5 % og 21 % på tværs af domænerne og flest på domænet 'social kontakt'. På det i ASCOT-metoden højest prioriterede domæne – 'kontrol' – er det hver sjette hjemmehjælpsmodtager, der har nogen eller mange uopfyldte behov. Når vi indekserer de uvægtede OLK-besvarelser, ses det, at andelen af ældre hjemmehjælpsmodtagere, som angiver, at deres behov ikke er dækket, er steget over tid.

Overordnet set kan der være flere forskellige forklaringer på forskellen i OLK mellem 2012 og 2017. Dels har selve gruppen af ældre hjemmehjælpsmodtagere ændret sig over tid, bl.a. som konsekvens af ændringer i tildelingen af hjemmehjælp; dels kan andre uobserverbare faktorer have betydning, som fx at de ældres forventninger til hjælpen fra hjemmehjælpen kan have ændret sig, at de oplever en forværring i fx demens, eller at der er sket ændringer i omgivelserne, som vi ikke kan inddrage i analysen. Endelig kan det tænkes, at ændringen af indhold, hyppighed og omfang af hjemmehjælp have haft en betydning for de ældres livskvalitet. Ændringerne kan fx have bevirket, at de ældre i mindre grad oplever, at deres behov dækkes, og – som vi afdækker i det følgende og sidste kapitel i rapporten – kan have sammenhæng med OLK.

7 Omsorgsrelateret livskvalitet og behov for mere hjælp til enkeltopgaver

Som vores tidligere analyser har vist, har der været ændringer i hjemmehjælpen, der har bevirket, at en mindre andel ældre i dag modtager hjemmehjælp – og især praktisk hjemmehjælp. Og som gennemgået i introduktionen har også indhold, hyppighed og omfang af hjemmehjælpen ændret sig.

Det spørgsmål, som vi ser nærmere på i dette sidste afsnit, er derfor, om de ældre hjemmehjælpsmodtagere anno 2017 oplever at have behov for mere hjemmehjælp til konkrete enkeltopgaver, og i givet fald om dette relaterer sig til deres omsorgsrelaterede livskvalitet (OLK). Oplever de ældre således at have behov for mere hjemmehjælp til rengøring, madlavning, indkøb, at komme rundt eller komme i bad og klæde sig på? Er der nogle enkeltopgaver, som især har betydning for den samlede OLK? Hvilke livskvalitetsdomæner påvirkes af at have brug for mere hjemmehjælp til enkeltopgaver? Og endelig: Hvor meget betyder det at have brug for mere hjemmehjælp til mange enkeltopgaver frem for blot at have brug for mere hjemmehjælp til én enkeltopgave i hverdagen?

Analysens resultat er, at to ud af tre hjemmehjælpsmodtagere i 2017 ikke oplever at have behov for yderligere hjemmehjælp. Omvendt siger hver tredje hjemmehjælpsmodtager, at de har behov for mere hjemmehjælp. Vi finder, at der er en stærk signifikant sammenhæng mellem at have behov for mere hjemmehjælp til enkeltopgaver og samlet OLK, og at samlet OLK påvirkes proportionalt i forhold til antallet af opgaver, man har behov for hjælp til: jo flere enkeltopgaver man har behov for mere hjemmehjælp til, jo lavere samlet OLK. De ældre hjemmehjælpsmodtagere oplever i gennemsnit at have behov for mere hjemmehjælp til 0,36 opgaver. Næsten hver tiende hjemmehjælpsmodtager angiver at have behov for mere hjemmehjælp til to eller flere enkeltopgaver. I 2017 er rengøring den enkeltopgave, som flest angiver at have behov for mere hjemmehjælp til (hver fjerde hjemmehjælpsmodtager). Behovet for mere hjælp har især indflydelse på domænet 'personlig pleje og velbefindende'. Ikke overraskende falder samlet OLK med ca. -0,09 for hver ekstra enkeltopgave, som den ældre har behov for mere hjemmehjælp til. Og endelig er det væsentligt, hvilken opgave man har behov for mere hjemmehjælp til: Samlet OLK falder især, hvis man har behov for mere hjemmehjælp til at kunne tilberede mad.

