

Ældres livskvalitet og ressourcer



Ældres livskvalitet og ressourcer

© VIVE og forfatterne, 2024

e-ISBN: 978-87-7582-308-6

Projekt: 302514

Finansiering: Social-, Bolig- og Ældreministeriets årlige trækingsret på analyse- og forskningsopgaver fra VIVE

VIVE

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11

1052 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.



VIVE støtter FN's verdensmål og angiver her, hvilket eller hvilke verdensmål der knytter sig til publikationen.



Forord

Det stigende antal af ældre, i kombination med vanskeligheder med at rekruttere og fastholde medarbejdere inden for ældreplejen, har medført et stigende pres på de danske kommuner i forhold til at levere pleje og omsorg til ældre med behov for hjælp.

Denne rapport undersøger ændringer i sandsynligheden for at modtage hjemmehjælp samt ændringer i den omsorgsrelaterede livskvalitet blandt hjemmehjælpsmodtagere i perioden 2012-2022. Vi undersøger i den forbindelse særskilt, om og hvordan ældres sociale, økonomiske og funktionsevnerelaterede ressourcer spiller en rolle for hhv. at modtage hjemmehjælp og omsorgsrelateret livskvalitet.

Rapporten er udarbejdet af senioranalytiker Mads Lybech Christensen, forsker Heidi Hesselberg Lauritzen og seniorforsker Anna Amilon, der også har været projektleder.

En ekstern og en intern reviewer takkes for gode og konstruktive kommentarer.

Rapporten er finansieret af Social-, Bolig- og Ældreministeriets årlige trækingsret på analyse- og forskningsopgaver fra VIVE.

Lisbeth Pedersen

Forsknings- og analysechef for VIVE Arbejde og ældre



Indholdsfortegnelse

Hovedresultater	5
Afrapportering	12
1 Indledning	13
1.1 Baggrund og formål	13
1.2 Data og metode	15
1.3 Læsevejledning	16
2 Ressourcer og hjemmehjælp	18
2.1 Udviklingen i hjemmehjælp over tid	18
2.2 Baggrundskarakteristika	21
2.3 Ressourcer	25
2.4 Sammenhæng mellem ressourcer og hjemmehjælp	28
3 Omsorgsrelateret livskvalitet	43
3.1 ASCOT – et mål for omsorgsrelateret livskvalitet	44
3.2 Omsorgsrelateret livskvalitet i alt	45
3.3 Omsorgsrelateret livskvalitet per domæne	47
4 Ressourcer og omsorgsrelateret livskvalitet	49
4.1 Sociale ressourcer og omsorgsrelateret livskvalitet	49
4.2 Økonomiske ressourcer og omsorgsrelateret livskvalitet	54
4.3 Funktionsevnerelaterede ressourcer og omsorgsrelateret livskvalitet	57
5 Konklusion	60
Dokumentation	61
6 Metode	62
7 Data	64
Litteratur	66
Bilag 1 Livskvalitet – ASCOT-metoden	69
Præferencevægte	72
Bilag 2 Operationalisering af ressourcer	74

Hovedresultater

Befolkningsudviklingen i de seneste årtier har medført et tiltagende pres på de danske kommuner i forhold til at levere den ældrepleje, som det stigende antal af ældre har behov for. Denne udfordring forstærkes yderligere af vanskeligheder med at rekruttere og fastholde medarbejdere inden for ældreplejen.

I lyset af denne udvikling er det muligt, at de ældres ressourcer har fået stigende betydning, dels for sandsynligheden for at modtage hjemmehjælp, dels for livskvaliteten blandt dem, der modtager hjemmehjælp. Med ressourcer mener vi:

- Sociale ressourcer (at have børn, være samboende eller at have kontakt til venner på mindst månedlig basis)
- Økonomiske ressourcer (at have en god økonomi eller at bo i ejerbolig)
- Funktionsevnerelaterede ressourcer (at have ingen/få fysiske funktionsnedsættelser).

Det er muligt, at ressourcer – i et omfang – kan træde i stedet for hjemmehjælpen. Ældre med økonomiske ressourcer kan tilkøbe supplerende ydelser, og sociale ressourcer (samlever, børn eller venner) kan bidrage med såvel social støtte som praktisk hjælp. Hvis ressourcerne træder i stedet for hjemmeplejen, er det forventeligt, at vi vil se en negativ sammenhæng mellem ressourcer og sandsynligheden for at modtage hjemmehjælp.

Omvendt kan det også tænkes, at ressourcestærke ældre i højere grad kan "begå sig" i det kommunale system eller har pårørende, der kan, og dermed i højere grad kan stille krav til hjemmeplejen. Hvis dette er tilfældet, er det forventeligt, at ressourcestærke ældre vil have en højere sandsynlighed for at modtage hjemmehjælp.

Parallelt er det muligt, at ressourcer har en positiv betydning for hjemmehjælpsmodtageres omsorgsrelaterede livskvalitet. Ressourcestærke ældre kan få støtte og omsorg fra deres netværk eller kan købe sig til mere eller bedre pleje og omsorg. Og ældre med få funktionsnedsættelser har større muligheder for at tilrettelægge deres tilværelse, som de ønsker.

Med dette afsæt undersøger vi i denne rapport betydningen af ressourcer for sandsynligheden for at modtage hjemmehjælp samt for hjemmehjælpsmodtageres omsorgsrelaterede livskvalitet. Vi ser i den forbindelse på, om eventuelle sammenhænge har ændret sig i perioden fra 2012 til 2022. Vi bruger data

fra de seneste tre bølger af Ældredatabasen (gennemført i 2012, 2017 og 2022) og fokuserer på ældre i aldersgruppen 67-92 år (2012) hhv. 67-97 år (2017 og 2022). I analyserne tager vi højde for de ældres køn, alder, uddannelsesniveau og funktionsnedsættelser.¹ Det vil sige, at ændringer i sandsynligheden for at modtage hjemmehjælp, samt i den omsorgsrelaterede livskvalitet, ikke skyldes ændringer i disse faktorer.²

Vi måler omsorgsrelateret livskvalitet med ASCOT (Adult Social Care Outcomes Toolkit). ASCOT fokuserer på aspekter af livskvalitet, som knytter sig til den pleje og omsorg, som den enkelte ældre modtager fra ældreplejen (samt andre hjælpe-kilder). Konkret afdækker ASCOT livskvalitet både samlet og særskilt inden for otte domæner: 'kontrol over dagliglivet', 'personlig pleje og velbefindende', 'mad og drikke', 'tryghed', 'social kontakt', 'aktiviteter', 'boligen' og 'værdighed' (jf. Bilag 1). Den samlede ASCOT-score har teoretisk værdier i intervallet -0,17 til 1.³ Tidligere undersøgelser har vist, at det at modtage hjemmehjælp bidrager positivt til ældres omsorgsrelaterede livskvalitet målt ved ASCOT (Rostgaard et al., 2018).

En faldende andel ældre modtager hjemmehjælp

Vores undersøgelse viser, at der fra 2012 til 2022 er sket et signifikant fald i andelen af ældre, der modtager hjemmehjælp. Faldet skyldes, at der over tid er en mindre andel af ældre, der modtager enten udelukkende personlig pleje eller en kombination af både personlig pleje og praktisk hjælp.⁴ Der ses ingen signifikant ændring over tid i forhold til andelen af ældre, der modtager udelukkende praktisk hjælp.

Ældre, der modtager praktisk hjælp, er blevet svagere over tid

Hjemmehjælpsmodtagerne er generelt ældre, er oftere kvinder og har oftere en kortere uddannelse end ældre, der ikke modtager hjemmehjælp. Derudover har hjemmehjælpsmodtagerne dårligere selvvurderet helbred og en væsentlig lavere fysisk funktionsevne end ældre, der ikke modtager hjemmehjælp.

Over tid er der sket en signifikant forværring i helbredssituationen blandt ældre, der modtager praktisk hjælp. Derudover stiger det gennemsnitlige antal af

¹ Vi betragter det at have få eller ingen nedsættelser i funktionsevnen som en ressource, men anvender desuden funktionsevne som en kontrolvariabel i analyserne af hhv. de økonomiske og sociale ressourcer. Vi har valgt denne fremgangsmåde, fordi ældres funktionsevne er afgørende for såvel til- delingen af hjemmehjælp (jf. serviceloven § 83) som for ældres livskvalitet.

² Vi kan dog ikke udelukke, at ændringer i andre faktorer, fx i ældres forventninger til ældreplejen, deres præferencer eller graden af støtte fra det sociale netværk, kan have betydning for resultaterne.

³ Værdien -0,17 antages teoretisk at svare til en så dårlig livskvalitet, at man antages at være bedre stillet, hvis man er død, og 1 angiver ingen uopfyldte behov (Rostgaard et al., 2020).

⁴ Det er relativt få ældre, der udelukkende modtager personlig pleje. Derfor slår vi ældre, der modtager udelukkende personlig pleje eller både personlig pleje og praktisk hjælp, sammen og omtaler gruppen som modtagere af personlig pleje.

fysiske funktionsnedsættelser i gruppen. Vi ser en parallel udvikling, med relativt set færre med godt helbred og flere med fysiske funktionsnedsættelser, blandt gruppen af ældre, der ikke modtager hjemmehjælp. Vi ser ingen signifikante ændringer i det selvrapporterede helbred eller antallet af funktionsnedsættelser i gruppen, der modtager personlig pleje.

Hjemmehjælpsmodtagere har færre sociale og økonomiske ressourcer

Ser vi på ældres ressourcer, viser vores analyser, at ældre, der modtager hjemmehjælp, både har svagere sociale og økonomiske ressourcer end ældre, der ikke modtager hjemmehjælp. Hjemmehjælpsmodtagere bor oftere alene og har mindre kontakt med deres venner sammenlignet med ældre, der ikke modtager hjemmehjælp. Ældre med og uden hjemmehjælp har i samme omfang børn. Det er ca. 9 ud af 10 ældre, der har børn, og andelen er tilnærmelsesvis den samme i 2022 som i 2012.

Ældre, der modtager praktisk hjælp, oplever i mindre grad end ældre, der ikke modtager hjemmehjælp, at de har en god økonomi, og hjemmehjælpsmodtagere bor generelt sjældnere i ejerbolig end ældre, der ikke modtager hjemmehjælp.

Ældre med sociale og økonomiske ressourcer har lavere sandsynlighed for at modtage hjemmehjælp

Vi undersøger endvidere sammenhængen mellem sociale og økonomiske ressourcer og sandsynligheden for at modtage hhv. praktisk hjælp og personlig pleje, mens vi kontrollerer for en række baggrundskarakteristika.

Ældre, der bor sammen med nogen – hvilket som oftest er en ægtefælle/samlever – har en signifikant lavere sandsynlighed for at modtage hhv. praktisk hjælp og personlig pleje sammenlignet med ældre, der bor alene. Det hænger formentlig sammen med gængs visitationspraksis, hvor praktisk hjælp visiteres med udgangspunkt i hjemmets samlede ressourcer, dvs. om der er en ægtefælle/samlever, der vil kunne varetage de praktiske gøremål.

I forhold til de økonomiske ressourcer ser vi, at ældre, der bor i ejerbolig, har lavere sandsynlighed for at modtage praktisk hjælp sammenlignet med ældre, der ikke bor i ejerbolig. Denne sammenhæng har været konstant over hele perioden. Mens boligtype havde samme betydning i forhold til personlig pleje i både 2012 og 2017, har det i 2022 ingen betydning for sandsynligheden for at modtage personlig pleje, om den ældre bor i ejerbolig eller ej.

Ældres fysiske funktionsevne har størst betydning for sandsynligheden for at få hjælp

Ældre, der har væsentlige funktionsnedsættelser, har – ikke overraskende – en statistisk signifikant højere sandsynlighed for at modtage hjemmehjælp end ældre med ingen/få funktionsnedsættelser. Denne sammenhæng gør sig gældende over hele perioden. Dog peger vores resultater på, at betydningen af funktionsevne for at modtage personlig pleje aftager over tid. Ældre med væsentlige funktionsnedsættelser har dermed en markant mindre sandsynlighed for at modtage personlig pleje i 2022 end i 2012, også efter at vi har taget højde for baggrundskarakteristika som alder, køn og uddannelsesniveau.

Vi finder således, at sandsynligheden for at modtage personlig pleje falder. Parallelt finder vi, at andelen af ældre med mange funktionsnedsættelser, der enten ikke får hjælp eller kun bliver visiteret til praktisk hjælp, stiger. I overensstemmelse med tidligere studier (se fx (Foged & Houlberg, 2023; Rostgaard & Matthiessen, 2019; Rostgaard et al., 2020) vores resultater på, at der er sket en målretning af hjemmehjælpen mod de svageste ældre med væsentlige funktionsnedsættelser.

Høj – men faldende – livskvalitet blandt hjemmehjælpsmodtagerne

Vores undersøgelse viser, at hjemmehjælpsmodtagere generelt har en høj omsorgsrelateret livskvalitet. I hele perioden ligger den samlede ASCOT-score over 0,8 (på skalaen fra -0,17 til 1). Vi ser dog, at hjemmehjælpsmodtagernes omsorgsrelaterede livskvalitet falder fra 2012 og frem til 2022 – både når det gælder den samlede livskvalitet og inden for 7 ud af de 8 domæner. Kun for domænet 'værdighed' ser vi ingen signifikant udvikling.

Den omsorgsrelaterede livskvalitet er i 2022 lavest inden for domænerne 'social kontakt', 'kontrol over dagliglivet' og 'aktiviteter'. Dette var også tilfældet i 2012. Livskvaliteten er faldet mest inden for domænerne 'social kontakt' og 'kontrol over dagliglivet'. Disse domæner repræsenterer komplekse behovsfunktioner, som det kan være vanskeligt for hjemmeplejen at påvirke direkte. Men vi ser også markante fald i livskvaliteten inden for domæner, som kan knyttes til hjemmehjælpens kerneopgaver, som fx 'personlig pleje' og 'boligen'.

Ressourcer har betydning for livskvaliteten

Vi finder, at sociale, økonomiske og funktionsevnerelaterede ressourcer har betydning for livskvaliteten. At have få fysiske funktionsnedsættelser, at være sammen med venner på mindst månedlig basis samt at have god økonomi hænger sammen med en højere omsorgsrelateret livskvalitet blandt hjemmehjælpsmodtagere i perioden 2012-2022. Især det at have få funktionsnedsættelser har positiv betydning for livskvaliteten. Dette resultat indikerer, at et

fortsat fokus på forebyggelse og rehabilitering kan bidrage til forbedret omsorgsrelateret livskvalitet blandt hjemmehjælpsmodtagere.

Vores undersøgelse viser, at faldet i omsorgsrelateret livskvalitet fra 2012-2022 både sker blandt hjemmehjælpsmodtagere med *og* uden disse ressourcer. Vi finder dermed intet belæg for, at betydningen af ressourcer for omsorgsrelateret livskvalitet har ændret sig over tid.

Konklusion og perspektivering

I lighed med andre undersøgelser finder vi, at sandsynligheden for at modtage hjemmehjælp er faldet i løbet af de seneste 10 år. Vores resultater viser, at faldet i perioden 2012-2022 primært gælder den personlige pleje (dvs. at en mindre andel ældre modtager enten udelukkende personlig pleje eller både personlig pleje og praktisk hjælp). Samtidig ser vi, at ældre, der ikke modtager hjemmehjælp, samt dem, der udelukkende modtager praktisk hjælp, er blevet svagere (har fået dårligere helbred og flere funktionsnedsættelser). Udviklingen indikerer, at der er sket en skærpelse af den kommunale visitations- og tildelingspraksis.

Parallelt er den omsorgsrelaterede livskvalitet blandt hjemmehjælpsmodtagerne faldet. Faldet i livskvalitet kan skyldes flere faktorer. For det første kan det, at hjemmehjælpen i gennemsnit er målrettet en svagere gruppe af ældre i 2022 end i 2012, bidrage til at forklare faldet i omsorgsrelateret livskvalitet i perioden. Selvom vi – så vidt det er muligt – forsøger at tage højde for forskelle i baggrundskarakteristika som fx alder og funktionsevne i vores analyser, må det formodes, at vi ikke helt fanger alle aspekter af ændringerne i hjemmehjælpsmodtagernes funktionsevne og hjælpebehov. At hjemmehjælpen i stigende grad er målrettet de svageste ældre, kan således bidrage til at forklare den faldende livskvalitet.

For det andet er det muligt, at ændringer i kommunernes kvalitetsstandarder og visitationspraksisser kan have bidraget til den lavere omsorgsrelaterede livskvalitet blandt hjemmehjælpsmodtagerne. Det skal bl.a. ses i lyset af en nylig undersøgelse, der konkluderer, at antallet af visiterede timer er faldet parallelt med, at andelen af ældre, der modtager hjemmehjælp, er faldet (Foged & Houlberg, 2023). Faldet i hjemmehjælpsmodtageres livskvalitet kan desuden hænge sammen med en række andre forhold. Dels er andelen af ufaglærte medarbejdere i ældreplejen steget i løbet af perioden, og i dag er mere end hver fjerde medarbejder ufaglært (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2024). Manglen på kvalificeret arbejdskraft og brugen af ufaglærte påvirker alt andet lige kvaliteten af den pleje og omsorg, der leveres, hvilket formentlig også vil kunne påvirke hjemmehjælpsmodtagernes livskvalitet. Dels gælder det for en stor del af hjemmehjælpsmodtagerne, at de oplever mange

skiftende medarbejdere, hvilket undersøgelser peger på påvirker deres tilfredshed, trivsel og tryghed (Hansen, 2023; Sandberg & Topholm, 2023; Sundhedsdatastyrelsen, 2022). Samlet set har udviklingen over de seneste 10 år dermed medført, at en svagere og mere udsat gruppe af ældre i gennemsnit modtager mindre hjemmehjælp af en medarbejdergruppe med en stigende andel af ufaglærte. Selvom et øget fokus på rehabilitering og stigende brug af velfærdsteknologi i et vist omfang kan have kompenseret for indskrænkelse i hjemmehjælpen, er det muligt, at det faldende serviceniveau samt manglende faglighed blandt medarbejdere bidrager til at forklare den faldende omsorgsrelaterede livskvalitet blandt hjemmehjælpsmodtagerne, som vi observerer i denne rapport.

Det er dog vigtigt at understrege, at den omsorgsrelaterede livskvalitet blandt hjemmehjælpsmodtagerne i gennemsnit er høj, og at de fleste har få uopfyldte behov inden for de undersøgte domæner. Ikke desto mindre indikerer faldet i livskvalitet inden for 7 af 8 domæner, at ressource- og personalemangel på hjemmehjælpsområdet muligvis har haft konsekvenser for hjemmehjælpsmodtagernes livskvalitet.

På trods af at hjemmehjælpsmodtagere med god økonomi, hyppig kontakt til venner og med få fysiske funktionsnedsættelser har højere omsorgsrelateret livskvalitet end hjemmehjælpsmodtagere uden disse ressourcer, finder vi ingen tydelige tegn på, at forskellene mellem hjemmehjælpsmodtagere med og uden ressourcer har ændret sig over tid. Hjemmehjælpsmodtagernes ressourcer kompenserer dermed kun i begrænset omfang for indskrænkelse i hjemmehjælpen i perioden i forhold til at opretholde deres omsorgsrelaterede livskvalitet.

Rapporten viser desuden, at funktionsnedsættelser er den faktor, som har størst betydning – både for ældres sandsynlighed for at modtage hjemmehjælp og for hjemmehjælpsmodtageres omsorgsrelaterede livskvalitet. Ældre med få eller ingen fysiske funktionsnedsættelser har markant lavere sandsynlighed for at modtage hjemmehjælp, og blandt hjemmehjælpsmodtagerne har ældre med få funktionsnedsættelser markant højere livskvalitet end ældre med mange funktionsnedsættelser. Disse resultater indikerer, at et fortsat fokus på forebyggelse og rehabilitering kan bidrage til både at reducere behovet for hjemmehjælp samt til at forbedre hjemmehjælpsmodtagernes omsorgsrelaterede livskvalitet.

Fakta om undersøgelsen

Undersøgelsen er baseret på kvantitative analyser på baggrund af Ældredatabasen koblet med registerdata.

Vi undersøger, hvordan ældres sociale, økonomiske og funktionsevnerelaterede ressourcer hænger sammen med:

- sandsynligheden for at modtage hjemmehjælp
- omsorgsrelateret livskvalitet.

Den omsorgsrelaterede livskvalitet undersøges kun blandt ældre, der modtager hjemmehjælp.

Vi undersøger, om der er sket en udvikling i sammenhængen mellem ressourcer og sandsynligheden for at modtage hjemmehjælp hhv. omsorgsrelateret livskvalitet i perioden 2012-2022.

> Afrapportering

1 Indledning

1.1 Baggrund og formål

Den danske befolkningssammensætning har gennem de seneste år været under forandring. Der er blevet flere ældre – både absolut og relativt, hvilket bl.a. skal ses i lyset af stigende levetid. Og gruppen af ældre vil også fremover udgøre en voksende gruppe i det danske samfund. Mens gruppen af 67+-årige over de seneste 10 år (2014-2024) er vokset med 213.100 personer, svarende til en procentvis stigning på 24, vil gruppen om 10 år, i 2034, være vokset med yderligere 18 pct. (198.800 personer). De 67+-årige vil dermed udgøre 21 pct. af den danske befolkning i 2034 mod 18 pct. i dag. Som følge af den stigende levetid er udviklingen dog endnu mere markant blandt de ældste ældre. Siden 2014 er gruppen af 80+-årige vokset med 36 pct. (84.300 personer) og vil over de næste 10 år, frem mod 2034, vokse med yderligere 43 pct. (135.600 personer). Mens de 80+-årige i dag udgør 5 pct. af den danske befolkning, vil de om 10 år tilsvarende udgøre 7 pct. (Danmarks Statistik, 2024b).

