



Omsorgsbetinget livskvalitet og hjemmehjælp

**- En ASCOT undersøgelse blandt
hjemmehjælpsmodtagere**

Analysenotat

**Tine Rostgaard, Morten
Højmosé Andersen, Sanne Lund
Clement og Stine Rasmussen**

**Institut for Statskundskab
Aalborg Universitet**

Juli 2013

Tine Rostgaard, Morten Højmoser Andersen, Sanne Lund Clement og Stine Rasmussen.

Omsorgsbetinget livskvalitet og hjemmehjælp - En ASCOT undersøgelse blandt hjemmehjælpsmodtagere.

Analysenotat. Institut for Statskundskab, Aalborg Universitet, 2013.

www.livskvalitet.aau.dk

Analysenotat udført på opdrag af Hjemmehjælpskommissionen

Spørgsmål til undersøgelsen kan rettes til professor Tine Rostgaard på 42 74 34 45 (efter 17. juli på tr@dps.aau.dk).

Indholdsfortegnelse

1. Indledning	5
2. Data og metode	10
3. Karakteristik af hjemmehjælpsmodtagerne og hjemmehjælpen	13
3.1. Hjemmehjælpsmodtagernes baggrund	13
3.2 Indhold og omfang af plejen	21
4. Omsorgsbetinget livskvalitet	31
4.1. Måling af omsorgsbetinget livskvalitet: ASCOT metoden	31
4.2. Hjemmehjælp og omsorgsbetinget livskvalitet	35
4.3 Hjemmehjælpsmodtagernes forskellige behov	43
5. Omsorgsbetinget livskvalitet: Gør hjælpen en forskel?	51
Litteratur	59

1. Indledning

I denne indledning beskrives først formålet med undersøgelsen, undersøgelsens problemstillinger, samt den anvendte metode til at undersøge omsorgsbetinget livskvalitet for modtagere af hjemmehjælp i alderen 65 og over. Derefter beskrives undersøgelsens hovedresultater ift. hjemmehjælpmodtagernes baggrund samt indholdet og omfanget af den hjemmehjælp de modtager, inden resultaterne for omsorgsbaseret livskvalitet beskrives. Afsluttende angives en læsevejledning for læsning af rapporten, og de involverede personer, der har gjort denne undersøgelse mulig takkes.

Formål

Hovedformålet med denne undersøgelse er at undersøge hvorledes hjemmehjælpen indvirker på livskvaliteten for hjemmehjælpsmodtagere over 65 år. Fokus for studiet er således det der i undersøgelsen benævnes *omsorgsbetinget livskvalitet* (OLK), forstået som den måde hvorpå omsorgen og plejen i hjemmehjælpen hjælper til at opretholde eller forbedre den omsorgsbetingede livskvalitet for hjemmehjælpsmodtagerne. Undersøgelsen afdækker dermed det relative udbytte i livskvalitet, som den ældre får ved at modtage hjemmehjælp. Undersøgelsen er udført af en projektgruppe tilknyttet Institut for Statskundskab, Aalborg Universitet, efter opdrag af Hjemmehjælpskommissionen, og under ledelse af professor mso Tine Rostgaard.

ASCOT-metoden

Undersøgelsen benytter sig af måleinstrumentet ASCOT (Adult Social Care Outcomes Toolkit), der tidligere i Danmark er blevet benyttet til at undersøge livskvalitet for plejeboligbeboere (Rostgaard, Brüner og Fridberg, 2012). ASCOT operationaliserer begrebet omsorgsbetinget livskvalitet, til følgende otte forskellige såkaldte *domæner*: Mad og drikke, Boligen, Tryghed, Personlig pleje og velbefindende, Kontrol over dagliglivet, Social kontakt, Aktiviteter og Værdighed.

I undersøgelsen spørges de ældre både om deres *nuværende* omsorgsbetingede livskvalitet, som er livskvalitet *med* hjemmehjælp, og om hvordan deres livskvalitet mere hypotetisk ville være *uden* hjemmehjælp, den såkaldte *forventede* omsorgsbetingede livskvalitet. Umiddelbart kan det synes vanskeligt at vurdere en mere hypotetisk situation; omvendt er det sandsynligt at de fleste om ikke alle hjemmehjælpsmodtagere har oplevet situationer, hvor hjælpen er kommet senere end aftalt eller ikke er dukket op. Forskellen på forventet og nuværende omsorgsbetinget livskvalitet opgøres som *forbedringen* i livskvalitet, og forskellen mellem den forventede omsorgsbetingede livskvalitet og maksimum livskvalitet (=1) udgør *forbedringskapaciteten*.

Problemstillinger

I undersøgelsen ser vi således på følgende problemstillinger:

- Hvad er den ældres *forventede* omsorgsbetingede livskvalitet, hvis han/hun ikke modtog hjemmehjælp?
- Hvad er den ældres *forbedringskapacitet*, dvs. hvor langt ville den ældre være fra det ideelle niveau af livskvalitet, hvis han/hun ikke modtog hjemmehjælp?
- Hvad er den ældres *nuværende* omsorgsbetingede livskvalitet, dvs. lykkes det hjemmehjælpen at løfte den ældre op til det maksimale niveau af omsorgsbetinget livskvalitet?

- Hvor meget bidrager hjemmehjælpen til at forbedre den ældres omsorgsbetingede livskvalitet (*livskvalitetsforbedringen*)?
- Hvordan påvirkes disse mål for omsorgsbetinget livskvalitet af hhv. den ældres baggrund og af indholdet og omfanget af hjemmehjælpen?

Hovedkonklusioner

Via telefoninterview og analyse af registerdata har projektgruppen undersøgt, hvordan niveauet af omsorgsbetinget livskvalitet er for ældre hjemmehjælpsmodtagere ift. den pleje og omsorg, de modtager, og hvordan niveauet af omsorgsbetinget livskvalitet ville være uden pleje og omsorg.

I alt 698 hjemmehjælpsmodtagere i alderen 65 og over har deltaget i undersøgelsen. Respondenterne i undersøgelsen svarer ift. køn og alder til hjemmehjælpsmodtagere på landsplan, mens der i undersøgelsen er relativt flere brugere af ældre der udelukkende modtager personlig pleje og brugere der udelukkende modtager praktisk hjælp end på landsplan, mens andelen der modtager begge plejetyper – og sandsynligvis også repræsenterer de svageste brugere - er mindre i datasættet end på landsplan. Dette er ikke overraskende, da det typisk er sværere at opnå deltagelse fra de svageste ældre, men der er taget højde for dette ved at udføre yderligere besøgs- og observationsstudier blandt gruppen af de svageste (afrapporteres senere ifl. aftale med Kommissionssekretariatet). Der må derfor tages det forbehold at data sandsynlig vil vise en anelse mere positivt billede af eksempelvis grad af selvhjulpnehed. Oftest har analyserne dog respondenterne opdelt ift. den type af hjemmehjælp, som de modtager, hvorfor nævnte skævhed ikke giver anledning til bekymring.

Billedet af hjemmehjælpsmodtagerne i undersøgelsen viser – som det er tilfældet på landsplan – at langt flere kvinder end mænd modtager hjemmehjælp. Ift. plejetype, modtager cirka halvdelen af respondenterne udelukkende praktisk hjælp, hver sjette modtager udelukkende personlig pleje, og hver tredje modtager både praktisk hjælp og personlig pleje.

Langt størstedelen af hjemmehjælpsmodtagerne i undersøgelsen har grundskolen som højeste uddannelse og de har en gennemsnitlig årlig disponibel indkomst på 158.746 kr. De ældre har gennemgående en god social kontaktflade, og er ofte i kontakt med familie og venner, hvad enten det er fysisk samvær eller at man mødes over e-mail eller snakker i telefon sammen. Kun 5 % har ikke et sådant samvær med deres børn. En del af de ældre får da også hjælp til hverdagens aktiviteter af deres børn. Det er f.eks. børnene der fortrinsvis hjælper med pengesager, at komme udendørs, transport til behandling og lign., samt indkøb. Der hvor hjemmehjælpen fortrinsvis hjælper til, er ikke overraskende ift. rengøring.

De ældre angiver at have et gennemgående godt velbefindende, helbred samt god hukommelse. Også ift. funktionsevne angiver respondenterne at ligge relativt højt og dermed at de er forholdsvis selvhjulpne på en række hverdagsfunktioner som spisning, forflytning fra stol til seng, personlig hygiejne, toiletbesøg, badning, indendørs mobilitet, gå på trapper og påklædning. Dog er det værd at huske på, at der dels er en række funktioner, som der ikke spørges ind til i undersøgelsen, men som vi bl.a. kan konstatere ud fra vores observationsstudier, at de ældre modtager hjælp til, f.eks. til støttestrømper eller til indtagelse af medicin. Og dels er der generelt en tendens til, at de ældre underrapporterer evt. helbredsproblemer og nedsat funktionsevne, ikke mindst i telefoninterview, som denne undersøgelse baserer sig på (se mere om dette i metodeafsnittet). Hvilket også er set i tidligere undersøgelser blandt mere plejekrævende ældre med brug af besøgsinterview (undersøgelse af omsorgsbetinget livskvalitet blandt plejeboligboere; Rostgaard, Brüner, og Fridberg, 2012). Og endelig er der som ovenfor nævnt en vis skævhed i datasættet, således at de svageste ældre er underrepræsenterede.

Det er ikke overraskende de hjemmehjælpsmodtagere, der har den laveste funktionsevne og det dårligste helbred, som også modtager personlig pleje eller en kombination af personlig pleje og praktisk hjælp. Og det er også disse to plejetypegupper, der ifølge registerdata, modtager flest minutters visiteret hjemmehjælp, dvs. den mest omfattende pleje synes også at gå til de svageste. I gennemsnit er de ældre i undersøgelsen visiteret til 137 minutters ugentlig hjemmehjælp, svarende til gennemsnitligt 2 timer og 17 minutter om ugen, men med stor variation, hvor modtagere af praktisk hjælp gennemsnitlig har 30 minutters visiteret tid per uge. Spørger man de ældre selv angiver de at det er mest normalt at modtage hjemmehjælp hver anden uge (halvdelen af respondenterne). Lidt færre end én ud af 10 angiver at modtage hjemmehjælp kun hver tredje uge, mens en fjerdedel modtager hver dag, og lidt mere end én ud af 10 modtager én til flere gange om ugen.

To ud af tre respondenter vurderer at omfanget af hjemmehjælpen er tilstrækkeligt eller fuldt tilstrækkeligt, og en tredjedel at det ikke er tilstrækkeligt. Kvaliteten af hjemmehjælpen vurderes lidt mere positivt, i det mere end otte ud af 10 vurderer kvaliteten som tilstrækkelig eller fuld tilstrækkelig, og én ud af seks angiver at kvaliteten er utilstrækkelig eller helt utilstrækkelig. Der er stærk sammenhæng mellem utilfredshed med kvalitet og utilfredshed med omfang, og det er især modtagere af praktisk hjælp, der udtrykker utilfredshed med kvalitet og omfang. Næsten alle respondenter er tilfredse med relationen til hjemmehjælperen.

De ældre er også blevet bedt om at angive hvorvidt de modtager genoptræning som en del af hjemmehjælpsydelsen, og det har 7 % angivet, at de gør, flere mænd end kvinder, og flest blandt modtagere af personlig pleje og dermed dem også med mest nedsat funktionsevne.

Seks ud af 10 modtagere af hjemmehjælp i undersøgelsen benytter sig udelukkende af en offentlig leverandør, én ud af tre benytter sig af en privat leverandør og én ud af 10 modtager hjemmehjælp fra begge leverandørtyper. Det er mere populært blandt kvinder end mænd at bruge en privat leverandør, hvilket sandsynligvis hænger sammen med at mændene i studiet gennemsnitligt har en lavere funktionsevne, og det typisk er dem med højest funktionsevne, der vælger en privat leverandør. Samtidig er det særligt modtagere af udelukkende personlig pleje, der i højere grad vælger en offentlig leverandør, igen kan dette nok også forklares ved at private leverandører oftere leverer praktisk hjælp og ikke personlig pleje.

Der er ingen forskel på respondenternes brug af leverandør og deres tilfredshed med både omfang og kvalitet af hjemmehjælpen. Dvs. de ældre er lige tilfredse (eller utilfredse) med den offentlige som den private leverandør.

Én ud af 6 af respondenterne har angivet at de køber tilkøbsydelser, gennemsnitligt 3 timer om måneden. Det er ikke overraskende fortrinsvis de ældre, der er utilfredse med omfanget af den visiterede hjemmehjælp, der køber tilkøbsydelser, mens der ikke er forskel ift. f.eks. respondenternes indkomst.

Analysen af omsorgsbetinget livskvalitet viser at ift. den forventede omsorgsbetingede livskvalitet, altså den hypotetiske situation, hvor den ældre *ikke* modtager hjemmehjælp, ville respondenterne gennemsnitligt have en samlet omsorgsbetinget livskvalitet på 0,65, hvor maksimal og ideel omsorgsbetinget livskvalitet er sat til =1. De ældre er mest selvhjulpne ift. domænerne mad og drikke, samt personlig pleje. At personlig pleje i den forventede tilstand ligger så højt, skyldes dog blandt andet, at tallene er for alle respondenter, hvilket betyder, at over halvdelen ikke modtager hjælp til denne aktivitet. De ældre er til gengæld mindst selvhjulpne hvad angår at holde deres bolig ren og komfortabel, og ift. at have en oplevelse af at have kontrol i deres hverdag. Her ville én ud af hver femte have store uopfyldte behov. Også ift. at opleve at føle sig tryk ville en del af de ældre have

problemer, hvis de ikke modtog hjemmehjælp. Man kan derfor sige, at det specielt er på disse områder at hjemmehjælpen potentielt har mulighed for at løfte de ældres omsorgsbetingede livskvalitet.

Ser man dernæst på den nuværende omsorgsbetingede livskvalitet, altså den situation hvor man vurderer hvor meget hjemmehjælpen bidrager til ens livskvalitet, ses det i analysen, at hjemmehjælpen formår at løfte samtlige ældre til et nogenlunde ens – og rimeligt højt – niveau, på 0,85. Det vil sige, at uanset udgangspunktet i forventet omsorgsbetinget livskvalitet, ender de ældre med at ligge relativt højt på omsorgsbetinget livskvalitet. Det er igen specielt ift. domænerne personlig pleje og mad og drikke, at de ældre ligger højt, mens den omsorgsbetingede nuværende livskvalitet er mindre høj for domænerne kontrol og tryghed, men også for domænet aktiviteter, hvor en fjerdedel har nogle eller store uopfyldte behov.

Det er altså så stadig også muligt at løfte den omsorgsbetingede livskvalitet til et højere niveau (maksimal eller ideel livskvalitet sættes i ASCOT--metoden til =1). Dvs. at der er en forbedringskapacitet på 0,15 (1-0,85), men omvendt er det sjældent at det lykkes ift. de mere overordnede domæner som kontrol og tryghed, hvorimod det er mere realistisk ift. mere basale domæner som bolig, mad og drikke og personlig pleje.

Det er dernæst muligt at vurdere hvor meget hjemmehjælpen bidrager til at forøge den omsorgsbetingede livskvaliteten, ved at se på forskellen mellem forventet og nuværende omsorgsbetinget livskvalitet. Gennemsnitligt løfter hjemmehjælpen den omsorgsbetingede livskvalitet med 0,18 point. Hjemmehjælpen synes at have størst effekt på domænerne kontrol, tryghed og bolig, hvor der netop også som ovenfor nævnt var størst forbedringskapacitet.

Er der forskel på mænd og kvinder? Ja, ift. den forbedring der opnås, synes mænd at opnå en større forbedring ift. personlig pleje og social kontakt end kvinder. Mænd har både på forventet og nuværende omsorgsbetinget livskvalitet en lavere omsorgsbetinget livskvalitet end kvinder på domænet bolig.

Gruppen af hjemmehjælpsmodtagere er dog en yderst heterogen gruppe. Opdeler man de ældre ift. den type af hjælp som de modtager, ses det at de alle opnår nogenlunde samme nuværende omsorgsbetingede livskvalitet uanset plejetyper. Det vil sige at hjemmehjælpen formår at løfte dem til samme niveau af nuværende livskvalitet, uanset at de har yderst forskelligt udgangspunkt og forskellig hjælp fra hjemmehjælpen ift. indhold og omfang af hjemmehjælpen. Det er især modtagere af udelukkende personlig pleje og modtagere af både praktisk hjælp og personlig pleje, som ser denne forbedring i omsorgsbetinget livskvalitet, hvorimod modtagere af praktisk hjælp oplever en signifikant mindre forbedring. Men da deres udgangspunkt i den forventede omsorgsbetingede livskvalitet lå signifikant højere end de to andre plejetyper, ender alle plejetyper således med et nogenlunde samme niveau på nuværende omsorgsbetinget livskvalitet.

Hvilke faktorer kan så forklare at nogle ældre ligger højere eller lavere ift. den omsorgsbetingede livskvalitet? Skyldes det individuelle faktorer som f.eks. helbred, funktionsevne, indkomst, køn eller alder? Eller skyldes det plejetype, hvor mange minutters hjælp man modtager, eller om man er tilfreds med den hjælp man modtager? Der er kørt en række multiple lineære regressionsanalyser, som tager højde for disse og andre faktorer.

Analyserne viser at der er en klar sammenhæng mellem den nuværende omsorgsbetingede livskvalitet og den enkelte hjemmehjælpsmodtagers funktionsevne, helbred og mængden af fysisk samvær med familie og venner. Jo bedre man har det ift. helbred og selvhjulpethed og jo større kontaktflade, jo højere omsorgsbetinget livskvalitet har man.

Ser man på hvor meget hjemmehjælpen formår at forbedre den ældres omsorgsbetingede livskvalitet, er det faktorer som den enkeltes funktionsevne og til dels hukommelse, som er væsentlige, men også i høj grad faktorer direkte relaterede til hjemmehjælpen i form af typen af hjælp og hvor meget hjælp der gives. Modtagere af både personlig pleje og praktisk hjælp oplever den største forbedring, og modtagere af praktisk hjælp den mindste, når alle andre faktorer holdes konstante. Der ses også en sammenhæng mellem antal minutters visiteret tid og forbedring i omsorgsbetinget livskvalitet, dvs. jo mere visiteret tid, jo højere omsorgsbetinget livskvalitets forbedring. Og endelig har det en klar betydning om den ældre er tilfreds med omfanget af hjælpen og relationen til hjemmehjælperen: jo større tilfredshed på begge faktorer, jo højere omsorgsbetinget livskvalitet.

Endelig har vi også set på hvilke faktorer der er afgørende for den ældres udgangspunkt i behov, den forventede omsorgsbetingede livskvalitet. Her inkluderes ikke faktorer relateret til hjemmehjælpen, da det netop er behovssituationen uden hjemmehjælp, der vurderes. Her viser det sig - ikke overraskende - at det er faktorer som velbefindende, helbred, hukommelse og funktionsevne, der er afgørende. Jo bedre man befinder sig psykisk og fysisk, jo højere forventet omsorgsbetinget livskvalitet. Men igen er det værd at bemærke at også det sociale samvær spiller en rolle, om end i mindre grad. Jo større social kontaktflade, jo højere forventet omsorgsbetinget livskvalitet.

Læsevejledning

Rapporten er herefter opdelt i et metodeafsnit, efterfulgt af et afsnit der gennemgår de ældres baggrund ift. bolig-, indkomst og familieforhold, deres sociale relationer samt deres velbefindende, hukommelse, funktionsevne og helbred, samt analyser af den hjemmehjælp, der modtages. Herefter følger et afsnit, der analyserer den omsorgsbetingede livskvalitet, først samlet set og derefter opdelt på de tre plejetyper: praktisk hjælp, personlig pleje, og både praktisk hjælp og personlig pleje. Dette efterfølges af et afsnit hvor der med hjælp af regressionsanalyser ses nærmere på hvilke faktorer, der indvirker på de ældres omsorgsbetingede livskvalitet. Analyserne af omsorgsbetinget livskvalitet kan læses selvstændigt.

Tak til...

Projektgruppen ønsker at takke først og fremmest de hjemmehjælpsmodtagere der indgik i undersøgelsen, ikke mindst de respondenter der indvilligede i at deltage i både telefon- og besøgsinterview, samt observationsstudierne. Vi takker også Aalborg Kommune for at være behjælpelig med at sætte os i kontakt med yderligere hjemmehjælpsmodtagere. En tak går også til studentermedhjælpere Martine Rokkedal Kaalund, Heidi Fauerskov Bruus Bentzen, Lea Graff og Benedikte Salling Marstrand, hvor af de tre første sammen med Stine Rasmussen har stået for besøgs- og observationsstudierne. Også tak til ASCOT-konsulent Ann-Marie Towers og kollegaer fra PSSRU, Kent universitet, England for god bistand.

2. Data og metode

Datagrundlaget for projektet er primært kvantitative data fra en surveyundersøgelse med besvarelse fra i alt 698 personer, 65 år og over fra 8 kommuner¹. Respondenterne bor i eget hjem, og modtager hjemmehjælp, leveret af kommunal eller privat leverandør.

Kriterierne for udvælgelsen af de otte kommuner har været at opnå en geografisk spredning, således at samtlige fem regioner er repræsenteret. Derudover er der udvalgt både by- og udkantskommuner og der er udvalgt kommuner, som alle har en privat leverandør andel på mellem 30 og 42%². De udvalgte kommuner benytter yderligere samme system til indberetningen af de elektroniske omsorgsjournaler (EOJ-data) for at sikre en sammenhæng i de anvendte registerdata.

Respondenterne er udtrukket fra Danmarks Statistiks registre således, at den samlede gruppe i videst muligt omfang er repræsentativ i forhold til køn, alder samt hvilken type af hjælp, respondenten modtager. Da andelen af hjemmehjælpsmodtagere af udelukkende personlig pleje ifølge Danmarks Statistisk kun udgjorde ca. 9 % af det samlede antal hjemmehjælpsmodtagere i de otte kommuner i 2011, blev denne gruppe bevidst udtrukket med en overrepræsentation. Baggrunden herfor var, at være sikker på, at have nok besvarelser fra denne gruppe til at kunne sige noget selvstændigt herom. Frafaldet fra denne gruppe har dog også været størst, hvilket har medvirket til, at det stratificerede udtræk alligevel har nærmet sig en pæn repræsentativ fordeling, jf. nedenstående tabel 2.1. Den samlede svarprocent for undersøgelsen er på 50,8³%. Tabel 2.1 sammenligner hhv. fordelingen på landsplan blandt samtlige hjemmehjælpsmodtagere, fordelingen i de 8 kommuner, der deltager i undersøgelsen, fordelingen i stikprøven, samt fordelingen i de endelige besvarelser fra survey datasættet.

Tabel 2.1 Bortfald og repræsentativitet, antal og %

	Fordeling på landsplan blandt alle hjemmehjælpsmodtagere (65+ år)	Fordeling i de 8 kommuner i alt	Fordeling i stikprøven	Fordeling i de endelige besvarelser
Køn				
Mænd	29,5	30,8	33,2	29,5
Kvinder	70,5	69,2	66,8	70,5
Alder				
65-79 år	39,8	38,9	41,2	43,1
80-89 år	46,5	46,7	44,5	45,7
90+ år	13,7	14,4	14,3	11,2
Type af hjemmehjælp				
Praktisk hjælp	46,5	49,3	43,4	54,6
Personlig pleje	10,9	9,3	20,0	14,5
Både praktisk hjælp og personlig pleje	42,5	41,5	36,7	30,9
Total n	146.932	24.530	1.430	698

Kilde: Registerdata for august 2012, Danmarks Statistik.

¹ Ballerup Kommune, Greve Kommune, Kalundborg Kommune, Faaborg-Midtfyn Kommune, Odense Kommune, Viborg Kommune, Hjørring Kommune og Aalborg Kommune

² Den gennemsnitlige andel af private leverandører i 2011 var ifølge Danmarks Statistik 31%.

³ 56 personer blev efter stikprøveudtrækket, ifølge Danmarks Statistik, fundet ”ikke relevant”.