7.1 Én ud af tre har behov for mere hjemmehjælp – og især rengøring

Vi ser i analysen indledende på behovet for mere hjemmehjælp til enkeltopgaver. Der spørges til dette i Ældredatabasen i en kontekst af, om man har behov for mere hjemmehjælp. Først stilles spørgsmålet, om hjemmehjælpen er tilstrækkelig, og hvis man angiver, at dette ikke er tilfældet, stilles yderligere et spørgsmål om, hvorvidt man har behov for mere hjælp (implicit hjemmehjælp) til enkeltopgaver.

Tabel 7.1 viser andelen af hjemmehjælpsmodtagere på 67-92 år, der angiver at have behov for mere hjemmehjælp til enkeltopgaver i 2017. Den øverste del af tabellen viser, hvor stor en andel af hjemmehjælpsmodtagerne der angiver at have brug for mere hjemmehjælp.²¹ I den

²¹ En særskilt analyse viser, at der ingen signifikant stigning er over tid, hvilket umiddelbart kan virke overraskende på baggrund af ændringerne i hjemmehjælpen. Det kan dog skyldes en tilpasning af forventningerne til, hvad man får hjemmehjælp til.

næste del af tabellen ser vi på de enkeltopgaver, som de ældre derefter har angivet, at de har behov for mere hjemmehjælp til.

Godt to ud af tre hjemmehjælpsmodtagere (69,42 %) angiver, at den hjælp, de modtager, er tilstrækkelig, og knap en tredjedel (30,58 %) har brug for mere hjemmehjælp. Rengøring er den enkeltopgave, som flest angiver at have behov for mere hjemmehjælp til (25,32 %). At gå på trapper er den enkeltopgave, som færrest ældre hjemmehjælpsmodtagere har behov for mere hjemmehjælp til. For de resterende svarkategorier er der få observationer til at vise andelen, som derfor er angivet med '-' i tabellen.

Tablet 7.1 Behov for mere hjemmehjælp blandt ældre 67-92-årige hjemmehjælpsmodtagere, 2017. Procent.

	2017
"Hjælpen jeg får er tilstrækkelig"	69,42
"Jeg har brug for mere (hjemme)hjælp"	30,58
Enkeltopgaver:	
Tilberede mad	0,98
Rengøring	25,32
Indkøb	2,50
Tøjvask	4,45
Bolig og have	3,52
At gå udendørs	2,01
At gå på trapper	-
At gå omkring indendørs	-
At vaske sig/gå i bad	1,69
At klæde sig på	-
At klippe tånegle	1,94
Andet	3,57
n	353

Anm.: Tallene er baseret på ældre 67-92-årige, der får hjemmehjælp i 2017. For spørgsmålene om de enkelte opgaver er det udelukkende individer, der har svaret: "Har brug for mere (hjemme)hjælp", som bliver stillet det spørgsmål; dog bliver procenten udregnet efter populationen, der får spørgsmålet om, hvorvidt den hjælp, de får, er tilstrækkelig.

Kilde: Ældredatabasen 2017.

På baggrund af Tabel 7.1 har vi udarbejdet et summarisk indeks, som indeholder værdier fra 0-12, alt efter hvor mange enkeltopgaver hjemmehjælpsmodtagerne angiver at have behov for mere hjemmehjælp til. Gennemsnittet er 0,36 enkeltopgaver i 2017. I Tabel 7.2 har vi grupperet indekset for behov for mere hjemmehjælp til enkeltopgaver i henholdsvis 0 opgaver, 1 opgave og 2+ opgaver. Her ses, at 20,96 % af hjemmehjælpsmodtagerne angiver at have behov for mere hjælp til 1 opgave, og 9,92 % angiver behov for mere hjælp til 2 eller flere opgaver.

Tabel 7.2 Indeks over behov for mere hjemmehjælp ved enkeltopgaver blandt ældre (67-92 år). Hjemmehjælpsmodtagere, 2017. Procent.

	2017
0	69,12
1	20,96
2+	9,92
n	353

Anm.: Tallene er baseret på ældre 67-92-årige, der får hjemmehjælp i 2017. Tallene viser indeks over Tabel 7.1, udækket behov ved enkeltopgaver.

Kilde: Ældredatabasen 2017.