Selvom der er tegn på sund aldring – dvs. at man i takt med stigende alder bevarer et forholdsvist godt helbred og en god funktionsevne (Christensen, 2022) – medfører befolkningsudviklingen et tiltagende pres på de danske kommuner i forhold til at levere den ældrepleje, som det stigende antal af ældre har behov for. Denne udfordring forstærkes yderligere af de vanskeligheder, der eksisterer med at rekruttere og fastholde medarbejdere inden for ældreplejen (Larsen & Jakobsen, 2022).

Tidligere undersøgelser har vist, at andelen af ældre, der modtager hjemmehjælp, er faldende (se fx Rostgaard & Matthiessen, 2019). En nylig undersøgelse peger endvidere på, at ældre, der modtager hjemmehjælp, i gennemsnit modtager færre timer hjemmehjælp om ugen i 2022 sammenlignet med i 2012 (Foged & Houlberg, 2023). Selvom der kan være mange forklaringer på denne udvikling – fx sund aldring, at flere ældre bor med en samlever, øget brug af velfærdsteknologi og større fokus på rehabilitering – er det muligt, at ændringerne også afspejler en skærpet visitationspraksis i hjemmeplejen (Rostgaard et al., 2020).

I lyset af det stigende pres på den kommunale ældrepleje er det muligt, at de ældres ressourcer har fået stigende betydning for deres sandsynlighed for at modtage hjemmehjælp. Med ressourcer mener vi hhv. sociale ressourcer (at have børn, være samboende eller have kontakt til venner), økonomiske ressourcer (at have god økonomi eller at bo i ejerbolig) samt ressourcer i forhold

til fysisk formåen (at have ingen/forholdsvis få funktionsnedsættelser). En skærpet kommunal visitationspraksis og øget fokus på rehabilitering vil eksempelvis kunne betyde, at ældre med få funktionsnedsættelser i dag har mindre sandsynlighed for at modtage hjemmehjælp, fordi hjælpen i højere grad målrettes de allersvageste ældre. Det er også muligt, at ældre med pårørende, i form af fx ægtefælle eller børn, har mindre sandsynlighed for at modtage hjemmehjælp, fordi de pårørende i højere grad forventes at varetage de opgaver, fx praktiske gøremål, som den ældre har søgt om hjælp til. Ligeledes kan det være, at ældre med en god økonomi også har mindre sandsynlighed for at modtage hjemmehjælp – især praktisk hjælp – fordi de i højere grad vælger at tilkøbe private ydelser.

Omvendt er det også muligt, at ressourcestærke ældre i højere grad kan "begå sig" i det kommunale system eller har pårørende, der kan, og dermed i højere grad kan stille krav til hjemmehjælpen (PwC, 2021). Hvis dette er tilfældet, er det forventeligt, at ældre med sociale og økonomiske ressourcer omvendt vil have en højere sandsynlighed for at modtage hjemmehjælp, og at betydningen af at være ressourcestærk i forhold til at modtage hjemmehjælp er steget over tid i takt med det stigende pres på den kommunale hjemmepleje.

Undersøgelser peger på, at for ældre, som er afhængige af hjælp, er deres livskvalitet i høj grad relateret til den pleje og omsorg, de modtager fra hjemmeplejen, se fx (Rostgaard et al., 2018). At indhold og omfang af hjemmehjælpen har ændret sig over tid, kan dermed have betydning for hjemmehjælpsmodtagernes omsorgsrelaterede livskvalitet. Samtidig kan fx indførelsen af rehabilitering ved lov i 2015 (servicelovens § 83a) betyde et skærpet fokus på at hjælpe ældre til at blive og forblive mere selvhjulpne og dermed undgå eller udskyde behovet for hjemmehjælp, hvilket kan resultere i, at modtagere af hjemmehjælp over tid er blevet svagere og dermed oplever at have en lavere livskvalitet end tidligere.

I takt med denne udvikling er det ligeledes muligt, at ressourcer i stigende grad har en positiv betydning for hjemmehjælpsmodtageres omsorgsrelaterede livskvalitet. Ældre med økonomiske ressourcer kan fx i højere grad tilkøbe supplerende ydelser, der matcher deres ønsker og forventninger, ligesom ældre med sociale ressourcer (fx ægtefælle/samlever, børn eller venner) kan opleve højere livskvalitet, fordi deres pårørende og nærmeste kan bidrage med fx social støtte og praktisk hjælp. Derudover vil ældre med få funktionsnedsættelser⁵ i større grad være i stand til at tilrettelægge deres tilværelse, som de ønsker, og dermed opleve en større livskvalitet.

⁵ Vi betragter det at have få eller ingen nedsættelser i funktionsevnen som en ressource, men anvender desuden funktionsevne som en kontrolvariabel i analyserne af hhv. de økonomiske og sociale ressourcer, jf. betydningen af ældres funktionsevne for dels tildelingen af hjemmehjælp (serviceloven § 83), dels for ældres livskvalitet.

Formålet med denne rapport er at undersøge, hvad ressourcer betyder for a) ældres sandsynlighed for at modtage hjemmehjælp, og b) hjemmehjælpsmodtageres livskvalitet, herunder om ressourcernes betydning har ændret sig over tid. Konkret undersøger vi med afsæt i data fra Ældredatabasen sammenhængen mellem ældres sociale, økonomiske og funktionsevnerelaterede ressourcer og hhv. sandsynligheden for at modtage hjemmehjælp og hjemmehjælpsmodtageres omsorgsrelaterede livskvalitet i perioden 2012 til 2022.

1.2 Data og metode

Rapporten baserer sig på spørgeskemadata fra de seneste tre runder af Ældrebasen (2012, 2017 og 2022).⁶ Ældredatabasen er en stikprøvebaseret spørgeskemaundersøgelse for et repræsentativt udsnit af den danske befolkning, som er 52 år eller ældre (Kjær et al., 2019). Undersøgelsen inkluderer hver femte årgang født 1920 eller senere. Det betyder, at de ældste respondenter var 92 år i 2012, 97 år i 2017 og 102 år i 2022. I analyserne indgår ældre i alderen 67-92 år i 2012 og 67-97 år i 2017 og 2022.⁷ Grundet det lave antal af 97-årige har denne aldersforskydning i stikprøven ikke betydning for rapportens overordnede konklusioner (jf. kapitel 7).

Ud over spørgeskemadata fra Ældredatabasen inkluderer vi også registerdata fra Danmarks Statistik, herunder oplysninger om visiteret hjemmehjælp. Disse oplysninger anvendes til at skelne mellem personer, der modtager udelukkende praktisk hjælp hhv. personlig pleje eller en kombination af praktisk hjælp og personlig pleje.

Rapportens resultater består af deskriptive analyser samt resultater fra lineære regressionsmodeller. Vi viser resultater fra regressionsmodellerne, som prædikterede sandsynligheder for at modtage hjemmehjælp hhv. prædikteret livskvalitet. I afsnit 6 og 7 beskriver vi datagrundlaget og analysemetoden mere detaljeret.

⁶ Ældredatabasen er blevet indsamlet hvert femte år siden 1997. Vi inddrager kun data fra de seneste tre bølger, fordi disse indeholder information om livskvalitet, målt ved ASCOT-metoden, jf. afsnit 3.

⁷ Meget få 102-årige har deltaget i undersøgelsen. For at begrænse aldersforskellene i stikprøven mellem årene har vi valgt at udelade de 102-årige fra analyserne.

Boks 1.1 Data – Ældredatabasen

Ældredatabasen – 2012, 2017 og 2022

- Rapporten baserer sig på spørgeskemadata indsamlet i 2012, 2017 og 2022 fra Ældredatabasens fjerde, femte og sjette runde. Ældredatabasen er en stikprøvebaseret spørgeskemaundersøgelse for et landsdækkende udsnit af den danske befolkning, som er 52 år eller ældre (Kjær et al., 2019).
- I denne rapport ser vi på respondenterne, som er 67 år eller ældre, da vi har fokus på gruppen af hjemmehjælpsmodtagere. Ældredatabasen indeholder hver femte årgang, dvs. at respondenterne i denne analyse er 67, 72, 77 osv. år gamle i interviewåret.
- Da Ældredatabasen er spørgeskemabaseret, er det muligt, at de svageste ældre med flest funktionsnedsættelser, der kan formodes at have den laveste livskvalitet, er underrepræsenterede, dvs. at der kan være skævt bortfald (Kjær et al., 2019).
- I udvalgte analyser i rapporten vælger vi at benytte os af vægtning af data for at tage højde for skævheder i forhold til, hvem der har besvaret spørgeskemaet. Med vægtningen tager vi højde for betydningen af uddannelsesniveau, alder og køn i forhold til at have besvaret spørgeskemaet. Der kan dog være andre faktorer, som har betydning for, om man har besvaret spørgeskemaet eller ej, som vi ikke har mulighed for at tage højde for med denne vægtning. Hvis der er benyttet vægtning, vil det stå i noten under tabellen eller figuren.

1.3 Læsevejledning



Rapporten består af tre analysekapitler (kapitel 2-4) samt to kapitler med fokus på data og metode (kapitel 6-7).

I kapitel 2 sammenligner vi ældre, der hhv. modtager og ikke modtager hjemmehjælp, i forhold til baggrundskaraktistika og ressourcer. Vi undersøger også, hvordan gruppernes sammensætning har ændret sig i perioden 2012-2022.

I kapitel 3 zoomer vi ind på hjemmehjælpsmodtagerne og undersøger deres omsorgsrelaterede livskvalitet, samt hvordan den har ændret sig siden 2012.

Afslutningsvis undersøger vi, hvordan ældres ressourcer hænger sammen med deres omsorgsrelaterede livskvalitet – samt ændringer deri over tid (kapitel 4).

2 Ressourcer og hjemmehjælp

I dette kapitel ser vi på ældres ressourcer og hjemmehjælp. Indledningsvist ser vi på andelen af ældre i Ældredatabasen, der modtager hjemmehjælp, hvilken type hjemmehjælp, de modtager, samt om der er sket ændringer over tid. Dernæst beskriver vi, hvordan grupperne af ældre, der hhv. ikke modtager hjemmehjælp og modtager hjemmehjælp, fordeler sig på en række udvalgte baggrundskarakteristika (køn, alder, uddannelse, fysisk funktionsevne og selvvurderet helbred) i 2022. Vi ser i den sammenhæng på, om gruppen af hjemmehjælpsmodtagere målt på deres baggrundskarakteristika har ændret sig siden hhv. 2012 og 2017. Herefter beskriver vi, hvordan disse ældres ressourcer har ændret sig i perioden fra 2012 til 2022. Afslutningsvist undersøger vi, hvordan ældres ressourcer hænger sammen med sandsynligheden for at modtage hjemmehjælp, når der tages højde for baggrundskarakteristika, og om ressourcernes betydning har ændret sig over tid.

Vi betragter funktionsevne som både en ressource og et baggrundskarakteristikum. Det skyldes, at ældres fysiske funktionsevne udgør en helt central ressource i tildelingen af hjemmehjælp, da tildelingen af hjælp bl.a. vurderes og gives på baggrund af en varigt eller midlertidigt nedsat fysisk funktionsevne (se servicelovens § 83). Når vi undersøger sammenhængen mellem ældres øvrige ressourcer – hhv. økonomiske og sociale – og sandsynligheden for at få hjemmehjælp – betragter vi funktionsevne som et baggrundskarakteristikum. Det gør vi for at kunne kontrollere for den betydning, som ældres funktionsevne har for tildelingen af hjemmehjælp.

2.1 Udviklingen i hjemmehjælp over tid

Tabel 2.1 viser andelen af ældre i Ældredatabasen, der modtager hjemmehjælp, særskilt for type af hjemmehjælp i hhv. 2012, 2017 og 2022. I tabellen angiver stjernerne (*, ** og ***), om der er sket en signifikant udvikling inden for hver enkelt type af hjemmehjælp og samlet set fra hhv. 2012 og 2017 til 2022 (2022 er referenceår).

Det fremgår af tabellen, at den samlede andel af hjemmehjælpsmodtagere er faldet fra 2012 til 2022. I 2012 var det 12,9 pct. af de ældre i Ældredatabasen, der fik hjemmehjælp, og denne andel er i 2022 faldet til 10,1 pct.

Ser vi på de forskellige typer af hjemmehjælp, så viser tabellen, at 6,2 pct. af de ældre udelukkende modtog praktisk hjælp i 2012. Andelen faldt til 4,7 pct. i 2017 for derefter at stige til 5,5 pct. i 2022. Der er dermed en tendens til en

stigning i andelen af ældre, der udelukkende modtager praktisk hjælp, fra 2017 til 2022 – en stigning, der dog ikke er statistisk signifikant.

Gruppen af ældre, der udelukkende modtager personlig pleje, er forholdsvis lille og udgør kun 1 pct. af de ældre i Ældredatabasen i 2022. Det ses af tabellen, at denne gruppe siden 2012 er blevet mindre. Samme udvikling finder vi blandt gruppen af ældre, der modtager både personlig pleje og praktisk hjælp. I 2012 var det 6,2 pct. af de ældre i Ældredatabasen, der modtog begge former for hjemmehjælp, og i 2022 udgør den tilsvarende andel 4,2 pct. Med andre ord er det generelle fald i andelen af ældre, der modtager hjemmehjælp, over tid, især drevet af et fald i andelen af ældre, der modtager både personlig pleje og praktisk hjælp.

Samlet set viser Tabel 2.1 således, at andelen af ældre i Ældredatabasen, der modtager hjemmehjælp, er faldet over tid. Dette resultat er på linje med studier, der undersøger udviklingen i andel af ældre i befolkningen, som modtager hjemmehjælp (Foged & Houlberg, 2023; Rodrigues et al., 2018). Det er dog vigtigt at pointere, at vores tal er lidt lavere end tilsvarende opgørelser over hjemmehjælpsmodtagere i befolkningen. Af Danmarks Statistiks opgørelser over hjemmehjælpsmodtagere⁸ fremgår det, at 15,7 pct. af de 67+-årige i 2012 modtog hjemmehjælp, og at denne andel faldt til 11,9 pct. i 2022. At vores andele er lidt lavere end andelen i befolkningen skyldes to forhold. For det første indgår de allerældste ældre (ældre over hhv. 92 år i 2012 og 97 år i 2017 og 2022) ikke i vores opgørelser baseret på Ældredatabasen. For det andet er de svageste ældre sandsynligvis underrepræsenterede i Ældredatabasen, og vægtene, vi benytter os af, kompenserer sandsynligvis ikke helt for dette. Metodisk har denne forskel dog ikke betydning for analyserne i rapporten, da vi indfanger tilsvarende fald i andelen af hjemmehjælpsmodtagere over tid som opgørelserne fra Danmarks Statistik.

⁸ Tabellerne DST – AED06 og DST – BEFOLK1

Tabel 2.1 Udviklingen i andelen af ældre (67-92/97 år), der modtager hjemmehjælp. Særskilt for type af hjemmehjælp, 2012, 2017 og 2022. Vægtet procent.

	2012		2017	2022
Udelukkende praktisk hjælp ¹	6,2		4,7	5,5
Udelukkende personlig pleje ¹	1,6	*	1,2	1,0
Både personlig pleje og praktisk hjælp ¹	6,2	***	4,8	4,2
Hjemmehjælp i alt	12,9	***	10,1	10,1
Ikke hjemmehjælp	87,1	***	89,9	89,9
Observationer ²	4.783		5.350	6.171

Anm.: Med propensity score vægning. Der er foretaget signifikanstest, som tester forskellen hhv. mellem 2012 og 2022 samt mellem 2017 og 2022. 2022 er i begge test referencekategori.

Note: * < 0,05, ** < 0,01, *** < 0,001. ¹Referencegruppen er gruppen, der ikke modtager hjemmehjælp ('Ikke hjemmehjælp'). Vi opgør andelen i de tre hjemmehjælpskategorier parvis. Det vil sige, at vi først ser på udelukkende praktisk hjælp vs. ikke hjemmehjælp, derefter udelukkende personlig pleje vs. ikke hjemmehjælp etc. Derfor summerer andelen for 'Udelukkende praktisk hjælp', 'Udelukkende personlig pleje' og 'Både personlig pleje og praktisk hjælp' ikke til 'Hjemmehjælp i alt', da antallet af observationer i alt varierer i de enkelte parvise opgørelser. Vi laver denne parvise opgørelse, fordi vi i de øvrige tabeller og figurer i dette kapitel også undersøger parvise forskelle mellem gruppen 'Ikke hjemmehjælp' og hhv. gruppen 'Udelukkende praktisk hjælp' og 'Både personlig pleje og praktisk hjælp'. ² Observationer henviser til antallet af respondenter i Ældredatabasen i aldersgruppen 67-92 år i 2012 hhv. 67-97 år i 2017 og 2022.

Kilde: Ældredatabasen 2012, 2017 og 2022.

Som oven for nævnt, er der relativt få ældre, der udelukkende modtager personlig pleje.⁹ Derfor slår vi hjemmehjælpstyperne 'udelukkende personlig pleje' og 'både personlig pleje og praktisk hjælp' sammen, og de bliver i de følgende afsnit omtalt som 'personlig pleje'. I de følgende afsnit ser vi således særskilt på ældre, der modtager hhv. praktisk hjælp og personlig pleje, jf. Boks 2.1.

⁹ Det hænger sammen med, at ældre, der modtager personlig pleje, ofte har et så dårligt helbred og/eller funktionsevne, at de ikke er i stand til at varetage de praktiske gøremål i hjemmet og dermed også har behov for praktisk hjælp.

Boks 2.1 Hjemmehjælpsgrupper

I den resterende del af kapitel 2 er hjemmehjælpsgrupperne defineret på følgende måde:

Ingen hjemmehjælp:

Modtager hverken personlig pleje eller praktisk hjælp. Referencegruppe i alle analyser.

Praktisk hjælp:

Modtager udelukkende praktisk hjælp (dvs. modtager ikke personlig pleje).

Personlig pleje:

Modtager udelukkende personlig pleje eller personlig pleje i kombination med praktisk hjælp.

2.2 Baggrundskarakteristika

Tabel 2.2 viser baggrundskarakteristika for ældre, der hhv. modtager praktisk hjælp, personlig pleje og ikke modtager hjemmehjælp i 2012, 2017 og 2022. I tabellen angiver stjernerne (*, ** og ***), om der er sket en signifikant udvikling i de enkelte baggrundskarakteristika fra hhv. 2012 og 2017 til 2022 (2022 er referenceår).¹⁰ Overordnet set viser tabellen at ældre, der modtager hjemmehjælp, enten i form af praktisk hjælp eller personlig pleje, generelt er ældre, oftere er kvinder, har en lavere funktionsevne og dårligere selv vurderet helbred end ældre, der ikke modtager hjemmehjælp. Endvidere har gruppen af ældre, der modtager hjemmehjælp, oftere en kortere uddannelse end ældre, der ikke modtager hjælp.

¹⁰ Eventuelle ændringer over tid vil dog hyppigere være statistisk signifikante for gruppen uden hjemmehjælp, da denne gruppe er meget større i forhold til antallet af observationer.

Tabel 2.2 Ældres (67-92/97 år) baggrundskarakteristika. Særskilt for ældre med og uden hjemmehjælp. Opgjort for praktisk hjælp og personlig pleje. 2012, 2017 og 2022. Vægtet procent.

	Ingen hjemmehjælp			Praktisk hjælp			Personlig pleje ¹		
	2012	2017	2022 (ref.)	2012	2017	2022 (ref.)	2012	2017	2022 (ref.)
Alder									
År (gennemsnit)	72,8 ***	73,4 **	74,5	81,7	82,4	82,5	82,0	82,1	83,1
Køn									
Kvinde	52,0 *	52,2 **	50,3	75,8	68,8	70,0	66,8	62,5	67,6
Mand	48,0 *	47,8 **	49,7	24,2	31,2	30,0	33,2	37,5	32,4
Uddannelse									
Grundskole/gymnasial udd.	40,4 ***	32,2	31,8	52,9	49,1	50,5	60,7 ***	55,6	45,2
Erhvervsuddannelse	36,6 ***	40,1	39,6	34,2	35,1	31,0	26,9 ***	29,0	36,7
Videregående uddannelse	23,0 ***	27,7	28,6	12,9	15,7	18,6	12,4 ***	15,4	18,1
Funktionsevne									
0-6 score (gennemsnit)	0,5 ***	0,6 ***	0,8	1,9 ***	2,3	2,5	3,6	3,2	3,4
0-2	93,5 ***	91,9 ***	89,7	67,3 **	59,6	52,7	32,0	42,5	37,4
3-6	6,5 ***	8,1 ***	10,3	32,7 ***	40,4	47,3	68,0	57,5	62,6
Selvvurderet helbred									
Godt	73,2 ***	68,6 ***	60,9	45,4 ***	34,8	26,8	33,9	36,4	27,6
Ikke godt	26,8 ***	31,4 ***	39,1	54,6 ***	65,2	73,2	66,1	63,6	72,4
Observationer	4.213-4.230	4.833-4.874	5.593-5.662	250-253	207	261-266	291-300	263-269	237-243

Anm.: Med propensity score vægtning. Der er foretaget signifikantest, som tester forskellen hhv. mellem 2012 og 2022 samt mellem 2017 og 2022 for hver enkelt baggrundskarakteristika. 2022 er referencekategori. Observationerne henviser til mindste og højeste antal observationer på tværs af baggrundskarakteristika.

Note: * < 0,05, ** < 0,01, *** < 0,001. ¹ Omfatter ældre, der modtager personlig pleje i kombination med praktisk hjælp samt ældre, der modtager udelukkende personlig pleje.

Kilde: Ældredatabasen 2012, 2017 og 2022 samt Danmarks Statistiks register for visiteret hjemmehjælp i eget hjem og uddannelsesregistret.

Hjemmehjælpsmodtagerne er signifikant ældre end gruppen, der ikke modtager hjemmehjælp. I 2022 er gennemsnitsalderen i hjemmehjælpsgrupperne ca. 83 år. Til sammenligning er den 74,5 år blandt ældre, der ikke modtager hjemmehjælp. Gennemsnitsalderen for ældre, der ikke modtager hjemmehjælp, er steget signifikant med 1,7 år siden 2012. Samme tendens tegner sig for ældre, der modtager hjemmehjælp, dog er stigningerne ikke signifikante.

Kvinder er stærkt overrepræsenterede blandt hjemmehjælpsmodtagerne. Mens mere end to tredjedele af de ældre, der i 2022 modtager hhv. praktisk hjælp (70 pct.) og personlig pleje (67,6 pct.), er kvinder, ses der en tilnærmelsesvis ligelig kønsfordeling i gruppen af ældre, der ikke modtager hjemmehjælp. Denne forskel er mere eller mindre konstant over tid, om end der blandt gruppen af ældre, der ikke modtager hjemmehjælp, ses en lille stigning i andelen af mænd. Det skal formentlig ses i lyset af, at levetiden er steget kraftigere for mænd end kvinder over de senere år.

Ældre, der modtager praktisk hjælp eller personlig pleje, har generelt et lavere uddannelsesniveau end ældre, der ikke modtager hjemmehjælp. For eksempel har 50,5 pct. af de ældre, der modtager praktisk hjælp, og 45,2 pct. af de ældre, der modtager personlig pleje, grundskolen eller en gymnasial uddannelse som højeste gennemførte uddannelse i 2022. I gruppen af ældre, som ikke modtager hjemmehjælp, er andelen 31,8 pct.

Uddannelsesniveaulet er steget signifikant fra 2012-2022 blandt ældre, der ikke modtager hjemmehjælp, samt blandt ældre, der modtager personlig pleje. Der er derimod ikke sket en signifikant ændring blandt ældre, der modtager praktisk hjælp. Den generelle stigning i befolkningens uddannelsesniveau, der har fundet sted siden 1960'erne (Albæk et al., 2023), kommer således også til udtryk i ældregruppen.

Ældre, der modtager hjemmehjælp, har generelt set både en dårligere fysisk funktionsevne og et dårligere selvrapporeret helbred end ældre, der ikke modtager hjemmehjælp. Funktionsevne opgøres i forhold til antallet af personlige og husholdningsrelaterede hverdagsopgaver, som den ældre kan udføre med/uden hjælp. Funktionsevne måles på en skala fra 0-6, hvor 0 angiver, at den ældre kan udføre alle opgaver *alene uden besvær*, mens 6 angiver, at den ældre *ikke kan udføre opgaverne uden hjælp eller kan alene, dog med besvær*, og dermed oplever nedsættelser af funktionsevnen (se Bilag 2 for detaljer).

Ældre, der modtager praktisk hjælp, har i 2022 i gennemsnit en funktionsevnescore på 2,5, mens ældre, der modtager personlig pleje, har en score på 3,4. Blandt dem, der ikke modtager hjemmehjælp, er den gennemsnitlige funktionsevnescore på 0,8. Over tid ses en forringelse af funktionsevnen blandt både ældre, der ikke modtager hjemmehjælp, og ældre, som modtager praktisk hjælp.

Udviklingen og forskellen grupperne imellem bliver endnu tydeligere, når vi ser på andelen af ældre, der har hhv. 0-2 og 3-6 funktionsnedsættelser. Blandt gruppen af ældre, der ikke modtager hjemmehjælp, stiger andelen med 3-6 funktionsnedsættelser fra 6,5 pct. i 2012 til 10,3 pct. i 2022, svarende til en stigning på 58 pct. Dette resultat indikerer, at ældre med mange funktionsnedsættelser i lavere grad bliver visiteret til hjemmehjælp i 2022 end i 2012.

Blandt gruppen af ældre, der modtager praktisk hjælp, er det i 2022 knap hver anden (47,3 pct.), der har 3-6 funktionsnedsættelser, mens det i 2012 var omkring hver tredje ældre (32,7 pct.). Med andre ord er der over tid en betydelig større andel af de ældre, som modtager praktisk hjælp, der har tre eller flere funktionsnedsættelser. Blandt gruppen af ældre, der modtager personlig pleje, er der en større andel, end det er tilfældet for de øvrige grupper, der har væsentlige funktionsnedsættelser. I 2022 udgør andelen med 3-6 funktionsnedsættelser 62,6 pct. Denne andel har ikke ændret sig signifikant over tid.

Resultaterne viser samlet set, at andelen af ældre med mange funktionsnedsættelser ikke har ændret sig nævneværdigt blandt ældre, som modtager personlig pleje. Parallelt ser vi, at andelen af ældre med mange funktionsnedsættelser er steget blandt ældre, der hhv. enten ikke modtager hjemmehjælp eller udelukkende modtager praktisk hjælp.

Andelen af ældre, som angiver, at de *ikke* har et godt helbred, er i 2022 væsentlig større blandt ældre, der modtager hjemmehjælp (godt 70 pct. i begge grupper), sammenlignet med ældre, der ikke modtager hjemmehjælp (knap 40 pct.). Ligesom det var tilfældet med funktionsevne, ses der over tid en signifikant forværring i selvrapporeret helbred blandt ældre, der ikke modtager hjemmehjælp, samt blandt ældre, der modtager praktisk hjælp. Blandt ældre, der modtager personlig pleje, er udviklingen ikke statistisk signifikant.

Sammenholder vi udviklingen i ældres funktionsevne og selvrapporerede helbred, så er der en tendens til, at gruppen af ældre, der modtager praktisk hjælp, over tid har fået flere funktionsnedsættelser og dårligere helbred, mens den samme udvikling ikke ses blandt ældre, der modtager personlig pleje. Med andre ord er gruppen af ældre, der modtager praktisk hjælp, i 2022 svagere end den tilsvarende gruppe var i 2012. Denne udvikling kan tyde på, at der over tid er sket en målretning af hjælpen mod de svageste ældre med tre eller flere funktionsnedsættelser. Andre undersøgelser peger ligeledes på, at der over tid er sket en skærpelse i den kommunale visitations- og tildelingspraksis, der indebærer, at man som ældre skal have flere behov, før man får tildelt hjemmehjælp (Foged & Houlberg, 2023; Rostgaard & Matthiessen, 2019; Rostgaard et al., 2020). Samtidig kan en del af denne udvikling også tænkes at hænge sammen med indførelsen af rehabilitering. Ældre, der har forholdsvis få fysiske funktionsnedsættelser, vil formentlig i højere grad vurderes at kunne have fordel af et rehabiliteringsforløb sammenlignet med ældre med flere

funktionsnedsættelser og muligvis oftere blive tilbudt et rehabiliteringsforløb frem for praktisk hjælp.

2.3 Ressourcer

Tabel 2.3 viser ressourcer for ældre, der hhv. modtager praktisk hjælp, personlig pleje og ikke modtager hjemmehjælp i 2012, 2017 og 2022. Konkret undersøger vi følgende ressourcer:

- Sociale ressourcer
 - at være samboende
 - at have børn¹¹
 - at være sammen med venner/bekendte på mindst månedlig basis.
- Økonomiske ressourcer
 - at vurdere, at man har meget god eller god økonomi
 - at bo i ejerbolig.
- Funktionsevnerelaterede ressourcer (jf. Tabel 2.2)
 - at have forholdsvis få (0-2) fysiske funktionsnedsættelser.

Bilag 2 giver en detaljeret gennemgang af, hvordan vi har operationaliseret ressourcerne. På tilsvarende vis som i forrige afsnit angiver stjernerne (*, ** og ***) i tabellen, om der er sket en signifikant udvikling i de enkelte ressourcer fra hhv. 2012 og 2017 til 2022.

Overordnet set fremgår det, at ældre, der modtager hjemmehjælp (enten i form af praktisk hjælp eller personlig pleje), sjældnere bor i ejerbolig, ligesom de i lidt mindre grad oplever at have en god økonomi sammenlignet med ældre, der ikke modtager hjemmehjælp. Derudover har ældre, der modtager hjemmehjælp, også oftere mindre kontakt til deres venner og er oftere aleneboende. Ældre med og uden hjemmehjælp har i samme omfang børn.

Ældre, der modtager praktisk hjælp eller personlig pleje, er oftere aleneboende end ældre, som ikke modtager hjemmehjælp. Således udgør aleneboende ældre i 2022 81,3 pct. af gruppen, der modtager praktisk hjælp og 73,5 pct. af gruppen, der modtager personlig pleje, men kun 31,6 pct. af gruppen,

¹¹ Vi ser på, hvorvidt man *har* børn og ikke, i hvor høj grad man er i kontakt med sine børn, da spørgsmålet om kontakt har ændret sig over de forskellige runder af Ældredatabasen. Vi har dog undersøgt, om det har betydning for sandsynligheden for at modtage hjemmehjælp, hvornår man senest har set sine børn. Vores analyse viser, at der ikke er en systematisk sammenhæng mellem, hvornår man senest har set sine børn og sandsynligheden for at modtage hjemmehjælp.

der ikke modtager hjemmehjælp. Praktisk hjælp visiteres – i modsætning til personlig pleje – med udgangspunkt i ansøgerens samlede situation, hvilket kan være en forklaring på, at flere ældre, der modtager praktisk hjælp, er aleneboende sammenlignet med ældre, der modtager personlig pleje, fordi de ikke har en ægtefælle/samlever¹², der kan varetage de praktiske gøremål i hjemmet. Hvad angår børn, er der, som nævnt oven for, ingen forskel mellem grupperne af ældre, der hhv. ikke modtager hjemmehjælp eller som modtager praktisk hjælp eller personlig pleje. Cirka 9 ud af 10 ældre har børn, og denne andel er forholdsvis konstant over tid.

Ældre, der modtager hjemmehjælp, er mindre sammen med deres venner og bekendte end ældre, der ikke modtager hjemmehjælp. Og ældre, der modtager personlig pleje, har mindre kontakt med deres venner sammenlignet med ældre, der modtager praktisk hjælp. I 2022 er det 79,3 pct. af de ældre, som ikke modtager hjemmehjælp, der som minimum på månedlig basis har kontakt med deres venner. Til sammenligning er det 73,2 pct. af de ældre, der modtager praktisk hjælp, og 64,1 pct. af de ældre, der modtager personlig pleje, der har tilsvarende kontakt med deres venner. Over tid ses et signifikant fald i kontakten med venner blandt gruppen af ældre, der ikke modtager hjemmehjælp, samt blandt ældre, der modtager personlig pleje. Kontakten har været tilnærmelsesvis konstant over tid for ældre, der modtager praktisk hjælp.

Andelen, der oplever at have en god økonomi, er lavere blandt hjemmehjælpsmodtagerne end blandt ældre, der ikke modtager hjemmehjælp. I 2022 oplever 63,1 pct. af de ældre, der modtager praktisk hjælp, at de har en god økonomi. Blandt ældre, der modtager personlig pleje, udgør denne andel 70,4 pct., mens andelen er 73,6 pct. blandt de ældre, der ikke modtager hjemmehjælp. For både gruppen af ældre, der modtager praktisk hjælp, og gruppen af ældre uden hjemmehjælp er der sket et fald i andelen med god økonomi fra 2012-2022, mens der ikke ses en signifikant udvikling for gruppen, der modtager personlig pleje.

Andelen af ældre, der bor i ejerbolig, er i 2022 væsentligt højere blandt ældre, der ikke modtager hjemmehjælp (66 pct.) end blandt ældre, der modtager hhv. praktisk hjælp (32,2 pct.) og personlig pleje (44,2 pct.). Over tid er der en lidt mindre andel ældre, som ikke modtager hjemmehjælp, der bor i en ejerbolig. Blandt ældre, der modtager personlig pleje, finder vi derimod, at andelen, der bor i ejerbolig, har været stigende siden 2012. Samme tendens ses for gruppen af ældre, der modtager praktisk hjælp, om end udviklingen for denne gruppe ikke er statistisk signifikant.

¹² Det gælder for langt de fleste ældre, som er samboende, at de bor sammen med en ægtefælle/samlever.

Tabel 2.3 Ældres (67-92/97 år) ressourcer. Særskilt for ældre med og uden hjemmehjælp. Opgjort for praktisk hjælp og personlig pleje. 2012, 2017 og 2022. Procent og antal.

	Ingen hjemmehjælp			Praktisk hjælp			Personlig pleje ¹		
	2012	2017	2022 (ref.)	2012	2017	2022 (ref.)	2012	2017	2022 (ref.)
Bosituation									
Aleneboende	30,1	29,6 **	31,6	77,6	80,6	81,3	74,8	74,1	73,5
Samboende	69,9	70,4 **	68,4	22,4	19,4	18,7	25,2	25,9	26,5
Børn									
Har børn	89,3	92,1 ***	89,9	88,7	89,8	87,3	85,3	89,0	88,4
Har ingen børn	10,7	7,9 ***	10,1	11,3	10,2	12,7	14,7	11,0	11,6
Kontakt til venner									
Minimum månedlig kontakt	85,4 ***	85,9 ***	79,3	73,1	74,8	73,2	69,5	69,1	64,1
Ikke månedlig kontakt	14,6 ***	14,1 ***	20,7	26,9	25,2	26,8	30,5	30,9	35,9
Boligtype									
Ejerbolig	68,6 **	71,3 ***	66,0	38,5	33,7	32,2	35,4 *	40,9	44,2
Ikke ejerbolig	31,4 **	28,7 ***	34,0	61,5	66,3	67,8	64,6 *	59,1	55,8
Økonomi									
God økonomi	78,5 ***	83,4 ***	73,6	74,0 *	74,8 **	63,1	69,4	79,7 *	70,4
Ikke god økonomi	21,5 ***	16,6 ***	26,4	26,0 *	25,2 **	36,9	30,6	20,3 *	29,6
Observationer	3.734-4.230	4.870-4.874	5.555-5.653	236-253	206-207	256-265	272-300	267-269	240-263

Anm.: Med propensity score vægtning. Vægtede andele (procent) og uvægtede antal. Der er foretaget signifikanstest, som tester forskellen hhv. mellem 2012 og 2022 samt mellem 2017 og 2022 for hver enkelt baggrundskarakteristika. 2022 er referencekategori. Antal observationer henviser til mindste og højeste antal observationer på tværs af baggrundskarakteristika.

Note: * < 0,05, ** < 0,01, *** < 0,001. ¹ Omfatter ældre, der modtager personlig pleje i kombination med praktisk hjælp, samt ældre, der udelukkende modtager personlig pleje.

Kilde: Ælredatabasen 2012, 2017 og 2022 samt Danmarks Statistiks register for visiteret hjemmehjælp i eget hjem.

2.4 Sammenhæng mellem ressourcer og hjemmehjælp

Det fremgik af forrige afsnit, at ældre, der modtager hjemmehjælp, har relativt begrænsede økonomiske og sociale ressourcer sammenholdt med ældre, der ikke modtager hjemmehjælp. I analyserne tog vi imidlertid ikke højde for forskelle i de ældres baggrundskarakteristika. I dette afsnit belyser vi derfor, hvordan ældres ressourcer hænger sammen med sandsynligheden for at modtage hjemmehjælp i form af enten praktisk hjælp eller personlig pleje, når der kontrolleres for forskelle i baggrundskarakteristika (jf. afsnit 2.2). Mere konkret undersøger vi betydningen af sociale, økonomiske og funktionsevne-relaterede ressourcer for modtagelse af hjemmehjælp. Vi beskriver fremgangsmåden, samt hvordan figurerne skal forstås, i Boks 2.2, samt i flere detaljer i kapitel 6.

Boks 2.2 Metode- og figurbeskrivelse

- Resultaterne præsenteres som den prædikterede sandsynlighed for at modtage hhv. praktisk hjælp og personlig pleje blandt ældre, der har, hhv. ikke har, en bestemt ressource.
- Den prædikterede sandsynlighed er beregnet på baggrund af lineære regressionsmodeller, hvor vi har kontrollet for hhv. køn, alder, uddannelse og funktionsevne.
- Vi præsenterer pointestimer (prædiktioner – de blå og røde punkter), samt 95 pct. konfidensintervaller (de blå og røde lodrette streger) i figurerne.
- Konfidensintervallerne kan fortolkes som det interval, som den sande værdi i befolkningen med 95 procents sandsynlighed ligger inden for og giver en indikation på, om der er signifikante forskelle mellem ældre med og uden den pågældende ressource:
 - Hvis konfidensintervallerne for de to grupper ikke overlapper, er der en signifikant forskel mellem grupperne.
 - Hvis konfidensintervallet for den ene gruppe overlapper prædiktionen for den anden gruppe, er forskellen mellem grupperne ikke statistisk signifikant.

- Hvis konfidensintervallerne overlapper uden at overlape den prædikterede værdi, kan man ikke udlede fra figuren, om forskellen er statistisk signifikant eller ej. I disse tilfælde har vi foretaget supplerende signifikanstest, som vi afrapporterer i brødteksten, der knytter sig til den pågældende figur.

2.4.1 Sociale ressourcer og hjemmehjælp

Vi undersøger i dette afsnit betydningen af sociale ressourcer for at modtage hjemmehjælp – hhv. praktisk hjælp og personlig pleje. Vi ser på tre former for sociale ressourcer: at være samboende (hvilket for langt de fleste ældre er ensbetydende med at bo sammen med en ægtefælle eller samlever), at have børn samt at være sammen med venner på mindst månedlig basis.

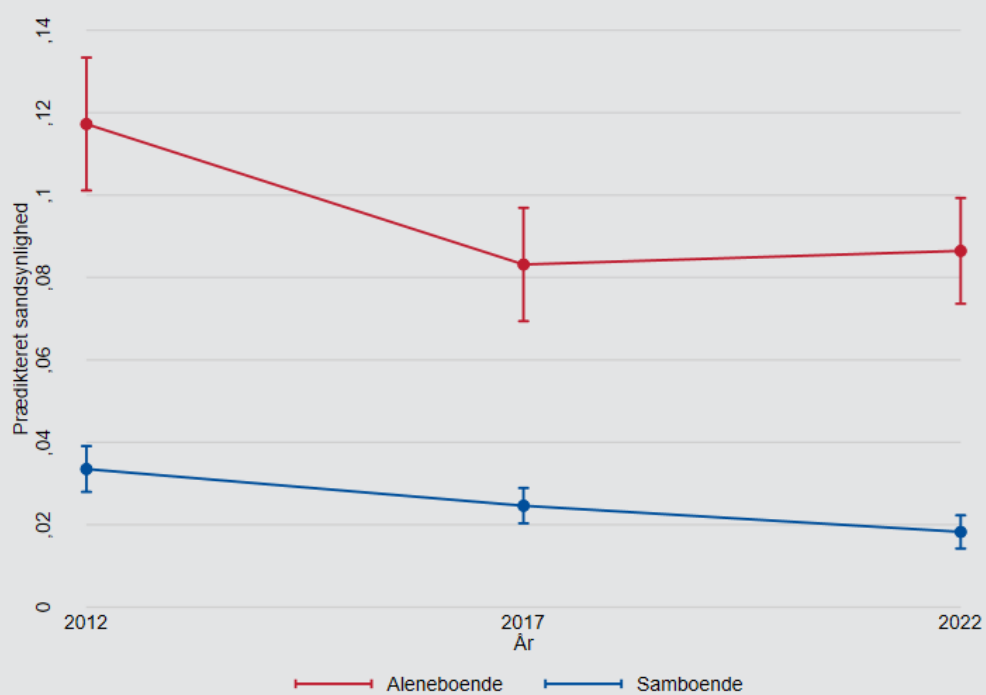
2.4.1.1 Bosituation

Som det fremgår af Figur 2.1 og Figur 2.2, er sandsynligheden for at modtage både praktisk hjælp og personlig pleje signifikant større blandt ældre, der bor alene, sammenlignet med ældre, der bor sammen med nogen – som oftest en ægtefælle/samlever – selv når der kontrolleres for forskellige baggrundskarakteristika. Fra 2012 til 2022 er der dog en mindre forskel mellem den prædikterede sandsynlighed for at modtage praktisk hjælp/personlig pleje for hhv. aleneboende og samboende. Med andre ord er der en tendens til, at betydningen af ældres bosituation for at modtage hjemmehjælp er faldende.

Der er en tendens til, at bosituation har en lidt større betydning for sandsynligheden for at modtage praktisk hjælp end personlig pleje (større afstand mellem linjer for hhv. aleneboende og samboende i Figur 2.1 end i Figur 2.2). Det kan, som nævnt i afsnit 2.3, hænge sammen med, at praktisk hjælp tildeles på baggrund af ansøgerens samlede situation, hvorfor ældre, der er samboende, ikke i lige så høj grad visiteres til praktisk hjælp som til personlig pleje, idet det forventes, at ægtefællen/samleveren vil kunne stå for de praktiske gøremål. En undersøgelse har vist, at der i tildelingen af hjemmehjælp imidlertid ikke tages højde for ægtefællens/samleverens helbred, idet ældre, der har søgt om hjemmehjælp og bor sammen med en ægtefælle/samlever med helbredsproblemer, også har mindre sandsynlighed for at modtage hjemmehjælp (Rostgaard & Matthiessen, 2019). Resultaterne indikerer, at der i visitationen tages højde for, om der er en ægtefælle/samlever eller ej, men ikke, om ægtefællen/samleveren reelt er i stand til at varetage de huslige opgaver.

Figur 2.1 Bosituation og praktisk hjælp

Prædikeret sandsynlighed for at modtage praktisk hjælp, særskilt for ældre, der er aleneboende og samboende. 2012, 2017 og 2022. Med 95 procents konfidensintervaller.

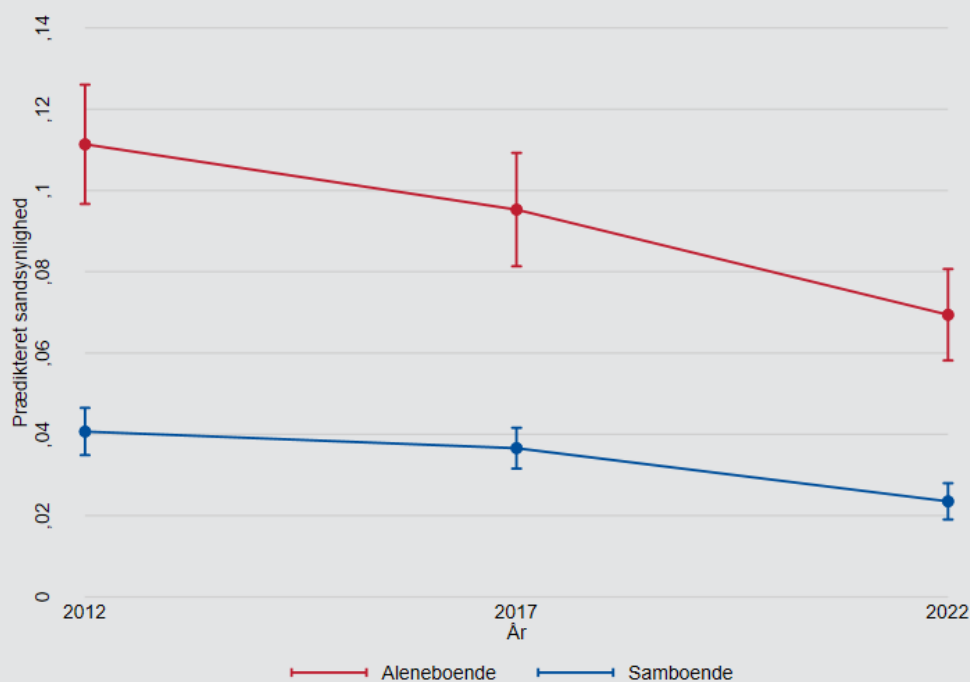


Anm.: Der er kontrolleret for køn, alder, uddannelse og funktionsevne.

Kilde: Ældredatabasen 2012, 2017 og 2022 samt Danmarks Statistiks register for visiteret hjemmehjælp i eget hjem og Uddannelsesregistret.

Figur 2.2 Bosituation og personlig pleje¹

Prædikeret sandsynlighed for at modtage personlig pleje, særskilt for ældre, der er aleneboende og samboende. 2012, 2017 og 2022. Med 95 procents konfidensintervaller.



Anm.: Der er kontrolleret for køn, alder, uddannelse og funktionsevne.

Note: ¹Omfatter ældre, der modtager personlig pleje i kombination med praktisk hjælp, samt ældre, der modtager udelukkende personlig pleje.

Kilde: Ældredatabasen 2012, 2017 og 2022 samt Danmarks Statistiks register for visiteret hjemmehjælp i eget hjem og Uddannelsesregistret.

2.4.1.2 Børn

Figur 2.3 og Figur 2.4 viser sammenhængen mellem børn og at modtage hhv. praktisk hjælp og personlig pleje, når der kontrolleres for en række baggrundskarakteristika. I forhold til sandsynligheden for at modtage praktisk hjælp viser Figur 2.3, at der over tid ses en tendens til, at børn begynder at spille en rolle, således at ældre, der har børn, har en mindre sandsynlighed for at modtage praktisk hjælp. Hvad angår personlig pleje, peger Figur 2.4 på, at der er en tilsvarende tendens til, at ældre, der har børn, har mindre sandsynlighed for at modtage personlig pleje. Denne tendens er konstant over perioden. Dog er der for begge typer af hjemmehjælp alene tale om tendenser, da forskellene ikke er statistisk signifikante. At forskellene ikke er statistisk signifikante, kan imidlertid skyldes, at der er relativt få ældre, der ikke har børn (omkring 10 pct. over perioden, jf. Tabel 2.3), og at datagrundlaget dermed

bliver for småt til at indfange en eventuel statistisk signifikant sammenhæng. De forholdsvis brede konfidensintervaller, vi ser for gruppen af ældre uden børn i de to figurer, vidner ligeledes om den usikkerhed, der er forbundet med det begrænsede datagrundlag.¹³

Figur 2.3 Børn og praktisk hjælp

Prædikeret sandsynlighed for at modtage praktisk hjælp, særskilt for ældre, der har børn og ikke har børn. 2012, 2017 og 2022. Med 95 procents konfidensintervaller.



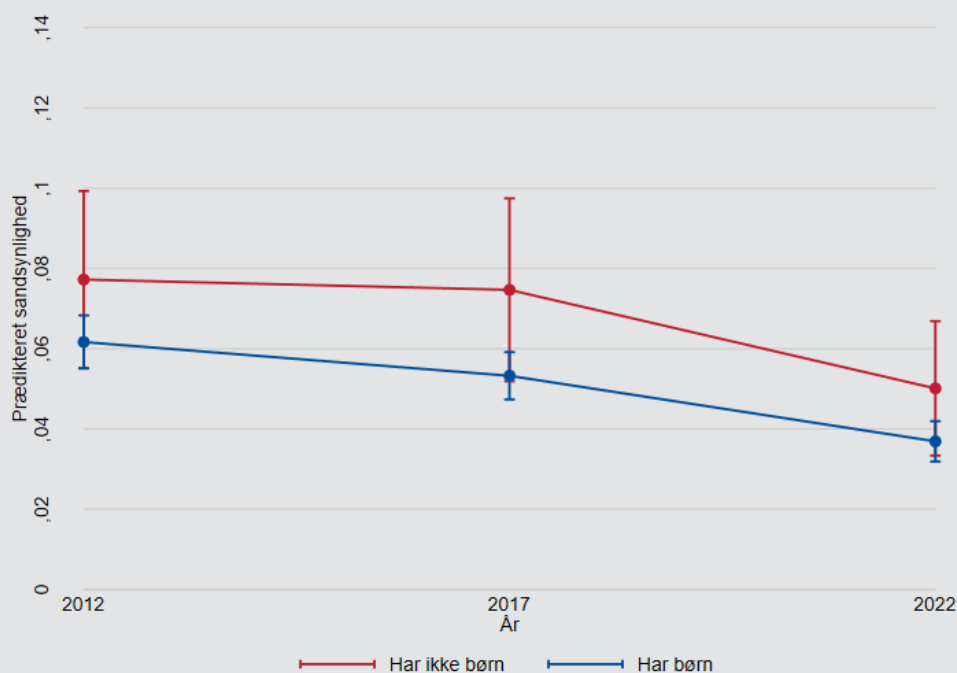
Anm.: Der er kontrolleret for køn, alder, uddannelse og funktionsevne.

Kilde: Ældredatabasen 2012, 2017 og 2022 samt Danmarks Statistiks register for visiteret hjemmehjælp i eget hjem og Uddannelsesregistret.

¹³ Som tidligere nævnt har vi også undersøgt, om der er forskelle i sandsynligheden for at modtage hjemmehjælp i forhold til, hvornår man senest har set sine børn, og det fremgår, at der ikke eksisterer nogen entydig signifikant sammenhæng.

Figur 2.4 Børn og personlig pleje¹

Prædikeret sandsynlighed for at modtage personlig pleje, særskilt for ældre, der har børn og ikke har børn. 2012, 2017 og 2022. Med 95 procents konfidensintervaller.



Anm.: Der er kontrolleret for køn, alder, uddannelse og funktionsevne.

Note: ¹ Omfatter ældre, der modtager personlig pleje i kombination med praktisk hjælp, samt ældre, der modtager udelukkende personlig pleje.

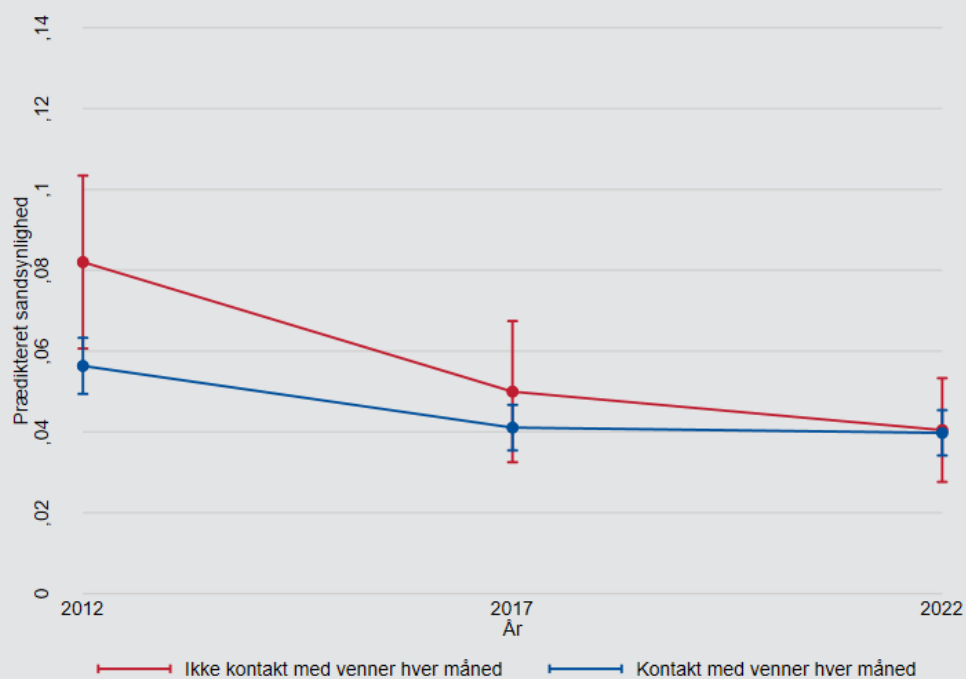
Kilde: Ældredatabasen 2012, 2017 og 2022 samt Danmarks Statistiks register for visiteret hjemmehjælp i eget hjem og Uddannelsesregistret.

2.4.1.3 Kontakt til venner

Ser vi afslutningsvist i forhold til de sociale ressourcer på ældres kontakt til venner, fremgår det af både Figur 2.5 og Figur 2.6, at der i 2012 var en statistisk signifikant større sandsynlighed for at modtage hjemmehjælp – både praktisk hjælp og personlig pleje – blandt gruppen af ældre, der ikke havde kontakt til deres venner på mindst månedlig basis, når vi tager højde for en række baggrundskarakteristika. Over tid er betydningen af kontakt til venner dog faldende og, som figurerne viser, er der i 2022 ingen signifikant forskel i sandsynligheden for at modtage hjemmehjælp blandt ældre, der har hhv. mere eller mindre kontakt til deres venner.

Figur 2.5 Kontakt til venner og praktisk hjælp

Prædikeret sandsynlighed for at modtage praktisk hjælp, særskilt for ældre, der har/ikke har som minimum månedlig kontakt til venner. 2012, 2017 og 2022. Med 95 procents konfidensintervaller.

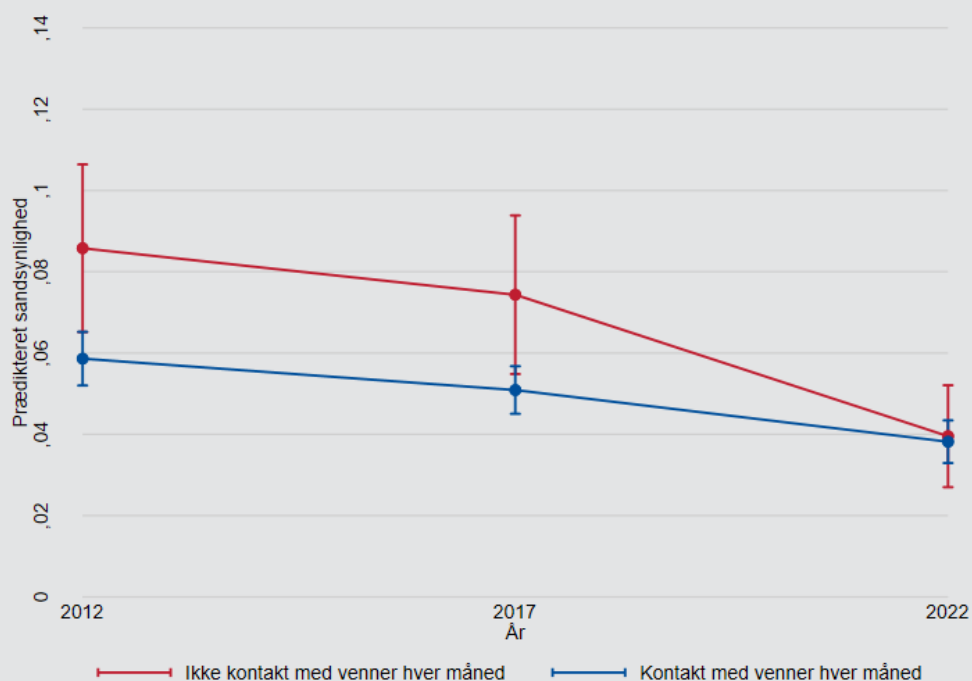


Anm.: Der er kontrolleret for køn, alder, uddannelse og funktionsevne.

Kilde: Ældredatabasen 2012, 2017 og 2022 samt Danmarks Statistiks register for visiteret hjemmehjælp i eget hjem og Uddannelsesregistret.

Figur 2.6 Kontakt til venner og personlig pleje¹

Prædikeret sandsynlighed for at modtage personlig pleje, særskilt for ældre, der har/ikke har som minimum månedlig kontakt til venner. 2012, 2017 og 2022. Med 95 procents konfidensintervaller.



Anm.: Der er kontrolleret for køn, alder, uddannelse og funktionsevne.

Note: ¹Omfatter ældre, der modtager personlig pleje i kombination med praktisk hjælp, samt ældre, der modtager udelukkende personlig pleje.

Kilde: Ældredatabasen 2012, 2017 og 2022 samt Danmarks Statistiks register for visiteret hjemmehjælp i eget hjem og Uddannelsesregistret.

2.4.2 Økonomiske ressourcer og hjemmehjælp

I dette afsnit beskriver vi, hvordan ældres økonomiske ressourcer hænger sammen med deres sandsynlighed for at modtage hjemmehjælp. Vi ser på hhv. betydningen af boligtype, dvs. om man bor/ikke bor i ejerbolig og selv-vurderet økonomisk situation.

2.4.2.1 Boligtype

I Figur 2.7 og Figur 2.8 ser vi på sammenhængen mellem boligtype og hhv. praktisk hjælp og personlig pleje. Det fremgår af Figur 2.7, at boligtype spiller

en signifikant rolle i forhold til at modtage praktisk hjælp. Ældre, der bor i ejerbolig, har en mindre sandsynlighed for at modtage praktisk hjælp sammenlignet med ældre, der ikke bor i ejerbolig, når der kontrolleres for forskellige baggrundskarakteristika. Denne forskel er konstant over hele perioden. Vi ser ligeledes i Figur 2.8, at der var en tilsvarende signifikant sammenhæng mellem boligtype og personlig pleje i både 2012 og 2017. Fra 2017 og frem til 2022 er betydningen af boligtype dog faldet signifikant. Med andre ord er der i 2022 ikke nogen statistisk signifikant forskel i sandsynligheden for at modtage personlig pleje afhængigt af, om man som ældre bor i ejerbolig eller en anden form for bolig, fx leje- eller andelsbolig.

Figur 2.7 Boligtype og praktisk hjælp

Prædikeret sandsynlighed for at modtage praktisk hjælp, særskilt for ældre, der bor/ikke bor i ejerbolig. 2012, 2017 og 2022. Med 95 procents konfidensintervaller.

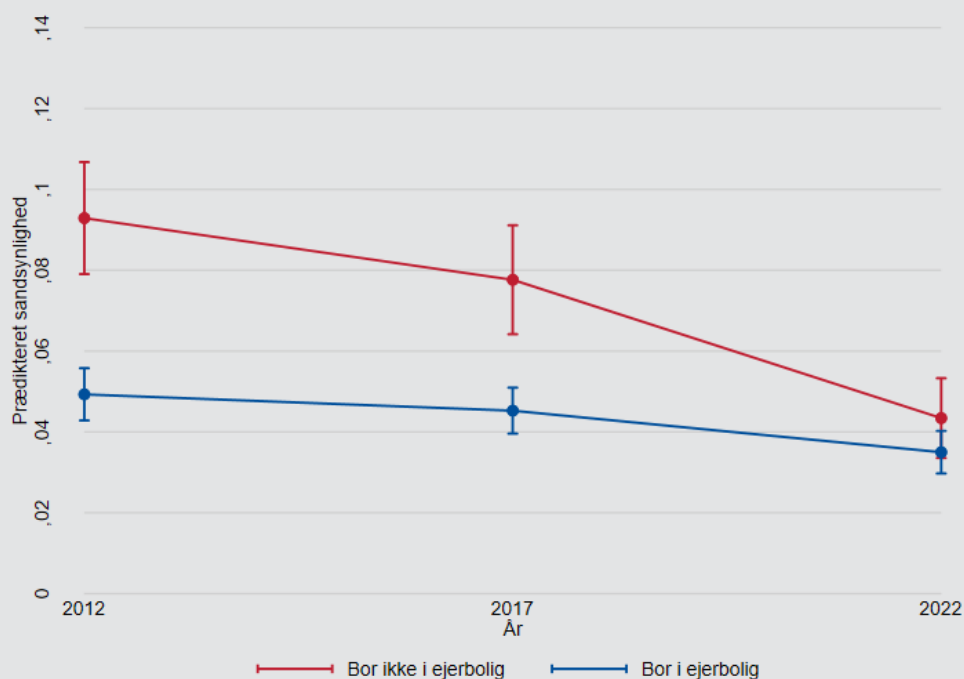


Anm.: Der er kontrolleret for køn, alder, uddannelse og funktionsevne.

Kilde: Ældredatabasen 2012, 2017 og 2022 samt Danmarks Statistiks register for visiteret hjemmehjælp i eget hjem og Uddannelsesregistret.

Figur 2.8 Boligtype og personlig pleje¹

Prædikeret sandsynlighed for at modtage personlig pleje, særskilt for ældre, der bor/ikke bor i ejerbolig. 2012, 2017 og 2022. Med 95 procents konfidensintervaller.



Anm.: Der er kontrolleret for køn, alder, uddannelse og funktionsevne.

Note: ¹ Omfatter ældre, der modtager personlig pleje i kombination med praktisk hjælp, samt ældre, der modtager udelukkende personlig pleje.

Kilde: Ældredatabasen 2012, 2017 og 2022 samt Danmarks Statistiks register for visiteret hjemmehjælp i eget hjem og Uddannelsesregistret.

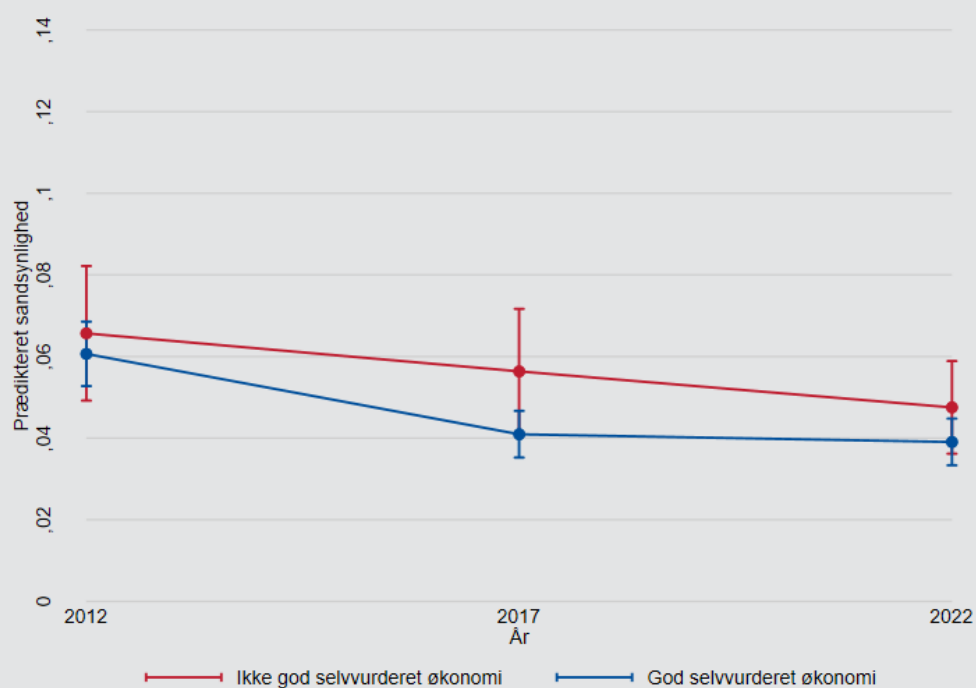
2.4.2.2 Økonomi

I Figur 2.9 og Figur 2.10 ser vi på sammenhængen mellem ældres selvvalde økonomiske situation og hhv. praktisk hjælp og personlig pleje, når der kontrolleres for en række baggrundskarakteristika. Det fremgår af Figur 2.9, at økonomi ikke har en statistisk signifikant betydning for sandsynligheden for at modtage praktisk hjælp.

I forhold til sandsynligheden for at modtage personlig pleje peger Figur 2.10 ligeledes på, at økonomi ikke har betydning i hverken 2012 eller 2017. Over tid begynder økonomi imidlertid at spille en rolle i forhold til de ældres sandsynlighed for at modtage personlig pleje, således at ældre, der oplever at have en mindre god økonomi, har en lidt mindre sandsynlighed for at modtage hjemmehjælp sammenlignet med ældre, der vurderer at have en god økonomi.

Figur 2.9 Økonomi og praktisk hjælp

Prædikeret sandsynlighed for at modtage praktisk hjælp, særskilt for ældre, der har/ikke har en god selv vurderet økonomi. 2012, 2017 og 2022. Med 95 procents konfidensintervaller.

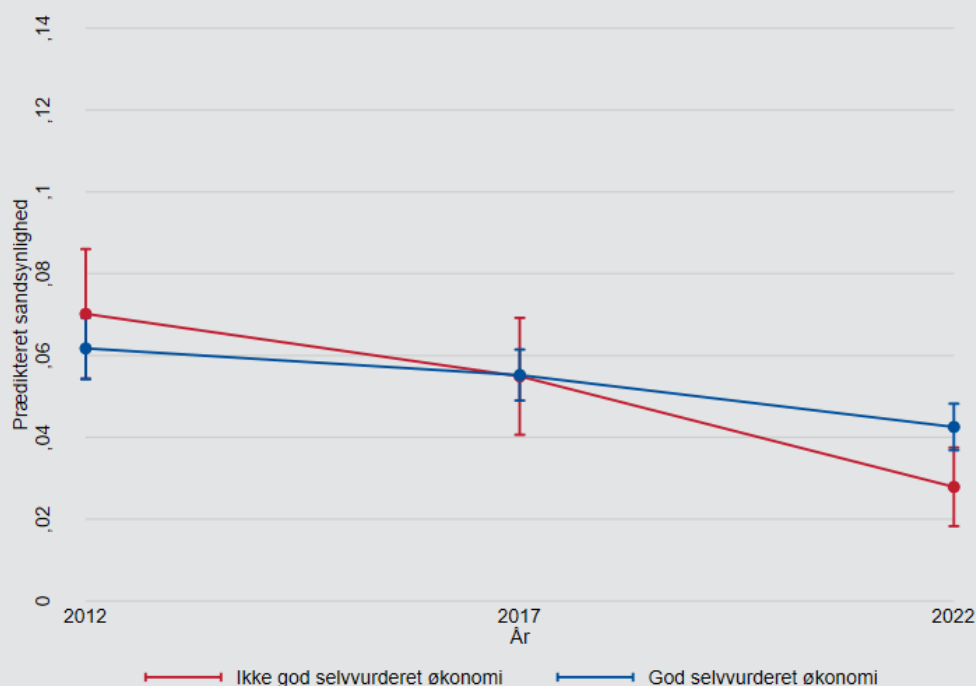


Anm.: Der er kontrolleret for køn, alder, uddannelse og funktionsevne.

Kilde: Ældredatabasen 2012, 2017 og 2022 samt Danmarks Statistiks register for visiteret hjemmehjælp i eget hjem og Uddannelsesregistret.

Figur 2.10 Økonomi og personlig pleje¹

Prædikeret sandsynlighed for at modtage personlig pleje, særskilt for ældre, der har/ikke har en god selvvrderet økonomi. 2012, 2017 og 2022. Med 95 procents konfidensintervaller.



Anm.: Der er kontrolleret for køn, alder, uddannelse og funktionsevne.

Note: ¹Omfatter ældre, der modtager personlig pleje i kombination med praktisk hjælp, samt ældre, der modtager udelukkende personlig pleje.

Kilde: Ældredatabasen 2012, 2017 og 2022 samt Danmarks Statistiks register for visiteret hjemmehjælp i eget hjem og Uddannelsesregistret.

2.4.3 Funktionsevnerelaterede ressourcer og hjemmehjælp

Afslutningsvist beskriver vi, hvordan ældres funktionsevnerelaterede ressourcer hænger sammen med sandsynligheden for at modtage hjemmehjælp. Tidligere i dette kapitel har vi defineret funktionsevne som et baggrundskarakteristikum, som vi ligeledes har taget højde for i de tidligere analyser i afsnit 2.4. Som indledningsvist nævnt i dette kapitel betragter vi også funktionsevne som en selvstændig ressource, eftersom nedsættelser i funktionsevnen indgår som et tildelingskriterium i visitationen til hjemmehjælp. I dette afsnit kontrollerer vi alene for køn, alder og uddannelse.

Det fremgår i Figur 2.11 og Figur 2.12, at der er en signifikant sammenhæng mellem ældres funktionsevne og sandsynligheden for at modtage hhv. praktisk hjælp og personlig pleje. Ældre, der har 3-6 funktionsnedsættelser, har en signifikant højere sandsynlighed for at modtage hjemmehjælp sammenlignet med ældre med 0-2 funktionsnedsættelser. Og denne sammenhæng gør sig gældende over hele perioden.

Vi ser dog, at sandsynligheden for at modtage personlig pleje falder signifikant over tid blandt ældre med 3-6 funktionsnedsættelser. Med andre ord betyder det, at ældre, der har forholdsvis væsentlige funktionsnedsættelser, har en markant mindre sandsynlighed for at modtage personlig pleje i 2022 end i 2012 og 2017. Andelen falder med 20 procentpoint (fra ca. 40 pct. i 2012 til ca. 20 pct. i 2022), svarende til et fald på 50 pct.¹⁴ For den praktiske hjælp ser vi et fald fra 2012 til 2017, hvorefter der er en tendens til en stigning fra 2017 til 2022.¹⁵

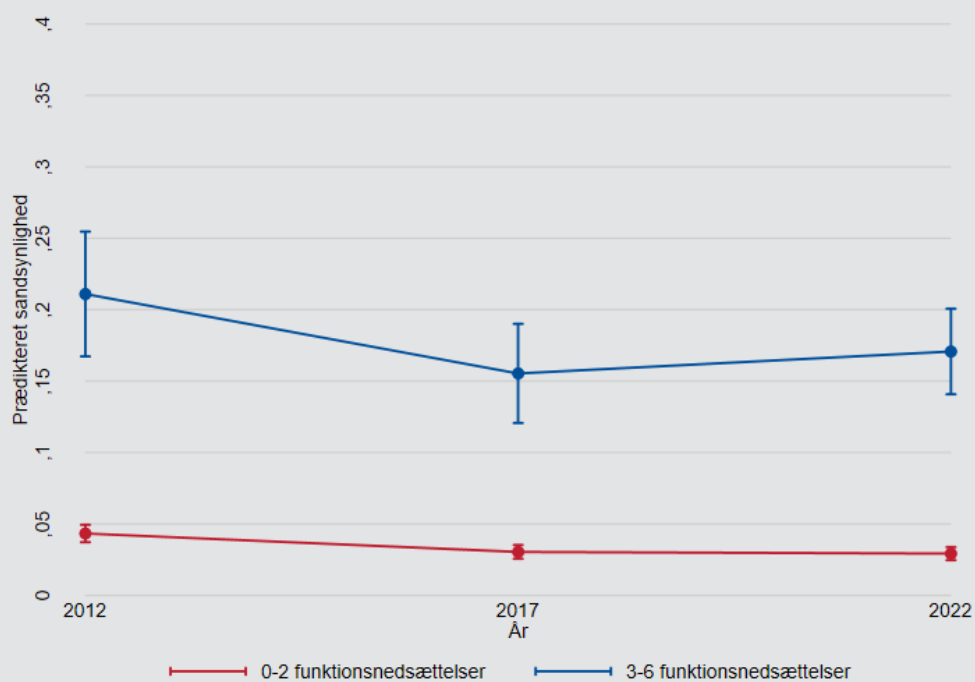
Vi så tidligere i Tabel 2.2, at andelen af ældre med mange funktionsnedsættelser er steget signifikant fra 2012-2022 i gruppen, som ikke modtager hjemmehjælp. Resultaterne i Figur 2.11 og Figur 2.12 peger på, at der er sket en skærpelse i kommunernes visitations- og tildelingspraksis, især i forhold til den personlige pleje. Samlet set indikerer resultaterne, at i takt med at antallet af ældre med funktionsnedsættelser i befolkningen er vokset, er der også sket forskydninger i tildelingen af hjemmehjælp fra personlig pleje til udelukkende praktisk hjælp, idet at vi ser, at andelen med mange funktionsnedsættelser også er steget blandt gruppen ældre, der udelukkende modtager praktisk hjælp. Parallelt hermed er andelen af ældre med mange funktionsnedsættelser, der slet ikke modtager hjemmehjælp, vokset.

¹⁴ Vi har i en supplerende analyse (ej vist) tilføjet en kontrolvariabel for, om man er samboende eller ej. Dette har ingen betydning for resultatet i Figur 2.12.

¹⁵ Vi har undersøgt, om der sker en ændring i den gennemsnitlige funktionsevne-score blandt hjemmehjælpsmodtagere med 3-6 funktionsnedsættelser i perioden (ej vist). Analysen viser, at der ikke sker ændringer i perioden. Det vil sige, at resultaterne i dette afsnit *ikke* skyldes ændringer i gennemsnitlig funktionsevne blandt hjemmehjælpsmodtagere med 3-6 funktionsnedsættelser.

Figur 2.11 Funktionsevne og praktisk hjælp

Prædikeret sandsynlighed for at modtage praktisk hjælp, særskilt for ældre, der har 0-2 og 3-6 funktionsnedsættelser. 2012, 2017 og 2022. Med 95 procents konfidensintervaller.

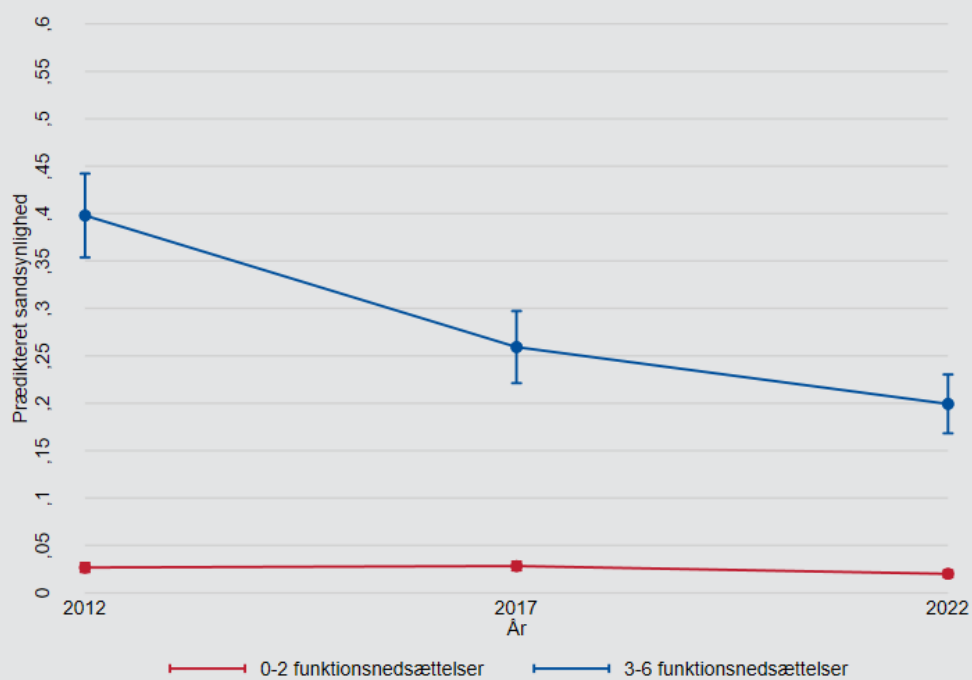


Anm.: Der er kontrolleret for køn, alder og uddannelse.

Kilde: Ældredatabasen 2012, 2017 og 2022 samt Danmarks Statistiks register for visiteret hjemmehjælp i eget hjem og Uddannelsesregistret.

Figur 2.12 Funktionsevne og personlig pleje¹

Prædikeret sandsynlighed for at modtage personlig pleje, særskilt for ældre, der har 0-2 og 3-6 funktionsnedsættelser. 2012, 2017 og 2022. Med 95 procents konfidensintervaller.



Anm.: Der er kontrolleret for køn, alder og uddannelse.

Note: ¹Omfatter ældre, der modtager personlig pleje i kombination med praktisk hjælp, samt ældre, der modtager udelukkende personlig pleje.

Kilde: Ældredatabasen 2012, 2017 og 2022 samt Danmarks Statistiks register for visiteret hjemmehjælp i eget hjem og Uddannelsesregistret.

3 Omsorgsrelateret livskvalitet

I dette kapitel undersøger vi omsorgsrelateret livskvalitet blandt ældre hjemmehjælpsmodtagere. Vi måler omsorgsrelateret livskvalitet med udgangspunkt i ASCOT (Adult Social Care Outcomes Toolkit) – et måleinstrument, der er udviklet til at måle livskvalitet blandt ældre, der modtager hjemmehjælp eller bor på plejehjem. ASCOT er udviklet, afprøvet og valideret i England og er sidenhen blevet oversat og tilpasset til en dansk kontekst. I Danmark er ASCOT bl.a. blevet benyttet til at undersøge livskvalitet blandt plejehjemsbeboere for Ældrekommissionen (Rostgaard et al., 2012) og blandt hjemmehjælpsmodtagere for Hjemmehjælpskommissionen (Rostgaard et al., 2013).

Tabel 3.1 Ældre, der i Ældredata-basen angiver at modtage hjemmehjælp eller at bo på plejehjem. Vægtet procent.

	2012	2017	2022
Ej hjemmehjælpsmodtager	86,2	91,4	92,0
Hjemmehjælpsmodtager	12,4	7,7	7,1
Plejehjemsbeboere	1,3	0,8	0,9
P	***	Ej signifikant	Referenceår
Observationer	4.783	5.350	6.168

Anm.: Andele er vægtede ved propensity score vægtning. Der er foretaget signifikanstest, der tester, om der er en forskel mellem fordelingen i hhv. 2012/2017 og 2022 (referenceår).

Note: *** Signifikant på et 0,1 procentsniveau.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Ældredata-basen 2012, 2017 og 2022.

Idet ASCOT er udviklet til at måle livskvalitet blandt ældre, der modtager ældrepleje, har man i Ældredata-basen kun stillet de dertil knyttede spørgsmål til ældre, der angiver, at de modtager hjemmehjælp¹⁶ eller bor på plejehjem. Der er ikke et perfekt overlap mellem hvem, der selv angiver at modtage ældrepleje og de registerbaserede oplysninger om hjemmehjælp, som vi tog udgangspunkt i i kapitel 2.¹⁷ Derfor er gruppen af ældre, der modtager hjemmehjælp, i dette kapitel ikke helt identisk med den tilsvarende gruppe i kapitel 2.

¹⁶ De ældre i Ældredata-basen er ikke blevet spurgt, om de modtager praktisk hjælp, personlig pleje eller en kombination deraf. Derfor kan vi ikke, som i kapitel 2, skelne mellem de forskellige typer af hjemmehjælpsmodtagere i dette kapitel.

¹⁷ Dette kan skyldes flere faktorer. I de registerbaserede oplysninger i kapitel 2 inddrager vi ældre, der har modtaget hjemmehjælp på et tidspunkt i løbet af kalenderåret (2012, 2017 eller 2022), mens de ældre i Ældredata-basen angiver, om de modtager hjemmehjælp ved interviewtidspunktet. Derudover inddrager vi i dette kapitel ældre, der bor på plejehjem – en målgruppe, der ikke indgik i kapitel 2. I analysen i kapitel 3 inkluderer vi ældre, der bor på plejehjem, for at opnå et større datagrundlag. Som det fremgår af Tabel 3.1, er det dog en meget lille andel af respondenterne, der bor på plejehjem, og det har ingen betydning for resultaterne, hvis de udelades fra analysen.

Tabel 3.1 viser andel af ældre, der i Ældredatabasen angiver, at de er hjemmehjælpsmodtagere eller bor på plejehjem i hhv. 2012, 2017 og 2022. Det er disse ældre, der udgør datagrundlaget for analyserne i dette kapitel.¹⁸ Fremover benytter vi betegnelsen "hjemmehjælpsmodtagere" for denne gruppe af ældre.

3.1 ASCOT – et mål for omsorgsrelateret livskvalitet

ASCOT måler omsorgsrelateret livskvalitet og fokuserer på aspekter af livskvalitet, som man kan forvente knytter sig til den pleje og omsorg, den enkelte ældre modtager fra ældreplejen samt andre hjælpemidler såsom familien.

Konkret måler ASCOT livskvaliteten inden for otte domæner:

- Kontrol over dagliglivet
- Personlig pleje og velbefindende
- Mad og drikke
- Tryghed
- Social kontakt
- Aktiviteter
- Boligen
- Værdighed.

De ældre i Ældredatabasen er blevet spurgt, om de oplever at have uopfyldte behov inden for hvert domæne. Med andre ord er det den ældres vurdering af egen situation, der ligger til grund for at definere, om et behov er mødt. Besvarelserne giver udtryk for 1) behovstilstanden er ideel, 2) ingen deciderede uopfyldte behov, 3) nogle uopfyldte behov og 4) mange uopfyldte behov. Svarmulighederne er tilpasset hvert enkelt domæne.

Der kan beregnes en ASCOT-score for hvert enkelt domæne og for den samlede omsorgsrelaterede livskvalitet. Målet for samlet omsorgsrelateret livskvalitet har værdier mellem 1 (ingen uopfyldte behov) og -0,17 (en så dårlig livskvalitet, at man antages at være bedre stillet, hvis man er død) (Rostgaard et al., 2020). I Bilag 1 beskriver vi mere detaljeret ASCOT-målet, spørgsmål og

¹⁸ Antallet af respondenter kan dog variere lidt på tværs af analyserne, idet ikke alle respondenter har besvaret alle spørgsmål i Ældredatabasen.

svarmuligheder inden for hvert domæne, samt hvordan målet for samlet omsorgsrelateret livskvalitet opgøres.

3.2 Omsorgsrelateret livskvalitet i alt

I dette afsnit undersøger vi den omsorgsrelaterede livskvalitet blandt hjemmehjælpsmodtagere i 2012, 2017 og 2022. I Tabel 3.2 viser vi samlet omsorgsrelateret livskvalitet, målt ved ASCOT, for hjemmehjælpsmodtagere i hhv. 2012, 2017 og 2022. Tallene i tabellen er vægtet for at tage højde for, at analysestikprøven ikke er repræsentativ for befolkningen (jf. kapitel 7).

Som nævnt er den maksimale værdi på ASCOT-scoren 1. Resultaterne i Tabel 3.2 indikerer dermed, at livskvaliteten blandt hjemmehjælpsmodtagerne er forholdsvis høj i alle tre år. Der er dog sket et signifikant fald i den omsorgsrelaterede livskvalitet, fra 0,88 i 2012 til 0,83 i 2022.

Tabel 3.2 Omsorgsrelateret livskvalitet, ASCOT-score.

	Gennemsnitsscore	Observationer	P
ASCOT 2012	0,88	602	***
ASCOT 2017	0,84	353	Ej signifikant
ASCOT 2022	0,83	300	Referenceår
Observationer		1.255	

Anm.: Med propensity score vægtning. Der er foretaget signifikanstest der tester forskellen mellem 2012/2017 og 2022 (referenceår).

Note: *** Signifikant på et 0,1 procentsniveau.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Ældredatabasen 2012, 2017 og 2022.

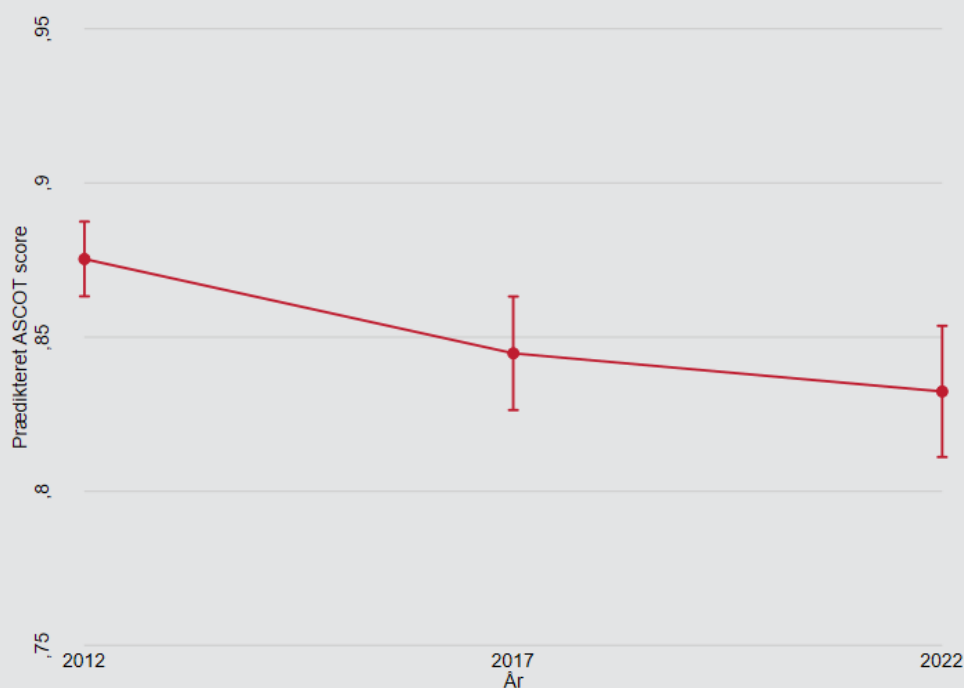
Faldet i de ældres omsorgsrelaterede livskvalitet kan formentlig hænge sammen med, at hjemmehjælpsmodtagerne (især dem, der modtager praktisk hjælp) i gennemsnit er blevet svagere siden 2012. Som vi så i kapitel 2.2, angiver en lavere andel af de ældre, at de har et godt helbred i 2022 sammenholdt med i 2012, samtidig med at vi ser en stigning i antallet af funktionsnedsættelser blandt ældre, der modtager hjemmehjælp (i form af praktisk hjælp). I Figur 3.1 fremgår udviklingen i hjemmehjælpsmodtageres omsorgsrelaterede livskvalitet, når der tages højde for ændringer i deres baggrundskarakteristika (køn, aldersgruppe, uddannelsesniveau og antal funktionsnedsættelser) i de tre analyseår. Figuren viser den prædikterede ASCOT-score, der er beregnet

ud fra regressionsanalyser.¹⁹ Vi har udregnet den gennemsnitlige forventede ASCOT-score i de enkelte år, når vi har taget højde for respondenternes karakteristika (jf. kapitel 6).

Det fremgår af figuren, at faldet i hjemmehjælpsmodtagernes omsorgsrelaterede livskvalitet (ASCOT-score) fra 2012 til 2022 bibeholdes, når vi kontrollerer for deres baggrundskarakteristika og forskelle deri over tid. Med andre ord er der sket et signifikant fald i hjemmehjælpsmodtageres omsorgsrelaterede livskvalitet i perioden 2012 til 2022, der ikke skyldes ændringer i de undersøgte baggrundskarakteristika. Faldet er mest udtalt fra 2012 til 2017, mens faldet fra 2017 til 2022 ikke er statistisk signifikant.

Figur 3.1 Prædikteret ASCOT-score. 2012, 2017 og 2022.

Med 95 procents konfidensintervaller.



Anm.: Med kontrol for køn, aldersgruppe, uddannelse og antal funktionsnedsættelser.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Ældredatabasen 2012, 2017 og 2022 samt Uddannelsesregistret.

¹⁹ Fremgangsmåden er parallel med den i afsnit 2.4. Eneste forskel er, at vi nu undersøger prædikteret ASCOT-score, imens vi tidligere undersøgte den prædikterede sandsynlighed for at modtage hjemmehjælp.

3.3 Omsorgsrelateret livskvalitet per domæne

Som nævnt er det samlede ASCOT-score et vægtet gennemsnit af livskvaliteten på tværs af otte domæner: 'kontrol over dagliglivet', 'personlig pleje og velbefindende', 'mad og drikke', 'tryghed', 'social kontakt', 'aktiviteter', 'boligen' og 'værdighed' (jf. Bilag 1). Figur 3.2 viser omsorgsrelateret livskvalitet for hvert af disse domæner i hhv. 2012 og 2022.²⁰ Figuren viser en gennemsnitlig score for hvert domæne (vi har ikke taget højde for respondenternes baggrundsoplysninger i figuren). Domænescoren kan have værdier mellem 0 og 1. For bedre at vise forskellene over tid, starter skalaen i figuren ved værdien 0,7. Som med den samlede livskvalitet (jf. Figur 3.1) er niveauet forholdsvis højt for alle domæner – den laveste score er 0,72 for 'social kontakt' i 2022. Ikke desto mindre sker der et signifikant fald i 7 af de 8 domæner fra 2012 til 2022. Der er ikke sket en signifikant ændring over tid inden for domænet 'værdighed'.

Faldet er størst for domænerne 'kontrol over dagliglivet' og 'social kontakt', som begge er faldet med 0,07 point fra 2012 til 2022. Disse domæner repræsenterer komplekse behovsfunktioner, som det kan være svært for hjemmeplejen at påvirke. For eksempel undersøger domænet 'social kontakt', i hvilken grad den ældre oplever at have tilstrækkelig "kontakt [...] med mennesker, De kan lide". I det omfang den ældre tænker på kontakt til venner og familiemedlemmer, kan hjemmeplejen kun i begrænset omfang direkte påvirke kontakthypigheden. Faldet kan eventuelt hænge sammen med nedlukningen i forbindelse med coronapandemien, hvis ældre har haft vanskeligt ved at opbygge et socialt netværk igen, efter at restriktionerne er ophævet.²¹

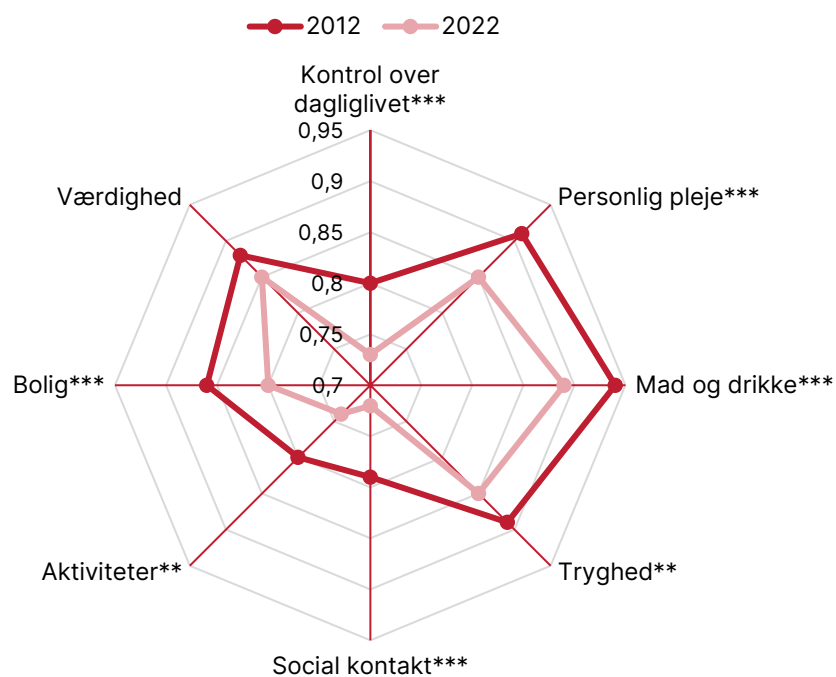
Kontrol over dagliglivet knytter sig til den ældres selvbestemmelse, hvilket bl.a. klippekortsordningen, som mange kommuner har – eller har haft – skal støtte op om. Med ordningen tildeles en halv times ekstra hjælp om ugen, som den enkelte ældre selv kan bestemme, hvad skal bruges til, og som netop skal bidrage til, at den ældre får mere kontrol over dagliglivet.

Vi ser også forholdsvis markante fald inden for domæner, som mere direkte kan knyttes til hjemmehjælpens kerneopgaver, fx 'personlig pleje' og 'bolig', som begge er faldet med 0,06 point fra 2012 til 2022.

²⁰ Vi har udeladt 2017-scorene for at gøre figuren mere overskuelig. Disse ligger dog i alle tilfælde mellem niveauet i 2012 og 2022.

²¹ Den primære dataindsamling fandt sted fra august-december 2022, jf. kapitel 7. Alle restriktioner som følge af covid-19 udløb d. 31. januar 2022 (<https://sum.dk/nyheder/2022/januar/alle-restriktioner-udloeber-31-januar>).

Figur 3.2 Omsorgsrelateret livskvalitet per domæne, 2012 og 2022



Anm.: Med propensity score vægtning. ASCOT målet for de enkelte domæner er ikke præference-vægtet (går fra 0 til 1). Der er foretaget signifikanstest med 2022 som referenceår. Antal observationer er mindst 617 (2012) hhv. 352 (2022).

Note: *** Signifikant på et 0,1 procentsniveau, ** Signifikant på et 1 procentsniveau, * Signifikant på et 5 procentsniveau.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Ældredatabasen 2012 og 2022.

4 Ressourcer og omsorgsrelateret livskvalitet

I dette afsnit undersøger vi sammenhængen mellem omsorgsrelateret livskvalitet, målt ved ASCOT-score, og ressourcer. Som i Figur 3.1 præsenterer vi resultaterne som prædikteret ASCOT-score. Den prædikterede score er beregnet på baggrund af regressionsmodeller, hvor vi har kontrolleret for hjemmehjælpsmodtagernes køn, alder, uddannelse og funktionsevne. Som i kapitel 2 undersøger vi betydningen af sociale, økonomiske og funktionsevnerelaterede ressourcer.

Vi undersøger først betydningen af ældres sociale, økonomiske og funktionsevnerelaterede ressourcer for deres samlede omsorgsrelaterede livskvalitet (målt ved samlet ASCOT-score). Derefter undersøger vi, om ressourcerne har betydning for de enkelte livskvalitetsdomæner, som indgår i ASCOT.

Vi har undersøgt sammenhængen mellem samtlige seks ressourcer (samboende, børn, hyppig kontakt til venner, god økonomi, ejerbolig og få funktionsnedsættelser) og hvert enkelt af de otte domæner. For at sikre rapportens læsevenlighed viser vi kun resultaterne for de domæner, hvor de enkelte ressourcer havde statistisk signifikant betydning for livskvaliteten i 2022.

Overordnet set finder vi, at det primært er månedlig kontakt til venner, få funktionsnedsættelser og god selv vurderet økonomi, der har betydning for livskvaliteten – i alt såvel som inden for de enkelte domæner. Især det at have forholdsvis få funktionsnedsættelser har positiv betydning for livskvaliteten. Dette resultat viser, at den fysiske funktionsevne (dvs. det, at man i forholdsvis høj grad kan klare sig selv) har stor betydning for hjemmehjælpsmodtagers livskvalitet.

4.1 Sociale ressourcer og omsorgsrelateret livskvalitet

Vi undersøger i dette kapitel betydningen af sociale ressourcer for den omsorgsrelaterede livskvalitet. Vi ser som tidligere på tre former af sociale ressourcer: at være samboende, at have børn samt at være sammen med venner på mindst månedlig basis. Børn, ægtefælle og venner kan bidrage til den omsorgsrelaterede livskvalitet ved at hjælpe med praktiske opgaver, herunder vedligeholdelse af boligen eller indkøb og tilberedning af mad og drikke. Udover at bidrage til praktiske opgaver kan en partner, børn eller venner bidrage

til livskvaliteten inden for domæner som fx social kontakt, aktiviteter og kontrol over dagliglivet.

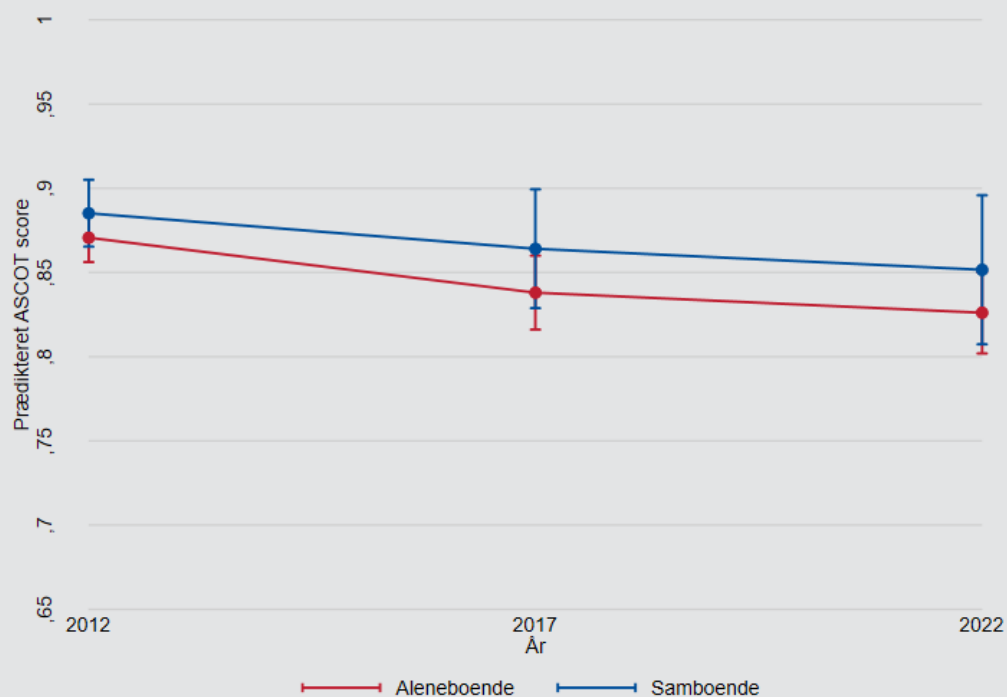
Vi så i afsnit 2.4, at ældre, der er samboende eller har børn, har lavere sandsynlighed for at modtage hjemmehjælp end ældre, der er aleneboende hhv. ikke har børn (selvom resultaterne i forhold til børn ikke var statistisk signifikante). Som vi så i kapitel 2, er andelen af ældre, der modtager hjemmehjælp, faldet fra 2012 og frem til 2022. En nylig undersøgelse peger endvidere på, at ældre, der modtager hjemmehjælp, i gennemsnit modtager færre timer hjemmehjælp om ugen i 2022 sammenlignet med i 2012 (Foged & Houlberg, 2023). Denne udvikling kan hænge sammen med, at kommunerne løbende har ændret deres visitations- og tildelingspraksis, et stigende fokus på rehabilitering og øget brug af velfærdsteknologiske løsninger. Det faldende antal hjemmehjælpstimer kan dog betyde, at en ægtefælle/samlever (eller børn) i stigende grad har overtaget en del af de opgaver, som traditionelt er blevet varetaget af hjemmeplejen. Det er dermed muligt, at det sociale netværks betydning for livskvaliteten er steget.

Resultaterne giver dog ingen indikationer på, at dette skulle være tilfældet. Figur 4.1 og Figur 4.2 viser, at det at være samboende (som oftest er det med en ægtefælle eller samlever), eller at have børn, ingen betydning har for den omsorgsrelaterede livskvalitet. Vi finder således ingen signifikante forskelle i den prædikterede ASCOT-score mellem ældre, der har hhv. ikke har en sambo eller børn.²²

²² Ældredatabasen indeholder også et spørgsmål vedrørende, hvornår man senest har set sine børn (spørgsmålet bliver kun stillet til ældre, der har ikke-hjemmeboende børn). Der er ingen forskelle i den omsorgsrelaterede livskvalitet mellem ældre, der senest har set sine børn inden for den seneste uge og øvrige ældre.

Figur 4.1 Omsorgsrelateret livskvalitet og samboskab

Prædikeret ASCOT score, særskilt for ældre, der har hhv. ikke har en sambo. 2012, 2017 og 2022. Med 95 procents konfidensintervaller.

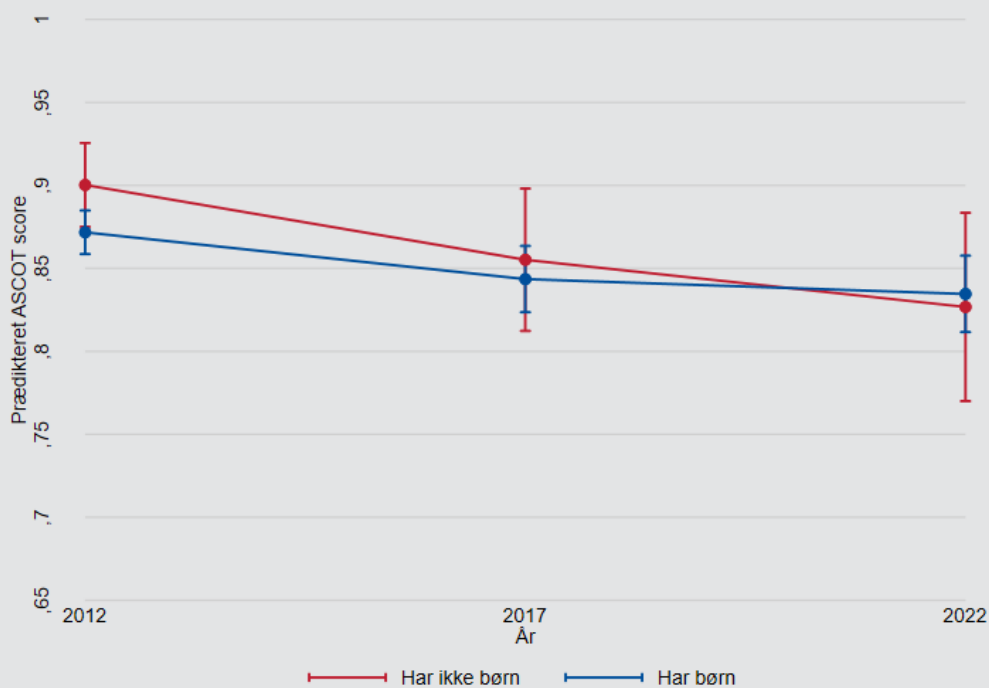


Anm.: Med kontrol for køn, aldersgruppe, uddannelse og antal funktionsnedsættelser.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Ældredata-basen 2012, 2017 og 2022 og Uddannelsesregistret.

Figur 4.2 Omsorgsrelateret livskvalitet og børn

Prædikeret ASCOT score, særskilt for ældre, der har hhv. ikke har børn. 2012, 2017 og 2022. Med 95 procents konfidensintervaller.



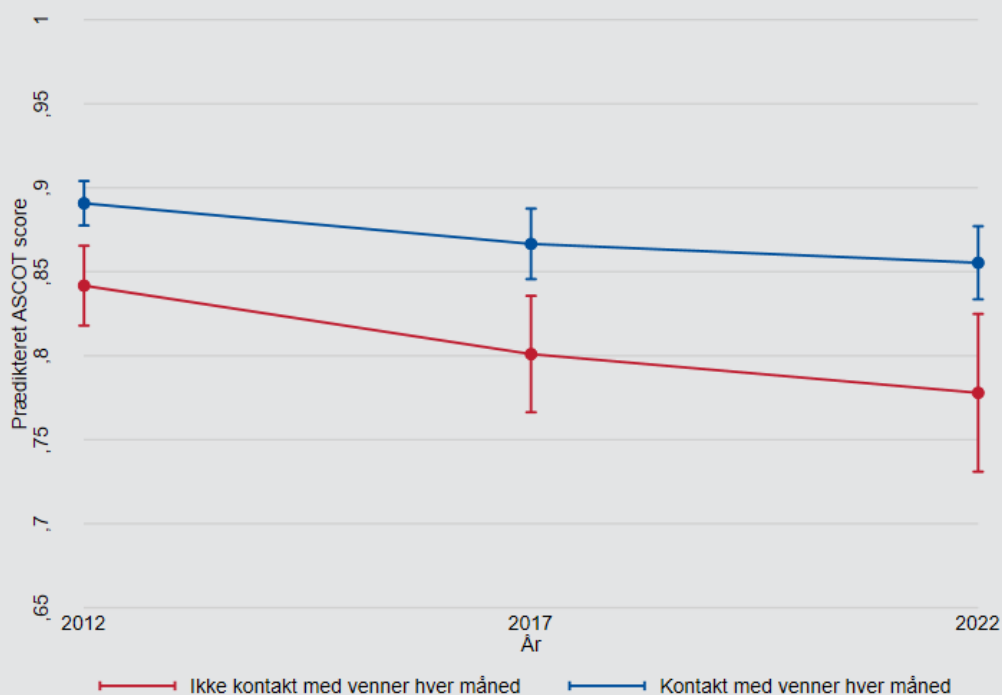
Anm.: Med kontrol for køn, aldersgruppe, uddannelse og antal funktionsnedsættelser.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Ældredatabasen 2012, 2017 og 2022 og Uddannelsesregistret.

Ser vi til gengæld på kontakt til venner (Figur 4.3), finder vi, at ældre, der er sammen med deres venner på mindst månedlig basis, har en signifikant højere omsorgsrelateret livskvalitet end ældre, der har sjældnere kontakt til deres venner (eller ingen venner har). Der er en tendens til, at kontakt til venner får større betydning henover perioden – dvs. at forskellen i omsorgsrelateret livskvalitet mellem ældre, der har hhv. ikke har hyppig kontakt til venner, vokser fra 2012 til 2022. Tidligere undersøgelser på baggrund af Ældredatabasen har vist, at ældre sjældent modtager praktisk hjælp fra deres venner (Amilon et al., 2021). Når kontakt til venner har en positiv betydning for livskvaliteten, skyldes dette derfor sandsynligvis, at hyppig kontakt til venner bidrager positivt til ældres sociale situation og mere generelle trivsel.

Figur 4.3 Omsorgsrelateret livskvalitet og kontakt til venner

Prædikeret ASCOT score, særskilt for ældre, der har hhv. ikke har kontakt til venner hver måned. 2012, 2017 og 2022. Med 95 procents konfidensintervaller.



Anm.: Med kontrol for køn, aldersgruppe, uddannelse og antal funktionsnedsættelser.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Ældredatabasen 2012, 2017 og 2022 og Uddannelsesregistret.

4.1.1 Sociale ressourcer og livskvalitet per domæne

I dette afsnit undersøger vi betydningen af sociale ressourcer for livskvaliteten inden for hver af de otte ASCOT-domæner. Vi har undersøgt betydningen af samtlige sociale ressourcer (at være samboende, at have børn samt at have hyppig kontakt til venner). Det er dog kun hyppig kontakt til venner, der har signifikant positiv betydning for livskvaliteten inden for enkeltdomænerne, og derfor viser vi kun, hvordan denne ressource hænger sammen med livskvaliteten. Som vist i Tabel 4.1 er der en positiv sammenhæng mellem hyppig kontakt til venner og den omsorgsrelaterede livskvalitet inden for domænerne 'kontrol over dagliglivet', 'mad og drikke', 'social kontakt', 'aktiviteter' og 'værdighed'. Den positive sammenhæng mellem hyppig kontakt til venner og hhv. social kontakt, aktiviteter og oplevelsen af at have kontrol over dagliglivet er ikke overraskende. Det er imidlertid svært at forklare sammenhængen med domænerne 'værdighed' (som omhandler, om hjælpen bliver leveret på en værdig

måde) samt 'mad og drikke'. Det er dog muligt, at hyppig kontakt til venner hænger sammen med andre forhold hos den ældre, fx kognitiv funktionsevne, som også påvirker livskvaliteten, og som vi ikke har mulighed for at tage højde for i vores analyser.

Tabel 4.1 Positiv sammenhæng mellem månedlig kontakt med venner og livskvalitet per domæne

Domæne – ASCOT	2012	2017	2022
Kontrol over dagliglivet		**	*
Mad og drikke			*
Social kontakt	***	***	***
Aktiviteter			*
Værdighed	*	*	*

Anm.: Tabellen viser de livskvalitetsdomæner, hvor ældre med månedlig kontakt til venner har signifikant højere livskvalitet end ældre med mere sjælden kontakt til venner, når der kontrolleres for køn, aldersgruppe, uddannelse og funktionsnedsættelser. Der er foretaget signifikanstest, som tester, om forskellen mellem ældre med og uden hyppig kontakt med venner er statistisk signifikant. Kun domæner, hvor forskellen i 2022 var statistisk signifikant er medtaget i tabellen. Antal observationer = 1.305-1.377.

Note: * p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Ældredatabasen 2012, 2017 og 2022 og Uddannelsesregistret.

4.2 Økonomiske ressourcer og omsorgsrelateret livskvalitet

I dette afsnit undersøger vi sammenhængen mellem økonomiske ressourcer og omsorgsrelateret livskvalitet blandt hjemmehjælpsmodtagere. Vi undersøger, om god selv vurderet økonomi, samt at bo i ejerbolig, hænger sammen med den omsorgsrelaterede livskvalitet. Ældre, der enten selv oplever, at den økonomiske situation er god, og/eller som bor i ejerbolig, kan forventes at have højere indkomst og/eller formue end ældre, der mangler disse ressourcer. Ældre med økonomiske ressourcer har potentielt mulighed for at tilkøbe plejeydelser fra private leverandører, hvilket kan bidrage positivt til den omsorgsrelaterede livskvalitet.

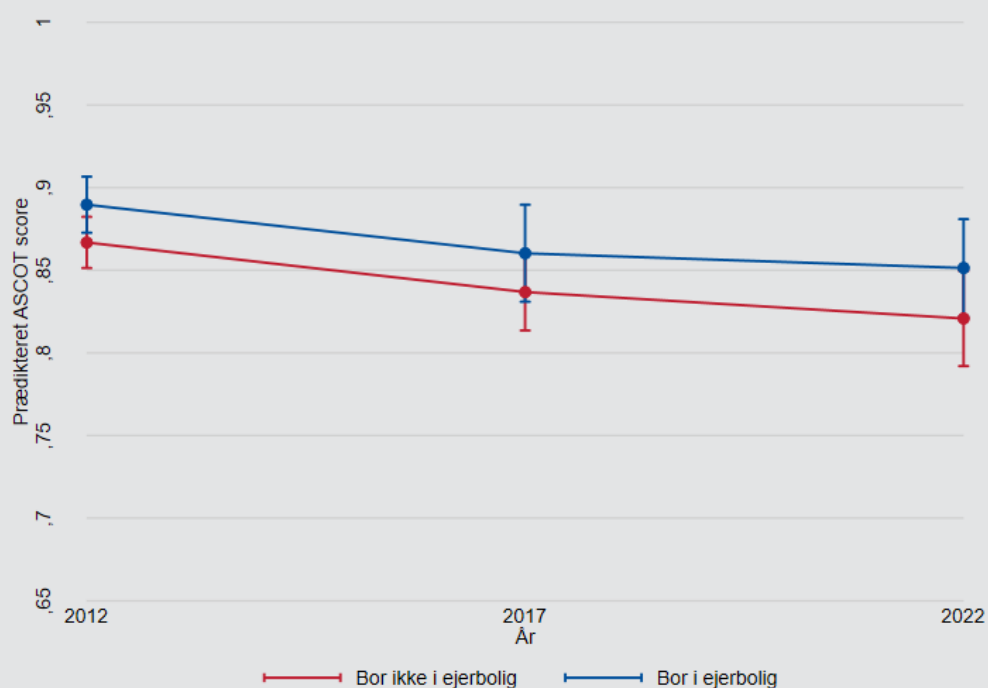
En nylig undersøgelse har vist, at 14 pct. af ældre i aldersgruppen 50-89 år selv betaler for praktisk hjælp og 4 pct. for personlig pleje, og andelen er steget over tid (Ældre Sagen, 2023). Selvom spørgsmålene om tilkøbt hjælp er stillet til alle ældre (dvs. ikke kun til hjemmehjælpsmodtagere), er resultaterne stærkt aldersafhængige. Således betaler 27 pct. af de ældre i den ældste aldersgruppen (85-89 år) for praktisk hjælp, mens 8 pct. betaler for personlig pleje. Resultaterne indikerer således, at stigende andele af ældre benytter sig

af selvbetalt hjælp – eventuelt som et supplement til den hjælp, som de er blevet visiteret til af kommunen.

Figur 4.4 viser sammenhængen mellem boligtype (at bo i ejerbolig eller ej) og ASCOT-score. Det fremgår, at der ikke er signifikante forskelle i omsorgsrelateret livskvalitet mellem ældre, der bor i ejerbolig, og ældre, der bor i andre typer af bolig, fx leje eller andelsbolig. At eje sin egen bolig har dermed ikke en signifikant betydning for den samlede omsorgsrelaterede livskvalitet.

Figur 4.4 Omsorgsrelateret livskvalitet og boligform

Prædikeret ASCOT score, særskilt for ældre, der bor hhv. ikke bor i ejerbolig. 2012, 2017 og 2022. Med 95 procents konfidensintervaller



Anm.: Med kontrol for køn, aldersgruppe, uddannelse og antal funktionsnedsættelser.

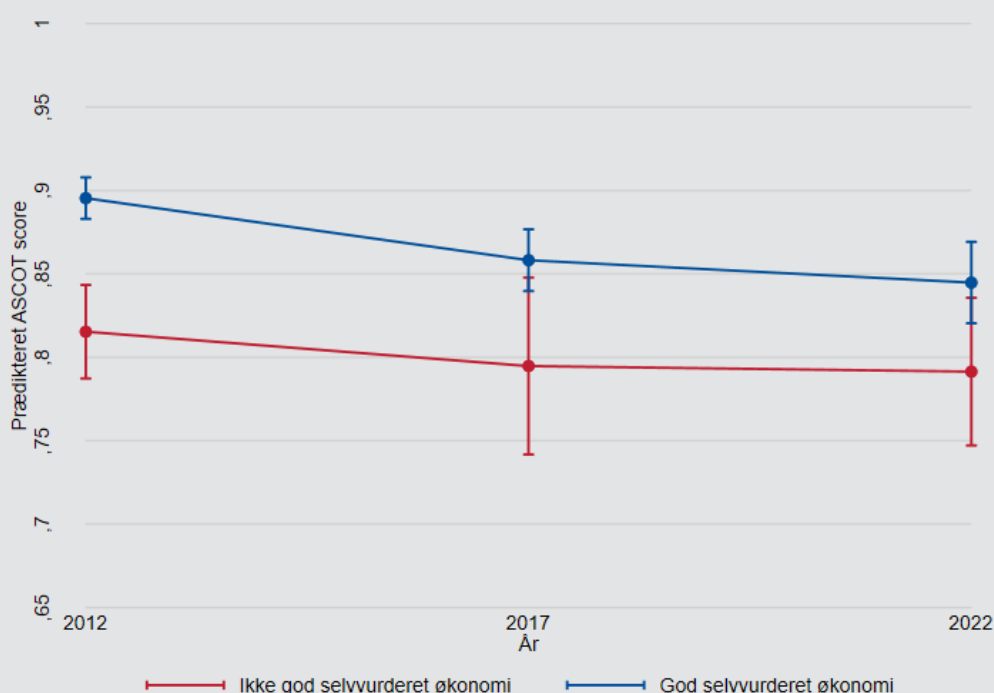
Kilde: Egne beregninger på baggrund af Ældredatabasen 2012, 2017 og 2022 og Uddannelsesregistret.

I Figur 4.5 undersøger vi sammenhængen mellem selv vurderet økonomi og omsorgsrelateret livskvalitet. Vi sammenligner hjemmehjælpsmodtagere med 'god økonomi' (dvs. ældre, der synes, at deres økonomiske situation er 'meget god' eller 'god') og hjemmehjælpsmodtagere med 'ikke god økonomi' (dvs. ældre, der synes, at deres økonomiske situation er 'nogenlunde', 'dårlig' eller 'meget dårlig', jf. Bilag 2). Figuren viser, at ældre, der oplever at have en god

økonomi, har en bedre omsorgsrelateret livskvalitet end ældre, der ikke på tilsvarende vis oplever, at deres økonomi er god. Selvom der er en tendens til, at forskellen mellem de to grupper falder over tid – dvs. at betydningen af økonomi er faldende for de ældres omsorgsrelaterede livskvalitet – er der fortsat en statistisk signifikant forskel mellem grupperne i hele perioden.

Figur 4.5 Omsorgsrelateret livskvalitet og selv vurderet økonomisk situation

Prædikeret ASCOT score, særligt for ældre, der har hhv. ikke har god økonomi. 2012, 2017 og 2022. Med 95 procents konfidensintervaller



Anm.: Med kontrol for køn, aldersgruppe, uddannelse og antal funktionsnedsættelser.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Ældredatabasen 2012, 2017 og 2022 og Uddannelsesregistret.

4.2.1 Økonomiske ressourcer og livskvalitet per domæne

Dette afsnit har fokus på betydningen af økonomiske ressourcer for livskvaliteten inden for hver af de otte ASCOT-domæner. Som tidligere har vi undersøgt betydningen af dels god selv vurderet økonomi, dels at bo i ejerbolig. Det er dog kun god økonomi, der har signifikant positiv betydning for livskvaliteten inden for enkeltdomænerne, og derfor viser vi kun resultaterne for denne ressource her.

Det fremgår af Tabel 4.2, at der er en positiv sammenhæng mellem god økonomi og livskvalitet inden for domænerne 'personlig pleje', 'tryghed', 'boligen' og 'værdighed'. Ældre med god økonomi har mulighed for at tilkøbe supplerende ydelser, som fx ekstra rengøring eller ekstra bad – især hvis de vælger en privat leverandør af hjemmepleje. Resultaterne i forhold til disse domæner kan dermed skyldes, at ældre med god økonomi i højere grad end ældre med mindre god økonomi tilkøber supplerende plejeydelser. Resultaterne i forhold til værdighed og tryghed er sværere at forklare, men kan eventuelt hænge sammen med tættere kontakt med plejepersonalet blandt dem, der tilkøber hjælp, hvilket eventuelt kan medføre en oplevelse af øget tryghed og værdighed.

Tabel 4.2 Positiv sammenhæng mellem god økonomi og livskvalitet per domæne

Domæne – ASCOT	2012	2017	2022
Personlig pleje	*		*
Tryghed	***		*
Boligen	***	**	***
Værdighed	**		*

Anm.: Tabellen viser de livskvalitetsdomæner, hvor ældre med god økonomi har signifikant højere livskvalitet end ældre med mindre god økonomi, når der kontrolleres for køn, aldersgruppe, uddannelse og funktionsnedsættelser. Der er foretaget signifikanstest, som tester, om forskellen mellem ældre med og uden god økonomi er statistisk signifikant. Kun domæner, hvor forskellen i 2022 var statistisk signifikant, er medtaget i tabellen. Antal observationer = 1.275-1.352.

Note: * p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Ældredatabasen 2012, 2017 og 2022 og Uddannelsesregistret.

4.3 Funktionsevnerelaterede ressourcer og omsorgsrelateret livskvalitet

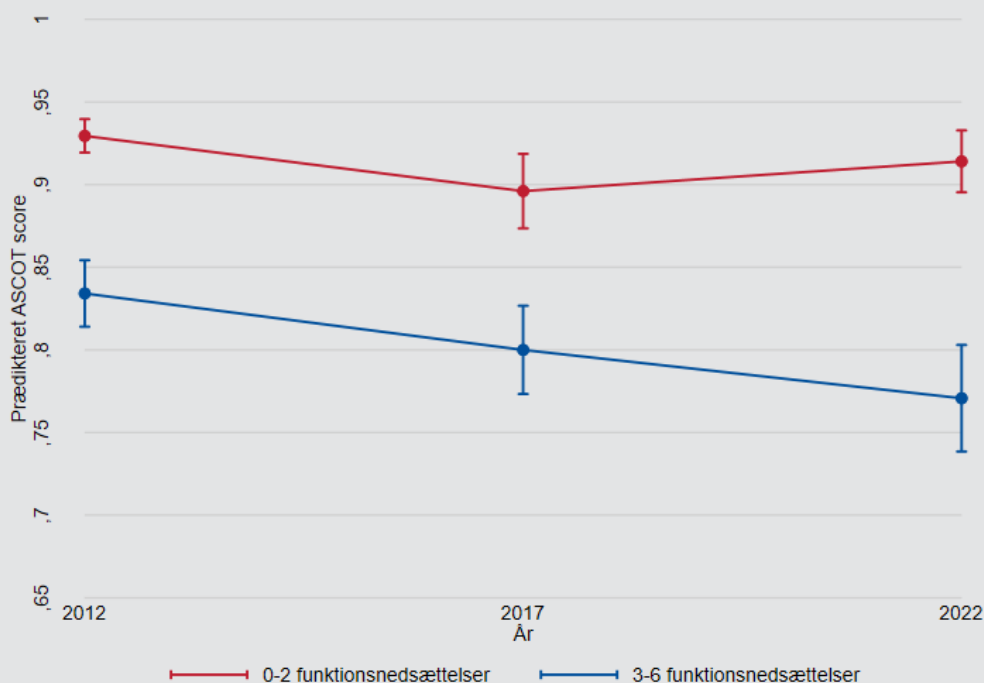
Vi undersøger i dette afsnit sammenhængen mellem funktionsevnerelaterede ressourcer og omsorgsrelateret livskvalitet. Vi sammenligner her hjemme-hjælpsmodtagere med hhv. få funktionsnedsættelser (0-2) og omfattende funktionsnedsættelser (3-6) (se Bilag 2 for en nærmere beskrivelse).²³ Som det fremgår af Figur 4.6, har ældre med få funktionsnedsættelser en signifikant højere omsorgsrelateret livskvalitet i hele perioden. Derudover er der en

²³ Funktionsevne, målt som antal funktionsnedsættelser, indgår som kontrolvariabel i øvrige analyser i dette afsnit.

tendens til, at antallet af funktionsnedsættelser har en stigende betydning for livskvaliteten over tid.²⁴

Figur 4.6 Omsorgsrelateret livskvalitet og funktionsnedsættelser

Prædikeret ASCOT score, særskilt for ældre med 0-2 hhv. 3-6 funktionsnedsættelser. 2012, 2017 og 2022. Med 95 procents konfidensintervaller



Anm.: Med kontrol for køn, aldersgruppe og uddannelse.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Ældredatabasen 2012, 2017 og 2022 og Uddannelsesregistret.

4.3.1 Funktionsevnerelaterede ressourcer og livskvalitet per domæne

Afslutningsvis undersøger vi sammenhængen mellem funktionsevnerelaterede ressourcer og livskvalitet per domæne. Vi har undersøgt forskelle mellem hjemmehjælpsmodtagere med hhv. 0-2 hhv. 3-6 fysiske funktionsnedsættelser. Resultaterne fremgår af Tabel 4.3 og viser, at ældre med forholdsvis få fysiske funktionsnedsættelser har signifikant højere livskvalitet end ældre med forholdsvis mange fysiske funktionsnedsættelser – for alle livskvalitetsdomæner

²⁴ Vi har undersøgt, om der er sket ændringer i det gennemsnitlige antal af funktionsnedsættelser blandt hjemmehjælpsmodtagere med hhv. 0-2 og 3-6 funktionsnedsættelser (ej vist). Resultaterne viser, at der *ikke* er sket ændringer i perioden. Resultaterne i Figur 4.6 kan således ikke skyldes ændringer i funktionsevne inden for gruppen med hhv. 0-2 og 3-6 funktionsnedsættelser.

og i alle analyseår. Figuren indikerer dermed, at det at have forholdsvis få funktionsnedsættelser, og dermed at kunne klare sig selv i forholdsvis høj grad, har helt afgørende betydning for livskvaliteten.

Tabel 4.3 Positiv sammenhæng mellem få fysiske funktionsnedsættelser og livskvalitet per domæne

Domæne – ASCOT	2012	2017	2022
Kontrol over dagliglivet	***	***	****
Personlig pleje	***	**	***
Mad og drikke	***	***	***
Tryghed	***	**	***
Social kontakt	***	***	***
Aktiviteter	***	***	***
Boligen	***	***	***
Værdighed	***	***	***

Anm.: Tabellen viser de livskvalitetsdomæner, hvor ældre med få (0-2) fysiske funktionsnedsættelser har signifikant højere livskvalitet end ældre med mange (3-6) fysiske funktionsnedsættelser, når der kontrolleres for køn, aldersgruppe og uddannelse. Der er foretaget signifikantest, som tester, om forskellen mellem ældre med 0-2 hhv. 3-6 funktionsnedsættelser er statistisk signifikant. Kun domæner, hvor forskellen i 2022 var statistisk signifikant, er medtaget i tabellen. Antal observationer = 1.322-1.401.

Note: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Ældredatabasen 2012, 2017 og 2022 og Uddannelsesregistret.

5 Konklusion

Denne rapport har vist, at sandsynligheden for at modtage hjemmehjælp er faldet markant i perioden 2012-2022, også når man kontrollerer for forskelle i forhold til de ældres alder, køn, uddannelsesniveau og funktionsevne. Især er sandsynligheden for at modtage personlig pleje faldet, samtidig med at vi ser, at ældre, der hhv. ikke modtager hjemmehjælp eller modtager udelukkende praktisk hjælp, er blevet svagere (har fået dårligere helbred og flere funktionsnedsættelser). Resultaterne peger på, at der er sket ændringer i tildelingen af hjemmehjælp, således at ældre med mange funktionsnedsættelser i højere grad får praktisk hjælp – eller ingen hjælp – i stedet for personlig pleje i 2022 sammenholdt med 2012. Selvom det ikke kan udelukkes, at der er forhold i ældregruppens sammensætning, som vi ikke fanger i vores analyse, finder vi tydelige tegn på, at kommunerne, i takt med at ældregruppen er vokset, dels har skærpet adgangskravene til hjemmehjælp, dels har skærpet adgangskravene til personlig pleje blandt dem, der får hjemmehjælp. Andelen af ældre, der får personlig pleje, er således faldet i perioden fra 2012 til 2022, selvom antallet af ældre med mange funktionsnedsættelser i befolkningen er vokset.

Parallelt med disse indskrænkninger i tildelingen af hjemmehjælp er den omsorgsrelaterede livskvalitet blandt hjemmehjælpsmodtagerne faldet – såvel i alt som inden for 7 af 8 livskvalitetsdomæner. Det er dog vigtigt at betone, at selvom vi finder et signifikant fald i den omsorgsrelaterede livskvalitet, har de allerfleste hjemmehjælpsmodtagere en meget høj livskvalitet og få upfyldte behov.

Ældres ressourcer – især at være sammen med venner, god økonomi og få funktionsnedsættelser – har positiv betydning for livskvaliteten. Den niveau-forskel i livskvalitet, som vi finder i perioden afhængigt af ressourcer, er dog forholdsvis konstant. Det vil sige, at både ældre med og uden ressourcer oplever et (forholdsvis parallelt) fald i livskvaliteten.

Resultaterne viser, at især det at have forholdsvis få funktionsnedsættelser er afgørende – både for sandsynligheden for at modtage hjemmehjælp og for den omsorgsrelaterede livskvalitet. Resultatet indikerer, at fortsatte satsninger på forebyggelse og rehabilitering er helt centrale både for at reducere andelen af ældre med behov for hjemmehjælp og for at forbedre livskvaliteten blandt hjemmehjælpsmodtagere.

➤ **Dokumentation**

6 Metode

Denne rapport baserer sig på en række deskriptive analyser af ældres baggrundskarakteristika og ressourcer. Vi har fokus på, om der er forskelle på de undersøgte karakteristika og ressourcer, når vi sammenligner ældre, der ikke modtager hjemmehjælp, med ældre, der modtager hhv. udelukkende praktisk hjælp eller personlig pleje (udelukkende personlig pleje eller i kombination med praktisk hjælp). Vi tester, om der er sket en udvikling over tid (fra hhv. 2012/2017 til 2022) inden for de tre grupper med Chi²-test (ved fordelinger) eller Wald-test (ved gennemsnit).

Analyserne baserer sig primært på spørgeskemadata fra Ældredatabasen (jf. kapitel 7). Da det ikke er helt tilfældigt, hvem der deltager i spørgeskemaundersøgelser, fx er mænd og personer med lavt uddannelsesniveau mindre tilbøjelige til at svare (Rostgaard et al., 2020), benytter vi propensity score vægte udvalgte steder i rapporten med henblik på at sikre datagrundlagets repræsentativitet i forhold til alder, køn og uddannelsesniveau (Li et al., 2018). Hvis der er benyttet vægtning, vil det stå i noten under tabellen eller figuren.

Derudover anvender vi regressionsanalyse,²⁵ estimeret ved mindste kvadraters metode (OLS), for at undersøge 1) hvordan ressourcer hænger sammen med sandsynligheden for at modtage hjemmehjælp²⁶ og 2) omsorgsrelateret livskvalitet. Med regressionsmodeller er det muligt at undersøge specifikke sammenhænge, mens man samtidig kontrollerer for baggrundskarakteristika, som kan påvirke den sammenhæng, man er interesseret i at undersøge. Vi kontrollerer for alder, køn, uddannelsesniveau og funktionsevne. Det kan dog ikke udelukkes, at andre forhold, herunder uobserverbare forhold som fx ældres forventninger og præferencer, kan have betydning for resultaterne. Derudover fanger vores mål for funktionsevne fysiske funktionsnedsættelser.²⁷ Det er dog sandsynligt, at ældres kognitive og sociale funktionsevne også har betydning, såvel for sandsynligheden for at modtage hjemmehjælp som for livskvaliteten. På baggrund af regressionsmodellerne kan vi dermed ikke udtale os om kausalitet, men resultaterne viser, om der er en statistisk signifikant

²⁵ Vi benytter os af klyngerobuste standardfejl i analyserne, idet en del respondenter indgår i datagrundlaget med flere observationer, fordi de er blevet interviewet i mere end én runde af Ældredatabasen.

²⁶ Når vi ser på sammenhænge mellem ressourcer og sandsynligheden for at modtage hjemmehjælp (som har to mulige udfald: enten modtager man hjemmehjælp eller ej), benytter vi lineære sandsynlighedsmodeller. Vi bruger denne metode, fordi den muliggør sammenligning af koefficienter på tværs af modeller, såvel som en intuitiv fortolkning af estimaterne (Mood, 2010).

²⁷ Målet baserer sig på seks spørgsmål: Har du normalt besvær med at 1) Klippe tånegle? 2) Gå på trapper? 3) Gå udendørs? 4) Gå omkring i hjemmet? 5) Komme i eller ud af sengen? 6) Gå på toilettet? Respondenter, der svarer 'Kan ikke uden hjælp' eller 'Kan alene dog med besvær' formodes at have en funktionsnedsættelse inden for det pågældende område.

sammenhæng mellem ressourcer og hjemmehjælp hhv. omsorgsrelateret livskvalitet, når vi kontrollerer for de valgte baggrundskarakteristika.

Vi præsenterer resultaterne af regressionsanalyserne som prædikterede sandsynligheder for hhv. at modtage hjemmehjælp (praktisk hjælp eller personlig pleje) og prædikteret ASCOT-score for ældre, der har – eller ikke har – de undersøgte ressourcer, mens vi kontrollerer for deres baggrundskarakteristika.²⁸

Vi præsenterer pointestimer (prædiktioner) samt 95 procents konfidensintervaller i figurerne. Konfidensintervallerne fortolkes generelt som det interval, som den sande værdi i befolkningen med 95 procents sandsynlighed ligger inden for. Når vi undersøger forskellen mellem to prædiktioner (fx den prædikterede ASCOT-score for ældre med hhv. uden en bestemt ressource), giver konfidensintervallerne en indikation på, om der er signifikante forskelle mellem de to grupper. Hvis konfidensintervallerne for de to grupper ikke overlapper, er der en signifikant forskel mellem grupperne. Hvis konfidensintervallet for den ene gruppe overlapper prædiktionen for den anden gruppe, er forskellen mellem grupperne ikke statistisk signifikant. Hvis konfidensintervallerne overlapper uden at overlape den prædikterede værdi, kan man ikke udlede fra figuren, om forskellen er statistisk signifikant eller ej. I disse tilfælde har vi foretaget supplerende signifikanstest, som vi afrapporterer i brødteksten, der knytter sig til den pågældende figur.

²⁸ Vi benytter STATA-kommandoerne "margins" og "marginsplot" til disse analyser.

7 Data

Rapporten baserer sig på spørgeskemadata fra de seneste tre runder af Ældrebasen (gennemført i 2012, 2017 og 2022). Ældrebasen er en forløbsundersøgelse for et repræsentativt udsnit af den danske befolkning, som er 52 år eller ældre (Kjær et al., 2019). Den første bølge af ældrebasen (gennemført i 1997) inkluderede hver femte årgang mellem 52 og 77 år. I hver ny bølge er en ny årgang af 52-årige blevet tilføjet, samtidig med at de tidligere respondenter er blevet 5 år ældre.²⁹ Den seneste bølge af Ældrebasen, gennemført i perioden august 2022-maj 2023³⁰, indeholder således 11 årgange mellem 52 og 102 år.

I analyserne inddrager vi ældre, der er 67 år eller derover. Vi vælger ikke at inkludere de 52-62-årige, da det er en forholdsvis lille gruppe af borgere under 67 år, der modtager hjemmehjælp. Det betyder, at datagrundlaget for rapporten er ældre mellem 67-92 år i 2012 hhv. mellem 67-97 år i 2017 og 2022.³¹ Vi har valgt at beholde de 97-årige i analyserne, selvom dette medfører en aldersmæssig forskydning af analysestikprøven over tid, primært fordi befolkningen i gennemsnit er blevet ældre i perioden 2012-2022 (jf. afsnit 1.1). Hvis vi havde fjernet de 97-årige fra analyserne, havde datagrundlaget ikke afspejlet denne generelle stigning i gennemsnitsalder i befolkningen. Idet der er forholdsvis få 97-årige i datamaterialet har det dog ingen betydning for rapportens overordnede konklusioner, om de indgår i analyserne eller ej.

Datakvaliteten i Ældrebasen vurderes generelt til at være høj, og samtidig er der generelt en høj svarprocent (Kjær et al., 2016; Kjær et al., 2019). Det skal dog pointeres, at svarprocenten i Ældrebasen er faldet betragteligt over de senere år, fra 74,7 pct. i 2012 over 67,3 pct. i 2017 til 45,5 pct. i 2022 (Siren and Larsen, 2018; Larsen and Mikkelsen, 2023). Dette afspejler dels, at respondenterne i Ældrebasen er blevet ældre, dels en generel mindre tilbøjelighed til at deltage i spørgeskemaundersøgelser, der kan hænge sammen med såkaldt "spørgeskema-træthed" (*Survey fatigue*) (Field, 2020).

På grund af det relativt store, og voksende, bortfald anvender vi propensity score vægte udvalgte steder i rapporten samt regressionsanalyser (jf. afsnit 6 for en mere dybdegående beskrivelse af analysemetoden).

²⁹ Ud over de ældre, der har deltaget i den forudgående bølge, bliver nye respondenter inviteret til undersøgelsen i hver ny bølge for at tage højde for bortfald.

³⁰ Den primære dataindsamling fandt sted i perioden august-december 2022. Der gennemførtes besøgssamtaler fra februar-maj 2023. Det var dog muligt at besvare det webbaserede spørgeskema i hele perioden.

³¹ 2022-data indeholder enkelte besvarelser fra 102-årige. For at undgå at få respondenter får en uforholdsmæssigt stor vægt i analyserne, har vi valgt at udelade dem fra datagrundlaget.

Ældredatabasen bliver gennemført ved en kombination af telefon- og besøgsinterview, hvilket er med til at sikre en højere svarprocent end ellers.³² Besøgsinterviewene er målrettet de ældre, som det ellers er svært at opnå kontakt til, primært de allerældste samt indvandrere. Det må dog antages, at der er et bortfald af de mest fysisk og kognitivt svækkede ældre, der ikke har mulighed for at deltage i en spørgeskemaundersøgelse. Det er dermed sandsynligt, at vi overvurderer livskvaliteten blandt hjemmehjælpsmodtagere i denne undersøgelse, idet de allersvageste ældre – der kan forventes at have den allerlaveste livskvalitet – sandsynligvis ikke indgår i Ældredatabasen.

Ud over spørgeskemadata fra Ældredatabasen inkluderer vi også registerdata fra Danmarks Statistik, herunder oplysninger om visiteret hjemmehjælp i eget hjem og uddannelsesoplysninger.

Visiteret hjemmehjælp i eget hjem

Visiteret hjemmehjælp er hjælp, der ydes i forhold til serviceloven § 83. Hjælpen omfatter personlig pleje, hjælp eller støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet og madservice. Registret for visiteret hjemmehjælp i eget hjem (Danmarks Statistik, 2024a) indeholder variable for henholdsvis 1) visiteret personlig pleje og 2) visiteret praktisk hjælp. Begge variable måles i gennemsnitlig visiteret tid pr. uge i minutter i en given måned. Idet registreringspraksis for især den praktiske hjælp varierer over tid, samt på tværs af kommuner, inddrager vi i denne rapport kun informationer om, hvorvidt personen har modtaget hhv. praktisk hjælp eller personlig pleje i analyseåret (2012, 2017 og 2022).

Uddannelsesoplysninger

Vi bruger oplysninger fra Danmarks Statstiks uddannelsesregister (registret AUDD, Afsluttende uddannelseskode) for at identificere respondenternes højeste gennemførte uddannelse. Vi skelner mellem tre niveauer af uddannelse: grundskole- eller gymnasieuddannelse, erhvervsfaglig uddannelse samt videregående uddannelse. For en del ældre mangler der oplysninger om uddannelse i registret.³³ For disse personer har vi, så langt det har været muligt, brugt selvrapporterede oplysninger om uddannelse fra Ældredatabasen i stedet.

³² I 2022-bølgen har det også været muligt at svare via web samt på en papirudgave af spørgeskemaet.

³³ Danmarks Statistik har opbygget individbaserede uddannelsesregistre siden 1970'erne (Undervisningsministeriet, 1998).

Litteratur

- Albæk, K., Christensen, M.L., Søndebro, K.I. & Amilon, A. (2023). *Det offentlige arbejdsmarked og udviklingen i velfærdsstaten siden 1946*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Amilon, A., Røgeskov, M.L., Poulsen, J.B. & Siren, A. (2021). *Ældre med synstab*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Christensen, K. (2022). Sund aldring. In T.M. Andersen & J.R. Skaksen (Eds.), *Et aldrende Danmark* (pp. 33-45). København: Gyldendal.
- Danmarks Statistik. (2024a). *Ældreserviceindikator – Visiteret hjemmehjælp - eget hjem*. Retrieved December 11, 2023, from <https://www.dst.dk/da/TilSalg/Forskningservice/Dokumentation/hoekvalitetsvariable/aeldreserviceindikator---visiteret-hjemmehjaelp---eget-hjem>
- Danmarks Statistik. (2024b). *Folketal 1. januar*. Retrieved January 25, 2024, from <https://extranet.dst.dk/pyramide/pyramide.htm#!y=2070&a=16,77&g>
- Field, A. (2020). Survey fatigue and the tragedy of the commons: Are we undermining our evaluation practice? *Evaluation Matters—He Take Tō Te Aromatawai*, 6, 1-11.
- Foged, S.K. & Houlberg, K. (2023). *VIVEs kommunetal 2023: Færre hjemmehjælpstimer til ældre, især uden for hovedstadsområdet*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Forder, J.E., Towers, A.-M., Caiels, J., Beadle-Brown, J. & Netten, A. (2008). *Measuring Outcomes in Social Care: Second Interim Report Quality Measurement Framework Project (PSSRU Discussion Paper 2542)*. London: LSE.
- Fridberg, T. (2012). *Præferencestudie af forskellige dimensioner af livskvalitet*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Hansen, L.O.P. (2023). *Besøg i hjemmeplejen*. København: FOA.

- Indenrigs- og Sundhedsministeriet. (2024). *Ufaglært social- og sundhedspersonale på det kommunale ældreområde*. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed.
- Kjær, A.A., Poulsen, M.H. & Siren, A. (2016). *Respons og bortfald i ældredatabasen*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Kjær, A.A., Siren, A., Seestedt, M.H., Fridberg, T. & Casier, F. (2019). Cohort Profile: The Danish Longitudinal Study of Ageing (DLSA). *International Journal of Epidemiology*, 48(4), 1050-1050G.
- Larsen, M. & Jakobsen, V. (2022). *Arbejdskraftmangel og rekrutteringsudfordringer på de store velfærdsområder: Forundersøgelse af eksisterende viden*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Larsen, M. & Mikkelsen, C.H. (2023). *Ældres beskæftigelse og tilbagetrækning*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Li, F., Morgan, K.L. & Zaslavsky, A.M. (2018). Balancing Covariates via Propensity Score Weighting. *Journal of the American Statistical Association*, 113(521), 390-400.
- Mood, C. (2010). Logistic regression: Why we cannot do what we think we can do, and what we can do about it. *European Sociological Review*, 26(1), 67-82.
- Netten, A., Burge, P., Malley, J., Potoglou, D., Towers, A.M., Brazier, J., Flynn, T., Forder, J. & Wall, B. (2012). Outcomes of social care for adults: Developing a preference-weighted measure. *Health Technology Assessment*, 16(16), 1-165.
- PwC. (2021). *Sårbare ældres møde med hjemmeplejen*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Rasmussen, S., Andersen, M.H., Clement, S.L. & Rostgaard, T. (2015). Livskvalitet i senlivet. Hjemmehjælpens betydning for ældres livskvalitet. In P.H. Jensen & T. Rostgaard (Eds.), *Det aldrende samfund: Udfordringer og nye muligheder* (pp. 215-231). København: Frydenlund Academic.
- Rostgaard, T., Andersen, M.H., Clement, S.L. & Rasmussen, S. (2013). *Omsorgsbetinget livskvalitet og hjemmehjælp: En ASCOT undersøgelse*

blandt hjemmehjælpsmodtagere. Analysenotat. Aalborg: Aalborg Universitet.

Rostgaard, T., Andersen, M.H., Clement, S.L. & Rasmussen, S. (2018). Hjemmehjælp bidrager til livskvalitet. *Gerontologi*, 30(1), 20-25.

Rostgaard, T., Brüner, R.N. & Fridberg, T. (2012). *Omsorg og livskvalitet i plejeboligen*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

Rostgaard, T. & Matthiessen, M.U. (2019). *Hjælp til svage ældre*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Rostgaard, T., Matthiessen, U. & Amilon, A. (2020). *Hjemmehjælp og omsorgsrelateret livskvalitet*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Sandberg, M. & Topholm, E.H. (2023). *Evaluering af pulje til faste, tværfaglige og selvstyrende teams i ældreplejen. Midtvejsrapport*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Sen, A. (1993). Capability and Well-being. In M. Nussbaum & A. Sen (Eds.), *The Quality of Life* (pp. 270-293). Oxford: Clarendon Press.

Siren, A. & Larsen, M.R. (2018). *Ældres helbred, funktionsevne og livsstil: Analyser på baggrund af Ældredatabasens 5. bølge samt udviklingen mellem 1. og 5. bølge 1997-2017*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Sundhedsdatastyrelsen. (2022). *Utryghed og manglende sammenhæng blandt hjemmehjælpsmodtager, der oplever skiftende medarbejdere*. København: Sundhedsdatastyrelsen.

Undervisningsministeriet. (1998). *Uddannelsessystemet i tal gennem 150 år: Undervisningsministeriet 1848-1998*. København: Undervisningsministeriet.

Ældre Sagen. (2023). *Alderens mangfoldighed. Fremtidsstudiet 2021: Et studie af livet, forventningerne og ønsker til fremtiden blandt danskere mellem 50 og 89 år*. København: Ældre Sagen.

Bilag 1 Livskvalitet – ASCOT-metoden

ASCOT er et spørgebatteri, der har til formål at måle omsorgsrelateret livskvalitet inden for otte domæner: 'kontrol over dagliglivet', 'personlig pleje og velbefindende', 'mad og drikke', 'tryghed', 'social kontakt', 'aktiviteter', 'boligen' og 'værdighed', jf. Bilagstabel 1.1. Disse domæner baserer sig på forståelsen af, hvad der udgør centrale behovsfunktioner i et menneskes dagligdag uanset alder og funktionsevne. Behovsfunktionerne trækker teoretisk på Amartya Sen's (1993) Capability Approach, hvor målet er at give det enkelte individ handleevner, som gør det muligt for hende/ham at realisere egne værdier og livsplaner (Rasmussen et al., 2015). Domænerne dækker både basale behovsfunktioner, herunder om man som individ får dækket sit behov for føde, at være ren, få tøj på, føle sig tryk mv. samt mere overordnede behovsfunktioner som at have mulighed for at deltage i stimulerende og meningsfulde aktiviteter, at indgå i sociale relationer mv. Antagelsen er, at jo bedre disse behovsfunktioner er dækket, des højere omsorgsrelateret livskvalitet vil man have som individ (Forder et al., 2008).

Bilagstabel 1.1 Oversigt over domænerne for omsorgsrelateret livskvalitet

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

Kilde: (Rostgaard et al., 2020).

ASCOT-metoden baserer sig på subjektive vurderinger af, hvorvidt behov er mødt eller ej inden for hvert af de otte domæner. Med andre ord er det individets vurdering af sin egen situation, der ligger til grund for at definere, om et behov er mødt.

Nedenfor ses en liste over de standardiserede ASCOT-spørgsmål til hver af de otte livskvalitetsdomæner samt de mulige svarkategorier (Rostgaard et al., 2020). Besvarelsene svarer til: 1) tilstanden er ideel, 2) behov er tilstrækkeligt mødt, 3) der er nogle uopfyldte behov, eller 4) der er mange uopfyldte behov. Svarene for de enkelte domæner omsættes til kvantitative værdier, som kan anvendes til at beregne et samlet mål for hjemmehjælpsmodtagernes omsorgsrelaterede livskvalitet (Rasmussen et al., 2015).

Kontrol over dagliglivet

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

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

Personlig pleje og velbefindende

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

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

Mad og drikke

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

1. De får al den mad og drikke, De gerne vil have, og på tidspunkter, der passer Dem
2. De får tilstrækkelig mad og drikke på tidspunkter, der er ok

3. De får ikke altid den mad og drikke, De ønsker, eller får det ikke altid på de rigtige tidspunkter
4. De får slet ikke den mad og drikke, De ønsker, eller får det slet ikke på de rigtige tidspunkter. De mener, at det kan gå ud over Deres helbred.

Tryghed

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

1. De føler Dem så tryk, som De kunne ønske Dem
2. I almindelighed føler De Dem tilstrækkelig tryk, men ikke så tryk, som De kunne ønske Dem
3. De føler Dem ikke så tryk, som De kunne ønske Dem
4. De føler Dem overhovedet ikke tryk.

Social kontakt

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

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

Aktiviteter

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

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

4. De kan ikke bruge Deres tid til at gøre nogen af de ting, De sætter pris på eller nyder.

Boligen

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

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

Værdighed

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

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

Præferencevægte

En række præferencestudier har vist, at domænerne i ASCOT ikke er lige vigtige. Frem for at anvende en simpel additiv indikator, som antager, at alle otte domæner har samme betydning, benyttes vægtning til beregning af den endelige samlede ASCOT-score. I beregningen af den samlede ASCOT-score anvendes præferencevægte udarbejdet af PSSRU (Personal Social Services Research Unit), som baserer sig på et præferencestudie blandt 500 ældre i alderen 65 år og derover i England (Netten et al., 2012).³⁴ I Bilagstabel 1.2 ses en

³⁴ Der er også gennemført et dansk præferencestudie blandt 65+-årige for at kortlægge, hvilken relativ betydning de enkelte domæner har i en dansk kontekst, og dermed hvilken vægtning hvert domæne skal tillægges for at kunne indgå i et samlet ASCOT-score (Fridberg, 2012). Vægtene er dog ikke

oversigt over vægtene i forhold til de fire svarmuligheder. Angiver en person eksempelvis, at vedkommendes tilstand i forhold til 'mad og drikke' er helt ideel, dvs. ingen uopfyldte behov overhovedet, bliver denne scoret med 0,879. Hvis personen tilsvarende angiver at have nogle uopfyldte behov i forbindelse med personlig pleje, bliver scoren 0,265.

Bilagstabel 1.2 Præferencevægte til beregning af omsorgsrelateret livskvalitet

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

Kilde: Netten et al. (2012).

På den måde vægtes besvarelserne inden for hvert af de otte domæner og kan opsummeres til en samlet værdi, der giver udtryk for en overordnet omsorgsrelateret livskvalitet. Hertil benyttes en endelig vægtning (ASCOT-score = $(0,203 \times \text{vægtet score}) - 0,466$). Den højeste samlede ASCOT-score er 1, og den laveste er -0,17. Med andre ord kan en ASCOT-score være negativ. Teoretisk tænkes en negativ værdi at angive en så dårlig livskvalitet, at man er bedre stillet, hvis man er død. I praksis er der som oftest kun meget få respondenter, der har negative værdier (Rostgaard et al., 2020).

Når vi ser på domænerne enkeltvis i analyserne, benytter vi ikke ovenstående præferencevægte. Det er således kun i beregningen af den samlede ASCOT-score, at præferencevægtene benyttes i udregningen.

anvendt i tidligere danske studier af ASCOT og benyttes heller ikke i denne undersøgelse. Det skyldes, at der i forbindelse med udarbejdelsen af de danske vægte opstod metodiske udfordringer i oversættelsen af spørgsmål fra engelsk til dansk. Det skal dog nævnes, at de danske præferencevægte i store træk svarer til de engelske. 'Kontrol over dagliglivet' blev i det engelske studie vægtet som det vigtigste domæne, og i det danske studie vægter kontrol ligeledes højt. I det danske studie vægtes 'aktivitets'-domænet, dvs. at man kan bruge sin tid, som man har lyst til, højest. Begge domæner ligger dog meget tæt på hinanden i begge studier.

Bilag 2 Operationalisering af ressourcer

Bilagsboks 2.1 Operationalisering af ressourcer I

Sociale ressourcer:

Om man har børn:

2012: Baseret på 'ja' til spørgsmålet: *Har du nogen egne børn, som du ikke bor sammen med?*

2017 og 2022: Baseret på, at man har svaret 1 eller flere til spørgsmålet: *Hvor mange egne børn har du?*

Samboende

Baseret på spørgsmålet: *Bor du alene?*

Med svarkategorierne: 'Ja' og 'Nej'

Samboende: 'Nej'

Aleneboende: 'Ja'

Mødes med venner eller bekendte – månedlig

Baseret på spørgsmålet: *Hvor ofte er du sammen med venner eller bekendte?*

Med svarkategorierne: 1. 'Har ingen', 2. 'Har ikke kontakt', 3. 'En eller flere gange om ugen', 4. 'En eller flere gange om måneden', 5. 'Mindre end en gang om måneden'.

Månedlig kontakt: 3. 'En eller flere gange om ugen' og 4. 'En eller flere gange om måneden'

Ikke månedlig kontakt: 1. 'Har ingen', 2. 'Har ikke kontakt', og 5. 'Mindre end en gang om måneden'.

Økonomiske ressourcer:

God selvvurderet økonomi

Baseret på spørgsmålet: *Hvordan synes du, at din økonomi er i dag?*

Med svarkategorierne: 'Meget dårlig', 'Dårlig', 'Nogenlunde', 'God', 'Meget god'.

God selvvurderet økonomi: 'God' og 'Meget God'

Ikke god selvvurderet økonomi: 'Meget dårlig', 'Dårlig', 'Nogenlunde'

Ejerbolig

Baseret på spørgsmålet: *Bor De i en almindelig ejer-, leje- eller andelsbolig?*

Med svarkategorierne: 'Ejerbolig', 'Andelsbolig', 'Lejebolig', 'Nej'

Ejerbolig: 'Ejerbolig'

Ikke ejerbolig: 'Andelsbolig', 'Lejebolig', 'Nej'

Funktionsevnerelaterede ressourcer:

Funktionsevne

Baseret på seks spørgsmål i forhold til, hvordan man klarer følgende opgaver:

Har du normalt besvær med ...

- *At klippe tånegle?*
- *At gå på trapper?*
- *At gå udendørs?*
- *At gå omkring i hjemmet?*
- *At vaske dig (gå i bad)?*
- *At tage tøj eller sko af og på?*

Svarkategorierne er: 1. 'Kan alene uden besvær', 2. 'Kan alene dog med besvær', 3. 'Kan ikke uden hjælp'.

Besvær med opgave: 2. 'Kan alene dog med besvær' og 3. 'Kan ikke uden hjælp'.

Ikke besvær med opgave: 1. 'Kan alene uden besvær'.

En kumuleret skala (antal funktionsnedsættelser) udregnes på baggrund af de seks spørgsmål, så skalaen går fra 0-6.

VIVÉ