Af Tabel 2.1 ses det, at fordelingen i de endelige besvarelser dog ikke er fuldt repræsentativ. Således indeholder surveydatasættet relativt flere besvarelser fra ældre, der udelukkende modtager personlig pleje og relativt flere, der udelukkende modtager praktisk hjælp, mens andelen af ældre, der modtager begge typer hjælp er mindre i datasættet. Dette er for så vidt ikke overraskende såfremt man kan antage, at de der formodes at høre til gruppen af svageste ældre også vil være den gruppe, det er sværest at få til at medvirke i sådanne undersøgelser. Ikke desto mindre må der med denne skævhed i datamaterialet tages det forbehold, at data sandsynligvis vil vise en anelse mere positivt billede af eksempelvis grad af selvhjulpethed, funktionsevne, helbredstilstand mv., end for populationen som helhed. Oftest vil analyserne dog have respondenterne opdelt efter netop den type af hjemmehjælp, som de modtager, hvorfor nævnte skævhed ikke giver anledning til bekymring.

Ud over spørgeskemaundersøgelsen er der foretaget en række besøgsinterviews med tilhørende observationer. Dels er ældre fra surveyundersøgelsens stikprøve, der selv angiver at modtage mindst 6 timers hjemmehjælp om ugen, blevet spurgt om de ville deltage i opfølgende interviews, og dels er der taget kontakt til i alt 25 ældre i Aalborg Kommune, som er visiteret til at modtage mindst 8 timers hjemmehjælp om ugen. Der er her opnået besøgsinterview med 27 ældre på baggrund af surveyudtrækket, og med 7 ældre fra Aalborg Kommune. I begge tilfælde har interviewererne gennemgået en del af samme spørgeskema med de ældre, som er blevet anvendt til telefoninterviewene, og de ældre har dermed besvaret spørgsmål vedrørende hjemmehjælpens oplevede betydning for deres livskvalitet både i telefonen og ved besøgsinterview. Dette har givet mulighed for at sammenligne besvarelserne ang. livskvalitet for både telefon- og besøgsinterview. Disse ”dobbelt-interviews” har givet nogle interessante variationer, idet de ældre i besøgsinterviewene har haft mulighed for at uddybe, nuancere eller ligefrem ændre de svar, som blev givet i telefoninterviewene. I nedenstående tabel 2.2. ses en opgørelse over variationer i svarene på de tre mål for omsorgsbetinget livskvalitet der benyttes i studiet. Nuværende omsorgsbetinget livskvalitet angiver livskvalitet med hjemmehjælp, forventet livskvalitet angiver livskvalitet, såfremt man ikke modtog hjemmehjælp, og endelig angiver forbedring i livskvaliteten forskellen herimellem, altså hjemmehjælpens vurderede bidrag til den samlede livskvalitet.

Tabel 2.2 Sammenligning af samlet livskvalitet for de 27 respondenter, der har deltaget i både telefoninterviews og besøgsinterviews.

	Telefoninterview	Besøgsinterview
Nuværende livskvalitet	.81	.78
Forventet livskvalitet uden hjemmehjælp	.47	.34
Forbedring i livskvalitet	.34	.44

Note: Indekset for livskvalitet (Den såkaldte ASCOT-score) går fra -0,17 til 1,00, hvor jo højere score, jo bedre livskvalitet.

Det ses af tabellen, at den gennemsnitlige nuværende livskvalitet ikke varierer nævneværdig afhængigt af, om der er spurgt i telefonen eller ved besøg. Imidlertid finder vi en stor forskel, når der spørges til niveauet for den forventede livskvalitet, såfremt der ikke blev givet hjemmehjælp. Dette er imidlertid ikke voldsomt overraskende. De hypotetiske spørgsmål kan være vanskelige at forholde sig til, hvilket også er noteret af såvel telefoninterviewere som af besøgsinterviewere. Forskellen kan derfor skyldes at der har været bedre tid og mulighed for at forklare spørgsmålene og snakke sig frem til en forståelse ved besøgsinterviewene.

Det kan derfor tænkes at det reelle niveau for den forventede livskvalitet overvurderes i telefonen. Hjemmehjælpens betydning for forbedringen i den omsorgsbetingede livskvalitet undervurderes dermed, idet denne er beregnet som forskellen mellem den nuværende livskvalitet og den forventede livskvalitet ved forestillet ingen hjemmehjælp. Vi må derfor

forvente, at betydningen af hjemmehjælpen for niveauet af forbedret livskvalitet generelt er undervurderet i telefoninterviewene.

Spørgeskemaet der er anvendt i surveyundersøgelsen indeholder lukkede spørgsmål der omhandler en række faktorer knyttet til den ældres baggrundsforhold, såsom subjektiv opfattelse af f.eks. hhv. funktionsevne, velbefindende, helbred, social kontaktflade, samt udtryk for tilfredshed med omfang og kvalitet af hjemmehjælpen, samt med relation til hjemmehjælperen. En del af disse spørgsmål baserer sig på internationalt validerede indeks, som Barthel og EQ5D. Derudover stilles der er række lukkede spørgsmål om omsorgsbetinget livskvalitet. Disse spørgsmål baserer sig på ASCOT-metoden, som udarbejdet af PSSRU, Kent universitet, og indeholder spørgsmål om omsorgsbetinget livskvalitet med og uden hjælp.

3. Karakteristik af hjemmehjælpsmodtagerne og hjemmehjælpen

I dette afsnit gives en beskrivelse af, hvad der kendetegner de hjemmehjælpsmodtagere, som medvirker i undersøgelsen. Disse karakteristika benyttes senere i analysen af omsorgsbetinget livskvalitet til en forståelse af, om omsorgsbetinget livskvalitet er betinget af andre faktorer end omfanget og indholdet af hjemmehjælpen. I afsnittet gennemgås først hjemmehjælpsmodtagernes bolig-, indkomst og familieforhold, deres sociale relationer samt deres velbefindende, hukommelse, funktionsevne og helbred. Der er generelt kørt analyser på køn- og aldersforskelle, og eventuelle signifikante forskelle bliver angivet i teksten, mens tabeller og figurer over disse forskelle findes i Bilag 2.⁴ Derefter følger et afsnit, der karakteriserer den hjemmehjælp, der modtages. Her er der kørt forskellige analyser for sammenhænge, hvoraf de mest centrale er vist som tabeller og figurer i afsnittet, mens mindre centrale er placeret i Bilag 2.

3.1. Hjemmehjælpsmodtagernes baggrund

Køn og alder

I alt 698 hjemmehjælpsmodtagere har deltaget i undersøgelsen, heraf flest kvinder (492 kvinder ud af samlet 698 respondenter, svarende til en andel på 70,5 %) (Vises ikke i tabel). Det svarer til kønsfordelingen af hjemmehjælpsmodtagere på landsbasis (se Tabel 2.1) Respondenterne er i alderen 65 år og opefter og den ældste respondent er 98 år. 43,1 % af respondenterne er i alderen 65-79 år, 45,7 % er 80-89 år og 11,2 % er 90 år og derover. Det svarer også nogenlunde til aldersfordelingen af hjemmehjælpsmodtagerne på landsplan, som fordeler sig således, at 39,8 % af hjemmehjælpsmodtagere 65+ er i alderen 65-79 år, 46,5 % er 80-89 år og 13,7 % er 90+. Gennemsnitsalderen for respondenterne i dette studie er 80,2 år. De kvindelige respondenter er i gennemsnit lidt ældre end de mandlige respondenter.

Tabel 3.1. Køn- og aldersfordeling

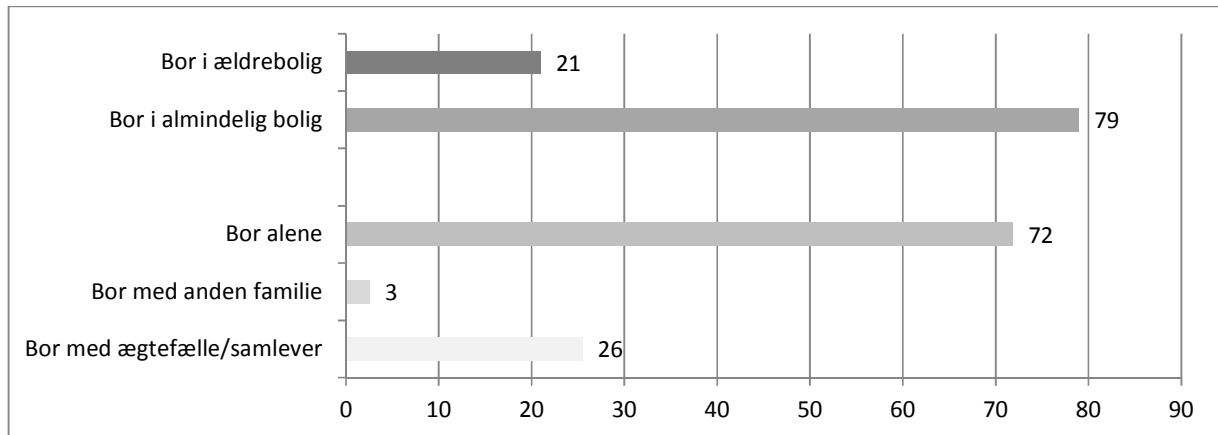
	Kvinder		Mænd		Alle	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
65-79 år	198	40,2	103	50	301	43,1
80-89 år	231	47	88	42,7	319	45,7
90 år+	63	12,8	15	7,3	78	11,2
I alt	492	100	206	100	698	100

Bo- og boligforhold

Knap 80 % af respondenterne har angivet, at de bor i en almindelig bolig, mens de resterende cirka 20 % bor i en ældrebolig (Figur 3.1). Langt størsteparten af de ældre bor alene (72 %), mens 26 % bor med enten en samlever eller en ægtefælle (Figur 3.1). En mindre andel bor sammen med børn, børnebørn, anden familie eller venner og bekendte (3 %). Flere kvinder end mænd bor alene (Figur B3.1 i Bilag 2), sandsynligvis fordi kvinderne generelt er ældre, og derfor oftere har overlevet deres ægtefælle. Andelen af hjemmehjælpsmodtagere, der bor med en ægtefælle eller samlever, mindskes således også jo ældre de er, mens andelen der bor alene samtidig stiger med alder (Figur B3.1 i Bilag 2).

⁴ Med signifikante forskelle menes, at der er foretaget en statistisk test af, om sammenhængen mellem to variable er statistisk signifikant på 0.05-niveau.

Figur 3.1. Bo- og boligforhold, pct.

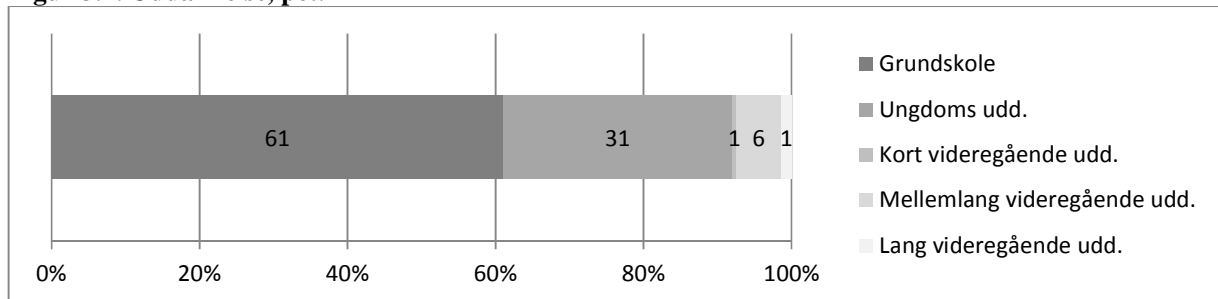


Note: 3 respondenter har endvidere angivet, at de også bor sammen med andre familiemedlemmer end en ægtefælle.

Uddannelse

Langt hovedparten af de ældre i undersøgelsen (61 %) har grundskolen som deres højeste skoleuddannelse. 31 % har en ungdomsuddannelse, mens blot 8 % har en videregående uddannelse af kort, mellemlang eller lang varighed (Figur 3.2).

Figur 3.2. Uddannelse, pct.



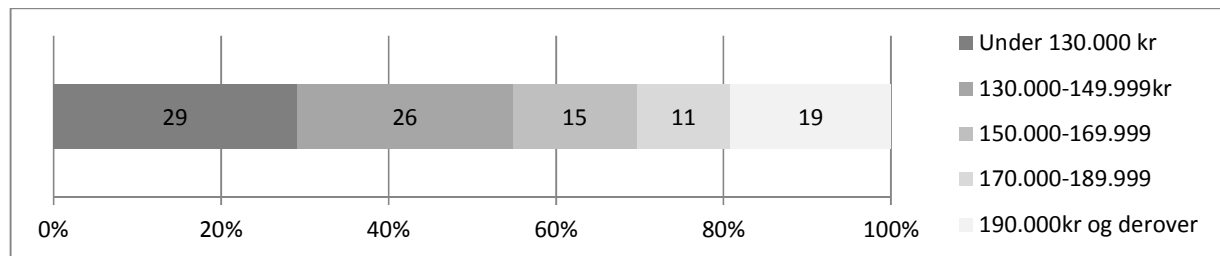
Indkomst

Der skal også ses nærmere på de ældres indkomst. Oplysningerne om indkomst er hentet fra Danmarks Statistiks registre, og denne variabel indeholder den *disponible* indkomst, hvilket konkret vil sige den samlede indkomst, inklusive beregnet lejeværdi fratrukket skatter, renteudgifter, arbejdsmarkedsbidrag, betalt underholdningsbidrag og tilbagebetalt kontanthjælp.⁵

Det ses af Figur 3.3., at knap 30 % af de ældre har en årlig disponibel indkomst på under 130.000 kr. om året, 26 % har en indkomst mellem 130.000 kr. og 149.999 kr., 15 % har en årlig indkomst mellem 150.000 kr. og 169.999 kr., 11 % ligger mellem 170.000 kr. og 189.999 kr. årligt, mens 19 % har en årlig disponibel indkomst på 190.000 kr. eller mere. Gennemsnits disponibel indkomst er 158.746kr.

⁵ For en detaljeret beskrivelse og dokumentation af denne variabel, se Danmarks Statistik: <http://www.dst.dk/da/Statistik/dokumentation/Times/personindkomst/dispon-ny.aspx>

Figur 3.3. Årlig disponibel indkomst, 2010



Der er endvidere en signifikant forskel på den gennemsnitlige disponible indkomst for henholdsvis mænd og kvinder (se Tabel B3.1 i Bilag 2). De mandlige respondenter har i gennemsnit 167.288 kr. i disponibel indkomst, mens kvinderne i gennemsnit har 155.159 kr. Respondenternes alder har ingen signifikant betydning for den disponible indkomst.

Sociale relationer

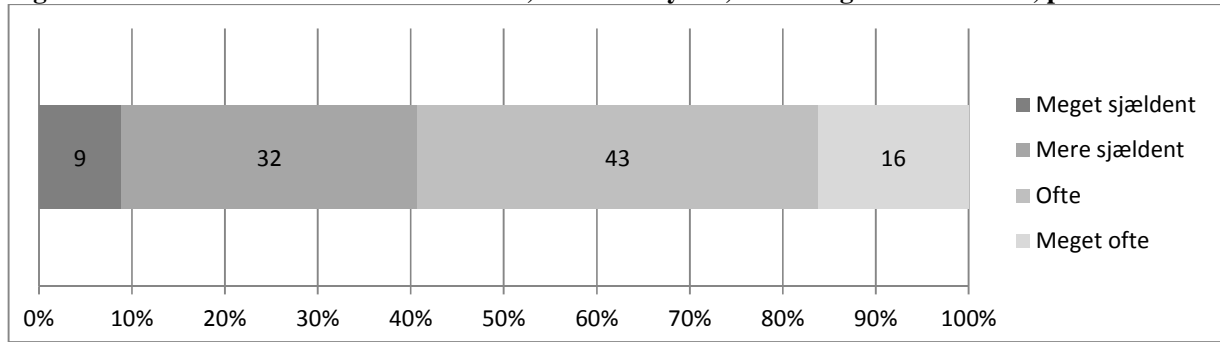
Undersøgelsen afdækker også respondenternes sociale relationer. Knap halvdelen af respondenterne ser deres børn én eller flere gange om ugen (48 %), knap en fjerdel (24 %) er sammen med deres børn nogle gange om måneden, mens 15 % ser deres børn mindre end én gang om måneden. Kun en lille procentdel ser ikke deres børn, og 11 % angiver, at de ikke har børn. I forhold til samvær med både børnebørn og anden familie så lader denne kontakt generelt til at være mindre hyppig end samværet med børn (Se Figur B3.2 i Bilag 2). Der er ikke signifikante forskelle mellem hvor ofte de mandlige og de kvindelige respondenter ser deres familie og venner.

De respondenter der har angivet, at de enten ikke har fysisk samvær med venner og familie eller ikke har så hyppigt samvær (nogle gange om måneden og mindre) er blevet stillet uddybende spørgsmål omkring e-mail eller telefonkontakt med henholdsvis børn, børnebørn, anden familie og venner (se Figur B3.3 i Bilag 2). Størstedelen (66 %) af dem der enten slet ikke ser, eller sjældent ser deres børn, har kontakt med dem via telefon eller e-mail én til flere gange om ugen, og 21 % har kontakt nogle gange om måneden. Kun 5 % har slet ikke den slags kontakt med deres børn, dvs. de har hverken fysisk samvær eller kontakt over telefon eller e-mail med deres børn.

For at få et mere samlet mål for respondenternes sociale relationer er et indeks konstrueret, der udtrykker alt den sociale kontakt, som respondenterne har, dvs. både fysisk samvær med familie og venner og anden telefonisk- og e-mail kontakt. Samtidig er der taget højde for, om respondenterne er bosat alene eller med en ægtefælle eller samlever, hvor det at være bosat med andre kan tages som et udtryk for, at man har mere social kontakt, end hvis man var bosat alene. Indekset går fra 0 til 33 og en lav score indikerer ingen eller lidt social kontakt, mens en høj score indikerer meget kontakt.

Gennemsnittet for alle respondenter er 18,72, hvilket ligger meget tæt på midt på skalaen. I Figur 3.4 er indekset opdelt i fire kategorier, der udtrykker forskellige grader af den samlede kontakt (meget sjældent = score på 0-9, mere sjældent = score på 10-17, ofte = score på 18-25 og meget ofte = score 26-33). Det nævnte gennemsnit på 18,72 på skalaen ligger her nederst i kategorien 'ofte'.

Figur 3.4 Indeks over samlet socialt samvær, herunder fysisk, telefon og e-mail kontakt, pct.

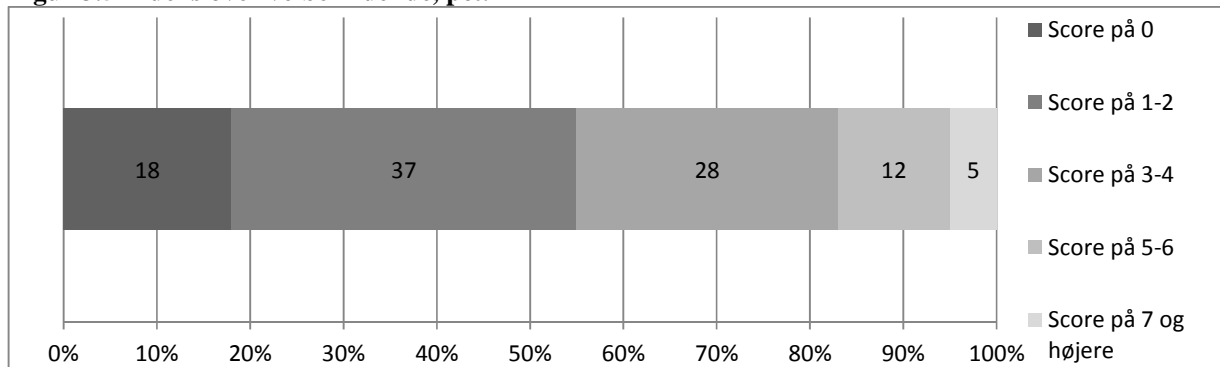


Her ses det, at 59 % af samtlige respondenter har kontakt ofte eller meget ofte, 32 % har kontakt mere sjældent og 9 % har meget sjældent kontakt. Der er ikke signifikante forskelle mellem mænd og kvinders kontakt, men det er der til gengæld, når indekset opdeles på alder, hvor der ses en tendens til, at graden af kontakt falder, jo ældre hjemmehjælpsmodtagerne er, hvilket ikke er uventet, da både mobiliteten og kontaktnetværket generelt har en tendens til at blive mindre med alderen. (Figur B3.4 i Bilag 2).

Velbefindende

Respondenterne er også blevet stillet en række spørgsmål om deres såkaldte velbefindende, der indfanger, i hvilken udstrækning man føler sig henholdsvis veloplagt, bange, bekymret, nedtrykt og ensom. Svarene er lagt sammen til et samlet mål for psykisk velbefindende, med scores mellem 0-10, hvor 0 angiver ingen problemer med velbefindende, og en score på 10 indikerer mange problemer med velbefindende. Respondenternes samlede fordeling på dette indeks ses i Figur 3.5.

Figur 3.5 Indeks over velbefindende, pct.



Note: Jo højere værdi, jo dårligere velbefindende. Kun respondenter der har besvaret samtlige 5 spørgsmål om velbefindende er medtaget. Aldersforskellene er signifikante.

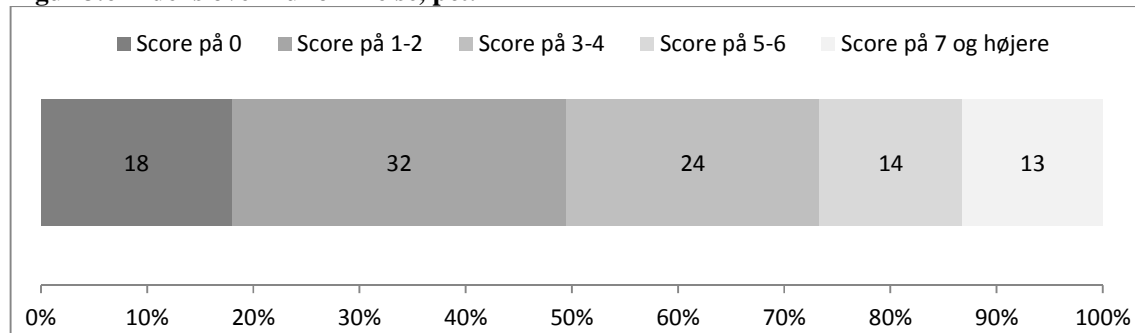
Af figuren ses det, at 18 % af respondenterne har en score på 0, hvilket er et udtryk for, at de ikke har problemer med det psykiske velbefindende overhovedet. 37 % har en score på 1-2, hvilket også må antages at være en lav score og et udtryk for et godt velbefindende. 28 % har en samlet score på 3 eller 4, 12 % på 5 eller 6, og 5 % har en score på 7-10. Der er altså kun en lille andel af respondenterne, som angiver at have problemer med velbefindende. Samme tendens sås i undersøgelsen af omsorgsbetinget livskvalitet blandt plejeboligbeboere (Rostgaard, Brüner, og Fridberg, 2012). Indekset for velbefindende er også opgjort i forhold til køn og alder. Der er ikke signifikante kønsforskelle, men det er der i forhold til alder, hvor

der ses en tendens til, at jo ældre respondenterne er, jo bedre velbefindende angiver de, at de har (Se Figur B3.5 i Bilag 2)

Hukommelse

Spørgeskemaet rummer også en række spørgsmål omkring respondenternes hukommelse. Der er i alt 8 spørgsmål, der dækker over besvær med generelt at huske og ændring i dette siden ungdommen, besvær med huske navne, datoer, oplevelser eller ting der skulle udføres. Svarene på de 8 spørgsmål er lagt sammen til et indeks, der giver et samlet mål for hukommelse. En score på 0 er et udtryk for, at respondenterne ingen hukommelsesproblemer har, mens jo højere scoren er, jo flere hukommelsesproblemer, har man. En max. score på 16 svarer til, at respondenterne har angivet at have mange problemer på hvert af de 8 spørgsmål. I Figur 3.6 ses f.eks., at 18 % af respondenterne angiver ikke at have hukommelsesproblemer overhovedet, idet de har en samlet score på 0 og en stor andel af respondenterne scorer generelt lavt på indekset. 32 % har scoret 1 eller 2 og knap 24 % har scoret 3 eller 4. Generelt er der få der scorer højt på indekset. Der er f.eks. kun 3 % som har en score på 11 eller højere svarende til 20 personer og der er kun 3 personer, som scorer 16, dvs. har angivet mange problemer på samtlige 8 spørgsmål (ikke vist).

Figur 3.6 Indeks over hukommelse, pct.