7.2 Sammenhæng mellem behov for hjælp til enkeltopgaver og omsorgsrelateret livskvalitet

Vi benytter dette indeks til at se på de mulige sammenhænge mellem OLK og behovet for mere hjemmehjælp. Her ser vi både på OLK ved de otte domæner og på samlet OLK i 2017. Tallene vises i Tabel 7.3.²²

Ikke overraskende er der en signifikant sammenhæng mellem at have behov for mere hjemmehjælp til enkeltopgaver og OLK. Indekset har en koefficient på -0,0898 ved samlet OLK kontrolleret for baggrundskarakteristika. Koefficienterne fremgår af tabellen; jo større negativ værdi, jo større sammenhæng er der mellem at have brug for mere hjemmehjælp til enkeltopgaver og OLK.

Den højeste koefficientværdi i modellen findes ved domænet 'personlig pleje og velbefindende' på -0,0687. Dette betyder, at OLK ved dette domæne i gennemsnit falder med -0,0687 for hver ekstra enkeltopgave, som den ældre angiver at have behov for mere hjemmehjælp til. Behovet for mere hjælp har dermed især indflydelse på dette domæne.

Koefficienten er ligeledes statistisk signifikant for de resterende domæner. Mindst indflydelse har behovet for mere hjælp på domænet 'mad og drikke', sandsynligvis fordi det er de færreste hjemmehjælpsmodtagere, som modtager hjælp til denne opgave.

²² En separat analyse viser, at behov for mere hjemmehjælp til enkeltopgaver har lige så stor betydning for OLK i 2012 som i 2017 – både for hvert domæne og for OLK samlet.

Tabel 7.3 Regressionsanalyse over sammenhæng mellem behov for mere hjemmehjælp til enkeltopgaver (indekseret) og domæner for omsorgsrelateret livskvalitet for ældre hjemmehjælpsmodtagere (67-92 år). Kontrolleret for baggrundskarakteristika, 2017

	Indeks
Kontrol over dagliglivet	-0,0507 ***
Personlig pleje og velbefindende	-0,0687 ***
Mad og drikke	-0,02401 †
Tryghed	-0,05011 **
Social kontakt	-0,0379 **
Aktiviteter	-0,0428 **
Boligen	-0,0633 ***
Værdighed	-0,0567 ***
Samlet omsorgsrelateret livskvalitet	-0,0898 ***

Anm.: Regressionsanalyse, hvor der er kontrolleret for alle baggrundskarakteristika og årsudvikling. Der er lavet en regressionsanalyse for hver række. Antal observationer: 313-344. † <0,10, * <0,05, ** <0,01, *** <0,001.

Kilde: Ældredatabasen 2017.

7.3 Stærkest sammenhæng mellem behov for mere hjælp til madlavning og omsorgsrelateret livskvalitet

Som vist er der en sammenhæng mellem at have behov for mere hjemmehjælp til mere end én enkeltopgave og såvel samlet som domæne OLK. Det er dog ikke helt ligegyldigt, hvilken opgave man har behov for mere hjemmehjælp til. Som angivet i Tabel 7.4 er sammenhængen forskellig, alt efter om det drejer sig om hjælp til rengøring, personlig pleje eller andre opgaver. Tabellen viser dermed mere detaljeret, hvilke opgaver der især hænger sammen med samlet OLK.

Det er især behovet for mere hjemmehjælp til at tilberede mad, der har den signifikant største indflydelse på samlet OLK. Koefficienten er på -0,3540. Har man som hjemmehjælpsmodtager angivet at have behov for mere hjemmehjælp til at tilberede mad, har man i gennemsnit -0,3540 lavere samlet OLK. Vi finder også en relativ høj og signifikant koefficient ved enkeltopgaven at gå udendørs på -0,3083. Indkøb er også signifikant med en koefficient på -0,1961. Rengøring er signifikant på et 5 %-niveau. Det at mangle hjemmehjælp til rengøring bevirker, at ens samlede OLK-værdi er -0,0486 lavere.

Ældre, der har behov for mere hjemmehjælp til bolig og have, har i gennemsnit en signifikant lavere samlet OLK på -0,1728. For ældre, der har angivet at have behov i kategorien 'andet', er den samlede OLK -0,1035 signifikant lavere.

De resterende kategorier af enkeltopgaver er ikke signifikante, og der er dermed stor sandsynlighed for, at tallene er udtryk for tilfældigheder.

Tabel 7.4 Regressionsanalyse over indflydelsen af udækket behov (enkelte opgaver) overfor samlet livskvalitet (OLK) blandt ældre hjemmehjælpsmodtagere (67-92 år). Kontrolleret for baggrundskarakteristika, 2017.

	Samlet omsorgsrelateret livskvalitet	
Tilberede mad	-0,3540	***
Rengøring	-0,0486	*
Indkøb	-0,1961	**
Tøjvask	-0,0378	
Bolig og have	-0,1728	**
At gå udendørs	-0,3083	*
At gå på trapper	-	
At gå omkring indendørs	-	
At vaske sig/gå i bad	-0,1199	
At klæde sig på	-	
At klippe tånegle	0,1461	
Andet	-0,1035	*
n	324	

Anm.: Regressionsanalyse, hvor der er kontrolleret for alle baggrundskarakteristika og alle områder af udækket behov. Antal observationer: 327. Analysen er for ældre (67-92-årige), som modtager hjemmehjælp i 2017. † <0,10, * <0,05, ** <0,01, *** <0,001.

Kilde: Ældredatabasen 2017.

7.4 Opsamling

Vi finder således i analysen, at godt to ud af tre hjemmehjælpsmodtagere angiver, at de modtager tilstrækkelig hjælp, mens knap en tredjedel har brug for mere. Vi finder, at der er sammenhæng mellem et sådant behov og en lavere OLK: Jo flere enkeltopgaver, man har behov for mere hjemmehjælp til, desto lavere OLK.

Hver fjerde hjemmehjælpsmodtager angiver i 2017 at have behov for mere hjemmehjælp til rengøring. Omtrent hver tiende angiver at have behov for mere hjemmehjælp til to eller flere enkeltopgaver. Resultaterne indikerer, at det domæne, som især påvirkes af, om man har mere end ét udækket behov, er domænet af 'personlig pleje og velbefindende'. Samlet OLK påvirkes især, hvis man har behov for mere hjemmehjælp til at lave mad, og falder med ca. -0,09 for hver ekstra enkeltopgave, som den ældre har behov for mere hjemmehjælp til.

Litteratur

- Bertelsen, T. (2016): Kommunale kvalitetsstandarder i ældreplejen – Fra politik til praksis. Ph.d.-afhandling. Aalborg: Aalborg Universitet.
- Caiels, J., Forder, J., Malley, J., Netten, A. & Windle, K. (2010): Measuring the outcomes for low-level services: Final report 'Measuring Outcomes for Public Service Users' Project, PSSRU Discussion Paper 2699.
- Christensen, S., Johansen, M.B., Christiansen, C.F., Jensen, R. & Lemeshow, S. (2011): Comparison of Charlson comorbidity index with SAPS and APACHE scores for prediction of mortality following intensive care, in: *Clin Epidemiol* 2011; 3: 203–211.
- Danmarks Statistik (id): Ældreområdet. Tabeller. AED06 og AED022. Downloadet januar 2019, <http://www.dst.dk/da/Statistik/emner/tvaergaaende/de-kommunale-serviceindikatorer/aeldre>.
- Danmarks Statistik (2018): Om Opregningen af Ældredatabasen 2017. Notat. København: Danmarks Statistik.
- ECO Nøgletal, se mere på <https://eco.vive.dk/>
- Forder, J., Towers, A.-M., Caiels, J., Beadle-Brown, J. & Netten, A. (2008): Measuring Outcomes in Social Care: Second Interim Report Quality Measurement Framework Project. PSSRU Discussion Paper 2542: London LSE.
- Fridberg, T. (2012): *Præferencestudie af forskellige dimensioner af livskvalitet*. Arbejdsrapport. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Gold, A., Olin, N. & Wang, A. (2018): What is the Delta Method? <https://cran.r-project.org/web/packages/modmarg/vignettes/delta-method.html> (besøgt 2019-03-14).
- Holbæk Kommune (id): Kvalitetsstandarder for personlig pleje og praktisk hjælp. Downloadet januar 2019. <http://holbaek.dk/media/22534521/kvalitetsstandard-personlig-pleje-og-praktisk-hjaelp.pdf>
- Kjær, A.A., Poulsen, M.H. & Siren, A. (2016): *Respons og bortfald i ældredatabasen*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (SFI-notat).
- Kjær, A.A., Siren, A., Seestedt, M.H., Fridberg, T., Casier, F. (2019): Cohort Profile: The Danish Longitudinal Study of Ageing (DLSA), in: *International Journal of Epidemiology*, dyz026, <https://doi.org/10.1093/ije/dyz026>
- Københavns Kommune (id.): *Kvalitetsstandarder for sundheds- og ældreområdet i København*. Downloadet januar 2019, <https://www.kk.dk/aeldreikbh>
- Malchow-Møller, N. & Würtz, A. (2014): *Indblik i statistik – for samfundsvidenskab*. København: Hans Reitzels forlag. 2 udg.
- Malley, J., Towers, A.M., Netten, A.P., Brazier, J.E., Forder, J. & Flynn, T. (2012): An assessment of the construct validity of the ASCOT measure of social care-related quality of life

with older people, in: Health and Quality of Life Outcomes, 10:21,
<https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-21>.