Note: Jo højre værdier, jo større problemer med hukommelse. Kun respondenter, der har besvaret samtlige 8 spørgsmål om hukommelse er medtaget.

Hukommelsesindekset er også brudt ned på køn og her er der signifikante forskelle mellem mænd og kvinder, hvor en større andel af mændene scorer højt på indekset. Dermed er der flere mænd end kvinder, som har angivet at have hukommelsesproblemer. 19 % af mændene har eksempelvis en score på 7 og højere, mens dette gør sig gældende for 11 % af kvinderne. Samtidig er der procentvis færre mænd, som har en score på 0, hvilket indikerer ingen hukommelsesproblemer (se Figur B3.6 i Bilag 2). Der er ikke signifikante forskelle, når indekset brydes ned på alder.

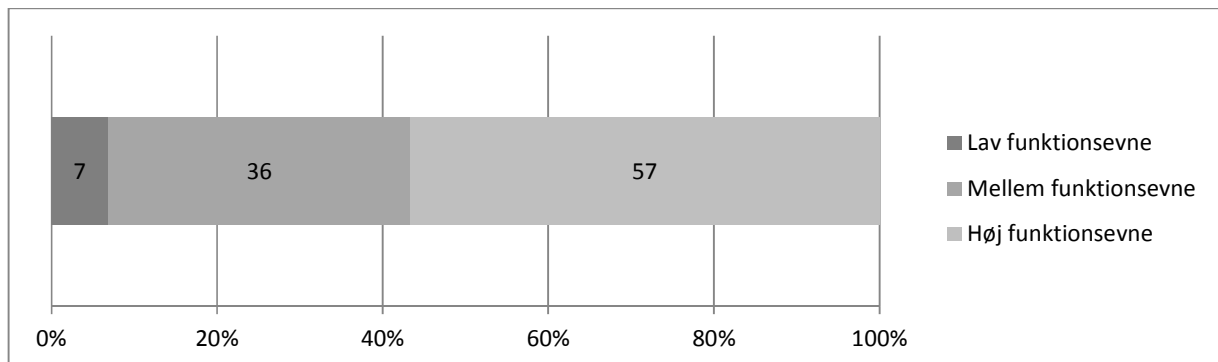
Funktionsevne

Respondenternes fysiske funktionsevne afdækkes også i spørgeskemaet. Her er der stillet i alt 8 spørgsmål omkring hvor selvhjulpne respondenterne er i forhold til en række hverdagsfunktioner som spisning, forflytning fra stol til seng, personlig hygiejne, toiletbesøg, badning, indendørs mobilitet, gå på trapper og påklædning. Indekset baserer sig på det internationalt validerede funktionsevneindeks Barthel, men inkluderer ikke alle spørgsmål fra Barthel.

I hvert spørgsmål er respondenterne blevet bedt om at angive, om de kan klare aktiviteten selv, om de har behov for hjælp eller om de slet ikke kan klare aktiviteten uden

hjælp⁶. Disse 8 spørgsmål er lagt sammen til et samlet mål for respondenternes funktionsevne, som går fra 0 til 8, hvor 0 indikerer, at man slet ikke kan klare nogle af de 8 aktiviteter uden hjælp, mens 8 omvendt indikerer, at man har angivet at kunne klare de 8 aktiviteter helt uden hjælp. I Figur 3.7 er indekset vist i en omkodet version, hvor lav funktionsevne dækker over en score på 0-4, mellem funktionsevne dækker over en score på 5-7 og høj funktionsevne dækker over en score på 8.

Figur 3.7 Indeks for funktionsevne, pct.



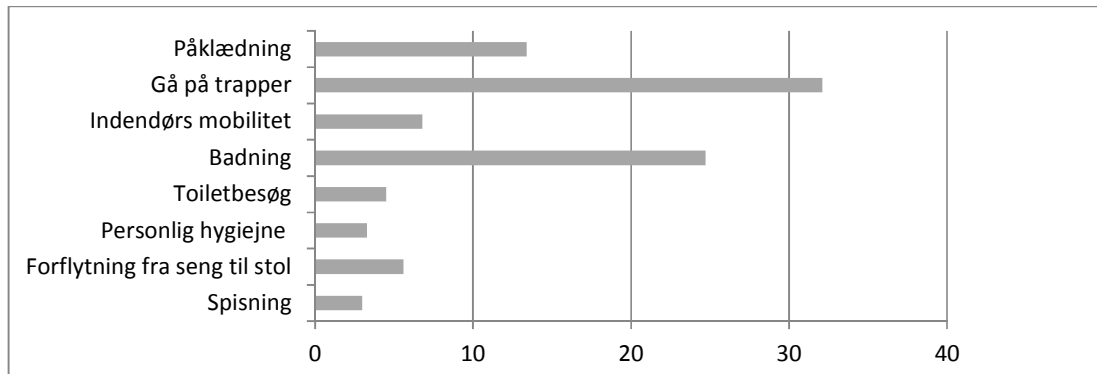
Af figuren fremgår det, at en forholdsvis stor andel af respondenterne (57 %) scorer højt på indekset og kan derfor anses som værende selvhjulpne i alle de adspurgte aktiviteter. 36 % har en mellem funktionsevne, hvilket vil sige, at de er selvhjulpne på nogle af de 8 aktiviteter, men har behov for hjælp til andre. Kun 7 % af respondenterne har en lav funktionsevne.

At få respondenter har en lav funktionsevne er dog ikke ensbetydende med, at respondenterne ikke har behov for hjælp i det daglige. Dels er der en tendens til at ældre underrapporterer nedsat funktionsevne, specielt blandt de 85+ årige (Sinoff og Ore, 1997), hvilket også har været tydeligt i bl.a. danske undersøgelser af plejeboligbeboeres funktionsevne (Rostgaard et al, 2011). Og dels er der en række funktioner, som der ikke spørges ind til, men som vi bl.a. kan konstatere ud fra vores observationsstudier, at de ældre modtager hjælp til, f.eks. til støttestrømper eller til indtagelse af medicin, hvilket de 8 spørgsmål om funktionsevne ikke indfanger. Der er ikke signifikante forskelle, når funktionsevneindekset brydes ned på køn og alder.

For at få en bedre forståelse af respondenternes funktionsevne er der i Figur 3.8 for hvert af de 8 spørgsmål om funktionsevne angivet hvor stor en andel, der er afhængige af hjælp til den givne aktivitet. Her ses det, at meget få er afhængige af hjælp ift. spisning, personlig hygiejne (målt som hvorvidt man er i stand til at børste tænder, rede hår, barbere sig og vaske sig i ansigtet) og toiletbesøg. Der er også kun en lille andel, som ikke er selvhjulpne i forhold til at flytte sig fra seng til stol og bevæge sig rundt indendørs. Til gengæld har en tredjedel besvær med gå på trapper uden hjælp og så ser deltagerne i undersøgelsen ud til at være mindst selvhjulpne ift. at klæde sig på og gå i bad. 13 % har brug for hjælp til at klæde sig på, mens cirka en fjerdedel af respondenterne har brug for hjælp til badning. Der er signifikante kønsforskelle på nogle af disse aktiviteter, hvor mænd er mindre selvhjulpne ift. personlig hygiejne, badning og påklædning sammenlignet med kvinderne (Se Figur B3.7 i Bilag 2).

⁶ Bemærk at spørgsmålene ikke siger noget om, hvorvidt respondenterne så modtager hjælp til dette af hjemmehjælpen, men kun er et mål for, hvor selvhjulpne respondenterne oplever at være.

Figur 3.8 Andelen der angiver at have brug for hjælp til en række aktiviteter, pct.



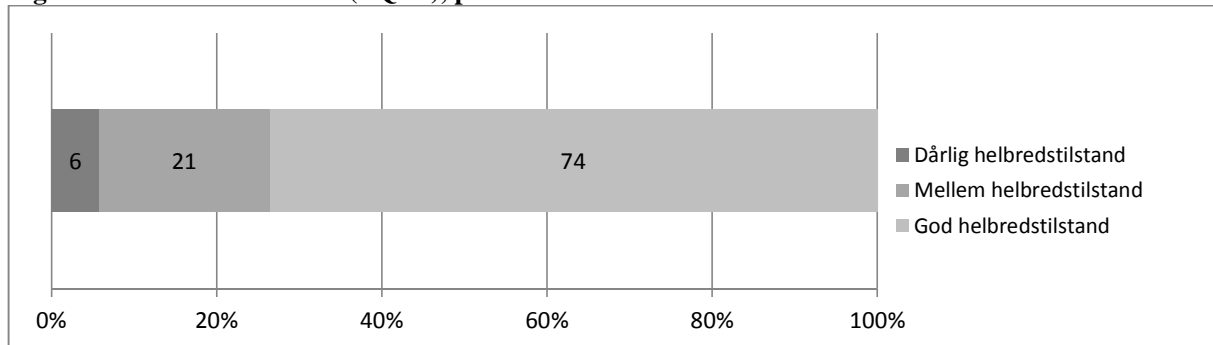
Note: Der er signifikante forskelle mellem mænd og kvinder ift. personlig hygiejne, badning, indendørs mobilitet og påklædning, se figur B3.7 i Bilag 2. Personlig hygiejne indbefatter at børste tænder, rede hår, barbere sig og vaske ansigtet.

Helbredstilstand

Respondenterne er også blevet stillet en række spørgsmål vedrørende deres helbredstilstand, baseret på det internationale og standardiserede måleinstrument EQ5D, som måler selvvalueret helbredsrelateret livskvalitet. EQ5D består dels af fem spørgsmål omkring helbredstilstand, som summeres til ét samlet mål for den generelle helbredsrelaterede livskvalitet og dels af en visuel skala, hvor respondenterne skal indplacere deres egen helbredstilstand på en skala fra 0 til 100.

De fem spørgsmål om helbredstilstand inkluderer spørgsmål om bevægelighed, personlig pleje, sædvanlige aktiviteter, smerter/ubehag samt angst/depression. Hver dimension kan besvares på tre niveauer – (ingen, moderat/nogle og meget/ekstrem). Respondenternes placering på de fem dimensioner omsættes derefter til en samlet værdi, som udtrykker den gennemsnitlige helbredsrelaterede livskvalitet vurderet ud fra danske normer. En score på 1 indikerer den bedste helbredstilstand, mens en score på 0 er den værste (=død). Det er også muligt at få en negativ score. Dette er et udtryk for en tilstand værre end døden. I figuren (Figur 3.9) nedenfor er EQ5D vist i en omkodet version. Dårlig helbredstilstand udgøres af den gruppe af respondenter, der placerer sig i den laveste tredjedel af skalaen fra 0 til 1 (op til 0.33), mellem helbredstilstand udgøres af den gruppe, der placerer sig i den midterste tredjedel (0.34-0.66) og god helbredstilstand udgøres af gruppen, der placerer sig i den øverste tredjedel af skalaen (højere end 0.66).

Figur 3.9 Indeks for helbred (EQ5D), pct.

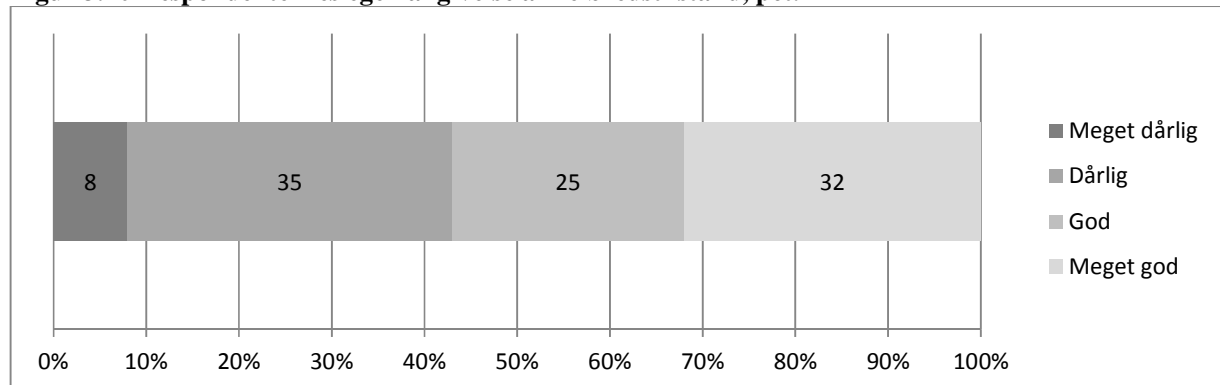


Af figuren ses det, at langt størsteparten af respondenterne (74 %) har en god helbredstilstand, 21 % har en mellem helbredstilstand, mens 6 % har en dårlig helbredstilstand. Der er ikke signifikante forskelle mellem mænd og kvinder, men det er der

til gengæld i forhold til alder, hvor det ser ud til, at jo ældre man er, jo bedre helbredstilstand har man (se Figur B3.8 i Bilag 2).

Ses der dernæst på den visuelle skala, hvor respondenterne er blevet bedt om at angive deres helbredstilstand på en skala fra 0 til 100, hvor 100 er den bedst tænkelige helbredstilstand, mens 0 er den værst tænkelige helbredstilstand, så ses det, at respondenterne samlet har en score på 63, hvilket er et stykke over midten på skalaen. I figur 3.10 er den visuelle skala opdelt i fire lige store dele, hvor respondenternes gennemsnitlige score på 63 er placeret i kategorien 'god'. Her ses det, at 57 % har angivet at have en god eller meget god helbredstilstand, hvilket vil sige, at de på den visuelle skala fra 0 til 100 har angivet 50 eller højere. Omvendt så har 43 % angivet at have en dårlig eller meget dårlig helbredstilstand, hvilket vil sige, at de placerer sig under skalaens midte.

Figur 3.10 Respondenternes egen angivelse af helbredstilstand, pct.

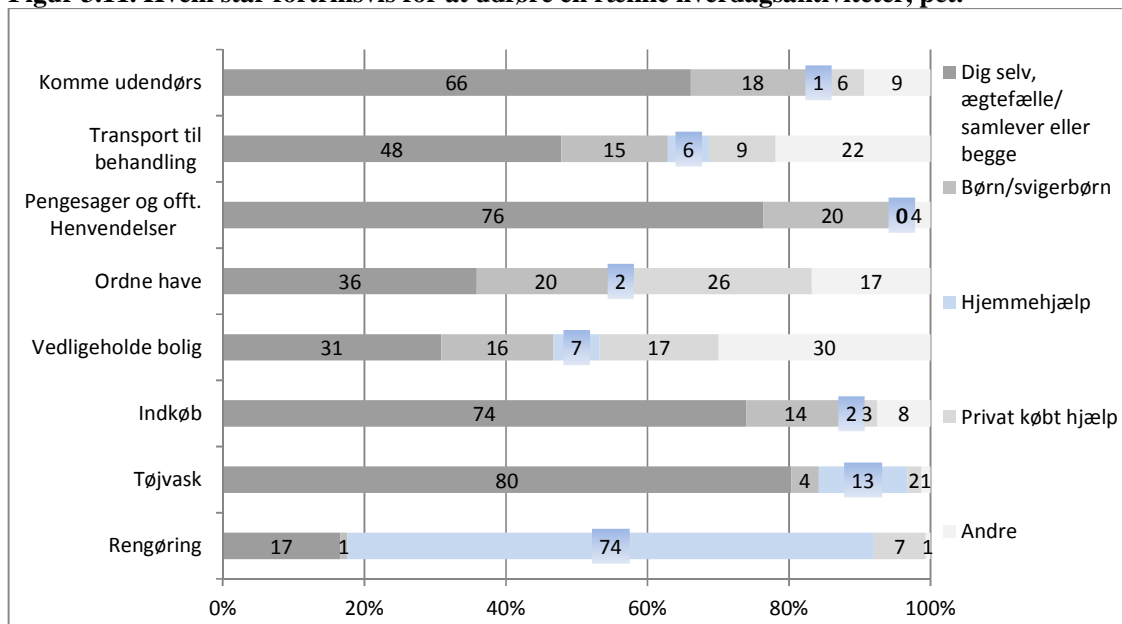


Der er ikke signifikante forskelle mellem mænd og kvinders fordeling i de fire helbredskategorier, men der er der til gengæld, når der opdeles på alder. Her er der en tendens til, at helbredstilstanden vurderes bedre, jo ældre, man er (se Figur B3.9 i Bilag 2). Samme tendens var ift. EQ5D-indekset.

Hjælp med dagligdagens aktiviteter

Endelig er der også spurgt ind til hvem der fortrinsvis udfører forskellige hverdagsaktiviteter i dens ældres hjem, typisk en række praktiske aktiviteter. Som det ses i Figur 3.11 hvor hjemmehjælpens indsats er fremhævet, er det især til rengøring at hjemmehjælperen yder hjælp (74 %). Derudover står hjemmehjælperen fortrinsvis for tøjvasken blandt 13 % af respondenterne, for at vedligeholde boligen hos 7 %, og for transport hos 6 %. De ældre og/eller deres ægtefælle eller partner står selv for størstedelen af aktiviteterne, og især for tøjvask, pengesager, og at komme udendørs, mens kun 17 % selv står for rengøring. Privat købt hjælp benyttes kun sjældent som væsentligste hjælpekilde, og fortrinsvis til transport, ordne have, at komme udendørs, og indkøb. Hjælp fra børn og svigerbørn som væsentligste hjælpekilde er især til opgaver som pengesager, indkøb, transport, at ordne have og vedligeholde bolig.

Figur 3.11. Hvem står fortrinsvis for at udføre en række hverdagsaktiviteter, pct.



Der er signifikante kønsforskelle, hvor mændene eller deres ægtefælle/partner selv fortrinsvis står for en række aktiviteter, i højere grad end kvinderne i undersøgelsen (se figur B3.10 og B3.11 i Bilag 2). Det gælder ift. rengøring, indkøb, vedligeholdelse af boligen, ordne haven, pengesager, at komme ud og at sørge for transport.

Kvinderne derimod benytter sig i højere grad af hjælp fortrinsvis fra børn og svigerbørn til indkøb, vedligeholdelse af boligen og til at ordne have, pengesager, transport og til at komme ud. Og kvinderne benytter sig mere af hjælp fortrinsvis fra privat købt hjælp til at ordne have.

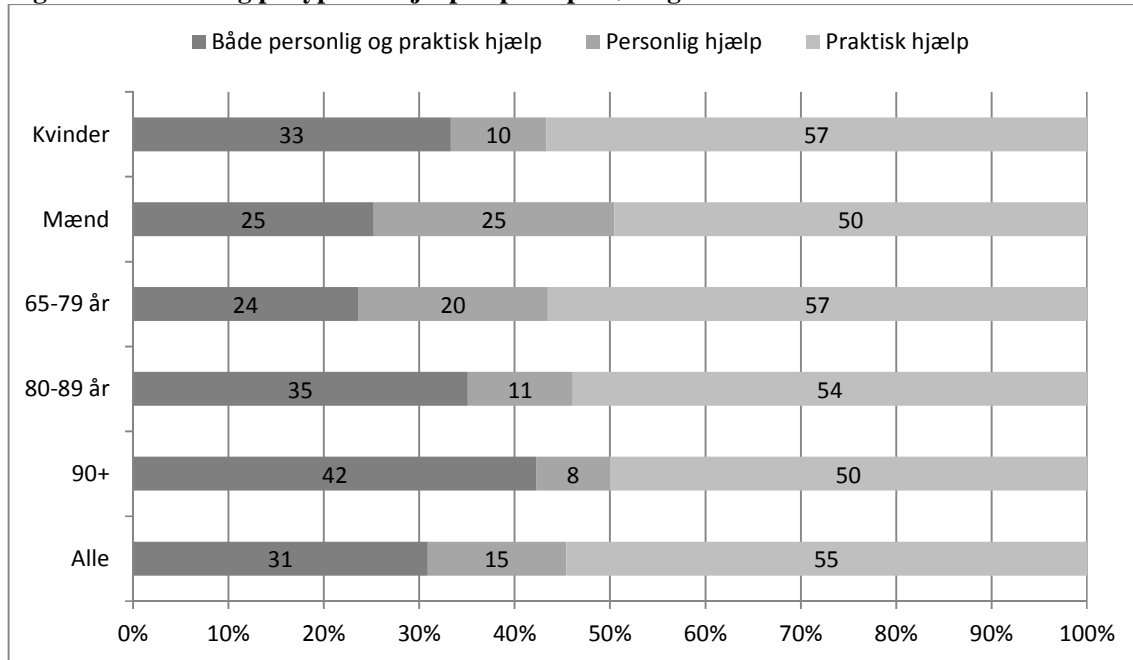
3.2 Indhold og omfang af plejen

Plejetype

I datamaterialet er hjemmehjælpsmodtagerne opdelt efter, om de modtager hjælp af hjemmehjælpen til personlig pleje, til praktiske gøremål eller til begge dele. Hjælp til personlig pleje dækker over hjælp til personlig hygiejne, til at komme op af og i seng, til at få tøj på, til at spise og lignende, mens praktisk hjælp kan være hjælp til rengøring, tøjvask og indkøb samt madservice. I dette delafsnit ses på en række forhold, der angår indhold og omfang af den hjælp og pleje, der ydes.

Som det ses af Figur 3.12 modtager lidt over halvdelen af respondenterne udelukkende praktisk hjælp (55 %), cirka 15 % får udelukkende hjælp til personlig pleje og 31 % modtager både praktisk hjælp og hjælp til personlig pleje. De mandlige respondenter modtager i højere grad end de kvindelige respondenter hjælp til personlig pleje (25 % af mændene mod 10 % af kvinderne), mens kvinderne i højere grad modtager praktisk hjælp (57 % af kvinderne mod 50 % af mændene). Der er også procentvis flere kvinder end mænd, som modtager både personlig pleje og praktisk hjælp (33 % af kvinderne mod 25 % af mændene). Jo ældre respondenterne er, jo mere hjælp til både personlig pleje og praktisk hjælp, modtager de. Køn og aldersforskellene, som er signifikante, er også vist i figur 3.12.

Figur 3.12 Fordeling på typen af hjælp. Opdelt på køn og alder. Pct.



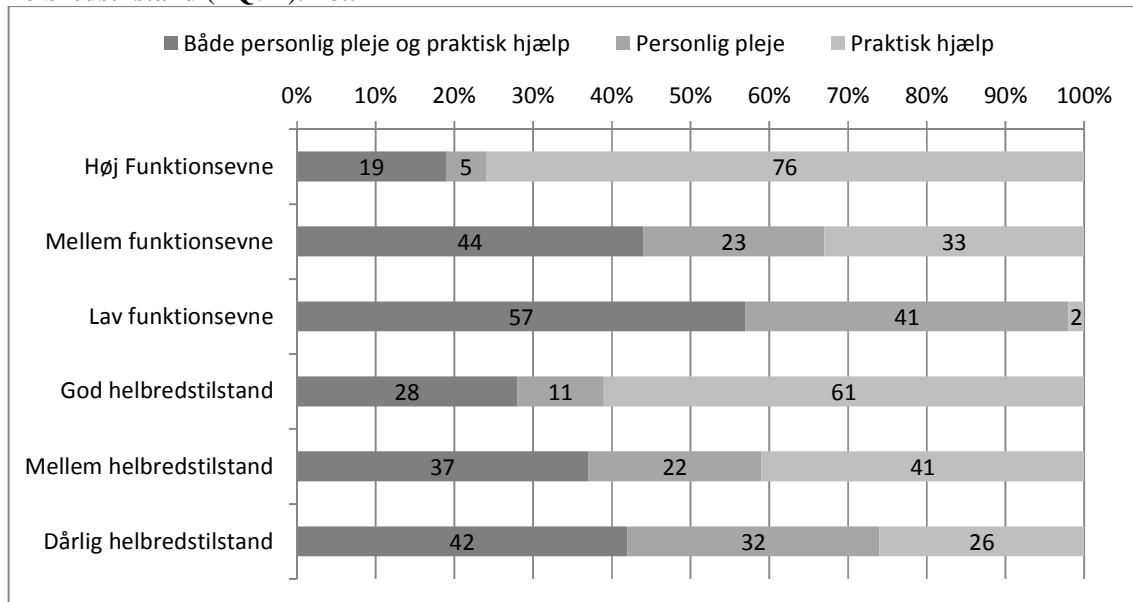
Note: sammenhængen mellem køn og plejetype og alder og plejetype er signifikant.

Det fremgår også af datamaterialet (se figur B3.12 i Bilag 2), at personer som bor med en ægtefælle eller en samlever i højere grad modtager hjælp til kun personlig pleje (46 %), mens personer der bor alene i højere grad modtager udelukkende praktisk hjælp (61 %). Det er her ligeledes værd at bemærke, at 39 % af dem, der bor med en ægtefælle/samlever modtager udelukkende praktisk hjælp, og det antages, at hjælpen ydes, fordi ægtefællen eller samleveren ikke er i stand til at stå for denne opgave.

Ser man dernæst på sammenhængen mellem respondenternes funktionsevne og den type af pleje, de modtager, så ses det, at langt størsteparten af respondenter med en høj funktionsevne kun modtager praktisk hjælp, mens respondenter med lavere funktionsevne i stedet modtager enten hjælp til personlig pleje eller hjælp til både personlig pleje og praktiske gøremål. Det er særligt respondenterne med lav funktionsevne, som modtager begge typer af pleje (57 % af dem med lav funktionsevne mod 44 % af dem med mellem funktionsevne) (Figur 3.13).

Samme tendens ses, når man ser på sammenhængen mellem respondenternes helbredstilstand (EQ5D) og plejetypen, som er vist i samme figur. Her modtager 61 % af respondenterne med en god helbredstilstand kun praktisk hjælp, mens det til sammenligning kun gælder for 41 % af respondenterne med en mellem helbredstilstand og for cirka 26 % af respondenterne med en dårlig helbredstilstand, som i højere grad modtager personlig pleje samt begge typer af pleje (Figur 3.13).

Figur 3.13 Sammenhæng mellem type af hjælp og henholdsvis funktionsevne og helbredstilstand (EQ5D). Pct.



Note: Sammenhængen mellem funktionsevne og plejetype og helbredstilstand og plejetype er signifikant.

Hyppighed

Datamaterialet giver også mulighed for at undersøge, hvor ofte de ældre modtager hjemmehjælp og her findes der to forskellige mål, dels de ældres egen angivelse af, hvor ofte de modtager hjælp og dels en registeroplysning vedrørende, hvor mange minutters hjælp de ældre er visiteret til.

Ses der først på de ældres egne angivelser af, hvor ofte de modtager hjælp, så svarer 8 %, at de modtager hjælp hver tredje uge, 53 % svarer, at de modtager hjælp hver anden uge og cirka 40 % svarer, at de modtager hjælp én til flere gange om ugen. 27 % af respondenterne angiver at modtage hjemmehjælp hver dag (se Tabel 3.2).

Tabel 3.2 Hjemmehjælpens hyppighed, selvrapportering, pct.

	Antal	Procent
Hver tredje uge eller sjældnere	53	8
Hver anden uge	371	53
1 gang om ugen	41	6
2-3 gange om ugen	27	4
4-6 gange om ugen	12	2
Hver dag	191	27
I alt	695	100

Note: 3 respondenter har ikke besvaret spørgsmålet.

Ses der dernæst på registeroplysningen om visiteret tid, som er målt som det gennemsnitlige antal minutters hjemmehjælp respondenterne har modtaget pr. uge i perioden fra 3 mdr. før og op til interviewtidspunktet (august-oktober 2012), så er de ældre i gennemsnit visiteret til 137 minutter ugentligt, svarende til 2 timer og 17 minutter pr. uge. At de ældre er visiteret til denne tid, garanterer dog ikke, at de også har modtaget den. Det dækker også over forholdsvis store forskelle mellem modtagere af de tre typer af pleje, hvor ældre der modtager

praktisk hjælp er visiteret til et noget lavere antal minutters hjemmehjælp end modtagere af personlig pleje og modtagere af begge plejetyper (se Tabel 3.3).

Tabel 3.3 Visiteret hjemmehjælp pr. uge, minutter, register

	Minutter, ugtl. gnsnit.	Antal respondenter
Både personlig pleje og praktisk hjælp	283	216
Personlig pleje	221	101
Praktisk hjælp	31	380
I alt	137	697

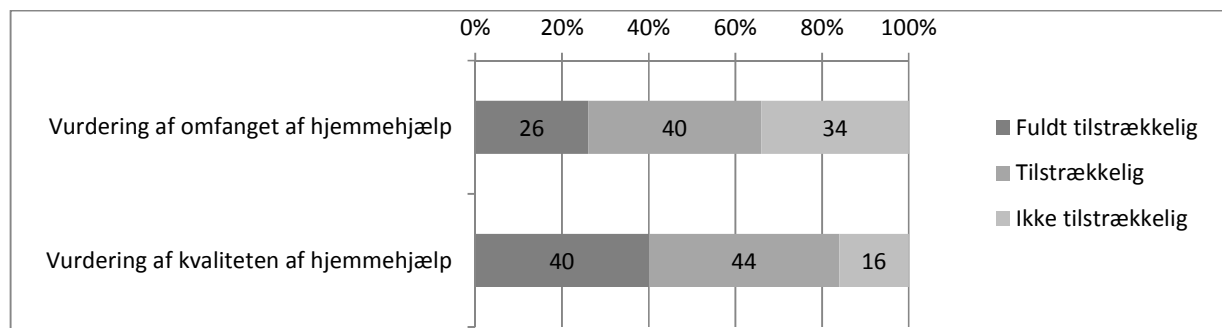
Note: sammenhængen mellem plejetype og visiteret hjemmehjælp er signifikant, dvs. at visiteret tid for de tre plejetyper adskiller sig signifikant fra hinanden.

Den visiterede hjemmehjælp er også opgjort på køn, alder og funktionsevne (se Tabel B3.2 i Bilag 2). Der er dog ikke signifikante forskelle på den visiterede hjemmehjælp for mænd og kvinder eller for forskellige aldersgrupper, men det er der ift. funktionsevne, hvor ældre med lavere funktionsevne er visiteret til flere minutters hjemmehjælp end ældre med højere funktionsevne. Det ses endvidere, at kvindelige modtagere af begge typer hjælp er visiteret til flere minutters hjemmehjælp end mandlige modtagere af begge typer hjælp og at mandlige modtagere af personlig pleje er visiteret til flere minutters hjemmehjælp end kvindelige modtagere af personlig pleje. Ift. praktisk hjælp er både mænd og kvinder visiteret til cirka det samme minuttal.

Vurdering af hjemmehjælpen

Spørgeskemaet rummer også en række spørgsmål omkring hjemmehjælpsmodtagernes tilfredshed med den hjemmehjælp, der modtages, samt hvordan de vurderer deres relation til hjemmehjælperne. I figuren nedenfor ses, hvordan hjemmehjælpsmodtagerne vurderer omfanget og kvaliteten af den hjemmehjælp, de modtager (Figur 3.14).

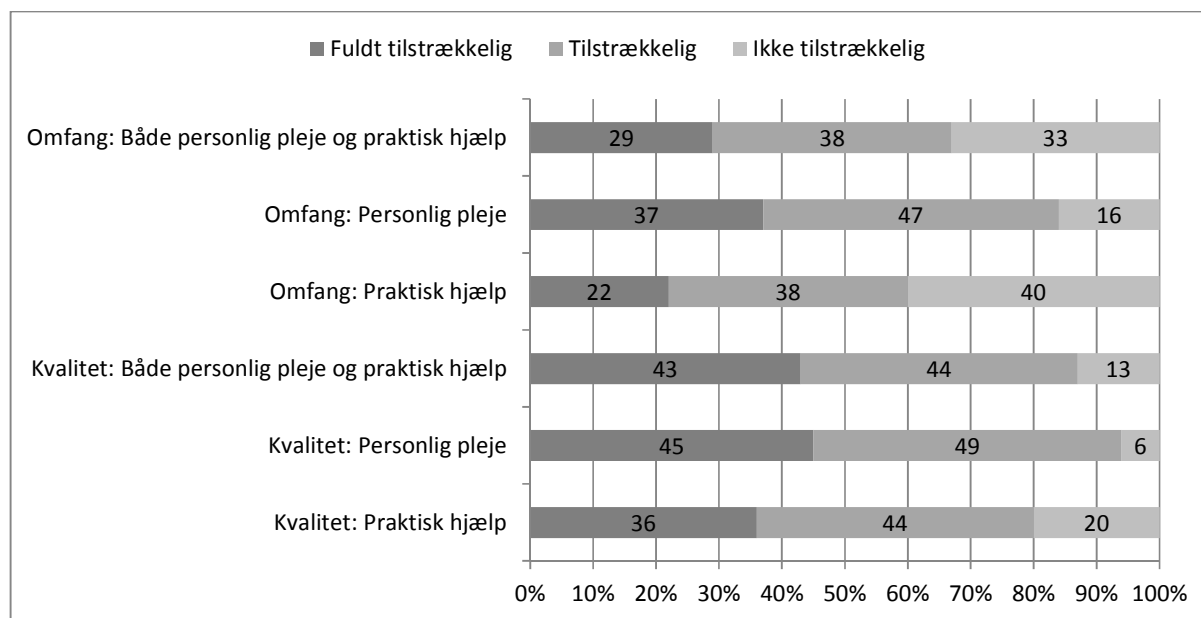
Figur 3.14 Vurdering af henholdsvis kvaliteten og omfanget af den modtagne hjælp. Pct.



I forhold til omfanget af hjemmehjælpen vurderer cirka 66 % af modtagerne, at den er tilstrækkelig eller fuldt tilstrækkelig, mens 34 % vurderer, at omfanget ikke er tilstrækkeligt. Hjemmehjælpenes kvalitet vurderes derimod lidt mere positivt, idet 84 % vurderer kvaliteten som tilstrækkelig eller fuldt tilstrækkelig, mens kun cirka 16 % angiver, at kvaliteten af hjælpen er utilstrækkelig. Der er ikke signifikante køn- eller aldersforskelle..

Der ses imidlertid en stærk sammenhæng mellem respondenternes vurdering af omfanget af hjælpen på den ene side og af kvaliteten af hjælpen på den anden side. Det er med andre ord tydeligt, at respondenter der ikke er tilfredse med omfanget af hjælpen, også er mest tilbøjelige til at mene, at hjemmehjælpenes kvalitet heller ikke er tilstrækkelig og omvendt (se figur B3.13 i Bilag 2).

Figur 3.15 Sammenhæng mellem typen af hjælp og vurdering af henholdsvis kvalitet og omfang af hjælpen. Pct.



Note: sammenhængen mellem plejetype og vurdering af omfang af hjemmehjælp og plejetype og vurdering af kvalitet er signifikant.

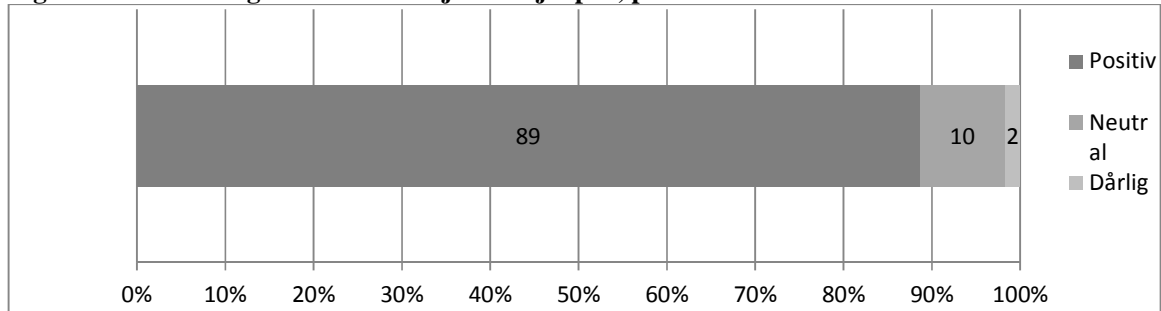
Figur 3.15 ovenfor viser også sammenhængen mellem typen af hjælp og vurderingen af henholdsvis kvalitet og omfang af hjælpen. Denne sammenhæng viser sig at være signifikant, således at især respondenter der modtager praktisk hjælp angiver at være utilfredse med omfanget af hjemmehjælpen (40 % svarer, at omfanget af hjælpen ikke er tilstrækkeligt), hvorimod modtagerne af personlig pleje lader til at være mest tilfredse med omfanget af hjemmehjælpen (37 % mener, at omfanget af hjælpen er fuldt tilstrækkelig, 47 % at omfanget af hjælpen er tilstrækkeligt).

Nogenlunde samme tendens ses ift. respondenternes vurdering af hjemmehjælpens kvalitet. Her er modtagerne af praktisk hjælp mest tilbøjelige til at mene, at kvaliteten er utilstrækkelig (20 % mod hhv. 6 % af modtagerne af personlig pleje og 13 % af modtagere af begge typer hjælp) og også mindst tilbøjelige til at mene, at hjælpen er fuldt tilstrækkelig (Figur 3.15).

Udover at forholde sig til kvaliteten og omfanget af hjemmehjælpen er respondenterne også blevet spurgt om oplevelsen af deres relation til hjemmehjælperen. Langt størstedelen af respondenterne har en positiv holdning til hjemmehjælperen og relationen til denne (89 %), mens kun 2 % angiver at have et dårligt forhold (Figur 3.16).

Det skal her bemærkes, at det oprindelige spørgsmål havde mere nuancerede svarkategorier (meget positiv, positiv, neutral, dårlig og meget dårlig), men netop fordi så få respondenter har angivet en dårlig eller meget dårlig relation til hjemmehjælperen, er henholdsvis de to positive og de to negative kategorier sammenlagt. I denne sammenhæng kan det endvidere bemærkes, at knap 42 % har svaret, at relationen er meget positiv, og knap 47 % har svaret positiv.

Figur 3.16 Vurdering af relation til hjemmehjælpen, pct.

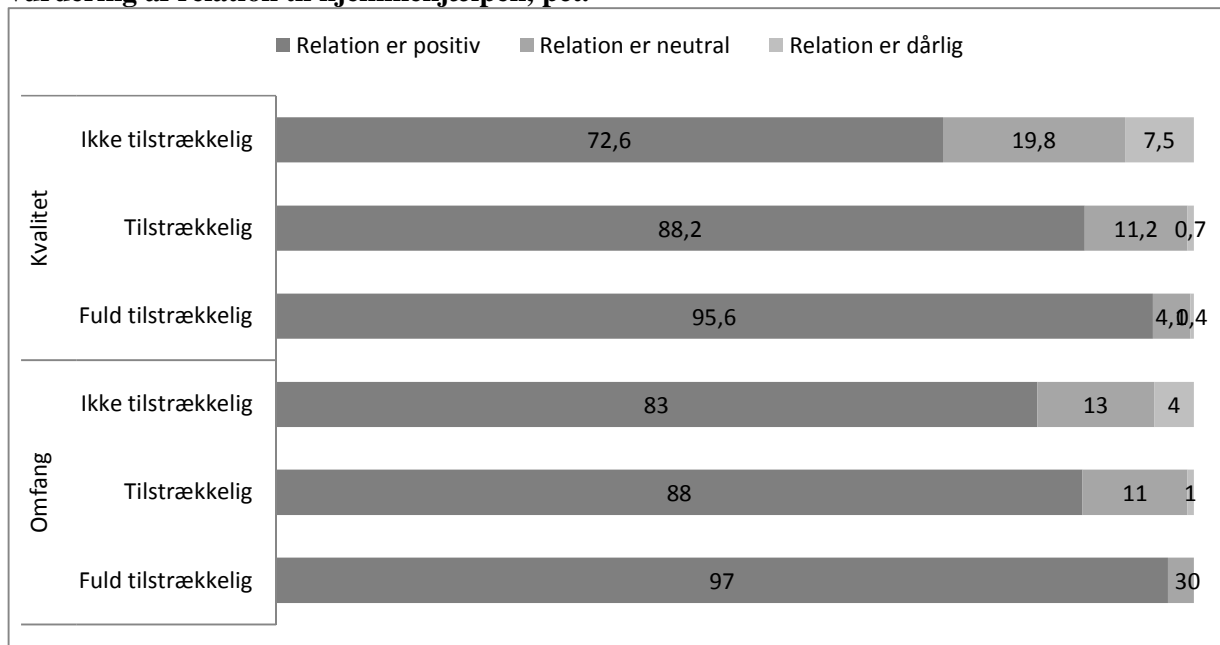


Der er ikke fundet nogen signifikant sammenhæng mellem typen af hjælp og relationen til hjemmehjælperen, ligesom der heller ikke er signifikant sammenhæng mellem indkomst og relationen. Opdeling på køn eller alder er ligeledes ikke signifikant.

Ser vi imidlertid efterfølgende på sammenhængen mellem vurderingen af relationen til hjemmehjælperen og så de to øvrige 'vurderings-parametre', det vil sige vurderingen af henholdsvis omfanget og kvaliteten af den leverede hjælp, finder vi ikke overraskende en tydelig sammenhæng (Figur 3.17). Eksempelvis vurderer kun én enkelt person relationen til hjemmehjælperen som dårlig samtidig med, at kvaliteten af den ydede hjælp vurderes som fuldt tilstrækkelig.

Det skal dog her nævnes, at der som vist i ovenstående Figur 3.16 kun er ganske få respondenter i det hele taget, der vurderer relationen som dårlig (2 %). Ikke desto mindre er sammenhængen mellem vurderingen af relationen til hjemmehjælperen og vurderingerne af henholdsvis omfang og kvalitet, begge stærke og signifikante (Figur 3.17).

Figur 3.17 Sammenhæng mellem vurdering af omfang og kvalitet af hjemmehjælp og vurdering af relation til hjemmehjælpen, pct.

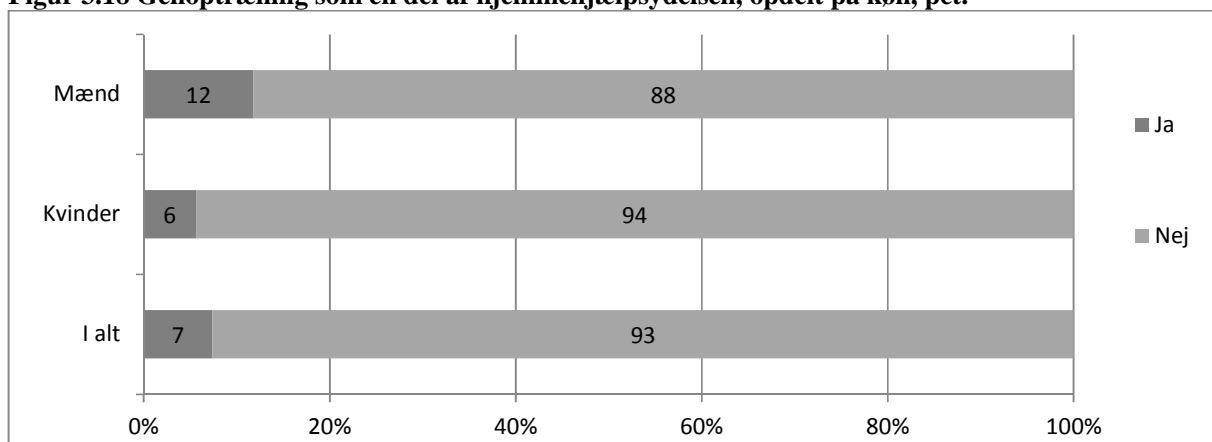


Note: sammenhængen mellem vurdering af omfang og vurdering af relation og vurdering af kvalitet og vurdering af relation er signifikant.

Genoptræning

I det spørgeskema som de ældre har besvaret indgår også et spørgsmål om, hvorvidt de modtager genoptræning som en del af hjemmehjælpsydelsen og det har 7 % af respondenterne angivet, at de gør. Som Figur 3.18 viser, så modtager en større andel af de mandlige respondenter genoptræning sammenlignet med de kvindelige respondenter. Faktisk er det 12 % af de mandlige respondenter, mens det er 6 % af de kvindelige respondenter. Der er ingen signifikante forskelle, når der brydes ned på aldersgrupper. Derudover er det i den største grad modtagere af hjemmehjælp til personlig pleje, som får genoptræning (17 %), mens det i den mindste grad er respondenter, der modtager praktisk hjælp (3 %) (se Figur B3.14 i Bilag 2).

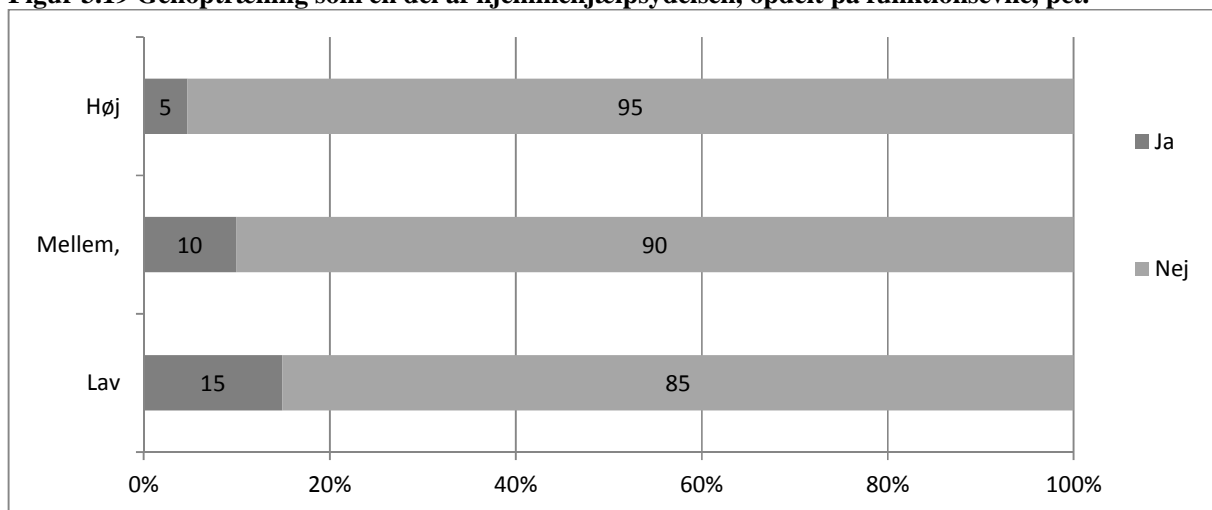
Figur 3.18 Genoptræning som en del af hjemmehjælpsydelsen, opdelt på køn, pct.



Note: sammenhængen mellem køn og genoptræning er signifikant.

Det er samtidig også respondenter med en nedsat funktionsevne, der er mest tilbøjelige til at modtage genoptræning (se Figur 3.19). Her er det 15 % af personer med lav funktionsevne, der modtager genoptræning, mens det er 10 % med mellem funktionsevne og 5 % af respondenterne med høj funktionsevne.

Figur 3.19 Genoptræning som en del af hjemmehjælpsydelsen, opdelt på funktionsevne, pct.

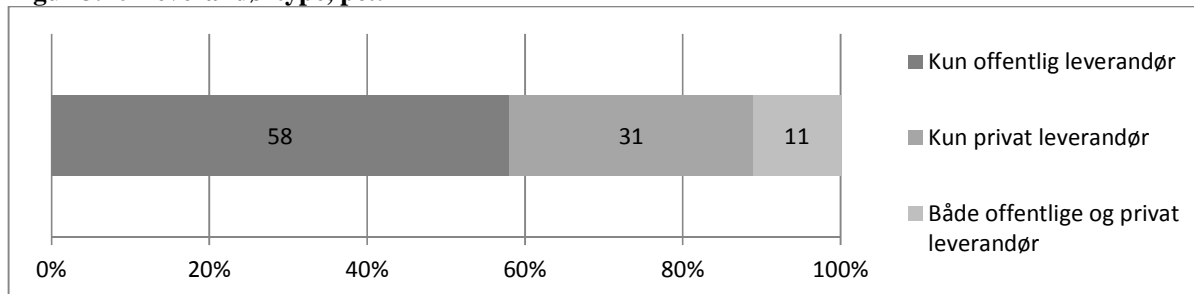


Note: sammenhængen mellem funktionsevne og genoptræning er signifikant.

Leverandør

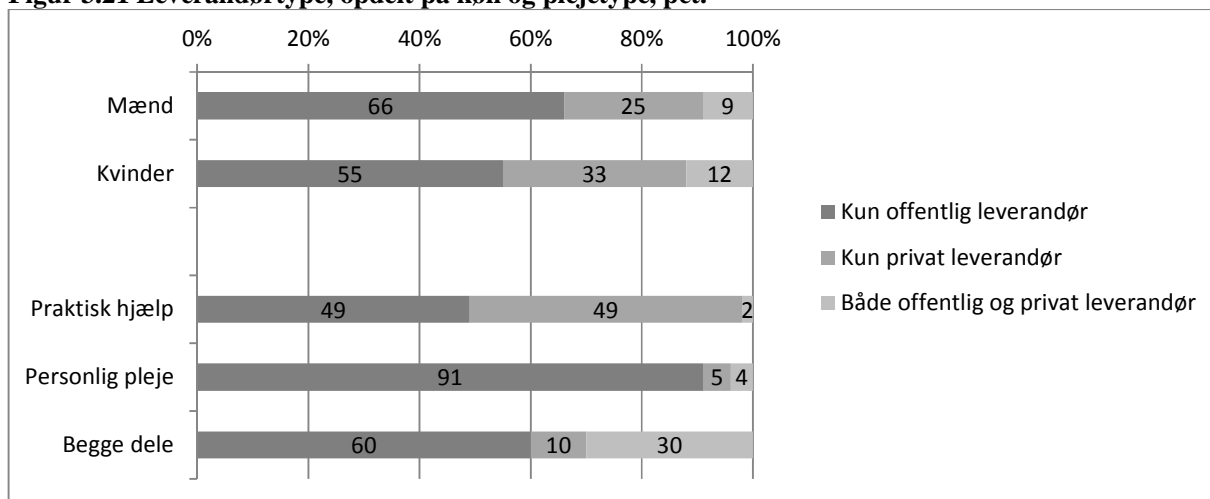
Datamaterialet rummer også mulighed for at undersøge leverandørtypen, dvs. om hjemmehjælpsmodtagerne modtager hjemmehjælp fra offentlige eller private leverandør eller fra en blanding af begge. Her ses det i Figur 3.20, at 58 % af respondenterne modtager hjemmehjælp fra en offentlig leverandør, 31 % modtager fra en privat leverandør og 11 % modtager fra begge leverandørtyper. Det skal her bemærkes, at én person endvidere kan have flere forskellige leverandører inden for samme type således, at denne eksempelvis kun har private leverandører, men det er forskellige leverandører til henholdsvis praktisk hjælp og personlig pleje.

Figur 3.20 Leverandørtype, pct.



De mandlige respondenter modtager i højere grad end de kvindelige respondenter hjemmehjælp fra offentlige leverandører, mens kvinderne i højere grad modtager fra kun private eller fra både offentlige og private (se Figur 3.21). Samtidig er det særligt modtagere af udelukkende personlig pleje, der udelukkende anvender offentlige leverandører (91 %), mens modtagere af praktisk hjælp og begge plejetyper i højere grad benytter sig af private leverandører. Dette kan dog forklares ved, at private leverandører oftere leverer praktisk hjælp og ikke personlig pleje.

Figur 3.21 Leverandørtype, opdelt på køn og plejetype, pct.



Endvidere viser en opdeling på de ældres funktionsevne, at denne umiddelbart har betydning for typen af leverandør (se Figur B3.15 i Bilag 2). Denne sammenhæng skyldes formentlig ikke funktionsevnen i sig selv, men snarere det, at personer med høj funktionsevne oftere modtager praktisk hjælp og at den praktiske hjælp oftere leveres af private leverandører.

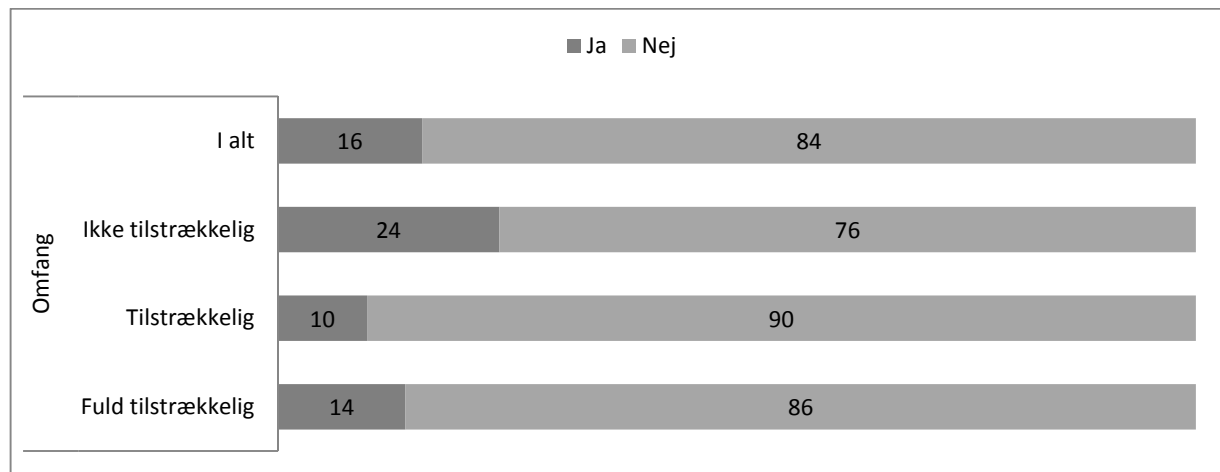
Endelig er der set på, hvorvidt der er en sammenhæng mellem typen af leverandør og indkomst samt med respondenternes vurdering af hjemmehjælpens omfang og kvalitet. Ingen af disse faktorer viser sig at have signifikant betydning for leverandørtypen.

Tilkøbsydelse

Afslutningsvist skal der også ses nærmere på, hvor mange og ikke mindst hvem, der køber tilkøbsydelse fra private hjemmehjælpsleverandører. 16 % af respondenterne har svaret, at de benytter sig af private tilkøbsydelser. Ud af disse har 32 % angivet at anvende tilkøbsydelse 1 time om måneden, 27 % 2 timer om måneden, 18 % 3 timer om måneden, 14 % 4 timer om måneden og 9 % 5 timer eller mere om måneden (se Figur B3.16 i Bilag 2). Der er ikke signifikante forskelle mellem mænd og kvinders tilbøjelighed til at benytte sig af tilkøbsydelser, men det er der til gengæld, når der opdeles på alder, hvor tilbøjeligheden til at tilkøbe ydelser fra private hjemmehjælpsleverandører stiger med stigende alder (se Figur B3.17 i Bilag 2). Gennemsnitlig købes 3 timer om måneden.

Der er endvidere tjekket for, om plejetype, indkomst, funktionsevne eller helbred spiller en rolle i forhold til at benytte sig af tilkøbsydelser, men ingen signifikante sammenhænge er fundet. En faktor, der dog lader til at have sammenhæng med brugen af tilkøbsydelser, er ikke helt overraskende vurderingen af omfanget af hjemmehjælpen. Som Figur 3.22 viser, er der en større andel af respondenter, som ikke mener, at hjemmehjælpen er tilstrækkelig ift. omfang, som køber tilkøbsydelser fra private hjemmehjælpsleverandører (24 % mod 10 % af dem der anser hjælpen som tilstrækkelig samt 14 % af dem, der anser hjælpen som fuldt tilstrækkelig). Utilfredshed med kvaliteten af hjemmehjælpen synes dog omvendt ikke at have en betydning for valg af private tilkøbsydelser. Det har vurderingen af relationen til hjemmehjælperne heller ikke.

Figur 3.22 Vurdering af omfang af hjemmehjælpen og brug af tilkøbsydelser



Konklusion

Dette afsnit har givet en samlet beskrivelse af de hjemmehjælpsmodtagere, der medvirker i undersøgelsen og af den pleje, de modtager.

Beskrivelsen af hjemmehjælpsmodtagerne har bl.a. vist, at de ældre har en god social kontaktflade, hvor de ofte er i kontakt med familie og venner og at en del også får hjælp til dagligdagens aktiviteter af deres familie. Beskrivelsen viser også, at hjemmehjælpsmodtagerne generelt har et godt velbefindende, et godt helbred og en god

hukommelse. De angiver også at have en forholdsvis god funktionsevne, hvor de er selvhjulpne på en række hverdagsfunktioner. Dette er dog ikke ensbetydende med, at de ældre så ikke har behov for pleje, men kan, som nævnt tidligere, enten have at gøre med ældres tendens til at underrapportere funktionsevne og eventuelle helbredsproblemer eller med, at der i undersøgelsen ikke er spurgt ind til en række funktioner.

Der er ikke i udpræget grad fundet signifikante forskelle mellem mænd og kvinder ift. deres fysiske og psykiske helbred, dog med den undtagelse, at mænd har angivet at have flere hukommelsesproblemer end kvinder. Ift. alder var der dog nogle signifikante forskelle, interessant nok særligt i forhold til at de ældste aldersgrupper angav bedre velbefindende og bedre helbredstilstand end de yngre aldersgrupper.

Beskrivelsen af den pleje som de ældre modtager viste bl.a., at respondenter der modtager forskellige typer af pleje (praktisk hjælp, personlig pleje eller begge) adskiller sig fra hinanden på en række områder. Respondenter der udelukkende modtager praktisk hjælp har eksempelvis bedre funktionsevne og bedre helbred sammenlignet med respondenter, der udelukkende modtager hjælp til personlig pleje eller som modtager begge former for hjælp. Det er samtidig også disse, der er visiteret til mindst hjælp og som derfor modtager den mindst omfattende pleje. Omvendt så modtager respondenter med personlig pleje og respondenter med både personlig pleje og praktisk hjælp mere omfattende hjemmehjælp i form af, at de er visiteret til flere minutters hjemmehjælp og angiver at få hjemmehjælp oftere end modtagerne af kun praktisk hjælp.

Endelig blev der også set på de ældres vurdering af hjemmehjælpens kvalitet og omfang og af relationen til hjemmehjælpen, som overvejende blev vurderet positivt. Genoptræning blev også behandlet, hvilket gør sig gældende for 7 % af respondenterne, for flere mænd end kvinder og i højere grad blandt respondenter med mest nedsat funktionsevne. Der blev også set på leverandørtype, som bl.a. viste, at kvinder benytter sig mere af private leverandører end mænd, hvilket kan hænge sammen med, at kvinder i højere grad får hjælp til praktisk hjælp og at private leverandører oftere leverer praktisk hjælp frem for personlig pleje. Som det sidste blev der også set på respondenternes køb af tilkøbsydelser, hvilket gjorde sig gældende for 16 % af respondenterne. Ældre der var utilfredse med omfanget af hjemmehjælpen havde større tilbøjelighed til at anvende tilkøbsydelser.

4. Omsorgsbetinget livskvalitet

ASCOT-metoden gør det muligt at bestemme den ældres såkaldte omsorgsbetingede livskvalitet (OLK). Formålet er således ikke at undersøge de ældres livskvalitet generelt, men at undersøge i hvor høj grad hjemmehjælpen bidrager til de ældres livskvalitet.

Dette gøres både i forhold til et mål for den faktiske situation, hvor hjemmehjælpen i større eller mindre grad udgør en del af den ældres dagligdag, men også ud fra en hypotetisk situation, hvor den ældre tænkes ikke at modtage hjemmehjælp. Metoden gør det derfor muligt, at fastsætte et mål for den indflydelse hjemmehjælpen tænkes at have for den ældres omsorgsbetingede livskvalitet, både *med* og *uden* hjælp, samt den *forbedring* i livskvalitet, der tænkes at forekomme.

Nedenfor i delafsnit 4.1 beskrives kort udviklingen af ASCOT, samt det filosofiske og teoretiske udgangspunkt for ASCOT, og der gives en beskrivelse af selve ASCOT-metoden og dens værktøjer. Derefter redegøres der i delafsnit 4.2. for hvor meget hjemmehjælpen bidrager til hjemmehjælpsmodtagernes omsorgsbetingede livskvalitet, set som en samlet gruppe. I delafsnit 4.3 ses der på omsorgsbetinget livskvalitet for hver af de tre plejetyper: Modtagere af personlig pleje, praktisk hjælp og både personlig pleje og praktisk hjælp.

4.1. Måling af omsorgsbetinget livskvalitet: ASCOT metoden

Historik

Undersøgelsen benytter sig af måleinstrumentet ASCOT (Adult Social Care Outcomes Toolkit), der er udviklet, afprøvet og valideret i England, bl.a. i undersøgelser af plejehjem og dagcentre, til at vurdere omsorgsbetinget livskvalitet (Social Care Related Quality of Life, SCRQoL) (Caiels m.fl., 2009; Netten m.fl., 2010), og som i dag bl.a. benyttes til den landsdækkende undersøgelse af brugertilfredshed med pleje- og omsorgsydelser i England (Adult Social Care Survey; NHS, 2011). I Danmark er ASCOT tidligere blevet benyttet til at undersøge livskvalitet blandt beboere i plejebolig (Rostgaard, Brünner og Fridberg, 2012).

Filosofisk og teoretisk udgangspunkt

ASCOT måler *omsorgsbetinget livskvalitet*, hvilket adskiller sig fra livskvalitet generelt. ASCOT fokuserer således kun på de aspekter af livskvalitet, som man kan forvente afhænger af den omsorg og pleje, der gives via hjemmehjælpen.

Omsorgsbetinget livskvalitet operationaliseres i otte såkaldte livskvalitetsdomæner. Valget af disse otte livskvalitetsdomæner baserer sig på forståelsen af, hvad der udgør centrale behovsfunktioner i et menneskes dagligdag, og valget af funktioner 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 1985; Sen 1993).

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

Operationalisering af omsorgsbetinget livskvalitet

ASCOT operationaliserer således begrebet omsorgsbetinget livskvalitet til følgende otte forskellige domæner: 'Mad og drikke', 'Boligen', 'Tryghed', 'Personlig pleje og velbefindende', 'Kontrol over dagliglivet', 'Social kontakt', 'Aktiviteter' samt 'Værdighed'. Værdighed betragtes for sig selv, da den som domæne ses som et overordnet mål for, om omsorgen bidrager til, at individet kan leve et værdigt liv. Værdighed opgøres derfor kun ift. den nuværende livskvalitet, dvs. i den livssituation, hvor man modtager hjælp (se også senere). Helt konkret operationaliseres omsorgsbetinget livskvalitet i ASCOT-metoden på følgende måde (Tabel 4.1)

Tabel 4.1 Domæner for omsorgsbetinget livskvalitet (OLK).

Domæner	Definition
Kontrol over dagliglivet	Personen har kontrol over sin dagligdag, dvs. kan selv vælge 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 tilstrækkeligt 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 af meningsfulde aktiviteter, hvad enten dette 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.

Universelle domæner og subjektive vurderinger

Individuelle præferencer for omsorgsbetinget livskvalitet indenfor disse otte domæner kan variere fra person til person, men med udgangspunkt i Sen's Capability approach forudsætter ASCOT-metoden således, at domænerne beskriver overordnede behov som generelt er fælles for alle mennesker, og som derfor antages at have behov for f.eks. at være mødt, være påklædt, og at have husly osv. Andre domæner har mere individuelt definerede behov. Eksempelvis foretrækker nogle mennesker at have et lavere niveau af social kontakt, end andre foretrækker. ASCOT-metoden bygger derfor generelt på subjektive vurderinger af, hvorvidt behov er mødt, indenfor hvert af de 8 livskvalitetsdomæner. 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.

Vurdering af behov

Den ældre svarer i undersøgelsen på spørgsmål, om han/hun oplever at have uopfyldte behov indenfor disse 8 domæner. Besvarelserne giver principielt udtryk for, 1. om behovstilstanden er ideel, 2. om behov er mødt, men heller ikke mere, 3. om der er nogen uopfyldte behov, eller 4. om der er mange uopfyldte behov, men er formuleret mere mundret og så det passer til hvert domæne. Eksempelvis kan man på spørgsmålet om at have kontrol over sit dagligliv svare hhv. "Jeg har så meget kontrol over mit dagligliv som jeg ønsker", "Jeg har

tilstrækkelig kontrol over mit dagligliv”, ”Jeg har nogen kontrol over mit dagligliv, men ikke tilstrækkeligt”, eller ”Jeg har ingen kontrol over mit dagligliv”.⁷ I selve beregningen af omsorgsbetinget livskvalitet på hvert af de 8 domæner løber intervallet mellem laveste livskvalitet fra 0 til den maksimalt højeste livskvalitet på 100.

Præferencevægte

Domænerne antages imidlertid ikke at være lige vigtige. Præferencestudier har vist, at nogle domæner vægtes højere end andre, og den endelige scoring af livskvalitet er derfor vægтет ift. disse præferencer. I beregningen af ASCOT-scorer 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 m.fl., under publicering)⁸.

Tabel 4.2 giver en oversigt over de applikerede vægte ift. de tre svarmuligheder, som det er muligt for respondenterne at svare. Angiver en person eksempelvis, at deres omsorgsbetingede livskvalitet ift. ’Bolig’ er helt ideel, dvs. ingen behov overhovedet, bliver denne scoret med 0,863.

På denne måde vægtes besvarelsenerne indenfor alle 8 domæner og kan opsummeres til en samlet værdi, som giver udtryk for overordnet omsorgsbetinget livskvalitet. Til dette formål benyttes en endelig vægtning ($SCRQoL = (0.203 \times \text{vægtet score}) - 0.466$). Den maksimalt højeste samlede ASCOT score er 1 og den laveste er -0,17. ASCOT værdier kan således godt være negative, og tænkes her at angive en så dårlig livskvalitetssituation, at man er bedre stillet, hvis man var død.

Tabel 4.2 Præference vægte for de 8 domæner og 4 besvarelser

Domæne	Ideel tilstand	Ingen uopfyldte behov	Nogen 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	9,789	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

Note: Netten m.f. (2012)

⁷ I Bilag 2 findes det fulde spørgeskema, hvor besvarelsenerne på hvert enkelt ASCOT-domæne kan findes.

⁸ I forbindelse med udarbejdelsen af det første danske ASCOT-studie, blev der udført et dansk præferencestudie blandt ældre 65+ for at afdække, hvad de anså som de væsentligste domæner i forhold til omsorgsbetinget livskvalitet. Dog er disse vægte ikke applikeret, da der opstod metodiske problemer, sandsynligvis i oversættelse af spørgsmålene fra engelsk. De danske præferencevægte svarede i store træk til de engelske. I det engelske studie blev domænet ’kontrol over dagliglivet’ dog vægтет som vigtigste, mens der i det danske studie også findes en meget høj vægtning af kontrol-domænet, men allerhøjest vægtes dog det at kunne bruge sin tid, som man har lyst til. Men vægtningen af disse to domæner ligger tæt på hinanden i begge studier.

Omsorgsbetingede livskvalitetsmål

Udover et samlet mål for den omsorgsbetingede livskvalitet og målet på de enkelte domæner, skelnes der i ASCOT-metoden imellem fire mål for omsorgsbetinget livskvalitet: Den *forventede* omsorgsbetingede livskvalitet, *forbedringskapaciteten* ift. den mulige stigning i omsorgsbetinget livskvalitet, *nuværende* omsorgsbetingede livskvalitet, samt *forbedringen* i livskvalitet.

Den *nuværende* omsorgsbetingede livskvalitet er et udtryk for borgerens nuværende situation og dermed altså den omsorgsbetingede livskvalitet *med* hjemmehjælp. Eksempelvis spørges der under domænet 'Personlig pleje' på flg. måde: "I forhold til at være ren og ordentlig i tøjet, hvilket af følgende udsagn beskriver så bedst Deres nuværende situation?" og med flg. mulige svarkategorier: "Jeg føler mig fuldt ud så ren og ordentlig i tøjet, som jeg ønsker det", "Jeg føler mig tilstrækkeligt ren og ordentlig i tøjet", "Jeg føler mig ikke tilstrækkeligt ren og ordentlig i tøjet", "Jeg føler mig overhovedet ikke ren og ordentlig i tøjet". Erfaringer fra udviklingen af ASCOT-metoden i de engelske studier viser, at selv de svageste ældre er i stand til at vurdere deres nuværende livskvalitetsniveau med hjælp (Netten m.fl., 2006).

I modsætning til den nuværende situation, udtrykker målet for den *forventede* omsorgsbetingede livskvalitet en forventet og hypotetisk situation, hvor borgeren ikke modtager hjemmehjælp, dvs. omsorgsbetinget livskvalitet *uden* hjemmehjælp. Her forudsættes, at øvrige andre potentielle hjælpe-kilder, som f.eks. hjælp fra familie og venner, ikke træder til i stedet. I den hypotetiske situation bedes den ældre således forholde sig til en situation, hvor det kun er hjælpen fra hjemmehjælpen, der er fraværende, men al anden hjælp holdes konstant. Eksempelvis spørges der under domænet 'Personlig pleje' på flg. måde: "Forestil Dem, at De ikke modtog hjemmehjælp og at der ikke var andre til at hjælpe Dem. Hvilket af følgende udsagn ville da bedst beskrive Deres nuværende situation i forhold til at være ren og ordentlig?", og med samme mulige svarkategorier som før.

Umiddelbart kan det synes vanskeligt for respondenterne at vurdere den mere hypotetiske situation. I undersøgelser af de svageste ældre anbefales derfor at bruge en proxy. I den danske undersøgelse af plejeboligbeboere blev et familiemedlem og en kontaktperson blandt personalet begge interviewet om den ældres forventede omsorgsbetingede livskvalitet (Rostgaard, Brünner og Fridberg, 2012).

Omvendt er det sandsynligt, at de fleste - om ikke alle - hjemmehjælpsmodtagere har oplevet situationer, hvor hjælpen er kommet senere end aftalt eller ikke er dukket op, og en situation uden hjælp er dermed ikke nødvendigvis kun en hypotetisk situation for respondenterne. Det antages også at disse respondenter har et bedre kognitivt udgangspunkt for at kunne svare på et sådant hypotetisk spørgsmål end f.eks. plejeboligbeboere. ASCOT-metoden forudsætter derfor at ældre med hjemmehjælp selv kan besvare spørgsmålet om forventet omsorgsbetinget livskvalitet, og det er denne fremgangsmåde der benyttes i den nationale applikation af ASCOT i de engelske undersøgelser (NHS, 2011), og dermed også i denne undersøgelse.

Dog kan vi, som beskrevet nærmere i metodeafsnittet, se en tendens blandt respondenterne til specielt at underrapportere den forventede livskvalitet i telefoninterviews, som der benyttes i denne undersøgelse, sammenlignet med besøgsinterview, og det må der nødvendigvis tages højde for i tolkningen af resultaterne.

Det næste mål for omsorgsbetinget livskvalitet, *forbedringskapaciteten*, udtrykker forholdet mellem den forventede omsorgsbetingede livskvalitet og maksimal omsorgsbetinget livskvalitet, udtrykt som den ideelle tilstand af omsorgsbetinget livskvalitet. Forbedringskapaciteten udtrykker derfor også, hvor meget hjemmehjælpen potentielt kan

løfte den omsorgsbetingede livskvalitet. I metoden sættes maksimum livskvalitet til =1, og forventet omsorgsbetinget livskvalitet kan således teknisk beregnes ved at subtrahere værdien af denne fra 1.

Helt centralt for undersøgelsen af, hvordan hjemmehjælpen bidrager til den omsorgsbetingede livskvalitet er det fjerde omsorgsbetingede livskvalitetsmål, den såkaldte *livskvalitetsforbedring*, som udgør forskellen mellem nuværende og den forventede omsorgsbetingede livskvalitet..

Alle fire mål vises i undersøgelsen som ASCOT-scoren for hvert enkelt af de 8 domæner, samt som den samlede ASCOT score, som udgør den samlede omsorgsbetingede livskvalitet.

Tabel 4.3 Omsorgsbetingede livskvalitetsmål

Den forventede livskvalitet	Den omsorgsbetingede livskvalitet i en hypotetisk situation hvor borgeren ikke modtager hjemmehjælp
Forbedringskapaciteten	Forskellen mellem forventet omsorgsbetinget livskvalitet og den maksimalt mulige omsorgsbetingede livskvalitet (=1)
Nuværende livskvalitet	Den omsorgsbetingede livskvalitet i den nuværende livssituation hvor borgeren modtager hjemmehjælp
Livskvalitetsforbedringen	Forskellen på den nuværende og den forventede omsorgsbetingede livskvalitet og derfor et mål for hvor meget hjemmehjælpen forbedrer livskvaliteten

Datakilde

Som beskrevet nærmere i metodeafsnittet, bygger ASCOT helt konkret på et lukket spørgeskema interview med respondenterne. I denne undersøgelse benyttes telefoninterview.

Til forskel fra det tidligere plejeboligstudie (Rostgaard, Brüner og Fridberg, 2012), er der således som udgangspunkt for analysen af ASCOT-værdierne ikke udført observationsstudier, da dette kun anbefales i undersøgelser, hvor respondenterne vurderes til ikke at være i stand til at vurdere forventet livskvalitet. Et familiemedlem eller en plejemedarbejder bedes, som ovenfor beskrevet, i sådanne tilfælde i stedet om at vurdere denne livskvalitetstilstand, og observationsstudierne udføres for at supplere disse interview.

I dette studie er der dog udført 34 personlige besøg samt observationsstudier for at vurdere forskellen på besøgs- og telefoninterview (se metodeafsnit), samt at give mere udførlige beskrivelser af de ældres hverdagsliv (afrapporteres i en senere publikation efter aftale med kommissionssekretariatet).

4.2. Hjemmehjælp og omsorgsbetinget livskvalitet

Med ASCOT er det dermed muligt både at udtrykke den omsorgsbetingede livskvalitet i et enkelt og samlet tal (fra -0,17 til 1), ligesom det er muligt at analysere de enkelte domæner særskilt (fra 0 til 100). Og det er muligt at udtrykke disse tal for hhv. forventet, nuværende og forbedring i livskvalitet. Disse livskvalitetsmål afrapporteres i denne rækkefølge i det efterfølgende underafsnit.

Den forventede omsorgsbetingede livskvalitet

Borgerens *forventede* livskvalitetssituation fastsættes, som tidligere beskrevet, for hvert enkelt domæne ved at respondenter vurderer sin egen tilstand i en hypotetisk situation uden hjemmehjælp. Dette kan siges at være udgangspunkt for den enkeltes behovssituation og afrapporteres derfor først.

Den samlede forventede omsorgsbetingede livskvalitet blandt respondenterne i undersøgelsen er 0,65. Dette er det samlede mål baseret på de tidligere beskrevne præferencevægte på skalaen gående fra -0,17 til 1. Højeste score for et enkelt individ er 0,96, dvs. tæt på ideel omsorgsbetinget livskvalitet, og laveste -0,09, dvs. tæt på en tilstand som teoretisk kan betragtes som værende værre end at være død (Tabel 4.4).

Tabel 4.4 Den samlede forventede omsorgsbetingede livskvalitet

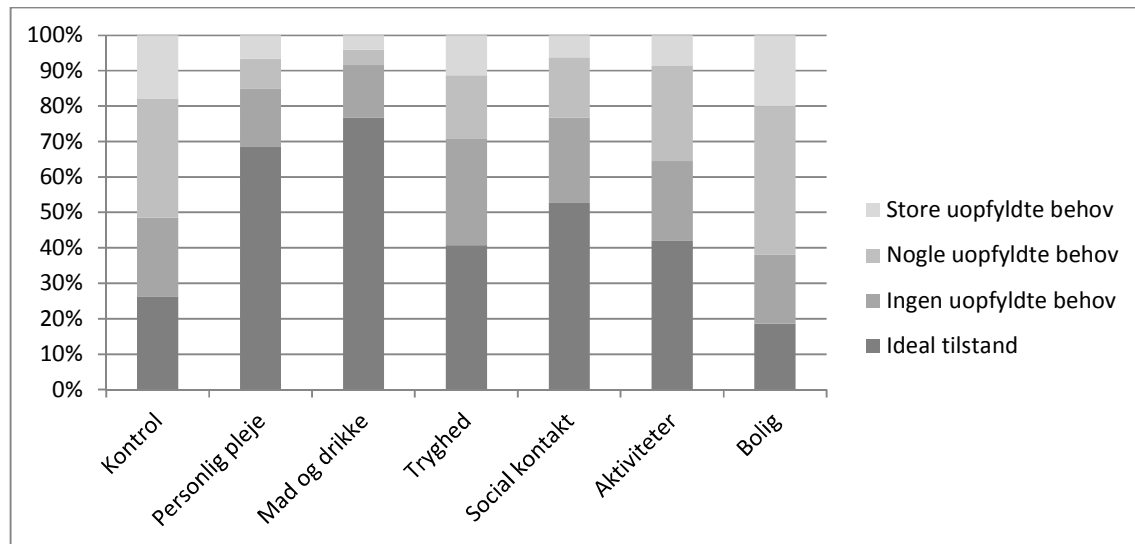
	N	Minimum	Maksimum	Standard afvigelse	Gennemsnit
Forventede omsorgsbetingede livskvalitet	604	-0,09	0,96	0,22	0,65

Resultatet dækker dog dels over hele den meget heterogene gruppe som hjemmehjælpsmodtagerne og de deltagene respondenter er, men derudover også en spredning over de enkelte domæner, som ses i Tabel 4.5 og Figur 4.1

Tabel 4.5 Den forventede tilstand på de enkelte domæner, %.

	Kontrol	Personlig pleje	Mad og drikke	Tryghed	Social kontakt	Aktiviteter	Boligen
Ideal tilstand	26,3%	68,5%	76,8%	40,8%	52,7%	42,1%	18,6%
Ingen uopfyldte behov	22,2%	16,6%	14,8%	30,0%	24,1%	22,4%	19,5%
Nogle uopfyldte behov	33,5%	8,4%	4,3%	17,9%	16,9%	26,8%	41,7%
Store uopfyldte behov	18%	6,5%	4,1%	11,3%	6,3%	8,7%	20,1%
I alt	100% (n=662)	100% (n=688)	100% (n=690)	100% (n=681)	100% (n=685)	100% (n=675)	100% (n=681)
Gennemsnit (0-100)	52,0	82,2	88,0	66,5	74,2	65,7	45,3

Figur 4.1 Den forventede tilstand på de enkelte domæner.



Som det ses af tabellen og figuren vil de største uopfyldte behov være på bolig- og kontroldomænet, hvis respondenterne ikke modtog hjemmehjælp. Ved begge domæner forventer over halvdelen af respondenterne at have uopfyldte behov, hvis ikke de modtog hjemmehjælp. Ift. tryghed ville omkring en tredjedel af respondenterne have nogle eller store uopfyldte behov.

Det bedste udgangspunkt ses med hensyn til mad og drikke, og personlig pleje. At personlig pleje i den forventede tilstand ligger så højt, skyldes dog blandt andet, at tallene er for alle respondenter, hvilket betyder, at over halvdelen ikke modtager hjælp på dette domæne.

Værdighed opgøres som tidligere nævnt ikke i forhold til den forventede situation, da målet med dette domæne netop er at opfange effekten af at modtage hjemmehjælp i forhold til den enkeltes værdighed.

Forbedringskapaciteten

Forbedringskapaciteten udtrykker forskellen mellem den maksimale omsorgsbetingede livskvalitet (=1) og den forventede omsorgsbetingede livskvalitet. Den er altså et udtryk for, hvor langt fra den ideelle tilstand hjemmehjælpsmodtagerne ville være uden hjemmehjælp. Forbedringskapaciteten udtrykker derfor også, hvor meget hjemmehjælpen potentielt kan løfte den omsorgsbetingede livskvalitet.

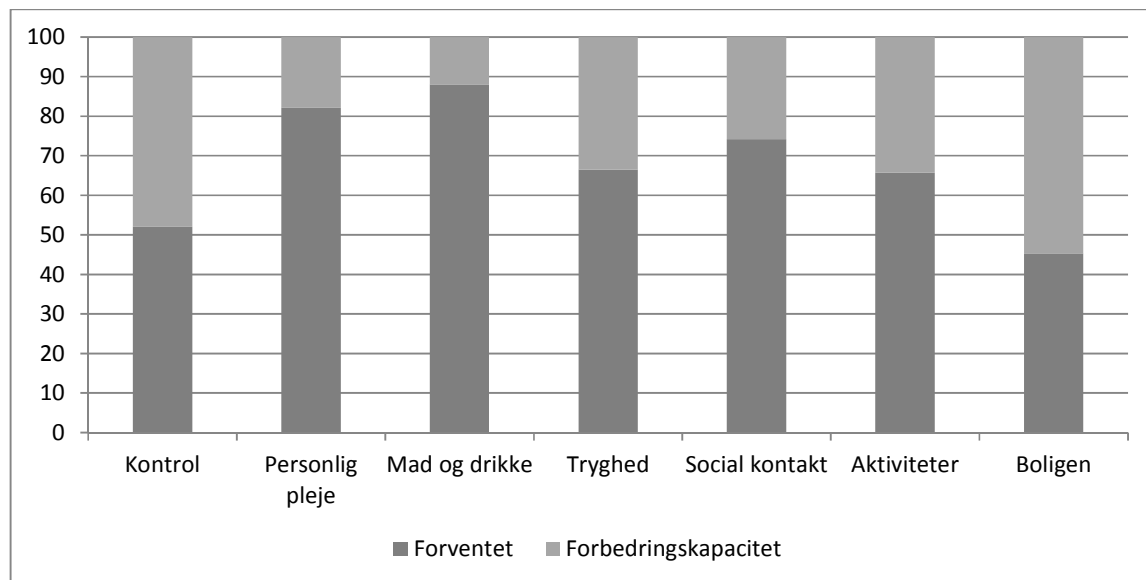
Forbedringskapaciteten er derfor størst på de domæner, hvor respondenterne scorer lavest i forventet omsorgsbetinget livskvalitet, herunder kontrol og bolig, hvor hjemmehjælpsydelsen derfor potentielt kan løfte den omsorgsbetingede livskvalitet for de ældre allermost.

Omvendt er der mindre potentielt livskvalitetsløft på domæner som personlig pleje og mad og drikke – igen fordi vi her inkluderer samtlige respondenter, også dem der udelukkende modtager praktisk hjælp (Tabel 4.6 og Figur 4.2).

Tabel 4.6 Forbedringskapaciteten opdelt på domænerne (0-100).

	Den forventede omsorgsbetingede livskvalitet	Forbedringskapaciteten
Kontrol	52,0	48,0
Personlig pleje	82,2	17,8
Mad og drikke	88,0	12,0
Tryghed	66,5	33,5
Social kontakt	74,2	25,8
Aktiviteter	65,7	34,3
Bolig	45,3	54,7

Figur 4.2 Den forventede omsorgsbetingede livskvalitet og forbedringskapaciteten, 0-100.



Den nuværende omsorgsbetingede livskvalitet

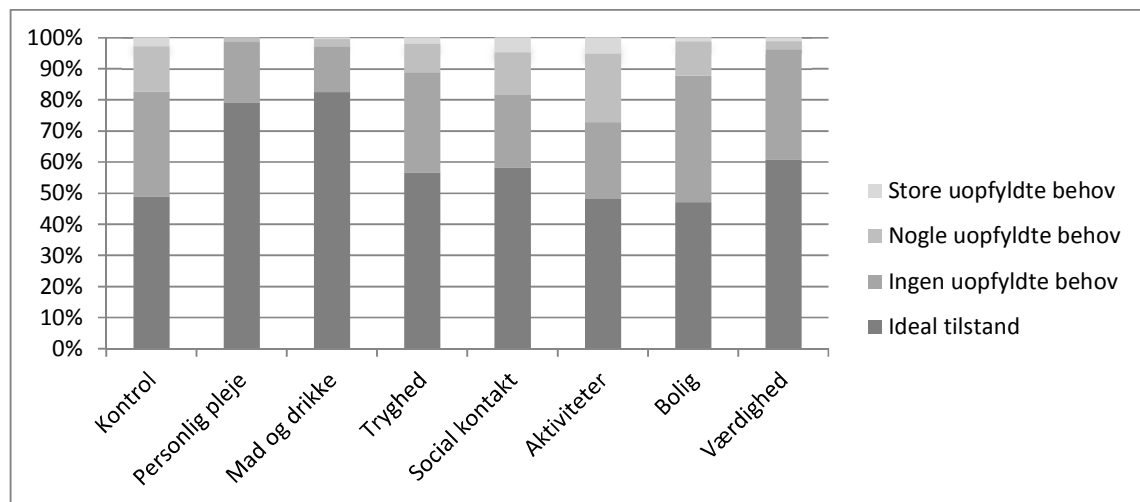
Ser vi videre på den nuværende omsorgsbetingede livskvalitet, som altså udtrykker den situation hvor hjemmehjælpen bidrager, ses nu klare ændringer i forhold til forventet omsorgsbetinget livskvalitet, dvs. situationen uden hjemmehjælp. På samtlige domæner nærmer det sig nu, at mindst halvdelen af respondenterne har angivet sig selv som værende i en ideal tilstand. Personlig pleje og mad og drikke ligger begge i top, da ca. 80 % af respondenterne angiver idealtilstanden for disse domæner.

Som det ses af Tabel 4.7 og Figur 4.3 har under 5 % af respondenterne nu uopfyldte behov i forhold til personlig pleje, mad og drikke og værdighed. Mere end 20 % har dog stadig uopfyldte behov i aktivitetsdomænet, mens det i forhold til kontrol, tryghed, social kontakt og er mellem 11-18 %, som stadig har uopfyldte behov.

Tabel 4.7 Den nuværende tilstand på de enkelte domæner, %.

	Kontrol	Personlig pleje	Mad og drikke	Tryghed	Social kontakt	Aktiviteter	Boligen	Værdighed
Ideal tilstand	49,0%	79,0%	82,2%	56,7%	58,2%	48,3%	47,0%	58,6%
Ingen uopfyldte behov	33,7%	19,6%	14,5%	32,2%	23,7%	24,6%	40,7%	34,4%
Nogle uopfyldte behov	14,5%	1,3%	2,3%	9,1%	13,6%	22,1%	10,9%	2,4%
Store uopfyldte behov	2,8%	0,1%	0,6%	2,0%	4,6%	5,0%	1,3%	1,1%
I alt	100% (n=688)	100% (n=695)	100% (n=695)	100% (n=693)	100% (n=693)	100% (n=693)	100% (n=696)	100% (n=674)
Gennemsnit (0-100)	76,0	92,3	92,9	80,9	78,2	71,8	77,6	85,0

Figur 4.3 Den nuværende tilstand opdelt på de enkelte domæner, %.



Forbedringen af den omsorgsbetingede livskvalitet

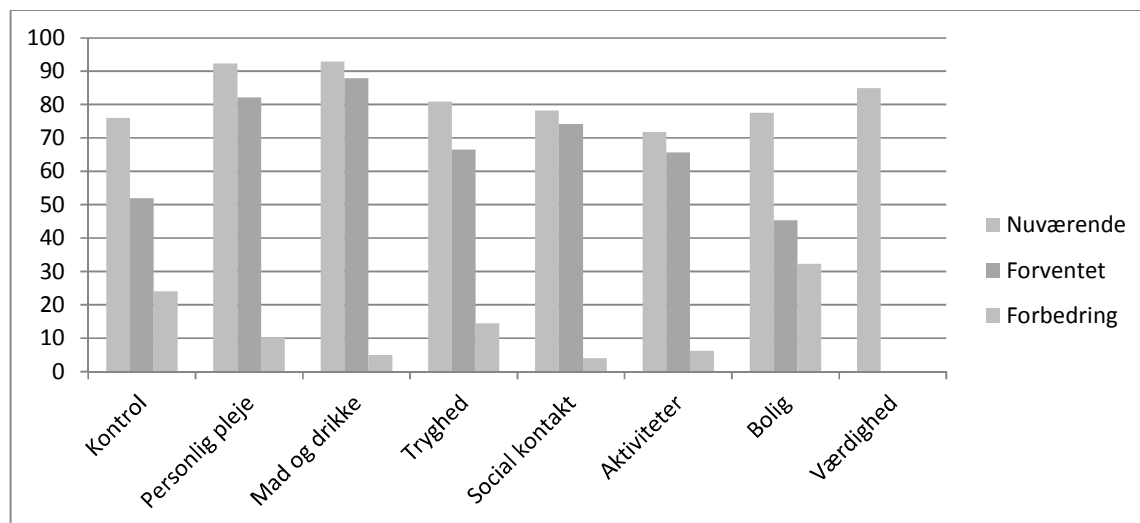
Efter at have bestemt både den nuværende og den forventede situation er det muligt, at fastsætte hvor meget hjemmehjælpen bidrager til at forøge den omsorgsbetingede livskvalitet. I Tabel 4.8 og Figur 4.4 ses de gennemsnitlige værdier for de to livskvalitetsmål (også angivet i Tabel 4.5 og Tabel 4.7) og derudover også, hvor meget den omsorgsbetingede livskvalitet forbedres på de enkelte domæner, bortset fra værdighed som kun opgøres for nuværende.

Som det fremgår af tabellen og figuren ses den største forbedring på kontrol-, tryghed- og boligdomænet. Netop de tre domæner, som også havde den største forbedringskapacitet og hvor der altså kan siges at være de største uopfyldte behov.

Tabel 4.8 Samlet ASCOT-score opdelt på domæner, (0-100)

	Nuværende	Forventede	Forbedring
Kontrol	76	52	24
Personlig pleje	92	82	10
Mad og drikke	93	88	5
Tryghed	81	67	14
Social kontakt	78	74	4
Aktiviteter	72	66	6
Bolig	78	45	33
Værdighed	85		

Figur 4.4 Den nuværende, den forventede og forbedringen af den omsorgsbetingede livskvalitet opdelt på de enkelte domæner, 0-100.



Køn og alder

I Tabel 4.9 ses gennemsnitsværdierne opdelt på køn. Kun på personlig pleje og social aktivitet er den forbedring der ses i den omsorgsbetingede livskvalitet kønssignifikant. Til gengæld er der i den forventede situation signifikante forskelle i forhold til den personlige pleje og boligdomænet, hvor mændene scorer lavest på den personlige pleje, men til gengæld højest på boligdomænet. Da der ses mere eller mindre den samme forbedring på boligdomænet ender mændene også med at have en højere nuværende score på dette domæne, hvilket samtidigt er den eneste signifikante forskel der ses i den nuværende score.

Tabel 4.9 Den nuværende, den forventede og forbedringen af den omsorgsbetingede livskvalitet opdelt på køn og de enkelte domæner (0-100).

	Forventede		Nuværende		Forbedring	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Kontrol	52	52	78	75	26	23
Personlig pleje	77*	84*	91	93	14*	9*
Mad og drikke	87	89	92	93	5	5
Tryghed	66	67	83	80	17	13
Social kontakt	71	76	76	79	5*	3*
Aktiviteter	66	66	71	72	5	7
Bolig	51*	43*	84*	75*	33	32
Antal (n)	196-206	466-484	203-206	479-491	196-206	466-484

* $p < 0,05$ ift. hinanden i samme situation og på samme domæne. Note: Antallet (n) angiver et interval for samtlige domæner, da ”ved ikke” er udeladt og antallet af valide besvarelser dermed varier.

Den omsorgsbetingede livskvalitet i både den forventede og nuværende situation er på flere domæner størst blandt de ældste respondenter. I den forventede situation ses signifikante forskelle mellem de yngste og ældste respondenter på tryghed- og social kontakt domænet. Samme billede tegner sig for den nuværende situation, hvor der dog yderligere på aktivitetsdomænet ses signifikante forskelle (Tabel 4.10). Ved flere af domænerne kan de ikke signifikante forskelle dog skyldes et relativt lavt antal respondenter i gruppen 90+ år.

Tabel 4.10 Den nuværende, den forventede og forbedringen af den omsorgsbetingede livskvalitet opdelt på alder og de enkelte domæner (0-100).

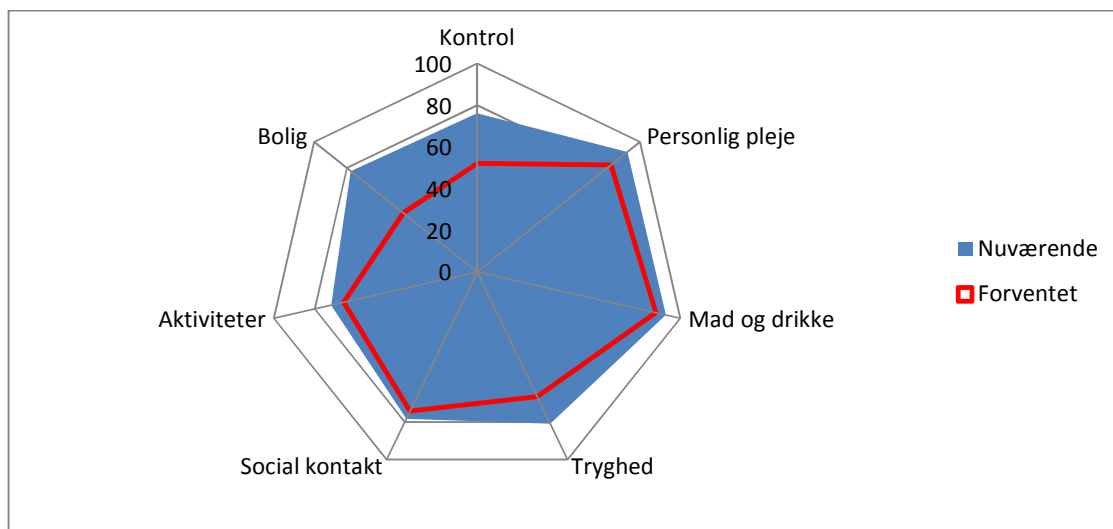
	Forventede			Nuværende		
	65-79 år	80-89 år	90+ år	65-79 år	80-89 år	90+ år
Kontrol	48	54	57	72	78*	78
Personlig pleje	82	83	83	92	92	95
Mad og drikke	89	87	90	93	92	97
Tryghed	64	67	74*	77	82*	92*
Social kontakt	72	75	81*	76	79	84*
Aktiviteter	63	68	68	69	73	77*
Bolig	46	45	46	75	79	80
Antal (n)	293-300	296-316	72-78	298-301	311-318	74-78

Note: * $p < 0,05$ ift. 65-79 år i samme situation og på samme domæne. Antallet (n) angiver et interval for samtlige domæner, da ”ved ikke” er udeladt og antallet af valide besvarelser dermed varier.

Samlet omsorgsbetingede livskvalitet

I Figur 4.5 ses en grafisk fremstilling for alle fire mål for den omsorgsbetingede livskvalitet. Den forventede og den nuværende omsorgsbetingede livskvalitet er direkte markeret i figuren. Forbedringskapaciteten kan aflæses som arealet fra den forventede omsorgsbetingede livskvalitet og ud til den ideale tilstand ved værdien 100. Livskvalitetsforbedringen ses som arealet imellem den forventede og den nuværende tilstand. Ved at kigge på arealerne af de forskellige områder, er det altså muligt at få et samlet billede af den omsorgsbetingede livskvalitet. Det skal dog bemærkes, at der i Figur 4.5 ikke indgår de præferencevægte, som vægter de enkelte domæner i forhold til hinanden, ligesom værdighedsdomænet ikke er inkluderet, da det kun bestemmes som en del af den nuværende situation.

Figur 4.5 Omsorgsbetinget livskvalitet, alle domæner, alle respondenter, 0-100.



Den samlede ASCOT-score, som altså inkluderer alle otte domæner og vægter disse i forhold til hinanden, er at finde i Tabel 4.11 for de fire livskvalitetsmål. Tabellen opsummerer og sammenstiller dermed de endelige ASCOT scores for hhv. forventet, nuværende, forbedringskapacitet samt forbedring i omsorgsbetinget livskvalitet.

Som tidligere beskrevet er den nuværende omsorgsbetingede livskvalitet for respondenterne i undersøgelsen 0,83. Den samlede forventede ASCOT-score er 0,65.

Det svarer til, at hjemmehjælpen forbedrer den omsorgsbetingede livskvalitet med gennemsnitligt 0,18 point, hvor forbedringskapaciteten er 0,35, dvs. hjemmehjælpen kunne løfte den omsorgsbetingede livskvalitet yderligere.

Det ses også, at ingen af respondenterne i den nuværende situation har en negativ omsorgsbetinget livskvalitet, hvilket var tilfældet ved den forventede tilstand som også angivet i tabellen.

Tabel 4.11 Respondenternes forventede og nuværende omsorgsbetingede livskvalitet, livskvalitetsforbedring, og forbedringskapaciteten. ASCOT-score.

	N	Minimum	Maksimum	Standard afvigelse	Gennemsnit
Forventet omsorgsbetingede livskvalitet	604	-0,09	0,96	0,22	0,65
Nuværende omsorgsbetingede livskvalitet	650	0,17	1,00	0,15	0,83
Forbedring af den omsorgsbetingede livskvalitet	601	-0,09	0,92	0,18	0,18
Forbedringskapacitet	604	0,04	1,09	0,22	0,35

4.3 Hjemmehjælpsmodtagernes forskellige behov

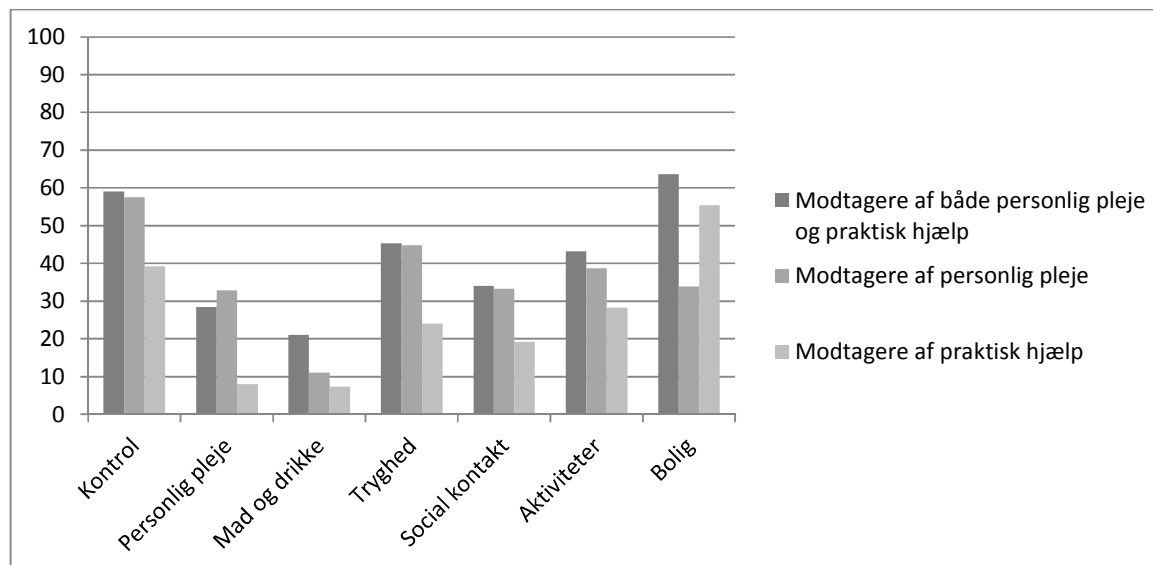
At hjemmehjælpsmodtagerne er en yderst heterogen gruppe ses ved den store forskel der er på hvor mange timers hjælp den enkelte er visiteret til, men også i forhold til hvilken hjælp der er tildelt. Om der er ydes personlig pleje, praktisk hjælp eller begge dele må antages at have en sammenhæng med den forventede omsorgsbetingede livskvalitet og dermed også, på hvilke domæner hjemmehjælpen forbedrer livssituationen.

I dette delafsnit opdeles hjemmehjælpsmodtagerne i de tre forskellige grupper, som kommunerne visiterer til, dvs. praktisk hjælp, personlig pleje og både personlig pleje og praktisk hjælp. Først laves dog en overordnet sammenligning af de tre modtagergrupper.

Sammenligning af de tre modtagertyper

I Figur 4.6 ses forbedringskapaciteten opdelt på de tre plejetyper. Som det ses har modtagere af både personlig pleje og praktisk hjælp på en lang række domæner nogenlunde den samme forbedringskapacitet som modtagere af udelukkende personlig pleje. Kun på mad og drikke og boligdomænet ses reelle forskelle i det modtagerne af begge plejetyper her har den største forbedringskapacitet. Da denne gruppe netop også både er visiteret til at modtage personlig pleje og praktisk hjælp må det også umiddelbart antages, at denne gruppe overordnet set har den største forbedringskapacitet blandt samtlige respondenter i undersøgelsen. Dette bekræftes i Figur 4.6. I modsætning hertil er modtagerne af udelukkende praktisk hjælp, som på samtlige domæner med undtagelse af boligdomænet, har den laveste forbedringskapacitet.

Figur 4.6 Sammenligning af forbedringskapacitet, forskellige modtagergrupper, 0-100



Forbedringen af den omsorgsbetingede livskvalitet blandt de tre modtagertyper på de enkelte domæner ses i Tabel 4.12. Modtagerne af både personlig pleje og praktisk hjælp ser overordnet set den største forbedring. Dog ser modtagerne af personlig pleje ud til at opnå en lidt større forbedring på den personlige pleje og trygheden, men til gengæld ser modtagerne af både personlig pleje og praktisk hjælp helt forventet den største forbedring på boligdomænet. Modtagerne af udelukkende praktisk hjælp ser en stor forbedring på boligdomænet og til dels også kontroldomænet, mens forbedringen på de resterende domæner er noget mindre for denne gruppe.

Tabel 4.12 Den gennemsnitlige forbedring (0-100) på de enkelte domæner opdelt i forhold til plejetype.

	Både personlig pleje og praktisk hjælp	Kun personlig pleje	Kun praktisk hjælp	Samlet for alle respondenter
Kontrol	31,5	30,8	17,0	23,5
Personlig pleje	19,2	24,9	1,4	10,2
Mad og drikke	10,6	7,3	1,1	4,8
Tryghed	24,3	27,0	5,2	14,2
Social kontakt	7,2	6,7	1,6	4,1
Aktiviteter	8,8	7,4	4,3	6,1
Bolig	39,3	17,8	31,9	32,1
Antal (n)	203-212	96-101	361-380	660-689

Note: Antallet (n) angiver et interval for samtlige domæner, da "ved ikke" er udeladt og antallet af valide besvarelser dermed varierer.

I Tabel 4.13 ses ASCOT-scoren for de enkelte domæner og her ses det, at der er meget små forskelle på gennemsnittet for den nuværende omsorgsbetingede livskvalitet i forhold til plejetypen. Dette indikerer, at hjemmehjælpsmodtagerne ”løftes” til det samme niveau uanset plejetypen.

Tabel 4.13 Samlet ASCOT-score opdelt på plejetype, (-0,17 til 1)

	Både personlig pleje og praktisk hjælp	Kun personlig pleje	Kun praktisk hjælp	Samlet for alle respondenter
Nuværende omsorgsbetingede livskvalitet	0,81	0,83	0,85*	0,83
Forventede omsorgsbetingede livskvalitet	0,53	0,60*	0,72*	0,65
Forbedring af den omsorgsbetingede livskvalitet	0,27	0,23	0,12*	0,18
Forbedringskapacitet ift. den omsorgsbetingede livskvalitet	0,47	0,40*	0,28*	0,35

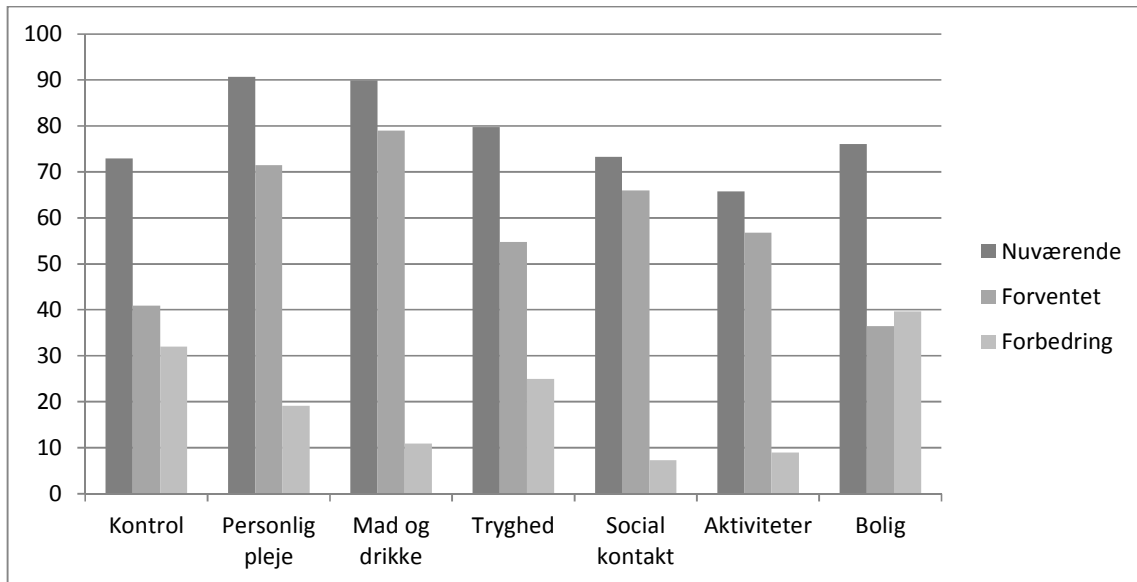
* $p < 0,05$ ift. referencen som er modtagere af både personlig pleje og praktisk hjælp

Forskellen ses i stedet i figuren i den forventede omsorgsbetingede livskvalitet og dermed også i forbedringen af denne samt forbedringskapaciteten, hvor modtagere af praktisk hjælp har den højest forventede omsorgsbetingede livskvalitet, men omvendt også oplever den mindste forbedring i omsorgsbetinget livskvalitet. Dvs. at deres udgangspunkt var det bedste blandt de tre plejetypegrupper, hvis de ikke modtog hjemmehjælp, hvilket er ganske forventet, da denne gruppe jo også modtager mindst hjælp, både i omfang og indhold. Man kan tolke det således, at deres behov derfor er mindst. Omvendt oplever de så heller ikke det samme livskvalitetsløft af at modtage hjemmehjælp, men deres behov dækkes på samme niveau som både gruppen af modtagere med kun personlig pleje og gruppen med både personlig pleje og praktisk hjælp.

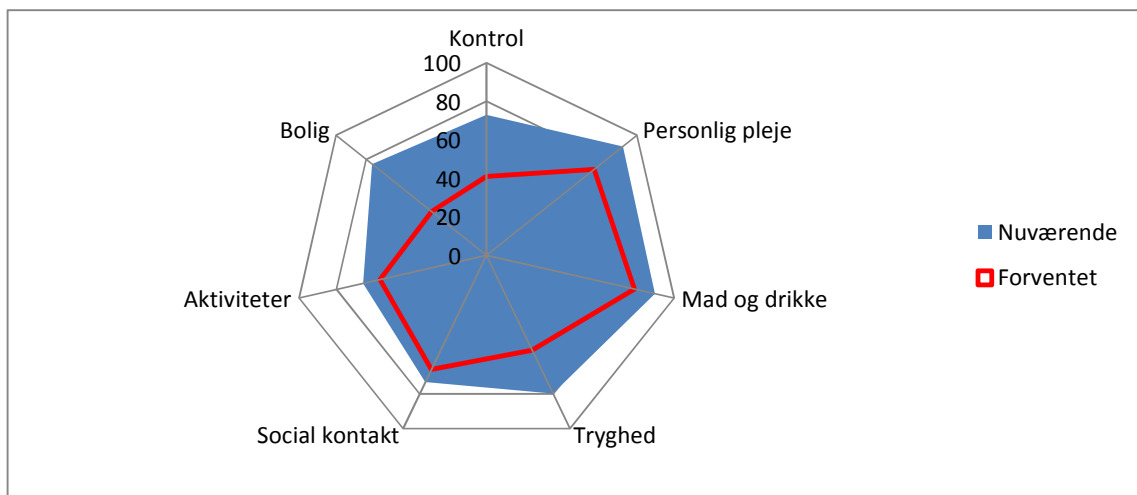
Modtagere af både personlig pleje og praktisk hjælp

Hos modtagerne af personlig pleje ses en rimelig spredt forbedring af den omsorgsbetingede livskvalitet på de enkelte domæner. Den største forbedring ses på boligdomænet efterfulgt af kontroldomænet, men også i forhold til personlig pleje og tryghed ses relativt store forbedringer når der sammenlignes med samtlige modtagere som i Figur 4.4. De store forbedringer skal selvfølgelig ses i sammenhæng med den større forbedringskapacitet og på samtlige domæner ligger modtagerne af både personlig pleje og praktisk hjælp også marginalt og ubetydeligt under samtlige hjemmehjælpsmodtagere i undersøgelsen ift. den nuværende livskvalitet.

Figur 4.7 Den nuværende, den forventede og forbedringen af den omsorgsbetingede livskvalitet opdelt på de enkelte domæner blandt modtagere af både personlig pleje og praktisk hjælp, 0-100.



Figur 4.8 Omsorgsbetinget livskvalitet, alle domæner, modtagere af både personlig pleje og praktisk hjælp, 0-100.



Den samlede og vægtede ASCOT-score for modtagerne af både personlig pleje og praktisk hjælp ligger derfor også meget tæt på den for samtlige respondenter, mens der til gengæld ses en lavere forventet omsorgsbetinget livskvalitet og en større forbedring af den omsorgsbetingede livskvalitet (Tabel 4.14).

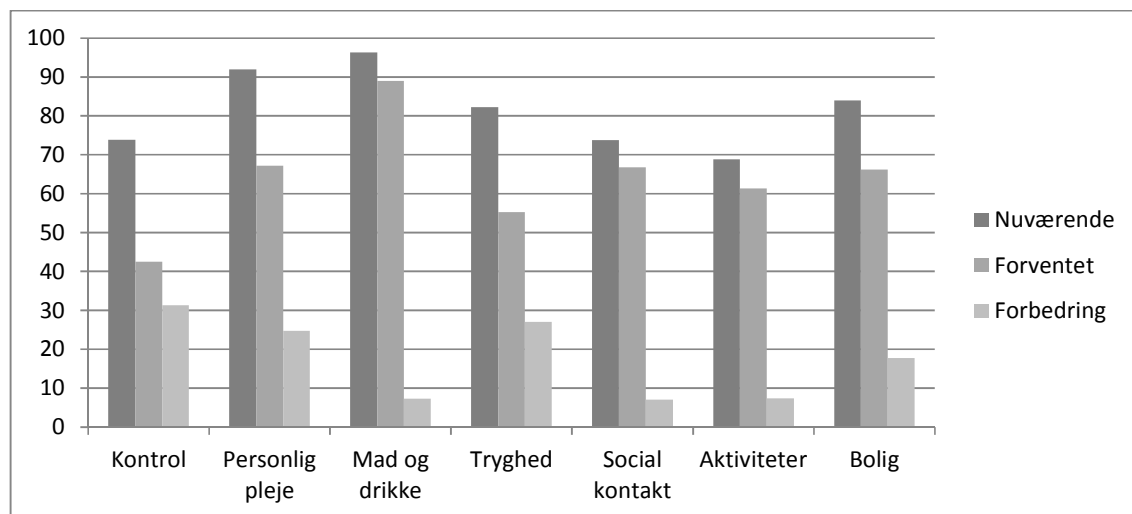
Tabel 4.14 Samlet ASCOT-score for modtagere af både personlig pleje og praktisk hjælp.

	N	Minimum	Maksimum	Standard afvigelse	Gennemsnit	Samlet for alle respondenter
Nuværende omsorgsbetingede livskvalitet	201	0,17	1,00	0,16	0,81	0,83
Forventet omsorgsbetingede livskvalitet	180	-0,09	0,96	0,24	0,53	0,65
Forbedring af den omsorgsbetingede livskvalitet	179	-0,07	0,88	0,21	0,27	0,18
Forbedringskapacitet	180	0,04	1,09	0,24	0,47	0,35

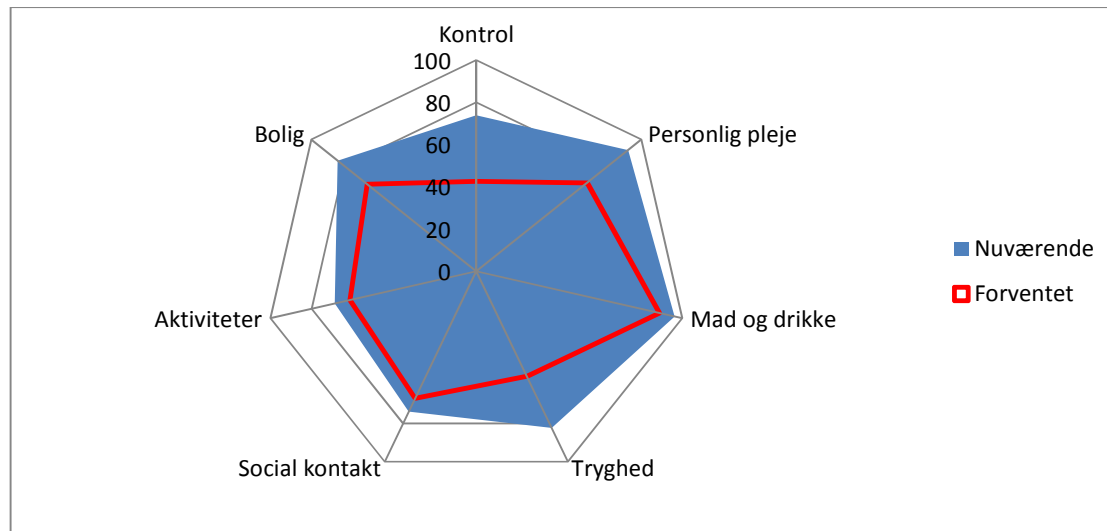
Modtagere af personlig pleje

Den omsorgsbetingede livskvalitet fordelt på de enkelte domæner blandt modtagerne af udelukkende personlig pleje ligner langt hen af vejen den for modtagerne af både personlig pleje og praktisk hjælp. Den største forskel er dog at finde på boligdomænet, som netop også adskiller de to grupper i forhold til den hjælp der ydes. Helt som ventet, ligger den forventede omsorgsbetingede livskvalitet på boligdomænet blandt modtagerne af udelukkende personlig pleje forholdsvis højt, men at der alligevel ses en forbedring på dette område må skyldes, at respondenterne vurderer, at den personlige pleje de modtager, bidrager til, at de selv er i stand til at forøge livskvaliteten på boligdomænet. Selvom der altså ikke ydes direkte hjælp til at holde boligen ren og komfortabel, er der en form for ”spill-over-effekt” fra den personlige pleje der gives, som alligevel bidrager på domænet (Figur 4.9 og Figur 4.10).

Figur 4.9 Den nuværende, den forventede og forbedringen af den omsorgsbetingede livskvalitet opdelt på de enkelte domæner blandt modtagere af personlig pleje, 0-100.



Figur 4.10 Omsorgsbetinget livskvalitet, alle domæner, modtagere af personlig pleje, 0-100.



Den samlede og vægtede ASCOT-score på nuværende omsorgsbetinget livskvalitet ligger igen helt på niveau med den samlede score for samtlige respondenter, men altså lidt lavere på den forventede omsorgsbetingede livskvalitet og dermed ses også en større forbedring heraf (Tabel 4.15).

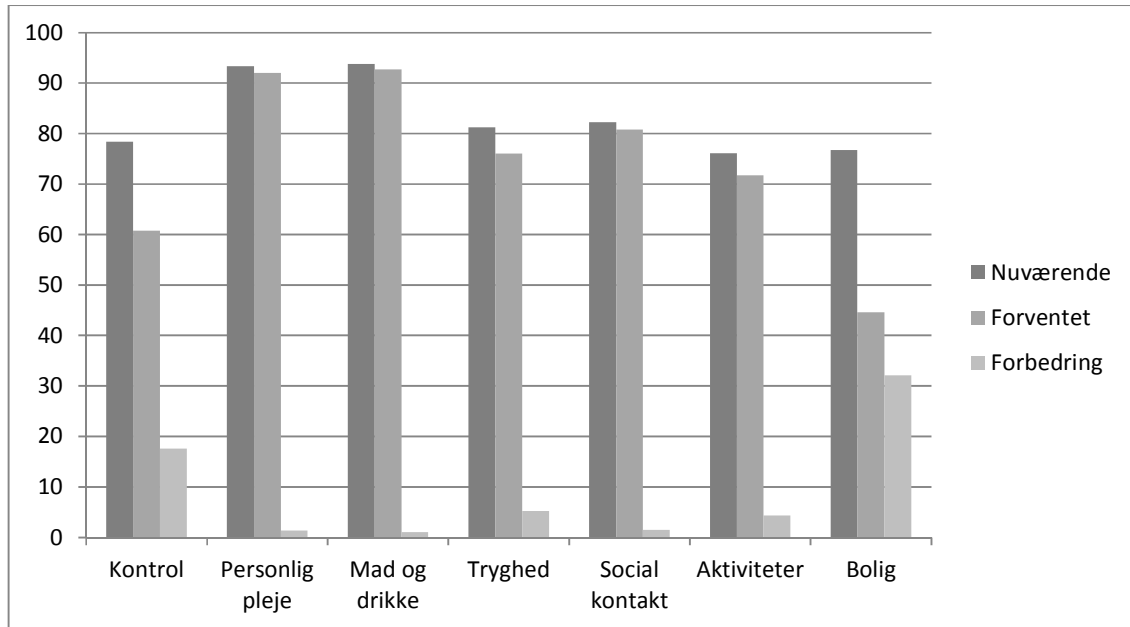
Tabel 4.15 Samlet ASCOT-score for modtagere af personlig pleje.

	N	Minimum	Maksimum	Standard afvigelse	Gennemsnit	Samlet for alle respondenter
Nuværende omsorgsbetingede livskvalitet	93	0,17	1,00	0,15	0,83	0,83
Forventede omsorgsbetingede livskvalitet	92	0,03	0,96	0,24	0,60	0,65
Forbedring af den omsorgsbetingede livskvalitet	92	-0,07	0,92	0,19	0,23	0,18
Forbedringskapacitet	92	0,04	0,97	0,24	0,40	0,35

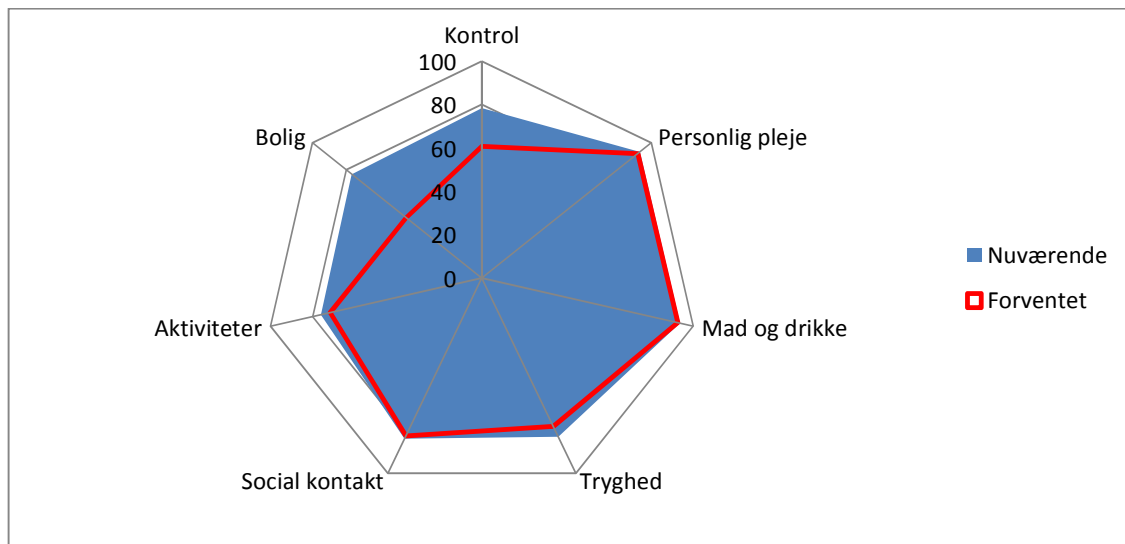
Modtagere af praktisk hjælp

Modtagerne af udelukkende praktisk hjælp adskiller sig imidlertid en del fra de to andre grupper. Ser vi på de enkelte domæner i Figur 4.11 og Figur 4.12 ses det, at det primært er på bolig og kontroldomænet at der sker en forbedring af den omsorgsbetingede livskvalitet. At det er boligdomænet hvor der sker den største forbedring, stemmer naturligvis fint overens med at det netop udelukkende er praktisk hjælp der gives. Forbedringen på kontroldomænet udtrykker, at den praktiske hjælp der gives, bidrager til, at respondenterne får en øget kontrol over deres dagligdag.

Figur 4.11 Den nuværende, den forventede og forbedringen af den omsorgsbetingede livskvalitet opdelt på de enkelte domæner blandt modtagere af praktisk hjælp, 0-100.



Figur 4.12 Omsorgsbetinget livskvalitet, alle domæner, modtagere af praktisk hjælp, 0-100.



Ligesom for modtagerne af både personlig pleje og praktisk hjælp og modtagerne af udelukkende personlig pleje, er der ikke nogen egentlig forskel på den nuværende omsorgsbetingede livskvalitet blandt alle respondenter og gruppen som udelukkende modtager praktisk hjælp. På den forventede omsorgsbetingede livskvalitet ses dog, at modtagerne af udelukkende praktisk hjælp overordnet set er den gruppe, som har den højeste

forventede omsorgsbetingede livskvalitet og dermed også den gruppe, som ser den mindste forbedring heraf ved at modtage hjemmehjælp (Tabel 4.16).

Tabel 4.16 Samlet ASCOT-score for modtagere af praktisk hjælp.

	N	Minimum	Maksimum	Standard afvigelse	Gennemsnit	Samlet for alle respondenter
Nuværende omsorgsbetingede livskvalitet	356	0,18	1,00	0,14	0,85	0,83
Forventede omsorgsbetingede livskvalitet	332	0,18	0,96	0,16	0,72	0,65
Forbedring af den omsorgsbetingede livskvalitet	330	-0,09	0,62	0,12	0,12	0,18
Forbedringskapacitet	332	0,04	0,82	0,16	0,28	0,35

5. Omsorgsbetinget livskvalitet: Gør hjælpen en forskel?

Vi antager, at en række forskellige faktorer har betydning for den omsorgsbetingede livskvalitet. Dette både i form af den nuværende- og den forventede omsorgsbetingede livskvalitet, og dermed også den forbedring af den omsorgsbetingede livskvalitet, som hjemmehjælpen bidrager med. Til en sådan analyse gør vi brug af en række multiple lineære regressionsanalyser, som giver os mulighed for at bestemme, hvilke faktorer der har betydning for de tre livskvalitetsmål og med hvilken forklaringskraft. I dette afsnit undersøges således nærmere hvilke faktorer der påvirker den omsorgsbetingede livskvalitet.

De faktorer eller variable, som er inddraget i regressionsanalyserne er de samme, som er gennemgået i de deskriptive analyser i afsnit 3. Det vil sige, at der inddrages variable som siger noget om hjemmehjælpsmodtagernes køn, alder, indkomst, hvorvidt de bor alene, køber tilkøbsydelse og modtager genoptræning, men også variable for velbefindende, hukommelse, helbred, funktionsevne og graden af fysisk samvær. Derudover er der også leverandørvariable, som udtrykker hvilken leverandørtype, der gøres brug af. Der er endvidere plejetypevariable, som udtrykker den type af hjælp, der er visiteret til. Og endeligt inddrages til sidst tre variable, som er hjemmehjælpsmodtagernes tilfredshed med omfanget og kvaliteten af hjemmehjælpen og relationen til hjemmehjælperne. En række af variablene, som blandt andet indkomst og antal minutters visiteret hjemmehjælp, stammer fra Danmarks Statistiks registre, mens de resterende er fra surveyen. En samlet liste over variablene kan ses i Tabel 5.1.

Flere af variablene må forventes at have et vist naturligt overlap, som eksempelvis indekset for velbefindende og EQ-5D indekset, som fortæller noget om hjemmehjælpsmodtagernes helbred. Der er dog løbende undersøgt, hvorvidt der er for stor korrelation imellem de uafhængige variable og dermed hvorvidt det statistisk giver mening at have dem i samme model. En yderligere beskrivelse af fremgangsmåden for regressionsanalyserne kan findes i Bilag 3.

Der præsenteres tre analyser for henholdsvis den nuværende livskvalitet, forbedringen af livskvaliteten og den forventede livskvalitet. Her angives de faktorer eller variable, som har vist sig at have en signifikant betydning. Som læsevejledning nævner vi at der i beskrivelsen af de signifikante faktorer i tabellerne er angivet både "B" og "Beta" værdier, hvoraf "Beta", kan direkte aflæses som en værdi for hvordan de enkelte faktorer forholder sig til hinanden i betydning. Det højeste tal (enten positivt eller negativt) angiver den største betydning.

Hvad bestemmer nuværende livskvalitet?

I Tabel 5.2 vises resultatet af den lineære regressionsanalyse med nuværende livskvalitet som den afhængige variabel. Her undersøges således for hvilke baggrundsfaktorer og faktorer tilknyttet hjemmehjælpen, der er afgørende for den ældres nuværende omsorgsbetingede livskvalitet, dvs. situationen med hjemmehjælp.

Den endelige analysemodel har en høj forklaringskraft ($R^2=0.414$), dvs. modellen synes at indfange en række væsentlige faktorer i forklaringen af, hvad der indvirker på de ældres nuværende livskvalitet.

Tabel 5.1⁹ Bruttoliste over variable til regressionsanalysen

Variabel	Kilde
Køn, mand=0 kvinde=1	Register
Alder	Register
Disponibel indkomst	Register
Indeks for velbefindende (høj=dårligt velbefindende)	Survey
Indeks for hukommelse (høj=problemer med hukommelsen)	Survey
EQ-5D indeks (høj=godt helbred)	Survey
Funktionsindeks (høj=god funktionsevne)	Survey
Indeks for fysisk samvær (høj=meget fysisk samvær)	Survey
Bor alene=1	Survey
Tilkøbsdeler=1	Survey
Genoptræning=1	Survey
Samlet antal timers hjemmepleje pr. uge	Register
<i>Leverandørvariable</i>	
Både privat og offentlig leverandør	Register
Privat leverandør	Register
Offentlig leverandør	Register
<i>Plejetypevariable</i>	
Modtager af personlig pleje	Register
Modtager af både personlig pleje og praktisk hjælp	Register
Modtager af praktisk hjælp	Register
<i>Udsagn om hjemmehjælpen</i>	
Utilfreds med omfanget=1	Survey
Utilfreds med kvaliteten=1	Survey
Vurdering af relation til hjemmehjælperene (høj=negativ relation)	Survey

Note: Variable som i Tabel 5.1 er angivet med "1" er dummyvariable, hvilket vil sige, at de i analysen kun kan antage to værdier, som eksempelvis kan være, hvorvidt respondenter bor alene eller ikke bor alene. De resterende variable er inkluderet som indeks, gående fra 0-100.

⁹ I regressionsanalyserne er hjemmehjælpsmodtagernes egen vurdering af helbredstilstanden på en skala fra 0-100 dog ikke inkluderet, da der er et forholdsvis stort antal, som har svaret "ved ikke" på dette spørgsmål, hvilket er problematisk i en regressionsanalyse. Derudover indfanger variabelen i høj grad det samme som EQ-5D indekset. Yderligere er indekset for samlet samvær ikke inkluderet, da der analyserne har vist en for stærk korrelation med indekset for fysisk samvær.

Tabel 5.2 Multipel lineær regressionsanalyse for hjemmehjælpsmodtagernes nuværende omsorgsbetingede livskvalitet

	B	Beta	
Regressionskonstant	72,095		
Indeks for velbefindende	-0,277	-0,392	***
EQ-5D indeks	0,136	0,205	***
Funktionsindeks	0,089	0,111	**
Indeks for fysisk samvær	0,069	0,101	**
<i>Udsagn om hjemmehjælpen</i>			
Utilfreds med omfanget=1	-4,420	-0,143	***
Utilfreds med kvaliteten=1	-3,163	-0,080	*
Vurdering af relation til hjemmehjælperene	-0,083	-0,102	**

N=559, adjusted R-square=0,414. Note: *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

Af tabellen fremgår det, at der er en række individuelle karakteristika, som har betydning for hjemmehjælpsmodtagernes nuværende omsorgsbetingede livskvalitet, herunder en række forventede faktorer relateret til den ældres fysiske og psykiske helbredstilstand, samt funktionsevne.

Det er først og fremmest velbefindende, som er afgørende for den nuværende omsorgsbetingede livskvalitet, og som viser sig at have stor selvstændig betydning. Herudover er der sammenhæng mellem nuværende omsorgsbetinget livskvalitet og det at have et godt helbred og en god funktionsevne. Har man et godt fysisk og psykisk helbred, har man således en højere nuværende omsorgsbetinget livskvalitet. Ligeledes betyder det noget for den ældres nuværende omsorgsbetingede livskvalitet, om vedkommende har en stor fysisk kontaktflade, forstået som at den ældre mødes med familie og venner hyppigt. Sociale kontakter synes således at være af betydning for de ældres nuværende omsorgsbetingede livskvalitet.

Samtlige tre udsagn om hjemmehjælpen viser sig at være signifikante, når de tilføjes modellen. Her ses det, at utilfredshed med kvaliteten og især med omfanget, har en sammenhæng med en lavere nuværende livskvalitet. Yderligere er der en sammenhæng mellem lavere nuværende omsorgsbetinget livskvalitet og en negativ vurdering af relationen til hjemmehjælperne. For samtlige af disse tre variable kan det selvfølgelig diskuteres, om det er den lavere omsorgsbetingede livskvalitet, der giver udslag i de negative udsagn eller omvendt. Vi kan blot konstatere, at sammenhængen er til stede.

Til sammenligning viste undersøgelsen af omsorgsbetinget livskvalitet blandt plejeboligbeboere, at der også her var sammenhæng mellem livskvalitet og sociale kontakter, helbred og velbefindende, men ikke funktionsevne¹⁰ (Rostgaard, Brüner og Fridberg, 2012). Køn og alder viser sig derimod ikke at have betydning for den nuværende omsorgsbetingede livskvalitet, og er derfor ikke inkluderet i den endelige model.

Plejetype ender med heller ikke at være signifikant, og synes derfor ikke at have betydning, hvilket også stemmer overens med den deskriptive gennemgang, hvor det nuværende niveau af omsorgsbetinget livskvalitet ikke varierede i forhold til plejetype. Her

¹⁰ Funktionsevneindekset var dog opgjort på en lidt anden måde i plejeboligstudiet. Inkluderede dér også spørgsmål om inkontinens.

såvi, at uanset plejetype, var niveauet af omsorgsbetinget livskvalitet dermed løftet på nogenlunde samme niveau. Herudaf kan udledes, at hjemmehjælpen formår at løfte den gennemsnitlige livskvalitet for hver af de tre plejetyper til samme niveau, selv om udgangspunktet, den gennemsnitlige forventede livskvalitet, var forskelligt for de tre plejetyper.

Hvad bestemmer forbedringen af livskvalitet?

Tabel 5.3 viser resultatet af den lineære regressionsanalyse og de faktorer, der kan forklare nogle af forskellene i det beregnede udtryk for forbedringen i de ældres omsorgsbetingede livskvalitet ved at modtage hjemmehjælp. Igen finder vi, at den endelige analyse har en relativt høj forklaringskraft ($R^2=0,291$)

Tabel 5.3 Multipel lineær regressionsanalyse for hjemmehjælpsmodtagernes forbedring af den omsorgsbetingede livskvalitet

	B	Beta	
Regressionskonstant	44,918		
Indeks for hukommelse	0,093	0,033	**
Funktionsindeks	-0,238	-0,248	***
Samlet antal timers hjemmepleje pr. uge	0,537	0,104	*
<i>Plejetypevariable</i>			
Modtager af personlig pleje=1	-6,676	-0,135	**
Modtager af praktisk hjælp=1	-7,650	-0,214	***
Modtager af både personlig pleje og praktisk hjælp (reference)			
<i>Udsagn om hjemmehjælpen</i>			
Utilfreds med kvaliteten=1	-9,134	-0,189	***
Vurdering af relation til hjemmehjælperene	-0,146	-0,147	***

N=555, adjusted R-square=0,291 Note: * $p<0,05$, ** $p<0,01$, *** $p<0,001$

Forbedringen i omsorgsbetinget livskvalitet af at modtage hjemmehjælp handler først og fremmest om funktionsevne. Ældre med lavest funktionsevne er - ganske forventeligt - således dem, der i særlig grad har glæde af at modtage hjemmehjælp. Der er klar statistisk signifikant sammenhæng med funktionsevne: jo dårligere funktionsevne, jo større er forbedringen i den omsorgsbetingede livskvalitet, når man modtager hjemmehjælp. Herudover viser effekten af hukommelse sig også at være statistisk signifikant - om end væsentligt mindre end funktionsevne - på forbedringen i livskvalitet. Her ser vi, at respondenter med dårligere hukommelse ser en større forbedring i livskvaliteten, hvilket indikerer at hjemmehjælpen især formår at hjælpe denne gruppe.

Samme individuelle faktorer viste sig at have betydning i plejeboligundersøgelsen, hvor både funktionsevne og hukommelse var de eneste signifikante faktorer ift. forbedring af omsorgsbetinget livskvalitet (Rostgaard, Brünner, og Fridberg, 2012).

Alder og køn viser sig således igen ikke at have selvstændig betydning for forbedringen af den omsorgsbetingede livskvalitet.

Til gengæld ser vi, at en række faktorer relateret til hjemmehjælpsydelsen er signifikante. Det drejer sig dels om, om mængden af hjælp der er visiteret til, hvilken type hjemmehjælp man modtager, og dels om man er tilfreds med kvalitet og omfang af ydelsen, samt relationen til hjemmehjælperen. Det ses, at modtagere af både personlig pleje og praktisk hjælp oplever den største forbedring. I modsætning hertil ses det, at modtagere af udelukkende praktisk hjælp oplever den mindste forbedring. Dette stemmer i høj grad overens med de resultater vi så for de tre plejetyper i afsnit 4.

I forhold til sammenhængen mellem forbedringen af den omsorgsbetingede livskvalitet og utilfredshed med kvaliteten af hjemmehjælpen og vurderingen af relationen til hjemmehjælperne, så kan det igen diskuteres, om det er den lavere omsorgsbetingede livskvalitet, der giver udslag i de negative udsagn eller omvendt. Vi kan blot konstatere, at sammenhængen ikke umiddelbart er til stede.

Hvad bestemmer forventet livskvalitet?

Det er tilsvarende undersøgt, om der er sammenhænge mellem individuelle faktorer og den forventede omsorgsbetingede livskvalitet, dvs. den hypotetiske situation, hvor man ikke modtager hjemmehjælp. Dette niveau af omsorgsbetinget livskvalitet skulle således indfange den ældres udgangspunkt i behov, og den lineære regressionsanalyse skal dermed vise, hvad der kan forklare forskelle i de ældres behovssituation, hvis hjemmehjælpen ikke kompenserer for behov. Her ses også en relativ høj forklaringskraft for modellen ($R^2=0.369$)

Det skal bemærkes, at da der er tale om situationen uden hjemmehjælp, er der i denne model ikke anvendt variable, som har med hjemmehjælpen at gøre. Det vil sige hvor meget hjemmehjælp, der er visiteret til, leverandørvariablene, plejetypevariablene og udsagnene om hjemmehjælp er udeladt.

Tabel 5.4 Multipel lineær regressionsanalyse for hjemmehjælpsmodtagernes forventede omsorgsbetingede livskvalitet

	B	Beta	
Regressionskonstant	16,253		
Indeks for velbefindende	-0,225	-0,218	***
Indeks for hukommelse	-0,114	-0,102	**
EQ-5D indeks	0,212	0,213	***
Funktionsindeks	0,418	0,364	***
Indeks for fysisk samvær	0,075	0,074	*

N=514, adjusted R-square =0,369 Note: *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

I Tabel 5.4 ses, at det især - og ikke overraskende - er funktionsevne, der er afgørende for den ældres forventede omsorgsbetingede livskvalitet, dvs. jo lavere funktionsevne, jo dårligere omsorgsbetinget livskvalitet uden hjemmehjælp. Herudover har en række faktorer relateret til psykisk og fysisk helbred betydning, det drejer sig om velbefindende, helbred og hukommelse. Fysisk samvær, dvs. hvor ofte man mødes med familie og venner, har også betydning, om end i mindre grad.

At det er disse fem faktorer eller variable, som har betydning for den forventede omsorgsbetingede livskvalitet, er ganske naturligt, da det netop også er disse fem variable,

som sammenlagt har haft betydning for den nuværende omsorgsbetingede livskvalitet og forbedringen af den omsorgsbetingede livskvalitet.

Sammenhængen imellem omfanget af hjemmehjælp og forbedringen af den omsorgsbetingede livskvalitet

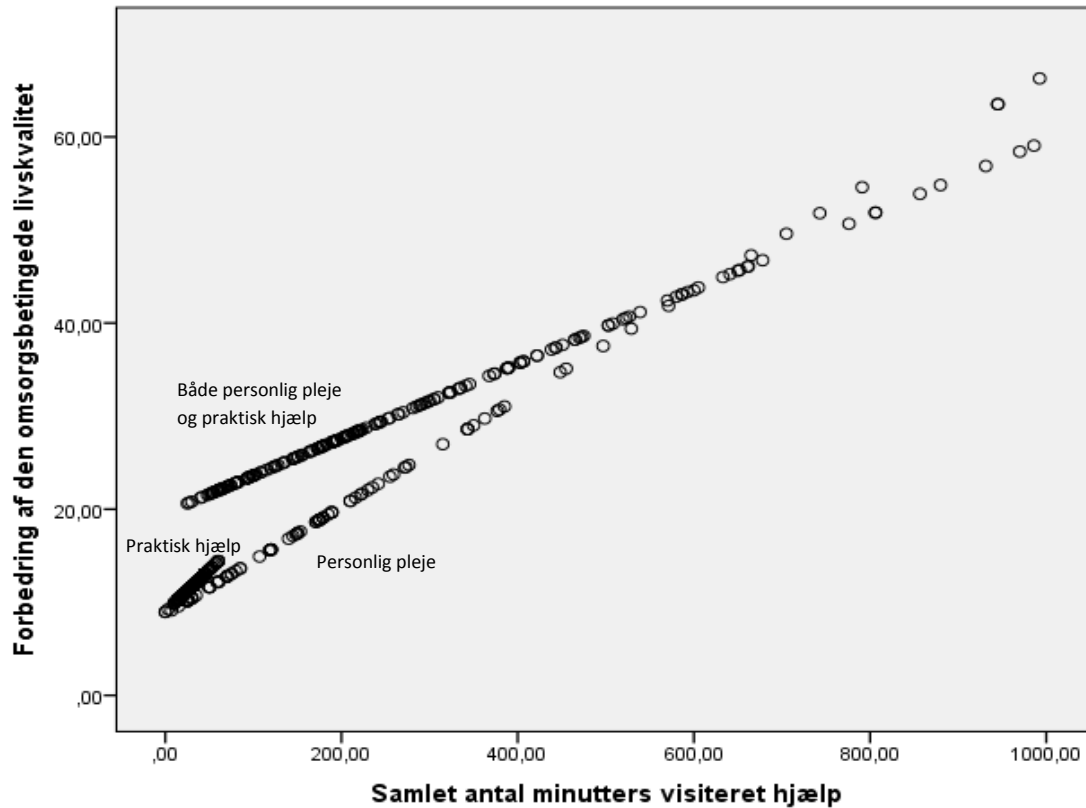
Ved at tage udgangspunkt i regressionsmodellen for forbedringen af den omsorgsbetingede livskvalitet og hertil tilføje interaktionsled imellem plejetyper og antal minutters visiteret hjemmehjælp, er det muligt at konstruere en model, som visuelt kan vise sammenhængen mellem hvor mange minutters hjemmehjælp der er visiteret til og hvor stor en forbedring af den omsorgsbetingede livskvalitet der opnås opdelt på de tre plejetyper. Det er selvfølgelig vigtigt at pointere, at en sådan graf (i lighed med regressionsmodellen) ikke kan bruges til deterministisk at sige, at x antal minutters hjemmehjælp giver y enheders forbedring af den omsorgsbetingede livskvalitet. Formålet med grafen er i stedet at illustrere, hvordan der er et forskelligt forhold mellem hvor mange minutters hjemmehjælp der gives opdelt på de tre plejetyper.

I Figur 5.1 ses en række cirkler, som til sammen repræsenterer tre forskellige linjer. De tre linjer er konstrueret ud fra det antal minutter, som hjemmehjælpsmodtagerne i surveyen er visiteret til. Linjerne er ikke optrukket, men i stedet er blot de egentlige værdier bevaret, da det ikke vil give mening, at vise livskvalitetsforbedringen for modtagere af eksempelvis 800 minutters praktisk hjælp om ugen.

Modtagerne af udelukkende praktisk hjælp, er således den gruppe som ligger med den stejle, men korte linje i intervallet mellem ca. 0 og 50 minutter hjemmehjælp. Af de to lange og tilbageværende linjer, er modtagerne af udelukkende personlig pleje at se i form af linjen, som har det laveste udgangspunkt på y-aksen, men samtidigt slutter højest. Den sidste og fladeste linje af de tre, repræsenterer modtagerne af både personlig pleje og praktisk hjælp.

Linjernes hældning og længde fortæller noget om, hvordan sammenhængen mellem antallet af minutters visiteret hjemmehjælp og livskvalitetsforbedringen er for de tre plejetyper. At linjen for modtagerne af udelukkende praktisk hjælp er så kort er, som nævnt ovenfor, at ingen modtagere af udelukkende praktisk hjælp modtager tilnærmelsesvis så meget hjemmehjælp, som når der også gives personlig pleje. Til gengæld viser hældningen på denne linje, at det er den plejetype, som ser den største ændring i forbedringen af livskvaliteten ved at ændre visiteringen i forhold til antallet af minutters hjemmehjælp.

Figur 5.1 Den prædikterede sammenhæng mellem antal minutters visiteret hjemmehjælp og forbedringen af den omsorgsbetingede livskvalitet



Konklusion

Overordnet set viser resultaterne af regressionsanalyserne en række sammenhænge, som falder i god tråd med de deskriptive forskelle som tidligere er vist. Der er en ganske naturlig sammenhæng mellem den nuværende omsorgsbetingede livskvalitet og den enkelte hjemmehjælpsmodtagers funktionsevne, helbred og mængden af fysisk samvær. Jo bedre den ældre har det ift. disse faktorer, jo højere nuværende omsorgsbetinget livskvalitet.

Faktorer af betydning for hjemmehjælpens forbedring af den omsorgsbetingede livskvalitet er den enkeltes funktionsevne og til dels hukommelse, men i høj grad også faktorer direkte relateret til hjælpen i form af typen af hjælp og mængden af hjælp der gives. Jo bedre funktionsevne og hukommelse og jo flere minutters hjemmehjælp, jo højere forbedring af den omsorgsbetingede livskvalitet.

Der er desuden i forhold til både den nuværende omsorgsbetingede livskvalitet og hjemmehjælpens forbedring heraf fundet en sammenhæng mellem faktorer som tilfredshed med kvaliteten af hjælpen, tilfredshed med omfanget af hjælpen og relationen til hjemmehjælperen. Dvs. både hvad angår den nuværende omsorgsbetingede livskvalitet, samt forbedringen i omsorgsbetinget livskvalitet er der en sammenhæng med om man er tilfreds med hjemmehjælpens omfang og kvalitet, samt med relationen til hjemmehjælperen. I forhold til disse faktorer, er det dog værd at bemærke, at denne undersøgelse ikke giver mulighed for at fastslå, om det er den omsorgsbetingede livskvalitet der giver sig til udslag i disse faktorer, eller om disse faktorer i sig selv har en indflydelse herpå.

Der er ikke i nogen af analyserne fundet en statistisk sammenhæng mellem hverken køn, alder og indkomst og den omsorgsbetingede livskvalitet.

Litteratur

Caiels, J., Forder, J. , Malley, J., Netten, A. og Windle, K. (2010) Measuring the outcomes for low-level services: Final report 'Measuring Outcomes for Public Service Users' Project, PSSRU Discussion Paper 2699.

Collin C, Wade DT, Davies S, Horne V. (1988) The Barthel Index. A reliability study. *International Disability Studies*. Vol. 10. no. 61.

Danmarks statistik (2012) Modtagere af varig hjemmehjælp, Statistikbanken, <http://www.statistikbanken.dk/AED06>.

Forder, J., A.-M. Towers, J. Caiels, J. Beadle-Brown & A. Netten (2008) Measuring Outcomes in Social Care: Second Interim Report Quality Measurement Framework Project. PSSRU Discussion Paper 2542: London LSE.

Netten, A., Burge, P., Malley, J., Potoglou, D., Towers, A., Brazier, J., Flynn, T., Forder, J. og Wall, B. (under publicering) Outcomes of Social Care for Adults: Developing a Preference Weighted Measure. HTA project number 06/96/01. London: NIHR Health Technology Assessment Programme.

NHS (2011) Personal Social Services Adult Social Care Survey, England 2010-11(Final Release). London: The NHS Information Centre.

Rostgaard, T., R.N. Brünner and Torben Fridberg (2012) Omsorg og livskvalitet i plejeboligen, SFI-rapport 12:3. København: SFI

Sinoff G, Ore L. (1997) The Barthel activities of daily living index: self-reporting versus actual performance in the old-old (> or = 75 years), *Journal of American Geriatric Society*, 45, s. 832–836.