- Netten, A., Burge, P., Malley, J., Potoglou, D., Towers, A., Brazier, J., Flynn, T., Forder, J. & Wall, B. (2012 pub): Outcomes of social care for adults: developing a preference-weighted measure. *Health Technology Assessment* 16 (16).
- NHS (2011): *Personal Social Services Adult Social Care Survey, England 2010-11* (Final Release). London: The NHS Information Centre.
- Petersen, A., Graff, L., Rostgaard, T., Kjellberg, J. & Kjellberg, P.K. (2017): Rehabilitering på ældreområdet. Hvad fortæller danske undersøgelser os om kommunernes arbejde med rehabilitering i hjemmeplejen? København: KORA – Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning.
- Rasmussen, S., Andersen, M.H., Clement, S.L. & Rostgaard, T. (2015): Livskvalitet i senlivet - hjemmehjælpens betydning for ældres livskvalitet. In: Jensen, P.H. & Rostgaard, T. (eds.): *Det aldrende samfund: Udfordringer og nye muligheder*, København: Frydenlund Academic. 215-231.
- Rostgaard, T. (2011): Care as you like it: The construction of a consumer approach in home care in Denmark. *Nordic Journal of Social Research*, Vol. 2, 2011, pp.1-16.
- Rostgaard, T., Brünner, R.N. & Fridberg, T. (2012): *Omsorg og livskvalitet i plejeboligen*. SFI-rapport 12:3. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Rostgaard, T., Andersen, M.H., Clement, S.L. & Rasmussen, S. (2013): *Omsorgsbetinget livskvalitet og hjemmehjælp - En ASCOT undersøgelse blandt hjemmehjælpsmodtagere*. Aalborg: Aalborg Universitet.
- Rostgaard, T. & Graff, L. (2016): *Med hænderne i lommen – Borger og medarbejders samspil og samarbejde i rehabilitering*. København: KORA – Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning.
- Rostgaard, T. & Matthiessen, M. (2019): *Hjælp til svage ældre*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Sen, A. (1993): Capability and Well-being, In: Nussbaum, M. & Sen, A. (eds.) *The Quality of Life*. Oxford: Clarendon 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. & Milhoj, P. (1968): *Old People in Three Industrial Societies*. New York: Atherton Press.
- Siren, A. & 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 – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Sundheds- og Ældreministeriet (2018): *Kommunerne bruger en stadig større del af Velfærds-millionen på varme hænder*. Pressemeddelelse. <https://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Aeldre/2018/januar/Kommunerne-bruger-en-stadig-storre-del-af.aspx>

Sundhedsstyrelsen (2019): Ældres sundhed og trivsel – Ældreprofilen 2019. København: Sundhedsstyrelsen.

Bilag 1 ASCOT-spørgsmål og svarkategorier

Følgende er en liste over de standardiserede ASCOT-spørgsmål og svarkategorier over den nuværende omsorgsrelaterede livskvalitet (OLK), som bliver anvendt i den danske oversættelse af ASCOT. Svarkategorien 1 er udtryk for 'ideel tilstand', 2 for 'ingen uopfyldte behov', 3 er udtryk for 'nogen uopfyldte behov' og 4 for 'mange uopfyldte behov'.

Kontrol over dagliglivet

Kan De fortælle mig, hvilken af følgende sætninger der bedst beskriver, hvor megen kontrol De har over Deres dagligliv?

(Interviewer: Læs svarkoderne op)

De har så megen kontrol over Deres dagligliv, som De ønsker	1
De har tilstrækkelig kontrol over Deres dagligliv	2
De har nogen kontrol over Deres dagligliv, men ikke nok	3
De har ingen kontrol over Deres dagligliv	4
(Ved ikke)	8

Personlig pleje og velbefindende

Når De tænker på Deres personlige pleje, dvs. at være ren og ordentlig i tøjet, hvilken af følgende sætninger beskriver så bedst Deres situation?

(Interviewer: Læs svarkoderne op)

De er altid ren og ordentlig i tøjet	1
De er tilstrækkelig ren og ordentlig i tøjet	2
De er nogenlunde ren og ordentlig i tøjet, men ikke altid, som De kunne ønske Dem	3
De er overhovedet ikke ren eller ordentlig i tøjet	4
(Ved ikke)	8

Mad og drikke

Når De tænker på den mad og drikke, De ønsker, hvilken af følgende sætninger beskriver så bedst Deres situation?

(Interviewer: Læs svarkoderne op)

De får al den mad og drikke, De gerne vil have, og på tidspunkter der passer Dem	1
De får tilstrækkelig mad og drikke på tidspunkter, der er ok	2
De får ikke altid den mad og drikke, De ønsker, eller får det ikke altid på de rigtige tidspunkter	3
De får slet ikke den mad og drikke, De ønsker, eller får det slet ikke på de rigtige tidspunkter. De mener, at det kan gå ud over Deres helbred	4
(Ved ikke)	8

Tryghed

Kan De fortælle mig, hvilken af følgende sætninger der bedst beskriver, hvor tryk De føler Dem? Ved at føle sig tryk mener vi både indendørs og udendørs. Der tænkes på frygt for at komme til skade, fx falde, eller være udsat for overgreb eller røveri.

(Interviewer: Læs svarkoderne op)

De føler Dem så tryk, som De kunne ønske Dem	1
I almindelighed føler De Dem tilstrækkelig tryk, men ikke så tryk, som De kunne ønske Dem	2
De føler Dem ikke så tryk, som De kunne ønske Dem	3
De føler Dem overhovedet ikke tryk	4
(Ved ikke)	8

Social kontakt

Når De tænker på, hvor megen kontakt De har med mennesker, De kan lide, hvilken af følgende sætninger beskriver så bedst Deres sociale situation?

(Interviewer: Læs svarkoderne op)

De har så meget social kontakt, som De ønsker Dem, og med mennesker, De kan lide	1
De har tilstrækkelig social kontakt	2
De har nogen social kontakt, men det er ikke altid tilstrækkeligt	3
De har kun lidt social kontakt og føler Dem socialt isoleret	4
(Ved ikke)	8

Aktiviteter

Kan De fortælle mig, hvilken af følgende sætninger der bedst beskriver, hvordan De bruger Deres tid?

(Interviewer: Læs svarkoderne op)

De kan bruge Deres tid, som De ønsker det, og gøre ting, som De sætter pris på eller nyder	1
De kan bruge Deres tid til at gøre ting, som De sætter pris på eller nyder i tilstrækkeligt omfang	2
De kan bruge Deres tid til at gøre nogle af de ting, som De sætter pris på eller nyder, men ikke altid i tilstrækkeligt omfang	3
De kan ikke bruge Deres tid til at gøre nogen af de ting, De sætter pris på eller nyder	4
(Ved ikke)	8

Boligen

Kan De fortælle mig, hvilken af følgende sætninger der bedst beskriver, hvor rent og komfortabelt Deres hjem er?

(Interviewer: Læs svarkoderne op)

Deres hjem er så rent og komfortabelt, som De ønsker det	1
Deres hjem er tilstrækkelig rent og komfortabelt, men ikke så rent, som De kunne ønske det	2
Deres hjem er ikke helt rent eller komfortabelt nok	3
Deres hjem er overhovedet ikke rent eller komfortabelt	4
(Ved ikke)	8

Værdighed

Jeg vil bede Dem tænke på den måde, De får hjælp på og bliver behandlet på, og hvad det betyder for, hvordan De har det med Dem selv. Hvilken af de følgende sætninger beskriver bedst Deres situation?

(Interviewer: Læs svarkoderne op)

Den måde, hjælpen bliver givet på, hjælper Dem til at leve et mere værdigt liv	1
Den måde, hjælpen bliver givet på, påvirker ikke Deres mulighed for at leve et værdigt liv	2
Den måde, hjælpen bliver givet på, går af og til ud over Deres mulighed for at leve et værdigt liv	3
Hjælpen bliver givet på en måde, som gør det umuligt for Dem at leve et værdigt liv	4
(Ved ikke)	8

**VIDEN I
VELFÆRD**

DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD