

OMSORG OG LIVSKVALITET I PLEJEBOLIGEN



TINE ROSTGAARD
RIKKE NØHR BRÜNNER
TORBEN FRIDBERG

12:03

OMSORG OG LIVSKVALITET I PLEJEBOLIGEN

TINE ROSTGAARD
RIKKE NØHR BRÜNNER
TORBEN FRIDBERG

KØBENHAVN 2012
SFI – DET NATIONALE FORSKNINGSCENTER FOR VELFÆRD

OMSORG OG LIVSKVALITET I PLEJEBOLIGEN

Afdelingsleder: Kræn Blume Jensen

Afdelingen for socialpolitik og velfærdsydelse

ISSN: 1396-1810

ISBN: 978-87-7119-080-9

e-ISBN: 978-87-7119-081-6

Layout: Hedda Bank

Forsidefoto: Michael Daugaard

Oplag: 300

Tryk: Rosendahls – Schultz Grafisk A/S

© 2012 SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11

1052 København K

Tlf. 33 48 08 00

sfi@sfi.dk

www.sfi.dk

SFI's publikationer kan frit citeres med tydelig angivelse af kilden.

Skrifter, der omtaler, anmelder, henviser til eller gengiver SFI's publikationer, bedes sendt til centret.

INDHOLD

	FORORD	7
	RESUMÉ	9
1	SAMMENFATNING	11
	Ascot-metoden	11
	Individuelle faktorer	12
	Institutionsfaktorer	13
	Omsorgsbetinget livskvalitet	13
	Hvilke faktorer har betydning for beboernes omsorgsbetingede livskvalitet?	15
	Tilgodeser plejen og omsorgen de ældres behov?	16
2	INDLEDNING	19
	Baggrund og problemstilling	19
	Undersøgelsens formål	20

	Livskvalitet som begreb og fænomen	23
	Ældre i plejebolig og deres livskvalitet	24
	Omsorgsbetinget livskvalitet ifølge ASCOT-metoden	26
	Rapportens opbygning	27
3	METODE	29
	Teoretisk udgangspunkt	29
	Omsorgsbetingede livskvalitetsdomæner ifølge ASCOT	30
	Udviklingen af ASCOT	32
	ASCOT-spørgsmål om omsorgsbetinget livskvalitet	32
	Rating	35
	Beregning af endelige ASCOT-scorer	39
	ASCOT i en dansk kontekst	40
	Plejeboliger: udvælgelse og kontakt	41
	Dataindsamling	44
	Empirisk grundlag	46
	Etik	49
4	OBSERVATIONSSTUDIER	51
	Case 1: Gertrud	52
	Case 2: Sofie	56
	Case 3: Ida	60
	Opsamling	62
5	BEBØERNE, PLEJEBOLIGERNE OG MEDARBEJDERNE	65
	Beboerne	65
	Plejemedarbejderne	80
	Opsamling	89

6 OMSORGSBETINGET LIVSKVALITET 93

ASCOT-domænerne	93
Mål for omsorgsbetinget livskvalitet	95
Forventet behov	96
Forbedringskapacitet for livskvalitet	98
Nuværende omsorgsbetinget livskvalitet	99
Livskvalitetsforbedring	101
Samlet mål for omsorgsbetinget livskvalitet	103
Analyse	103
De ældres nuværende omsorgsbetingede livskvalitet	105
Forbedringen i de ældres omsorgsbetingede livskvalitet ved at bo i plejebolig	109
Samlet forbedringspotentiale for ældres omsorgsbetingede livskvalitet i forhold til ikke at bo i plejebolig	111
Opsamling	113

BILAG 117

Bilag 1	Dokumentation for rating inden for de otte domæner	118
Bilag 2	Eksempler på rating	122
Bilag 3	Tabeller og figurer for kønsfordelinger	126
Bilag 4	Bortfaldsanalyse	133
Bilag 5	Det danske præferencestudie	138
Bilag 6	Omkodninger	139

LITTERATUR 141

SFI-RAPPORTER SIDEN 2011 145

FORORD

Denne rapport er bestilt af og udarbejdet til Kommissionen om livskvalitet og selvbestemmelse i plejebolig og plejehjem, som blev nedsat med det formål at undersøge, hvordan man understøtter plejeboligbeboernes livskvalitet og selvbestemmelse.

Rapporten handler om omsorgsbetinget livskvalitet for ældre i plejeboliger og på plejehjem. Via interview og observationer har SFI's forskere undersøgt, hvordan niveauet af omsorgsbetinget livskvalitet er for 300 ældre med den pleje og omsorg, de modtager, og hvordan niveauet af omsorgsbetinget livskvalitet ville være uden pleje og omsorg.

SFI ønsker at takke de mange beboere, ansatte og pårørende til beboere i de i alt 38 plejeboliger, som har deltaget i undersøgelsen, for deres medvirken i interview og observationer. Vi vil også gerne takke professor Ann Netten og forskningsassistenterne Nick Smith og Anne-Marie Towers fra PSSRU (Personal Social Services Research Unit), London School of Economics for deres konsulentbistand. Vi takker ligeledes docent cand.oecon. Eigil Boll Hansen, AKF, for gode og konstruktive kommentarer til rapporten.

København, februar 2012

JØRGEN SØNDERGAARD

RESUMÉ

Denne undersøgelse afdækker, hvorledes selve omsorgsindsatsen i en plejebolig kan bidrage til beboerens livskvalitet. Vi har i undersøgelsen benyttet en i Danmark hidtil uafprøvet metode, ASCOT (Adult Social Care Outcomes Toolkit), til kvantitativt at måle omsorgsbetinget livskvalitet. Undersøgelsen er blevet gennemført i 38 plejeboliger gennem observationer af beboere og interview med beboere, plejemedarbejdere og pårørende.

Omsorgsbetinget livskvalitet operationaliseres i ASCOT-metoden inden for otte såkaldte livskvalitetsdomæner:

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

Undersøgelsen viser, at de fleste beboere uden pleje og omsorg sandsynligvis ville have store uopfyldte behov i det daglige, især i forhold til at

kunne holde deres bolig ren og pæn, hvorimod de i langt højere grad er selvhjulpne, hvad angår domænerne aktiviteter og social kontakt.

Det betyder, at den indsats, der bliver ydet i plejeboligerne, især kan bidrage til at løfte den omsorgsbetingede livskvalitet for beboerne i forhold til at få dækket de mere basale behov, som omfatter boligen, personlig pleje, mad og drikke og tryghed og det at opleve at have kontrol over sin hverdag. Og tilsyneladende lykkes det ude i plejeboligerne at øge beboernes livskvalitet på netop disse områder: Når vi ser på, hvordan beboerne trives med den hjælp, der bliver ydet, er det specielt i forhold til personlig pleje, og i nogen grad også i forhold til boligen og mere generelt værdighed, at deres omsorgsbetingede livskvalitet er høj. En ikke ubetydelig andel af beboerne vurderer dog, at de selv med pleje og omsorg har store uopfyldte behov, hvad angår social kontakt og aktiviteter. Dvs. potentialet for forbedringer er størst på disse to domæner, og det er især her, plejeboligerne kan forbedre indsatsen. Det er også værd at bemærke, at 1 pct. af beboerne har store uopfyldte behov i forhold til domænerne bolig, mad og drikke, tryghed eller kontrol eller værdighed, dvs. at deres behov inden for disse domæner slet ikke bliver dækket.

FORHOLD, DER PÅVIRKER DEN OMSORGSBETINGEDE LIVSKVALITET

Beboerens omsorgsbetingede livskvalitet påvirkes især af beboerens helbred og funktionsevne, men også af, om beboeren får hyppigt besøg. Vi viser i undersøgelsen, at en relativt stor andel af plejemedarbejderne har et dårligt arbejdsmiljø, og at en del mener, at de ikke kan yde god kvalitet i plejen. Især på grund af det lille antal beboere, der indgår fra hvert plejehjem, har vi dog ikke været i stand til at påvise, om der er statistiske sammenhænge mellem beboerens omsorgsbetingede livskvalitet og fx medarbejdernes arbejdsmiljø.

SAMMENFATNING

Beboere i plejeboliger og plejehjem er i sagens natur stærkt afhængige af den pleje og omsorg, som de modtager. De er blevet visiteret til en plejebolig på grund af dårligt helbred og en lav funktionsevne, og dette påvirker sandsynligvis deres livskvalitet. Spørgsmålet er, om plejen og omsorgen i plejeboligen og plejehjemmet kan bidrage til at bevare eller ligefrem øge de ældres livskvalitet. Dette er det bagvedliggende spørgsmål for denne undersøgelse, som afdækker omsorgsbetinget livskvalitet for 300 beboere på plejehjem og i plejeboliger. Vi ser dermed på, hvordan plejen og omsorgen indvirker på den ældres livskvalitet og ikke på livskvalitet som overordnet begreb. Denne tilgang gør det muligt at pege på, hvilke elementer af plejen og omsorgen der formår at løfte beboerens omsorgsbetingede livskvalitet, og på hvilke områder det ikke lykkes.

ASCOT-METODEN

Undersøgelsen benytter en i Danmark hidtil uafprøvet metode til at afdække omsorgsbetinget livskvalitet: ASCOT-metoden (Adult Social Care Outcomes Toolkit). Denne metode kombinerer observationsstudier af den ældres dagligdag med surveystudier. Både beboeren selv og det personalemedlem, der kender beboeren bedst, er blevet interviewet. I tilfæl-

de hvor beboeren, fx pga. kognitive vanskeligheder, ikke selv kan deltage i et meningsfuldt interview, er en pårørende blevet interviewet i stedet. I ASCOT-metoden operationaliseres omsorgsbetinget livskvalitet som et kvantitativt mål, der beregnes via både observationsstudier og surveystudier. Metoden tager så vidt muligt udgangspunkt i beboernes egne udsagn i interviewene, og disse udsagn suppleres med plejemedarbejderens syn på den enkelte beboers omsorgsbetingede livskvalitet og viden fra observationsstudierne.

Formålet med ASCOT-metoden er som nævnt at komme med et kvantitativt bud på den omsorgsbetingede livskvalitet. Data fra observationsstudierne indgår i den samlede beregning af beboernes omsorgsbetingede livskvalitet, men observationsdata benyttes ikke selvstændigt. Vi har dog valgt også at afrapportere fra observationsstudierne for at give læseren indsigt i, hvordan den endelige beregning af livskvalitetsmålene er foretaget. Kapitlet om observationsstudierne giver dermed indsigt i det rent metodiske arbejde og giver ydermere et kvalitativt indblik i plejeboligbeboernes dagligdag.

INDIVIDUELLE FAKTORER

Undersøgelsen afdækker indledende en række individuelle faktorer, som vi antager, kan indvirke på beboerens livskvalitet, bl.a. velbefindende, helbred og hvilke familierelationer beboeren har.

Undersøgelsen viser, at de fleste beboere har familiemedlemmer eller venner, som ofte besøger dem. Cirka en tredjedel får dog sjældent besøg mere end én gang om måneden. Mange af beboerne har mistet deres ægtefælle, og dette gælder specielt blandt kvinderne, givetvis på grund af, at de kvindelige deltagere gennemsnitligt er ældre end de mandlige.

Beboerne vurderer selv, at deres psykiske velbefindende generelt er godt, og de fleste vurderer ligeledes, at de har et godt fysisk helbred og en høj funktionsevne. Imidlertid vurderer ca. en tredjedel, at de har problemer på disse områder. Det er især kvinderne, som angiver at have helbredsproblemer og lav funktionsevne, og de har også flere problemer med at huske i det daglige, sammenlignet med de mandlige beboere.

På trods af beboernes relativt positive opfattelse af deres helbred og funktionsevne har langt de fleste dog, ifølge deres nærmeste pleje-

medarbejdere, behov for hjælp i det daglige til en række basale opgaver, fx til at holde deres bolig ren og ordentlig, til at komme rundt eller til den personlige pleje. Generelt set vurderer plejepersonalet beboernes helbred og funktionsevne til at være dårligere, end beboerne selv gør. Beboerne er dermed ofte afhængige af den hjælp, som plejemedarbejderne giver, og de fleste føler, at de har et godt forhold til deres nærmeste plejemedarbejder.

INSTITUTIONSFAKTORER

Vi har i undersøgelsen også set på en række institutionsfaktorer, som kan tænkes at indvirke på beboerens omsorgsbetingede livskvalitet. Dette gælder bl.a. plejemedarbejdernes arbejdsforhold og deres opfattelse af det omsorgsarbejde, de yder.

De fleste mener, at de kan yde høj kvalitet, men blandt dem, som ikke mener at kunne yde høj kvalitet, peger 1 ud af 4 på, at årsagen er tidspres i det daglige, dårlig planlægning og dårlig ledelse. Hver tiende plejemedarbejder vurderer ligefrem, at de aldrig oplever at kunne dække beboernes behov for pleje og omsorg, og mellem hver tredje og fjerde oplever, at de ikke har kontrol over deres arbejde, at de ikke kan leve op til de krav, der stilles, og at de mangler opbakning fra lederen. Hver sjette medarbejder overvejer da også seriøst at sige op.

OMSORGSBETINGET LIVSKVALITET

Både de individuelle faktorer og institutionsfaktorerne benyttes i analysen, hvor vi ser på, om der er sammenhænge mellem disse faktorer og ASCOT-målene for omsorgsbetinget livskvalitet. Omsorgsbetinget livskvalitet operationaliseres i ASCOT-metoden inden for otte såkaldte livskvalitetsdomæner, som er:

- Kontrol over dagliglivet
- Personlig pleje
- Mad og drikke
- Boligen
- Tryghed

- Aktiviteter
- Social kontakt
- Værdighed.

Der skelnes mellem basale og overordnede domæner. De basale er personlig pleje, mad og drikke, boligen og tryghed, mens de overordnede er kontrol, aktiviteter, social kontakt og værdighed.

Metoden gør det muligt at vurdere beboernes nuværende omsorgsbetingede livskvalitet samt mere abstrakt at vurdere, hvad deres omsorgsbetingede livskvalitet ville være, hvis de ikke modtog omsorg og pleje – den såkaldt forventede omsorgsbetingede livskvalitet.

Ser vi først på den *forventede omsorgsbetingede livskvalitet*, viser det sig ikke uventet, at de fleste af beboerne ville have store uopfyldte behov i forhold til de otte livskvalitetsdomæner, hvis de ikke modtog pleje og omsorg. Beboerne ville især have store uopfyldte behov i forhold til at kunne holde deres bolig ren og pæn. Mange af beboerne ville desuden have store uopfyldte behov, hvad angår mad og drikke, tryghed, personlig pleje, og også i forhold til det mere overordnede domæne, kontrol over dagliglivet. Derimod viser undersøgelsen, at beboerne generelt ville være mere selvhjulpne, hvad angår domænerne aktivitet og social kontakt, hvor færrest havde uopfyldte behov uden omsorg og pleje. Det betyder, at omsorgen og plejen i plejeboligen især potentielt vil kunne løfte de ældres omsorgsbetingede livskvalitet inden for de mere basale domæner som boligen, personlig pleje, mad og drikke og tryghed samt det mere overordnede domæne at opleve at have kontrol over sin hverdag.

Lykkes det så at øge den omsorgsbetingede livskvalitet på disse områder? Det ser ud til at være tilfældet, når vi ser på beboernes *nuværende omsorgsbetingede livskvalitet*, i og med at beboernes behov netop synes at være bedst dækket i forhold til personlig pleje og i nogen grad også i forhold til boligen og mere generelt i forhold til værdighed. En ikke ubetydelig andel af beboerne vurderer dog, at de selv med pleje og omsorg har store uopfyldte behov, hvad angår social kontakt og aktiviteter, og det synes at være i forhold til disse domæner, at plejeboligen især vil kunne forbedre indsatsen. Det kan fx ske ved at sætte større fokus på at hjælpe beboerne med at indlede social kontakt med andre beboere eller familiemedlemmer og ved at etablere flere aktiviteter for beboerne i det daglige. Mindst 1 ud af 100 beboere har dog også store uopfyldte behov i

forhold til enten bolig, mad og drikke, tryghed eller kontrol eller værdighed.

Hvis vi gør *livskvalitetsforbedringen* op i forhold til de otte livskvalitetsdomæner, viser det sig således, at det specielt er inden for domænerne bolig og personlig pleje, at beboernes omsorgsbetingede livskvalitet får et løft, og i mindre grad inden for mad og drikke, tryghed og kontrol. I forhold til livskvalitetsforbedring viser det sig ikke overraskende, at det er specielt svært for plejehjemmene og plejeboligerne at forbedre beboernes omsorgsbetingede livskvalitet på områderne social kontakt og aktiviteter. Det er områder, som i hverdagen måske i nogen grad står i skyggen af de mere basale behov som behovet for hjælp til personlig pleje og mad og drikke.

HVILKE FAKTORER HAR BETYDNING FOR BEBOERNES OMSORGSBETINGEDE LIVSKVALITET?

Analyserne af, hvilke individuelle og institutionsfaktorer der har sammenhæng med beboerens omsorgsbetingede livskvalitet, viser, at det først og fremmest er helbred og funktionsevne, der har betydning. Det gælder for alle de mål for omsorgsbetinget livskvalitet, som anvendes i undersøgelsen. Derudover viser det sig, at antallet af besøg fra venner og familie er af stor betydning for den nuværende omsorgsbetingede livskvalitet.

Hvor meget de ældres omsorgsbetingede livskvalitet forbedres ved, at de modtager pleje og omsorg, hænger især sammen med de helbredsrelaterede forhold. Helbredsrelaterede forhold forklarer i høj grad de forskelle, der er i forhold til, hvor meget den omsorgsbetingede livskvalitet kan øges for den enkelte beboer.

Jo dårligere funktionsevne eller jo flere problemer med hukommelsen den ældre har, jo større er forbedringen i den omsorgsbetingede livskvalitet ved at komme på plejehjem eller i plejebolig.

Endelig viser resultaterne, at de ældre har størst potentiale for at få hævet den omsorgsbetingede livskvalitet, hvis de har færre problemer med funktionsevne og helbredstilstand, herunder problemer med hukommelsen.

Undersøgelsen viser, at størstedelen af plejemedarbejdere har problemer med arbejdsmiljøet, og at ca. en sjettedel seriøst overvejer at

sige op. Flere mener heller ikke, at de kan yde god kvalitet i plejen, ofte på grund af tidspres. Arbejdsforholdene for plejemedarbejderne, og om de bl.a. synes, at de kan yde en god pleje, har ifølge vores analyser ikke umiddelbart nogen statistisk signifikant sammenhæng med beboernes omsorgsbetingede livskvalitet. Dette skyldes givetvis, at der kun er 38 plejehjem og plejeboliger i undersøgelsen, og dette er i forhold til vores resultater dermed for få til at konstatere, om der er en statistisk sammenhæng. Arbejdsmiljø-faktorer viser sig dog også i analysemodellen at bidrage til den samlede beskrivelse af forskelle i beboernes omsorgsbetingede livskvalitet og antages derfor at være væsentlige for at forstå, hvorfor nogle beboere opnår en højere omsorgsbetinget livskvalitet end andre.

TILGODESER PLEJEN OG OMSORGEN DE ÆLDRES BEHOV?

Størstedelen af beboerne får dækket deres behov inden for de otte livskvalitetsdomæner. Af det følgende fremgår, hvor stor en procentdel af beboerne der er vurderet til at have 'ingen uopfyldte behov' på hvert af de otte domæner:

- 89 pct. oplever, at plejeboligen og deres egen bolig er tilstrækkelig ren og komfortabel
- 95 pct. oplever, at deres behov for personlig pleje bliver dækket
- 79 pct. oplever, at de får den mad og drikke, de ønsker, og på de tidspunkter, der passer dem
- 87 pct. føler sig trygge i det daglige
- 73 pct. har så megen social kontakt, de ønsker, og med mennesker, som de kan lide
- 74 pct. oplever, at de i tilstrækkeligt omfang kan bruge deres tid med at gøre ting, som de sætter pris på og nyder
- 77 pct. oplever at have tilstrækkelig kontrol over det daglige liv
- 88 pct. oplever, at den måde plejen og omsorgen bliver givet på hjælper dem til at leve et værdigt liv.

Størstedelen af beboerne (73-95 pct. på hvert domæne) får således dækket deres omsorgsrelaterede behov i plejeboligen, hvilket indikerer, at plejen og omsorgen i disse tilfælde tilgodeser de behov, de ældre har.

Imidlertid er der inden for hvert af de enkelte livskvalitetsdomæner en ikke ubetydelig gruppe på mellem 5 og 27 pct. af beboerne, der ikke får dækket alle deres behov. Disse beboere har således nogle eller store uopfyldte behov, selvom de får hjælp af personalet i plejeboligen. Dette indikerer, at plejen og omsorgen i disse tilfælde ikke er så god, som den kunne være, og ikke fuldt ud tilgodeser de behov, de ældre har, og at niveauet derfor kan løftes yderligere.

Der er dog store forskelle mellem de enkelte plejeboliger i forhold til, hvor godt det lykkes at opfylde beboernes behov. I enkelte plejeboliger bliver beboernes behov inden for samtlige domæner opfyldt, mens andre plejeboliger kun i meget lille omfang formår at opfylde beboernes behov på samtlige domæner. Pga. små stikprøver fra de enkelte plejeboliger er det imidlertid ikke muligt at undersøge, hvorvidt de enkelte plejeboliger adskiller sig signifikant fra hinanden.

Ser man på livskvalitetsforbedringen, dvs. forskellen mellem beboernes forventede og nuværende uopfyldte behov, fremgår det desuden, at alle plejeboligerne formår at give beboerne en bedre omsorgsbetinget livskvalitet i plejeboligen, sammenlignet med at de ikke boede i en plejebolig. Dette er dog ikke nødvendigvis ensbetydende med, at plejen og omsorgen fuldt ud tilgodeser de behov, de ældre har.

INDLEDNING

BAGGRUND OG PROBLEMSTILLING

Mere end 40.000 ældre over 65 år bor i dag i en plejebolig eller på et plejehjem¹, og hver fjerde dansker flytter i slutningen af livet ind i en plejebolig. Plejeboligen er således en del af mange danskers hverdag i de sidste år af deres liv og vil være det for endnu flere ældre i fremtiden: Demografiske fremskrivninger viser, at der frem mod år 2030 vil være behov for yderligere 50.000 plejeboligpladser (Institut for fremtidsforskning, 2004).

Størstedelen af beboerne i dagens plejeboliger er over 80 år, alle er svage og plejekrævende, og en stigende andel lider af demens – anslået mellem 50 og 80 pct. af plejeboligbeboerne. Beboere i dagens plejeboliger er dermed stærkt afhængige af den pleje og omsorg, som de modta-

1. Efter Ældreboligreformen i 1988 og Plejeboligreformen i 1996 er alle plejehjemslignende boliger til de svageste og plejekrævende blevet oprettet som plejeboliger under Boligministeriets lovgivning (Almenboligloven § 105, stk. 2 og § 115, stk. 2 og 4). De eksisterende plejehjem kan dog fortsat drives efter Socialministeriets lovgivning (Serviceloven § 192). De traditionelle plejehjem i Socialministeriets regi anses som institutioner og adskiller sig på en række områder fra plejeboliger eller moderne plejehjem. De individuelle boliger i et traditionelt plejehjem er typisk ikke af samme størrelse eller kvalitet som moderne plejeboliger. Pleje og omsorg er dog den samme uanset boligform. Beboeren på et traditionelt plejehjem er ikke lejer som i en moderne plejebolig med de rettigheder og pligter, dette indebærer, men de traditionelle plejehjem forsøger at tilnærme sig regler og praksis for moderne plejeboliger. Af hensyn til læsevenligheden benytter vi fremover kun udtrykket ”plejebolig”, medmindre vi direkte skelner mellem de to typer.

ger. Udfordringen består bl.a. i at sikre, at den hjælp, de modtager, bidrager til at bevare deres livskvalitet – eller ligefrem øge den – sammenlignet med deres livssituation, inden de flyttede ind i plejeboligen. Mange plejeboliger arbejder derfor også med livskvalitet som et vigtigt fundament i deres værdigrundlag og har fokus på, hvordan plejen og omsorgen bidrager til den ældres generelle trivsel.

Internationalt findes der mange studier om ældres generelle livskvalitet, ligesom der findes en del studier om kvalitet i plejen. Derimod er der ikke mange studier, som ser specifikt på ældres livskvalitet i plejeboligen. I dansk sammenhæng kan nævnes enkelte studier, som ser på ældres generelle trivsel i plejeboligen (bl.a. Christophersen, 1999; Socialministeriet, 2002; Socialministeriet & Erhvervs- og Boligstyrelsen, 2002c), og studier, som ser på, hvordan boligens eller omgivelsernes indretning bidrager til de ældres trivsel (bl.a. Hansen & Jessen, 2011; Mortensen m.fl., 2007).

Som oftest tager sådanne undersøgelser af livskvalitet udgangspunkt i den subjektive opfattelse af livskvalitet, dvs. den ældres egen opfattelse. En af udfordringerne i undersøgelser af den art er at sikre, at alle beboere bliver repræsenteret, også de, der er meget syge eller skrøbelige, eller de mentalt, emotionelt eller kognitivt svækkede ældre. Især kognitiv svækkelse, som man finder hos demente, kan gøre det vanskeligt at gennemføre interview, som kan afdække den ældres egen opfattelse af livskvalitet. Mange demensstudier undlader derfor at tage livskvalitet med som undersøgelsesfelt – det gælder fx effektvurderinger af interventioner rettet mod demensramte (Horsted, 2004). Tester m.fl. (2004) er dog en undtagelse. Men også mere generelt finder vi, at de svageste ældre ofte ikke tages med i studier af livskvalitet, da det er vanskeligt at gennemføre kvalitative interview eller spørgeskemaundersøgelser med denne gruppe. Det resulterer i, at data er biased og kun viser, hvordan mindre svækkede ældre har det, eller – hvis man vælger også at inkludere de svageste ældre – meget ”tynde” beskrivelser, som ikke ordentligt afdækker det, man gerne vil vide noget om, nemlig hvordan også de svageste ældre har det (Kirkevold & Bergland, 2007).

UNDERSØGELSENS FORMÅL

Formålet med denne undersøgelse er at afdække omsorgsbetinget livskvalitet blandt 300 beboere på 65 år eller derover, som bor i plejeboliger

– både blandt dem, som er i stand til at deltage i interview, og dem, som på grund af sygdom eller forskellig svækkelse kun kan observeres i deres dagligdag eller indgå ved at inddrage en pårørende som proxy i et interview. Ved at kombinere både spørgeskema-interview og observationer har vi i denne undersøgelse haft mulighed for at inkludere også de svageste ældre. Undersøgelsen inkluderer en tilfældigt udtrukket stikprøve af 300 plejeboligbeboere, og for alles vedkommende har et personalemedlem med kendskab til beboerne vurderet, om de kunne deltage i et besøgsinterview, hvor vi spørger ind til forskellige dimensioner af omsorgsbetinget livskvalitet. Hvis det ikke har været tilfældet, er en pårørende blevet interviewet i stedet for. Derudover er alle beboere blevet observeret i en 2-timers periode, og en medarbejder med kendskab til den ældre er også blevet interviewet.

Fokus for undersøgelsen er den måde, hvorpå omsorgen og plejen i plejeboligen hjælper til at opretholde eller forbedre beboernes omsorgsbetingede livskvalitet. Undersøgelsen afdækker dermed det relative udbytte i livskvalitet, som den ældre får ved at modtage hjælp i plejeboligen.

Vi har i undersøgelsen benyttet måleinstrumentet ASCOT (Adult Social Care Outcomes Toolkit), der kombinerer data fra besøgsinterview og observationsstudier. ASCOT er udviklet, afprøvet og valideret i England, bl.a. i en undersøgelse blandt 170 plejeboliger, til at vurdere og kvantificere omsorgsbetinget livskvalitet (Social Care Related Quality of Life, SCRQoL) (Netten m.fl., 2010).

ASCOT er specifikt udviklet til at kunne måle omsorgsbetinget livskvalitet blandt bl.a. ældre, som ikke selv kan deltage i interview, såsom meget svage eller demente ældre, idet kombinationen af observationsstudier og interview bevirker, at fx selv meget svage ældre kan deltage. Metodisk er ASCOT dermed relativt stærk, da den kombinerer kvalitative og kvantitative metoder og muliggør en mere systematisk tilgang til emnet. Som vi vil gennemgå i det følgende afsnit, trækker ASCOT på otte livskvalitetsdomæner relateret til sundhed og alment velbefindende:

- Kontrol over dagliglivet
- Personlig pleje
- Mad og drikke
- Boligen
- Tryghed

- Aktiviteter
- Social kontakt
- Værdighed.

ASCOT-metoden gør det muligt at identificere og monitorere udbyttet af omsorgsindsatsen, både samlet set og mere specifikt, inden for hvert af disse otte livskvalitetsdomæner. I undersøgelsen spørger vi både til de ældres nuværende omsorgsbetingede livskvalitet og foretager en vurdering af, hvordan de ældres omsorgsbetingede livskvalitet ville være uden den pleje og omsorg, de får tilbudt i plejeboligen. Dette gør det muligt at måle, i hvilket omfang plejen og omsorgen bidrager til de ældres omsorgsbetingede livskvalitet, samt at opstille mål for, hvor stort et rum der er for, at plejen og omsorgen yderligere kan løfte de ældres omsorgsbetingede livskvalitet. Vi måler også den såkaldte *forbedringskapacitet* (capacity to benefit, CtB), som opgøres som forskellen mellem den ældres omsorgsbetingede livskvalitet uden hjælp og pleje og den maksimalt mulige omsorgsbetingede livskvalitet. I undersøgelsen ser vi således på følgende problemstillinger:

- Hvad er den ældres *nuværende* omsorgsbetingede livskvalitet?
- Hvad er den ældres *forventede* omsorgsbetingede livskvalitet, hvis han/hun ikke modtog pleje og omsorg?
- Hvor meget bidrager plejen og omsorgen til at forbedre den ældres omsorgsbetingede livskvalitet (*livskvalitetsforbedring*)?
- Og hvor meget ville den ældres omsorgsbetingede livskvalitet potentielt kunne løftes (*forbedringskapacitet*)?

Vi undersøger disse problemstillinger både for et samlet livskvalitetsmål og for hver enkelt af de otte livskvalitetsdomæner. Derudover ser vi på, om individuelle faktorer, såsom den ældres helbred eller funktionsevne, har en betydning for den ældres samlede omsorgsbetingede livskvalitet. Vi ser desuden på, om der er faktorer relateret til plejeboligen, der har betydning for de ældres samlede omsorgsbetingede livskvalitet, såsom hvor mange medarbejdere der er ansat pr. beboer og medarbejdernes arbejdsmiljø.

ASCOT-metoden har derudover andre muligheder. I denne undersøgelse bruger vi metoden til at afdække omsorgsbetinget livskvalitet henholdsvis med og uden pleje og omsorg, men den kan også benyttes til

at følge udvikling i den omsorgsbetingede livskvalitet, fx som indikator for omsorgsbetinget livskvalitet før og efter en indsats, og dermed bruges i en effektundersøgelse. ASCOT-indikatoren kan også inkluderes i brugerundersøgelser, som det er tilfældet i England.

LIVSKVALITET SOM BEGREB OG FÆNOMEN

Hvordan undersøger man og spørger ind til et menneskes livskvalitet? Anden forskning peger på, at ældre ofte finder det vanskeligt eller endda ubehageligt at tale direkte om deres livskvalitet og det specielt, hvis de befinder sig i en sårbar livssituation og er afhængige af andres hjælp, sådan som plejeboligbeboere er (Christoffersen, 1999). Livskvalitet er også notorisk svært at definere og har som kært barn mange navne – fx trivsel, velbefindende, lykke og tilfredshed – og omfatter i studier af ældre også succesfuld aldring, hvilket kan gøre det vanskeligt at undersøge fænomenet systematisk.

Som Walker (2009, s. 61) anfører, er livskvalitet derudover en ”amorphous, multilayered and multifaceted complex construct”, der inkluderer objektive, subjektive, mikro-individuelle, makro-samfundsmæssige samt både positive og negative aspekter. Det afholder dog ikke samfundsforskerne fra at undersøge fænomenet, hvilket det stigende antal studier af livskvalitet er bevis for. Og som Walker angiver, er det ikke mindst udsigten til en langt større andel ældre i befolkningen og bekymringen for stigende udgifter til social- og sundhedssektoren, som har vakt interessen for at undersøge ældres livskvalitet og bidrage til, at ældre bevarer deres livskvalitet langt ind i den sene alderdom.

Studier af livskvalitet kan således tage udgangspunkt i alt fra Maslows (1954) klassiske behovspyramide til klassiske modeller baseret udelukkende på subjektive, psykologiske opfattelser af livskvalitet (Bowling, 2004). Ifølge Bowling (2004) har de forskellige tilgange til begrebet livskvalitet dog ofte det til fælles, at de kun sjældent undersøger begrebet livskvalitet fænomenologisk med udgangspunkt i de ældres egen opfattelse af, hvad livskvalitet er, men derimod tager udgangspunkt i forskellige eksperters forudfattede opfattelse af, hvad livskvalitet består i. Denne kritik kan i princippet også rettes mod dette studie, i og med at ASCOT-metoden som udgangspunkt sætter nogle tematiske rammer for forståelsen af livskvalitet. Vi har således på forhånd defineret omsorgsbetinget

livskvalitet, så det inkluderer de før nævnte otte livskvalitetsdomæner. Men vi lader den ældres egen opfattelse af, hvad niveauet skal være, før et givent behov er opfyldt, være udslagsgivende for vurderingen af den nuværende omsorgsbetingede livskvalitet. ASCOT-metoden er derudover hierarkisk opbygget, således at den endelige ”rating” af et givet livskvalitetsdomæne i forhold til den nuværende omsorgsbetingede livskvalitet altid først og fremmest vil tage udgangspunkt i den ældres besvarelse.

Livskvalitet er også noget, som kan ændre sig livet igennem. Objektive aspekter af livskvalitet, såsom helbred og indkomst, ændrer sig som oftest gennem livet og kan medvirke til, at livskvaliteten falder, men også selve opfattelsen af, hvad der udgør livskvalitet, ændrer sig, efterhånden som man bliver ældre. Ældre har ofte en anden selvindsigt, som betyder, at de måske er mere realistiske i forhold til deres mål og derved kan justere deres opfattelse af, hvad det gode liv er (Atchley, 1991). Og det på trods af at mange studier viser, at ældre mennesker har lavere livskvalitet end yngre mennesker. Kontrollerer man for forskellige faktorer, såsom helbred og funktionsevne, er der dog ikke samme alderseffekt (Stock, 1983; Williams, 1977). Specielt helbred og funktionsevne har i mange studier vist sig at være afgørende for den ældres opfattelse af livskvalitet (Katz & Lowenstein, 2003), og nogle studier viser også, at der er klare positive sammenhænge mellem gode familierelationer og svage ældres livskvalitet (Gilhooly m.fl., 2003; McKee m.fl., 2002; Tester m.fl., 2004). Herudover viser de fleste studier, at der er en positiv sammenhæng mellem ældres livskvalitet og opfattelsen af at være til nytte, at indgå i sociale relationer, at have venner og kunne få deres støtte og endelig at have høj socioøkonomisk status (Walker, 2009). Vi ser i undersøgelsen på betydningen af disse faktorer.

ÆLDRE I PLEJEBOLIG OG DERES LIVSKVALITET

For ældre, der bor i plejebolig, kan livskvalitet i høj grad være relateret til den pleje og omsorg, som de modtager, samt de rammer, de modtager denne omsorg og pleje under. De vil have det til fælles, at de har store fysiske, psykologiske eller sociale behov, som gør, at de er afhængige af hjælp, og det vil påvirke deres opfattelse af livskvalitet. For eksempel vil fysiske aktiviteter måske fylde mindre i opfattelsen af det gode liv, mens sociale aktiviteter og relationer kommer til at betyde mere. Boligen får

måske også en større betydning, når man er mindre mobil. De har også det til fælles, at de lever i en institutionel ramme med de muligheder og begrænsninger, som det giver i hverdagen.

Ifølge Gabriel & Bowling (2004) handler livskvalitet for ældre i plejebolig derfor som oftest om de tre følgende temaer:

- Omgivelserne
- Aktiviteterne
- Relationerne.

Også danske studier af, hvilke forhold der er medvirkende til, at ældre trives i plejeboligen, har peget på disse tre aspekter – som oftest betragtet i forhold til den ældres trivsel og i mindre grad i forhold til livskvalitet.

De fysiske rammer, bl.a. boligens indretning, kan medvirke til, at boligen føles som et hjem og mindre som en institution. Gottschalk m.fl. (1997) konkluderer således ud fra en undersøgelse af 10 plejehjem, at fx udformning af gangarealer kan gøre et plejehjem mere eller dre ”hjemligt”. Bygger man boliger omkring et fællesrum, kan man undgå de lange og hospitalslignende gange. Også indretningen med lys og farver er væsentlig for de ældres trivsel. Swane (1991) peger på, at indretning med små leve-bo-miljøer og også skærmede enheder kan være til fordel for ældre med svær demens. Selve beliggenheden kan også være afgørende for, om den ældre trives. Ligger plejeboligen i et kendt område og i nærheden af den ældres tidligere hjem, kan det opleves mindre som et brud at skulle flytte fra sit hjem (Møller & Knudstrup, 2008). Boligen skal opleves som et privat rum, hvor man føler sig hjemme, og den skal være så rummelig og indbydende, at man har lyst til at have gæster, men også farvevalg og muligheden for at have planter og dyr kan bidrage til øget trivsel (ibid.). Både Gottschalk m.fl. (1997) og Hansen & Jessen (2011) fremhæver også vigtigheden af, at udearealer er attraktive og stimulerende (se i øvrigt Møller & Knudstrup, 2008, for en omfattende literaturgennemgang af betydningen af boligens udformning for den ældres trivsel).

Muligheden for, at beboerne kan indgå i meningsfulde relationer, fremhæves i en undersøgelse foretaget på 19 plejehjem (Korremann m.fl., 1982), og andre undersøgelser peger på, at maden og måltidssituationen er væsentlig, ikke kun som et ernæringsmæssigt aspekt, men også i for-

hold til psykosociale og identitetsmæssige aspekter (Bundgaard & Christensen, 1999; Kofoed, 2008).

Også relationen til medarbejderne har i danske undersøgelser vist sig at være en væsentlig trivselsfaktor. Christophersen (1999) peger således i sin kvalitative undersøgelse blandt beboere på tre plejehjem på, at det specielt for de svageste og mest afhængige af hjælp er væsentligt, at de oplever, at deres afhængighed anerkendes og respekteres. Derimod betyder autonomi, individualitet og selvbestemmelse mindre for denne gruppe. SFI's undersøgelse af kvalitet i ældreplejen (Rostgaard & Thorgaard, 2007) peger på, at personalets væremåde bliver prioriteret højest blandt plejeboligbeboere, når de bliver bedt om at vægte forskellige kvalitetsegenskaber knyttet til plejen, omsorgen og selve plejeboligen. Her er det især vigtigt for plejeboligbeboere, at plejepersonalet udviser respekt for de ældre, og at plejepersonalet er venligt. De lægger derudover også stor vægt på, at plejepersonalet hjælper dem med at holde påklædning og personlig hygiejne i orden, dvs. at den personlige pleje er i orden.

Ligeledes er det væsentligt for beboernes trivsel, at de føler sig trygge, men det lykkes ikke nødvendigvis i højere grad at sikre dette blandt beboere på plejehjem end blandt ældre i egen bolig. Hansen og Platz' spørgeskemaundersøgelse fra 1995 blandt 2.371 respondenter viser således, at beboere på plejehjem lige så ofte føler sig alene, bange eller utrygge som ældre, der bor i egen bolig (Boll Hansen & Platz, 1995).

OMSORGSBETINGET LIVSKVALITET IFØLGE ASCOT-METODEN

Tilgangen til omsorgsbetinget livskvalitet i ASCOT-metoden afspejler de nævnte temaer – omgivelser, aktiviteter og relationer – og inkluderer derudover aspekter, som berører almen sundhed og velbefindende. Helt konkret operationaliseres livskvalitet i ASCOT-metoden i forhold til otte forskellige domæner, der bliver beskrevet i næste kapitel. Valget af de otte livskvalitetsdomæner baserer sig på forståelsen af, hvad der udgør centrale behovsfunktioner i et menneskes dagligdag (Sen, 1993; Sen, 1985). De inkluderer basale behovsfunktioner, det vil sige at få dækket sit behov for føde, at være ren, at få tøj på, at føle sig tryk osv., og mere komplicerede behovsfunktioner som at indgå i sociale relationer, have mulighed for at deltage i aktiviteter, som stimulerer og interesserer én

osv. Antagelsen er, at jo bedre disse behovsfunktioner er dækket, jo højere omsorgsbetinget livskvalitet vil man have som individ (Forder m.fl., 2008). Vi gennemgår nærmere i metodekapitlet, kapitel 3, hvordan omsorgsbetinget livskvalitet måles inden for hvert af de otte domæner.

RAPPORTENS OPBYGNING

ASCOT-metoden gennemgås nærmere i det følgende metodekapitel, kapitel 3, hvor vi beskriver, hvilke data der indgår i beregningen af omsorgsbetinget livskvalitet, og hvordan dataindsamlingen er foregået.

Kapitel 4 indeholder en nærmere gennemgang af observationsstudierne, som er en væsentlig del af undersøgelsen. Observationsstudierne benyttes til at beregne de endelige ASCOT-værdier, men har ikke nødvendigvis noget selvstændigt formål i ASCOT-metoden. Vi viser dog i kapitlet, hvordan observationerne kan bidrage til et mere komplet billede af den ældres omsorgsbetingede livskvalitet, og illustrerer, hvordan observationerne bruges i ”ratingen” af omsorgsbetinget livskvalitet.

I kapitel 5 ser vi nærmere på beboerne, som deltager i undersøgelsen, og gennemgår en række af de faktorer, som kan have betydning for deres omsorgsbetingede livskvalitet, såsom helbred, funktionsevne, familierelationer osv. Dernæst ser vi i kapitlet nærmere på de plejeboliger, som indgår i studiet, og beskriver en række institutionsfaktorer, som vi også formoder, kan indvirke på de ældres omsorgsbetingede livskvalitet. Endelig beskriver vi de plejemedarbejdere, som er daglig kontaktperson for de ældre i undersøgelsen, og ser bl.a. på medarbejdernes arbejdsmiljø, da vi formoder, at dette også kan påvirke de ældres omsorgsbetingede livskvalitet. Den travle læser kan evt. vælge at gå hurtigt hen over dette kapitel og blot dykke ned i de afsnit, der har størst interesse.

I kapitel 6 gennemgår vi resultaterne fra ASCOT-målingen. Her ser vi nærmere på, hvordan de ældre fordeler sig i forhold til deres nuværende omsorgsbetingede livskvalitet, og hvordan deres omsorgsbetingede livskvalitet ville have set ud, hvis de ikke modtog pleje og omsorg. Vi ser også nærmere på, hvor meget plejen og omsorgen bidrager til at løfte den ældres omsorgsbetingede livskvalitet, samt hvilket potentiale der som udgangspunkt har været for at løfte de ældres omsorgsbetingede livskvalitet til det maksimale niveau af omsorgsbetinget livskvalitet. Dette gøres både for det samlede livskvalitetsmål og for hvert af de otte livskvalitets-

domæner. I samme kapitel foretager vi en multilevel regressionsanalyse og ser på, hvilke individuelle og institutionsfaktorer der påvirker de ældres omsorgsbetingede livskvalitet.

METODE

Undersøgelsen af beboernes omsorgsbetingede livskvalitet tager udgangspunkt i metoden ASCOT, der er udviklet, afprøvet og valideret af forskere på Kent Universitet i England i forskningscentret PSSRU. ASCOT-metoden er udviklet på baggrund af dialog med brugere, eksperter og politikere. Baggrunden for at iværksætte udviklingen af et redskab, som kan måle omsorgsbetinget livskvalitet, har i England været et behov for at dokumentere udbyttet af den offentlige indsats, bl.a. i forhold til ældrepleje. Formålet har i England således været at generere indikatorer for omsorgsbetinget livskvalitet, som kan bruges af politiske beslutningstagere i beslutninger om allokeringer af ressourcer.² Dette behov for dokumentation af, hvad de offentlige kroner bliver brugt til, og hvor de bliver brugt mest fordelagtigt, er ligeledes en problemstilling, der gør sig gældende i en dansk sammenhæng.

TEORETISK UDGANGSPUNKT

ASCOT-metoden trækker teoretisk på Amayta Sens ”Capability Approach” (1985). Målet med denne tilgang er at give individet handleevner, som gør det muligt for ham eller hende at realisere egne værdier og livs-

2. Dette afsnit trækker på rapporter fra Forder m.fl., 2008, samt Netten m.fl., 2010.

planer. "Capability" forstås i denne sammenhæng som en evne eller færdighed kombineret med rettigheden og muligheden for at praktisere den. Det er altså ikke tilstrækkeligt fx at have lyst til at indgå i samvær med andre mennesker, selvom man er i stand til det rent fysisk og mentalt, hvis ikke der er en reel mulighed for det i hverdagen. Sen sonderer således mellem "functionings", som refererer til, hvad en person sætter pris på at gøre (doing) eller at være (being), hvorimod "capabilities" handler om individets mulighed for at opnå forskellige kombinationer af "functionings", og som udgør individets frihed til at vælge det liv, han eller hun foretrækker. De to begreber komplementerer hinanden, men er distinkt forskellige:

A functioning is an achievement, whereas a capability is the ability to achieve. Functionings are, in a sense, more directly related to living conditions, since they are different aspects of living conditions. Capabilities, in contrast, are notions of freedom, in the positive sense: what real opportunities you have regarding the life you may lead." (Sen, 1987, s. 36).

OMSORGSBETINGEDE LIVSKVALITETSDOMÆNER IFØLGE ASCOT

ASCOT måler omsorgsbetinget livskvalitet (OLK), hvilket adskiller sig fra livskvalitet generelt set. ASCOT fokuserer således kun på de aspekter af livskvalitet, som man kan forvente afhænger af den omsorg og pleje, der gives til ældre i plejeboliger. Omsorgsbetinget livskvalitet operationaliseres i otte såkaldte livskvalitetsdomæner. Valget af disse otte domæner baserer sig på forståelsen af, hvad der udgør centrale behovsfunktioner i et menneskes dagligdag (Sen, 1993; Sen, 1985). Domænerne inkluderer basale behovsfunktioner, fx at få dækket sit behov for føde, at være ren, at få tøj på, at føle sig tryk osv., og mere overordnede og abstrakte behovsfunktioner, såsom om man indgår i sociale relationer, har mulighed for at deltage i aktiviteter, som stimulerer og interesserer én osv. Antagelsen er, at jo bedre disse behovsfunktioner er dækket, jo højere omsorgsbetinget livskvalitet vil man have som individ (Forder m.fl., 2008). Omsorgsbetinget livskvalitet inden for de otte domæner defineres i tabel 3.1.

TABEL 3.1

Domæner for omsorgsbetinget livskvalitet (OLK).

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

Individuelle præferencer for omsorgsbetinget livskvalitet inden for disse otte domæner kan variere fra person til person, men med udgangspunkt i Sen's *capability approach* forudsætter ASCOT-metoden, at domænerne beskriver behov, som generelt er fælles for alle mennesker, og som således antages at have behov fx for at være mødt, være påklædt og at have husly. Andre behov er mere komplekse, og dermed er det sværere at afgøre, om de bliver mødt. Eksempelvis foretrækker nogle mennesker at have et lavere niveau af social kontakt end andre. ASCOT ser derfor ikke kun på *functionings* (fx om et menneske ønsker og kan indgå i sociale relationer), men på den potentielle mulighed, også kaldet forbedringskapacitet (dvs. om der også er konkret mulighed for at indgå i sådanne sociale relationer). Vi måler forbedringskapacitet, dvs. hvorvidt individet i plejeboligen har mulighed for at gøre brug af og aktivere deres fulde potentiale, eller om der er forhold fx i plejeboligens fysiske udformning eller fra personalets side, som begrænser individet. Domænerne er således defineret tilstrækkeligt bredt til, at de skal kunne rumme individuelle forskelle i præferencer. Samtidig giver ASCOT-metoden individet mulighed for selv at definere, om et behov er mødt.

UDVIKLINGEN AF ASCOT

ASCOT-metoden har i England gennemgået en omfattende afprøvning og validering. Inden metoden var endeligt færdigudviklet, blev der foretaget både en præpilottest og en pilottest. Præpilottesten blev gennemført i en plejebolig for ældre mennesker og et bosted for yngre mennesker med udviklingshæmning. På baggrund af præpilottesten identificerede forskerne nogle praktiske problematikker, som efterfølgende blev justeret inden pilottesten. Blandt andet foretog de ændringer af nogle formuleringer i spørgeskemaerne, og de indlagde desuden endnu en træningsdag for interviewerne.

Pilottesten blev ligeledes gennemført i plejeboliger og på bosteder. Det primære formål med pilottesten var at undersøge, om metoden kunne producere valide og pålidelige resultater, og at teste den praktiske del af feltarbejdet. Der blev foretaget statistiske analyser af reliabilitet mellem de forskellige interviewere, og resultaterne var overordnet set tilfredsstillende. Dog blev forskerne her gjort opmærksomme på, at nogle af de adfærdsmæssige domæner (fx aktivitet og sociale relationer) gav anledning til en større uenighed i forbindelse med at foretage ratingen, end det var tilfældet for de fysiske domæner (fx personlig pleje og mad og drikke). På baggrund af pilottesten blev domænerne yderligere finpudset, nogle indikatorer omkring velbefindende blev fjernet, og beboerinterviewet blev forkortet og simplificeret. Tilbage meldingerne fra interviewerne efter pilottesten var, at det materiale, de var blevet udstyret med, fx vejledning til rating og observationsskema, var tilstrækkeligt (Forder m.fl., 2008). ASCOT har sidenhen i England været benyttet til en række analyser af omsorgsbetinget livskvalitet bl.a. for beboere i plejeboliger, børn i daginstitutioner og udviklingshæmmede i institutioner og benyttes i dag i de engelske kommunale brugertilfredshedsundersøgelser.³

ASCOT-SPØRGSMÅL OM OMSORGBETINGET LIVSKVALITET

DATAKILDER

Helt konkret bygger ASCOT på et struktureret besøgsinterview med beboere i plejeboliger, et struktureret besøgsinterview med det personale-

3. Se ASCOT's hjemmeside for studier og referencer: <http://www.pssru.ac.uk/ascot/old-v1/index.php>.

medlem, der kender beboeren bedst, samt en struktureret observation af beboeren. I tilfælde, hvor afdelingslederen i plejeboligen vurderer, at en beboer ikke kan give et meningsfuldt interview, fx på grund af demens, foretages i stedet et struktureret telefon- eller besøgsinterview med en pårørende (se tabel 3.2).

TABEL 3.2

Datakilder, indhold og hierarki i rating af OLK.

Datakilder	Hierarki	Indhold
Interview med beboer	1	ASCOT-spørgsmål om nuværende omsorgsbetinget livskvalitet. Baggrundsspørgsmål om beboer.
(Alternativt interview med pårørende)	1	ASCOT-spørgsmål om nuværende og forventet omsorgsbetinget livskvalitet. Baggrundsspørgsmål om beboer.
Observation	2	2 timers observation af beboeren i tidsrummet 9-13 og i forbindelse med et måltid.
Interview med plejemedarbejder	2	ASCOT-spørgsmål om nuværende og forventet omsorgsbetinget livskvalitet. Baggrundsspørgsmål om beboer og plejemedarbejder.

Når observationer og interview er gennemført, ”rater” interviewereren den ældres omsorgsbetingede livskvalitet, dvs. der beregnes et endeligt livskvalitetsmål både med og uden plejeydelser. Dette gøres på hvert enkelt domæne på baggrund af data fra interview og observationer. Vi gennemgår, hvordan ratingen foregår i praksis senere i kapitlet.

SPØRGSMÅL OM FORVENTET OG NUVÆRENDE OMSORGSBETINGET LIVSKVALITET

ASCOT-spørgsmålene omhandler den subjektive vurdering af omsorgsbetinget livskvalitet både med og uden pleje og omsorg. De ældre bliver i interviewet bedt om at vurdere, hvordan deres *nuværende* omsorgsbetingede livskvalitet er inden for hvert af de otte livskvalitetsdomæner, dvs. om plejen og omsorgen hjælper dem i forhold til dette livskvalitetsdomæne. Erfaringer fra udviklingen af ASCOT-metoden i de engelske studier viser, at de ældre er i stand til at vurdere deres livskvalitetsniveau med hjælp (Netten m.fl., 2010).

ASCOT-spørgsmålene om nuværende omsorgsbetingede livskvalitet indgår også i de interview, der bliver gennemført med plejemedarbejderen og i interview med den pårørende, hvis den ældre ikke selv

kan deltage. Til forskel fra ASCOT-spørgsmålene til beboeren indeholder disse spørgeskemaer også spørgsmål til *forventet* omsorgsbetinget livskvalitet, altså hvor høj den ældres livskvalitet ville være, hvis han/hun ikke modtager pleje og omsorg. Disse spørgsmål var oprindeligt også i beboerskemaet, men blev i pilottesten i England vurderet til at være for abstrakte til at især mere svage beboere kunne svare meningsfuldt på dem (Netten m.fl., 2010).

ASCOT-spørgsmålene er formuleret på følgende måde inden for hvert domæne, her eksemplificeret fra spørgsmål om personlig pleje, og stilles til de følgende respondenter (se tabel 3.3). Spørgsmål 1 bruges til at beregne nuværende omsorgsbetinget livskvalitet og spørgsmål 2 og 3 til at beregne forventet omsorgsbetinget livskvalitet.

TABEL 3.3

Rating af omsorgsbetinget livskvalitet.

Livskvalitets-niveau	Respondent	ASCOT-spørgsmål	ASCOT-svarkategorier
Nuværende	Beboer (pårørende) og plejemedarbejder.	Oplever beboeren, at han/hun er ren og ordentlig i tøjet i det daglige?	• Alle behov opfyldt (beboeren oplever altid at være ren og ordentlig i tøjet). • Nogle uopfyldte behov (beboeren oplever, at han/hun til tider ikke er ren eller ordentlig i tøjet). • Mange uopfyldte behov (beboeren oplever, at han/hun overhovedet ikke er ren eller ordentlig i tøjet). • Ved ikke.
Nuværende	Plejemedarbejder (pårørende).	Modtager beboeren hjælp fra personalet til at komme i bad og få tøj på?	• Ja (gå til næste spørgsmål om personlig pleje). • Nej (gå videre til næste livskvalitetsdomæne-spørgsmål).
Forventet	Plejemedarbejder (pårørende).	Ville beboeren opleve at være ren og ordentlig i tøjet i det daglige, hvis han/hun ikke modtog hjælp fra personalet til denne opgave? (Det antages, at nuværende hjælp fra venner eller pårørende forbliver uændret).	• Alle behov opfyldt (beboeren ville opleve altid at være ren og ordentlig i tøjet). • Nogle uopfyldte behov (beboeren ville opleve, at han/hun til tider ikke er ren eller ordentlig i tøjet). • Mange uopfyldte behov (beboeren ville opleve, at han/hun overhovedet ikke er ren eller ordentlig i tøjet). • Ved ikke.

HIERARKI I NUVÆRENDE OMSORGSBETINGET LIVSKVALITET

- Datagrundlaget til ratingen af den nuværende omsorgsbetingede livskvalitet er som nævnt baseret på et hierarki. I tilfælde, hvor der er uoverensstemmelser mellem, hvad den ældre/pårørende og plejepersonale har svaret, gælder følgende hierarki mellem besvarelsene:
- Den ældres eget udsagn i interviewet har førsteprioritet i ratingen.
- Hvis en pårørende er blevet interviewet på vegne af den ældre, har den pårørendes udsagn i stedet førsteprioritet i ratingen.
- Plejepersonalets udsagn samt observationsstudierne har andenprioritet i ratingen.

Hvor der opstår tvivl om den ældres forståelse og besvarelse af ASCOT-spørgsmålene i interviewet – eller hvis observationerne og/eller personaleinterviewet viser et andet resultat end interviewet med den ældre – trækker ratingen i højere grad på observationerne og medarbejderinterview.

RATING

DOKUMENTATION AF OMSORGSBETINGET LIVSKVALITET

Som vi beskriver nærmere i et følgende afsnit, har alle interviewere været på et intensivt metodekursus, inden interview og observationer blev gennemført. På dette kursus blev teorien og principperne bag ASCOT samt det materiale, som interviewerne kunne gøre brug af til selve ratingen, nøje gennemgået. Ud over spørgeskemaerne havde interviewerne en vejledning i ASCOT, et observationsskema og et rating-skema, hvor det endelige livskvalitetsmål blev angivet for både nuværende og forventet omsorgsbetinget livskvalitet.

Som led i ratingen af den ældres omsorgsbetingede livskvalitet skal interviewer i rating-skemaet nøje dokumentere den ældres behov i hvert af de otte domæner ved at besvare en række hjælpespørgsmål, som fremgår af interviewer-vejledningen. Et udsnit af disse hjælpespørgsmål gengives her:⁴

4. For en fuld beskrivelse af krav til dokumentation af rating inden for hvert af de otte domæner, se bilag 1.

- **Kontrol i dagligdagen:** Foretager den ældre regelmæssige valg i dagligdagen; hjælper personalet den ældre med at foretage valg og have kontrol; inddrages den ældre i beslutninger; hvad er kvaliteten af de valgmuligheder, den ældre tilbydes; bliver den ældres valg respekteret?
- **Personlig pleje:** Hjælper personalet beboeren med den personlige pleje; er den ældre velsoigneret og klædt passende på i forhold til alder, vejr, lejlighed mv.?
- **Mad og drikke:** Er beboerens kost nærende; bliver der taget højde for individuelle **præferencer** og behov; er der let adgang til mellemmåltider og drikkevarer mellem hovedmåltiderne?
- **Tryghed:** Er beboeren tryk i sit miljø; er beboeren afhængig af personalet til at føle sig tryk; løbes der nogle sikkerhedsmæssige risici i plejeboligen?
- **Social kontakt:** Har den ældre kontrol over hyppighed i social kontakt med familie, venner og/eller andre beboere; har den ældre så megen social kontakt, som han/hun selv ønsker; er den ældre socialt isoleret?
- **Aktiviteter:** Tilbringer den ældre sin tid med meningsfulde aktiviteter; modtager **beboeren** hjælp fra personalet; er hyppighed og typen af aktiviteter tilfredsstillende; er den ældre tilfreds med aktiviteterne?
- **Boligen:** Er den ældres hjem rent og ordentligt; får han/hun hjælp; lugter der; er møblerne komfortable og rene; hvordan ser det ud for selve **plejeboligen**?
- **Værdighed:** Bliver den ældre behandlet med respekt og værdighed; tager personalet hensyn til særlige behov; hjælper personalet den ældre med at bevare sin værdighed?

RATING AF NUVÆRENDE OG FORVENTET OMSORGSBETINGET LIVSKVALITET

Inden for 48 timer efter interview og observation foretager interviewer en rating af hver enkelt beboers omsorgsbetingede livskvalitet. I forbindelse med ratingen ser man på hvert domæne for sig. Alle tilgængelige oplysninger fra interview og observationer inddrages til at bedømme beboerens behovsniveau både for nuværende (med omsorg og pleje) og forventet omsorgsbetinget livskvalitet (uden omsorg og pleje).

For at illustrere, hvordan interviewer har foretaget rating af beboerens omsorgsbetingede livskvalitet på de otte domæner, vil vi i det

følgende afsnit komme med en række konkrete eksempler på dette, både i forhold til omsorgsbetinget livskvalitet *med* pleje og omsorg og omsorgsbetinget livskvalitet *uden* pleje og omsorg. Desuden vil vi i kapitel 4 om observationsstudier give en mere dybtgående og kvalitativ indførelse i, hvordan observationerne konkret er anvendt i forhold til ratingen.

Når interviewerne nøje har dokumentet den ældres uopfyldte behov inden for hvert af de otte domæner, skal den endelige rating derefter foretages. Hvert domæne rates på en 3-punkts-skala med henholdsvis 'ingen behov', 'nogle behov' eller 'store behov' for både den nuværende og den forventede omsorgsbetingede livskvalitet ved fravær af pleje og omsorg, efter principperne beskrevet nedenfor. Beskrivelserne stammer fra de skemaer, som interviewerne har anvendt i forbindelse med deres rating.⁵ Bemærk, at når vi i det følgende skriver *ingen behov*, *nogle behov* og *store behov*, så skal det forstås som *uopfyldte behov*.

VÆSENTLIGE GENERELLE INDIKATORER FOR UOPFYLDTE BEHOV, NÅR DEN ÆLDRE MODTAGER OMSORG OG PLEJE

- **Ingen behov:** Den ældre har ingen uopfyldte behov eller den form for uopfyldte behov, som kan forventes i denne livsfase for en person uden funktionsnedsættelser. **Eller:** Plejeboligen yder hjælp til beboeren, hvilket kompenserer for hans/hendes uopfyldte behov. Hjælpen kan enten være i form af at hjælpe personen med at opfylde sine egne behov, eller ved at personalet opfylder den ældres behov for ham/hende.
- **Nogle behov:** Nogle uopfyldte behov adskiller sig fra ingen uopfyldte behov, idet nogle behov er så vigtige eller hyppige, at de påvirker personens omsorgsbetingede **livskvalitet**. Personalet hjælper beboeren i noget omfang, hvilket i en vis grad kompenserer for hans/hendes uopfyldte behov, men der er stadig tegn på en række uopfyldte behov. **Eller:** Plejeboligen begrænser den ældre på dette område af hans/hendes liv ved at skabe nogle behov, som ikke nødvendigvis ville være uopfyldte, hvis den ældre fx boede i en anden plejebolig. Nogle uopfyldte behov påvirker ikke den ældres helbred.
- **Store behov:** Store behov adskiller sig fra nogle behov, idet store behov har betydning – enten mentalt eller fysisk – hvis de ikke bli-

5. Beskrivelser af principper for besvarelser for hvert af de otte domæner findes i bilag 2.

ver opfyldt i en periode. Det kan være på grund af de uopfyldte behovs alvor eller antal. **Eller:** Plejeboligen hjælper ikke beboeren på dette område af hans/hendes liv, og der er dokumentation for store uopfyldte behov.

VÆSENTLIGE INDIKATORER FOR DE FORVENTEDE UOPFYLDTE BEHOV, HVIS DEN ÆLDRE IKKE MODTAGER HJÆLP

- **Ingen behov:** Den ældre har ingen uopfyldte behov eller den form for uopfyldte behov, som kan forventes i denne livsfase for en person uden funktionsnedsættelser. **Eller:** Den ældre modtager ikke hjælp inden for denne del af sit liv og viser ikke tegn på at have uopfyldte behov.
- **Nogle behov:** Nogle uopfyldte behov adskiller sig fra ingen uopfyldte behov, idet nogle af de uopfyldte behov er så vigtige eller så hyppige, at de påvirker den ældres omsorgsbetingede livskvalitet. Plejeboligen hjælper den ældre i noget omfang, hvilket kompenserer for hans/hendes uopfyldte behov. **Eller:** Plejeboligen hjælper ikke den ældre på dette område af livet (eller kun i noget omfang), og der er dokumentation for, at den ældre har uopfyldte behov, som dog ikke påvirker den ældres sundhed. Der er dokumentation for, at den ældre har nogle uopfyldte behov, men det niveau af hjælp, som den ældre modtager, antyder ikke, at der ville være store uopfyldte behov, hvis han eller hun ikke modtog hjælp.
- **Store behov:** Store uopfyldte behov adskiller sig fra nogle uopfyldte behov, idet store uopfyldte behov har betydning – enten mentalt eller fysisk – hvis de i en periode forbliver uopfyldte. Det kan være på grund af de uopfyldte behovs alvor eller antal. Plejeboligen yder betydelig eller afgørende hjælp til den ældre, hvilket kompenserer for den ældres store uopfyldte behov. **Eller:** Plejeboligen hjælper ikke den ældre på dette område af livet, og der er dokumentation for store uopfyldte behov, hvilket påvirker den ældres helbred. **Eller:** Plejeboligen hjælper i noget omfang den ældre på dette område af livet, men der er alligevel dokumentation for uopfyldte behov. Niveaue af den hjælp, der tilbydes, antyder, at den ældre ville have store uopfyldte behov, hvis han/hun ikke modtog hjælp.

BEREGNING AF ENDELIGE ASCOT-SCORER

Den endelige SCRQoL-værdi (Social Care Related Quality of Life) beregnes ved hjælp af præferencevægte. Præferencevægtene baserer sig på en generel afdækning af, hvad der udgør livskvalitet for ældre i forhold til de livskvalitetsdomæner, der indgår i ASCOT-studiet. Vægtene reflekterer, at ikke alle domæner har lige stor værdi, men at nogle domæner vægtes højere end andre.

Vi har i beregningen af ASCOT-scorer valgt at benytte de engelske præferencevægte, som er udarbejdet af PSSRU (Personal Social Services Research Unit). Disse vægte baserer sig på et præferencestudie blandt 500 ældre på 65 år og derover i England (Netten m.fl., under publicering). Vi har dog sideløbende med afdækningen af omsorgsbetinget livskvalitet blandt plejeboligbeboere også udført et dansk præferencestudie. Formålet med dette studie har været at afdække, hvad ældre på 65 år og derover i Danmark betragter som de væsentligste domæner i forhold til omsorgsbetinget livskvalitet. De danske præferencevægte svarer i store træk til de engelske, dvs. hvis vi havde anvendt de danske vægte i undersøgelsen ville resultatet have været omtrent det samme.⁶ I det engelske studie blev domænet kontrol over dagliglivet dog vægtet som vigtigst: At få dækket sine behov inden for kontrol-domænet blev her vægtet som det vigtigste, og omvendt blev uopfyldte behov på kontrol-domænet vægtet som det værst tænkelige. I det danske studie finder man også en meget høj vægtning af kontrol-domænet, men allerhøjest vægtes dog det at kunne bruge sin tid, som man har lyst til. Men vægtningen af disse to domæner ligger tæt på hinanden i begge studier. Forskellene skyldes muligvis oversættelsen af de engelske spørgsmål. Vi har derfor valgt at aplikere de engelske vægte i beregningen af de endelige SCRQoL-scorer.

Er præferencer så forskellige for svage ældre, som er afhængige af hjælp, og ældre generelt? Ifølge det engelske studie var der ikke substantielle forskelle i præferencer, men ældre plejeboligbeboere tillagde i højere grad domæner, hvor de var afhængige af hjælp, større værdi (Netten m.fl., under publicering).

6. I bilag 5 argumenterer vi for, at vi anvender det engelske præferencestudie i stedet for det danske præferencestudie til vægtning af de otte livskvalitetsdomæner.

ASCOT I EN DANSK KONTEKST

ASCOT er udviklet til at måle omsorgsbetinget livskvalitet i en engelsk kontekst, og for at implementere metoden i en dansk kontekst har det været nødvendigt at foretage nogle mindre ændringer af den engelske udgave. I dette afsnit vil vi beskrive mere specifikt, hvilke ændringer vi har foretaget.

SAMARBEJDE MED ENGELSKE FORSKERE

Vi har haft et tæt samarbejde med nogle af de engelske forskere, der har været med til at udvikle ASCOT, idet de har fungeret som konsulenter på undersøgelsen. Ud over kommunikation via e-mail og telefon har vi afholdt et møde i London, hvor vi brugte en dag på at diskutere projektets teoretiske fundament og den praktiske gennemførelse. De engelske forskere har været med til at kvalitetssikre de ændringer, vi har foretaget i den oprindelige ASCOT. Forskerne har desuden stået for det 2-dages interviewkursus, som blev afholdt for alle interviewere forud for dataindsamlingen.

TILPASNING TIL DANSK KONTEKST

I dette afsnit gennemgår vi de ændringer, vi har foretaget, for at tilpasse ASCOT til en dansk kontekst:

For det første er det engelske materiale, dvs. spørgeskemaer, observationsskemaer, rating-skemaer og vejledning til interviewere, blevet oversat til dansk. Oversættelserne er foretaget af en af SFI-forskerne bag undersøgelsen, som har indblik i relevante termer og problemstillinger på ældreområdet. Oversættelserne er rent sprogligt kvalitetssikret af en ekspert engelskkyndig konsulent.

For det andet har vi foretaget nogle ændringer i spørgeskemaerne, som angår formulering af spørgsmålene. Dette har været nødvendigt for at imødekomme forskelle mellem danske og engelske formuleringer. Disse ændringer er kvalitetssikret af en konsulent fra SFI Survey.

For det tredje har vi organiseret dataindsamlingen således, at SFI-forskerne selv har taget del i dataindsamlingen, hvilket er en styrke i det danske ASCOT-studie. Vores deltagelse i dataindsamlingen har fungeret som en pilottest af det danske ASCOT-studie, og det har således været med til at sikre, at de ændringer, vi har foretaget for at tilpasse stu-

diet til en dansk kontekst, rent faktisk også fungerede i virkeligheden. Desuden har vores deltagelse i dataindsamlingen betydet, at vi har fået et mere dybtgående og kvalitativt indblik i empirien, hvilket bliver afrapporteret nærmere i kapitel 4 om observationsstudier.

PLEJEBOLIGER: UDVÆLGELSE OG KONTAKT

De kommuner, som deltager i undersøgelsen, har vi udvalgt med henblik på at opnå geografisk spredning, og på at både store og små kommuner samt udkants- og bykommuner er repræsenteret. Der er dog ikke tale om en national repræsentativ stikprøve af kommuner. Otte kommuner er udvalgt til at deltage i undersøgelsen:⁷

- København
- Odsherred
- Horsens
- Odense
- Åbenrå
- Jammerbugt
- Brønderslev
- Hjørring.

Via *Tilbudsportalen* har vi foretaget en tilfældig udvælgelse af plejeboliger i de nævnte kommuner. Denne fremgangsmåde adskiller sig fra den fremgangsmåde, der er anvendt i England.

Den indledende kontakt er foregået ved udsendelse af et informationsbrev attesteret til afdelingsleder/forstander⁸, hvor vi kort præsenterer undersøgelsen. Nogle dage senere fulgte vi telefonisk op på informationsbrevet og gav i den forbindelse en mere detaljeret og konkret præsentation af undersøgelsen og af, hvad det krævede af plejeboligerne at deltage. Selvom de fleste afdelingsledere umiddelbart var meget interesserede i undersøgelsen, så var reaktionerne meget forskellige; mens nogle gav samtykke med det samme, var andre mere tilbageholdende,

7. I kapitel 4 følger en mere detaljeret beskrivelse af plejeboligerne.

8. Informationsbrevet er som udgangspunkt attesteret til den person, som på tilbudsportalen er angivet som kontaktperson i den pågældende plejebolig. I de fleste tilfælde er afdelingslederen angivet som kontaktperson, dog er det i nogle tilfælde forstanderen. Af hensyn til læsevenligheden anvender vi i det følgende betegnelsen 'afdelingsleder' for begge stillinger.

hvilket ofte gav anledning til en spændende diskussion omkring personaleressourcer, dokumentationskrav og værdien af denne undersøgelse. Omkring halvdelen indvilligede dog i at deltage, efter at de havde fået mere information om undersøgelsen.

Ældrecheferne i hver af de otte deltagende kommuner er desuden blevet informeret skriftligt om undersøgelsen.

Plejeboliger, der har givet samtykke til at deltage i undersøgelsen, har udleveret en komplet beboerliste til SFI, hvorfra vi har foretaget en tilfældig udtrækning af mellem 5 og 10 beboere afhængig af plejeboligens størrelse. Denne liste med udvalgte beboere er sendt til interviewererne. Desuden udtrak vi i hver plejebolig 5 ekstra beboere, som interviewererne kunne kontakte, i tilfælde af at nogle af de primære 5/10 beboere ikke ønskede at deltage i undersøgelsen.

DELTAGELSESPROCENT

I store plejeboliger (30 døgnpladser eller flere) har vi udtrukket 10 beboere, og i små plejeboliger (færre end 30 døgnpladser) har vi udtrukket 5 beboere. Det har således været størrelsen af de udtrukne plejeboliger, der har været afgørende for det endelige antal af inkluderede plejeboliger. Ud af en stikprøve på i alt 56 plejeboliger deltager 38 i undersøgelsen, hvilket giver en deltagelsesprocent på 68. I den engelske undersøgelse (Netten m.fl., 2010) er deltagelsesprocenten for plejeboliger 35, dvs. set i forhold til den engelske undersøgelse er det en meget høj deltagelsesprocent.

32 procent af de udtrukne plejeboliger har valgt at takke nej til at deltage i undersøgelsen, hvilket primært begrundes i mangel på ressourcer. Det tyder således på, at det især er plejeboliger med relativt mange ressourcer, der deltager i undersøgelsen, hvilket resultaterne skal ses i lyset af.

GEOGRAFISKE FORHOLD

Plejeboliger fra samtlige fem regioner er repræsenteret i undersøgelsen. Af tabel 3.4 fremgår det, at Region Nordjylland og Region Midtjylland hver leverer næsten en tredjedel af plejeboligerne, mens de øvrige tre regioner leverer de øvrige plejeboliger. Tabel 3.4 viser også, hvordan plejeboligerne er fordelt i de forskellige udvalgte kommuner. Hver kommune leverer mellem 8 og 18 pct. af plejeboligerne. Tallene dækker dog over, at et varierende antal (5-10) beboere er udvalgt fra hver plejebolig.

Som det fremgår af tabel 3.5, er der en ligelig fordeling af plejeboliger fra henholdsvis større og mindre kommuner. 'Større kommuner' er i denne sammenhæng Horsens, Odense og København, mens 'mindre kommuner' er Åbenrå, Jammerbugt, Hjørring, Brønderslev og Odsherred.

TABEL 3.4

Plejeboliger fordelt på region- og kommuneniveau. Antal og procent.

	Antal	Procent
<i>Region</i>		
Region Nordjylland	12	32
Region Syddanmark	11	29
Region Midtjylland	7	18
Region Hovedstaden	4	12
Region Sjælland	4	12
<i>Kommune</i>		
København	4	12
Odsherred	4	12
Horsens	7	18
Odense	7	18
Åbenrå	4	12
Jammerbugt	3	8
Brønderslev	4	12
Hjørring	5	13

Tabel 3.5 viser også fordelingen mellem plejeboliger fra henholdsvis land- og bykommuner. 'Landkommuner' er Odsherred, Åbenrå, Jammerbugt, Hjørring og Brønderslev, mens 'bykommuner' er København, Odense og Horsens. Plejeboligerne, der indgår i undersøgelsen, er placeret nogenlunde ligeligt på disse to kommunetyper.

TABEL 3.5

Plejeboligerne fordelt efter større og mindre kommuner, by- og landkommuner og udkantskommuner og øvrige kommuner. Antal og procent.

	Antal	Procent
Større kommuner	18	47
Mindre kommuner	20	53
Bykommuner	18	47
Landkommuner	20	53
Udkantskommune	4	11
Øvrige kommuner	34	89

Som det fremgår af tabel 3.5, er plejeboliger i udkantskommuner repræsenteret med 11 pct. af plejeboligerne i undersøgelsen. En udkantskom-

mune defineres som en kommune, hvis største by har mindre end 30.000 indbyggere, og som ligger mere end 40 km fra nærmeste stærke geografiske center (byer med over 40.000 arbejdspladser, som har flere indpendlere end udpendlere) (Wikipedia).

DATAINDSAMLING

Observationer og interview er gennemført fra maj til juli 2011. Dataindsamlingen er foretaget af 19 erfarne interviewere fra SFI Survey. Da interviewerne bliver mere og mere erfarne og sikre i forhold til metoden, efterhånden som dataindsamlingen skrider frem, har vi lagt vægt på at have relativt få interviewere tilknyttet undersøgelsen, således at de hver især foretog mange interview og observationer.

Desuden har de forskere fra SFI, der har gennemført denne undersøgelse, selv stået for dataindsamlingen i 4 af de i alt 38 plejeboliger, der deltager i undersøgelsen. Dette skyldes to forhold: For det første har vores deltagelse i dataindsamlingen fungeret som en pilottest af ASCOT i en dansk sammenhæng. I forbindelse med tilpasning af ASCOT til en dansk kontekst har vi, som nævnt, foretaget nogle mindre ændringer af det oprindelige ASCOT-spørgeskema. Det har derfor været af afgørende betydning at sikre, at den danske udgave af ASCOT rent faktisk fungerer i en dansk kontekst. For det andet har vores deltagelse i dataindsamlingen bevirket, at vi har fået en mere nuanceret og dybtgående forståelse for ASCOT-metoden, end hvis vi udelukkende havde et teoretisk indblik. Dette praktiske indblik i metodens anvendelse, dens fordele og kritikpunkter er med til at kvalificere vores analyser af data.

INTERVIEWERKURSUS

Forud for dataindsamlingen har samtlige interviewere og SFI-forskere deltaget i et intensivt 2-dages interviewerkursus, som blev gennemført af to af de engelske PSSRU-forskere, der har været med til at udvikle ASCOT. Formålet har været at introducere til metoden og minimere metodiske fejlkilder.

Som beskrevet blev de engelske forskere via deres egen pilottest opmærksomme på, at der er usikkerheder forbundet med rating af de adfærdsmæssige livskvalitetsdomæner. For så vidt muligt at minimere de metodiske usikkerheder fik interviewerne i den danske undersøgelse en

grundig introduktion til den teoretiske tankegang, der ligger bag ASCOT, og til de otte domæner. Desuden blev de gjort bekendte med den praktiske gennemførelse af dataindsamlingen, særligt med fokus på observationer og rating. I forhold til observationerne blev der på kurset gjort meget ud af at diskutere, hvilke forhold interviewerne særligt skulle være opmærksomme på under observationen. Opmærksomhedspunkterne er beskrevet tidligere i dette kapitel under overskriften 'Rating'. En anden vigtig del af kurset var en indføring i, hvordan ratingen af den omsorgsbetingede livskvalitet foretages. Til det formål var der indlagt nogle praktiske øvelser, som tog udgangspunkt i små filmklip med relevante episoder fra dagligdagen i en plejebolig, som interviewerne så efterfølgende skulle diskutere for at få føling med at foretage ratinger.

På kurset blev interviewerne desuden udstyret med en udførlig skriftlig vejledning og en hotline til en forsker på SFI, som de kunne ringe til, hvis der opstod usikkerheder eller uforudsete situationer.

BUDDY-SYSTEM

I forbindelse med de allerførste observationer og interview gjorde interviewerne brug af et såkaldt buddy-system. Det betyder, at interviewerne i fællesskab to og to foretog interview og observationer af to ældre (og personale samt evt. pårørende). Derefter foretog de hver for sig rating af de to ældre, som de efterfølgende diskuterede indbyrdes. De kunne dog ikke ændre på de ratinger, de allerede havde foretaget. De efterfølgende interview og observationer varetog interviewerne individuelt, dog valgte nogle af interviewerne at følges ad ude i plejeboligerne.

EN TYPISK DAG FOR INTERVIEWEREN I PLEJEBOLIGEN

For at illustrere, hvordan dataindsamlingen konkret er foregået, vil vi i dette afsnit beskrive, hvordan en typisk dag for intervieweren er foregået.

I forbindelse med den første dag i plejeboligen har afdelingslederen introduceret intervieweren til plejeboligen, fx den fysiske indretning, kulturen, personaleforhold og lignende. Interviewer og afdelingsleder har taget en dialog om hver enkelt af de udtrukne beboere, fx om der er adfærdsmæssige eller fysiske forhold, som intervieweren skal være særligt opmærksom på, om beboeren selv kan svare meningsfuldt på interviewspørgsmålene, eller det er nødvendigt at kontakte en pårørende mv. I de tilfælde, hvor afdelingslederen vurderede, at beboeren ikke selv kunne

indgå i et interview, formidlede han eller hun kontaktoplysninger på den pårørende, som interviewerens tog kontakt til. Afdelingslederen har desuden udpeget det personalemedlem, som har det bedste kendskab til de udtrukne beboere, hvilket typisk har været kontaktpersonen. Dernæst har afdelingslederen givet interviewerens en rundtur i plejeboligen og præsenteret interviewerens for de udtrukne beboere, som har fået et informationsbrev om undersøgelsen. Herefter har de ældre i fred og ro haft mulighed for at diskutere med deres eventuelle pårørende, inden de endeligt tog stilling til, om de ville deltage eller ej.

Efter introduktionsdagen er interviewerens gået i gang med selve dataindsamlingen. Som udgangspunkt er der afsat en dag til hver enkelt ældre, dvs. til at foretage interview med den ældre (evt. pårørende), interview med personale, observere den ældre samt foretage den samlede rating.

EMPIRISK GRUNDLAG

I alt 294 beboere i plejeboliger indgår i undersøgelsen. Som udgangspunkt har alle udtrukne ældre fået tilbud om at deltage, uanset funktions- evne eller kognitiv tilstand. I tilfælde, hvor afdelingslederen har vurderet, at en af de udtrukne beboere ikke kan deltage i et interview, fx på grund af demens, er der i stedet foretaget interview med en pårørende. Følgende empiri er indsamlet:

- 208 besøgsinterview med beboere
- 86 telefon- eller besøgsinterview med pårørende
- 294 besøgsinterview med plejepersonale
- Observationer af samtlige 294 beboere.

INTERVIEW

Interviewene blev så vidt muligt foretaget et uforstyrret sted uden tilstedeværelse af andre mennesker.

Interviewene har taget udgangspunkt i spørgeskemaer og har dermed været strukturerede og kvantitative. Formålet med interviewene har netop været at indsamle kvantificerbare oplysninger om funktionsevne, sociale relationer og livskvalitet. Imidlertid har interviewet yderligere haft til formål at bidrage med kvalitative oplysninger om den ældre, som interviewerens efterfølgende kunne anvende i ratingen som et supplement

til de kvantitative oplysninger og observationerne. Interviewene har dermed også fungeret som halvstrukturerede livsverdensinterview. Kvale (2003) definerer denne interviewform som:

Et interview, der har til formål at indhente beskrivelser af den interviewedes livsverden med henblik på at fortolke betydningen af de beskrevne fænomener (Kvale, 2003, s. 19).

Med andre ord har vi udnyttet interviewsituationen til ikke blot at få svar på selve spørgeskemaet, men til samtidig at søge efter forklaringer på forskellige aspekter ved den pågældende beboer.

Personaleinterviewet er det mest omfattende med en varighed på ca. 40 minutter. Pårørendeinterviewet er mindre omfattende end personaleinterviewet, idet det ikke indeholder baggrundsspørgsmål om medarbejderne, og varigheden er ca. 25 minutter. Beboerinterviewet er det mindst omfattende af de tre interview, blandt andet fordi den ældre kun skal svare på spørgsmål om den nuværende omsorgsbetingede livskvalitet. I praksis var der stor variation i forhold til, hvor lang tid beboerinterviewet varede, da det afhang af den ældres kognitive funktionsevne, og hvor meget han eller hun havde lyst til at uddybe sine svar. I praksis varede interviewet således mellem 25 og 60 minutter.

Beboerinterviewene er foretaget som besøgsinterview enten i den ældres egen bolig, på fællesarealer i plejeboligen eller et andet sted, hvor interviewet kunne foregå uforstyrret. Interview med pårørende er foretaget enten i forbindelse med, at den pårørende besøgte den ældre i plejeboligen, eller telefonisk. De pårørende udviste generelt set stor interesse for undersøgelsen og stor velvillighed til at afse tid til at komme forbi plejeboligen for at deltage i interview. I forbindelse med personaleinterviewene var det af og til en udfordring at få aftaler om interview fx på grund af fridage og generel travlhed.

OBSERVATIONER

Der blev som udgangspunkt afsat en dag pr. beboer, hvor både interview og observationer skulle foregå. Observationen foregik i tidsrummet mellem kl. 9-13 og havde en varighed på sammenlagt ca. 2 timer. Det danske ASCOT adskiller sig her fra det engelske, idet sidstnævnte foretager observationer om eftermiddagen i tidsrummet kl. 16-18. Argumenterne for at observere henholdsvis formiddag og eftermiddag er dog de samme; at

der netop i dette tidsrum foregår planlagte aktiviteter i plejeboligen, eksempelvis stolegymnastik, banko, højtlesning, musik og sang. Erfaringen fra det danske ASCOT-studie understøtter den antagelse, at mange sociale og fysiske aktiviteter ligger i tidsrummet mellem kl. 9-13, og at det derfor er meningsfuldt at foretage observationer i danske plejeboliger i formiddagstimerne. Observationen inkluderede desuden et måltid (morgenmad eller frokost), idet der her kunne forventes at være interaktion mellem personale og beboere.

Observationen tog udgangspunkt i den ældres dagligdag, dvs. der blev observeret i forbindelse med dagligdagssituationer i plejeboligen. Det betyder, at intervieweren har fulgt den ældres dagligdag, uanset om denne bestod af tv i dagligstuen, radiolytning på værelset, et besøg af svigersønnen, deltagelse i gymnastik, banko eller andre af de planlagte aktiviteter i plejeboligen.

Under observationen skulle intervieweren forholde sig neutral og udenforstående, dvs. undgå øjenkontakt, stå så stille som muligt, undgå og ignorere forsøg på kontakt osv. (Brown m.fl., 2011). Med andre ord skulle intervieweren, så vidt det er muligt, være ”en flue på væggen”, som ikke interagerede med den observerede beboer. Dette ideal har dog til tider været svært at efterleve i praksis. Vi mener dog, at den bedste måde at undgå at gøre sig bemærket og påvirke den observerede dagligdag nogle gange indebærer *at tage del* i de aktiviteter, der finder sted – selvom observationen hermed ændrer karakter til *deltagerobservation*. I praksis har der været situationer, hvor det mest naturlige for intervieweren har været at deltage i dagligdagen, fordi alt andet ville virke unaturligt og måske ville betyde, at den observerede ældre netop ville blive opmærksom på interviewerens tilstedeværelse, hvilket ikke er hensigten. Pointen kan illustreres ved et eksempel, der stammer fra dataindsamling i en plejebolig for ældre mennesker med demens:

Under en observation af en beboer med svær demens har jeg placeret mig i en sofagrube i dagligstuen, hvorfra jeg ubemærket kan observere beboeren, som spiser morgenmad ved spisebordet i den anden ende af stuen. Som observationen skrider frem, kommer flere og flere beboere og personalemedlemmer ind i dagligstuen, og nogle tager plads i sofagruppen, hvor jeg befinder mig. Et personalemedlem hiver pludselig en stor rød klovnenæse og et par rispuder frem fra et skab midt i rummet. Klovnenæsen sætter hun fast uden på sin egen næse, og hun be-

gynder at hoppe rundt i dagligstuen, mens hun laver sjove grimasser. De fleste beboere morer sig tydeligvis over hendes fjollede indslag, og de liver op fra deres slumren. Personalementallet kaster risposeerne rundt til beboerne, og de fleste beboere er hurtigt med på legen. Min placering i sofaen, som for få minutter siden fint fungerede som en neutral position, er nu blevet til centrum for en improviseret revy- og gymnastiktime. Før jeg får set mig om, sidder jeg selv med en rispude mellem hænderne og kaster den videre til en beboer.

Ovenstående passage viser, hvordan idealet om en neutral og udenforstående observatør i nogle tilfælde indebærer *at tage del i* den observeredes dagligdag. Havde intervieweren i eksemplet valgt ikke at deltage i legen eller at fjerne sig fra sofaen og fx gå hen til den anden ende af dagligstuen, så ville det netop have vakt unødigt opsigt og fokus på intervieweren. Netop i sådanne situationer er det op til intervieweren at foretage en kvalificeret vurdering af, hvordan han eller hun skal forholde sig. Derfor havde alle interviewerne på interviewerkurset fået en grundig instruktion i, hvordan de skulle forholde sig under observationen, hvordan de skulle takle forskellige situationer, og hvilke temaer de skulle være særligt opmærksomme på under observationen. Disse temaer er beskrevet tidligere i dette kapitel i forbindelse med gennemgangen af domænerne.

I kapitel 4 om observationsstudierne følger en mere udførlig beskrivelse og eksemplificering af observationerne, og hvordan de er anvendt i forbindelse med den samlede rating af beboerens omsorgsbetingede livskvalitet.

ETIK

En stor del af de ældre, der bor i plejebolig, har demens i større eller mindre grad, hvilket det er nødvendigt at medtænke i forbindelse med dataindsamlingen og indhentning af samtykke. I de tilfælde hvor afdelingslederen har vurderet, at den ældre selv var i stand til at deltage i et interview, har vi indhentet samtykke fra den ældre selv. I de tilfælde, hvor afdelingslederen har vurderet, at den ældre ikke selv var i stand til at deltage i interview, har vi indhentet samtykke fra den pårørende til den ældres deltagelse i undersøgelsen. Hvis den ældre under observationen

har virket utilpas eller ængstelig ved interviewerens tilstedeværelse, blev observationen stoppet.

OBSERVATIONSSTUDIER

En central del af ASCOT-metoden består i observationsstudier af plejeboligbeboere. De oplysninger, der indsamles under observationerne, bruger interviewerens til at underbygge sin rating af beboerens omsorgsbetingede livskvalitet. I kapitel 3 har vi beskrevet de praktiske og formelle procedurer omkring observationerne, mens vi i dette kapitel præsenterer et mere dybtgående indblik i selve observationerne i form af tre casebeskrivelser. Dette kapitel bygger på observationer foretaget af SFI's forskere i plejeboliger i København, og kapitlet har til formål at validere ratingerne, hvilket foregår på to måder: For det første ved at give læseren et kvalitativt indblik i (interviewerens fortolkning af) plejeboligbeboernes dagligdag via observationsstudierne. For det andet at inddrage læseren i, hvordan vi konkret har fortolket observationerne og anvendt observationerne til at foretage ratinger.

Forskere har ikke eneret på at definere, hvad sandhed er, eller hvordan virkeligheden ser ud (Dalsgaard 2003, s. 338). Derfor har vi i dette afsnit valgt at eksplicitere vores fortælling om dagligdagen i plejeboligen (observationsstudierne) og vores ratinger, og lader læseren deltage i fortolkningen af den.

Dalsgård (ibid.) påpeger yderligere, at observationer ikke kan betegnes som objektive beskrivelser af, hvordan den observerede virkelighed ser ud, og netop derfor mener vi, at det er vigtigt at give læseren et

indblik i, hvordan ratingerne er foretaget. Observationsstudierne er kvalitative beskrivelser af de observerede beboere, og ratingerne kan betegnes som en bestræbelse på at gøre de kvalitative beskrivelser mere kvantitative, i og med at kvalitative og kvantitative data sammenholdes. Ifølge Dalsgård (ibid., s. 334) har fortællingen⁹ som skriveform den fordel, at den i udpræget grad gør det muligt at inddrage læseren i, hvordan der fortolkes og skabes mening. Ved at eksplicitere, hvordan vi er nået frem til vores rating, åbner vi således op for, at læseren kan være med til at validere vores ratinger.

For at illustrere, hvordan vi har anvendt observationerne til at rate, præsenterer vi i dette kapitel tre af de beboere, som deltager i undersøgelsen. Beboerne er ikke præsenteret, fordi de er repræsentative for alle plejeboligbeboerne i undersøgelsen, men fordi de illustrerer mangfoldigheden i de observerede dagligliv. Mangfoldigheden omfatter individuelle forhold ved beboeren som fx personlighed, socialt liv, funktionsevne, kognitivt niveau mv., men også institutionsfaktorer ved plejeboligen som fx kvaliteten af plejen, omfanget og kvaliteten af aktiviteter i plejeboligen mv. Illustrationen af denne mangfoldighed via casebeskrivelserne er med til at understrege, hvor forskellige situationer ratingerne bygger på.

Casebeskrivelserne bygger dels på observationsnotater, dels på erindringer om observationerne: Mange af de notater, vi har foretaget under observationen, er skrevet i stikordsform og/eller korte indforståede sætninger, og derfor bygger casebeskrivelserne også i høj grad på vores erindring fra observationerne. Og som Ellis & Bochner (2000, s. 751) påpeger, er det imponerende, hvilke detaljer og episoder man kan kalde frem i sin erindring, når blot episoderne har gjort følelsesmæssigt indtryk.

Efter hver casebeskrivelse følger en beskrivelse af, hvordan vi som interviewere konkret har inddraget oplysninger til at rate den omsorgsbetingede livskvalitet på de forskellige domæner.

Alle navne på beboere, pårørende og personalemedlemmer er anonymiseret.

CASE 1: GERTRUD

”Kom ind!”, lyder det venligt, da jeg banker på hos Gertrud. Jeg åbner døren og træder ind i et lille, hyggeligt hjem. Indretningen er meget per-

9. Fortællingen skal her forstås som personlige beretninger fra felten i form af casebeskrivelserne.

sonlig – fotografier og malerier pryder vægge og hylder, vinduerne er omkranset af tunge gardiner, der er en fin dug på spisebordet og nips-genstande overalt. Ved den ene væg står en seng, som er redt med et nydeligt sengetæppe og broderede puder. Ved spisebordet sidder en lille ældre kvinde i en kørestol. Hendes hvide hår er kortklippet og velfriseret, og hun er klædt i mørke bukser og en lys feminin skjorte med krave.

”Hvem har sendt dig?” er hendes umiddelbare reaktion, da jeg præsenterer mig og mit ærinde. Før jeg når at besvare hendes spørgsmål, fortsætter hun; ”... det er, fordi jeg er så frisk – så sender de altid folk ind til mig. Jeg er også lige blevet interviewet af nogle journaliststuderende, der ...” Gertrud afbryder sig selv, rækker ud efter fjernbetjeningen og slukker for tv’et; ”... så kan vi bedre snakke sammen,” forklarer hun og taler videre.

Jeg fortæller, at hun er udtrukket tilfældigt blandt alle beboerne i plejeboligen, og spørger, om hun mon er interesseret i at deltage? Dét er hun så absolut. Vi aftaler, at jeg kommer igen et par dage senere, hvor vi spiser morgenmad sammen og derefter følges til stolegymnastik, som hun deltager i flere gange ugentligt. Vi taler sammen om løst og fast i ca. et kvarter, inden jeg undskylder mig og bevæger mig ud ad døren. Gertrud virker til at være en interessant dame, der lever et mangfoldigt og udadvendt liv, og jeg glæder mig til at tale med hende igen.

”Godmorgen, Gertrud, her er din morgenmad. Jeg går lige ned og henter dit rundstykke”. Personalemedlemmet smiler venligt til Gertrud, sætter en bakke med kaffe, saftvand og yoghurt på bordet foran hende og forsvinder igen ud ad døren. Et øjeblik efter er hun tilbage med en lille brun bagerpose. Gertrud elsker rundstykker, og hver morgen henter personalet – helt ekstraordinært – et rundstykke til hende i kiosken. Ifølge Gertrud kan det kun lade sig gøre, fordi hun bor så tæt ved kiosken, og hun er da også bevidst om, at hun er heldig. Hun smører tandsmør på rundstykket og drysser en håndfuld piller ud over yoghurten. Hun har aftalt med sin praktiserende læge, at hun selv står for at dosere sin medicin, forny recepter osv. – på den måde holder hun hovedet lidt i gang, forklarer hun.

Klokken lidt i 10 skal vi af sted til stolegymnastik. Gertrud har helt tjek på sin kørestol og transporterer sikkert sig selv gennem både den automatiske dør og elevatoren. På vej til træningslokalet viser hun mig cafeen, hvor hun altid spiser frokost – hun har fravalgt frokosten i

plejeboligen, da hun foretrækker den frokost, hun kan købe i den nærliggende cafe.

Da vi ankommer til træningslokalet, bliver hun hilst velkommen af fysioterapeuterne, og de hjælper hende med at komme fra kørestolen over i en almindelig stol. Træningen foregår i et stort lokale, og de ca. 25 deltagende beboere sidder i en stor rundkreds med to fysioterapeuter i midten. Selvom der næsten er et kvarter, til træningen begynder, er stort set alle deltagerne allerede ankommet. Kun ganske få af beboerne taler med hinanden, de sidder blot forventningsfuldt og venter på, at træningen skal begynde.

Bag flygelet sidder en midaldrende herre, der sørger for, at træningen bliver akkompagneret af levende sang og musik. En dejlig, munter stemning spredt sig hurtigt i salen, og beboerne synger med på den velkendte og populære sang:

Den første gang jeg så dig,
det var en sommerdag.
En sommerdag
da solen lyste klart,
og alle engens blomster,
de stod i stakkevis
og vuggede som unge brudepar,
og vinden kom stille ned
til stranden, hvor vi stod,
og bølgerne de klukkede
og kyssede din fod.
Den første gang jeg så dig,
det var en sommerdag,
den første gang
du holdt mig i hånden.

En del af beboerne, også Gertrud, har tydeligvis svært ved at gennemføre alle øvelserne – det må uden tvivl være musikken og den gode stemning, der trækker så mange beboere til træningen.

RATING AF GERTRUD

Gertrud er et eksempel på en mentalt stærk ældre kvinde, der er bevidst om sine ønsker og formår at omsætte disse til handling, enten ved at

handle på egen hånd eller ved at udnytte al den hjælp, hun kan få fra personalet, kommunen og sin familie. Tabel 4.1 viser, hvordan Gertrud er ratet.

TABEL 4.1

Rating af Gertrud.

	Nuværende omsorgsbetinget livskvalitet	Forventet omsorgsbetinget livskvalitet
Kontrol i dagligdagen	Ingen uopfyldte behov	Ingen uopfyldte behov
Personlig pleje	Ingen uopfyldte behov	Store uopfyldte behov
Mad og drikke	Nogle uopfyldte behov	Nogle uopfyldte behov
Tryghed	Ingen uopfyldte behov	Ingen uopfyldte behov
Social kontakt	Ingen uopfyldte behov	Ingen uopfyldte behov
Aktiviteter	Ingen uopfyldte behov	Ingen uopfyldte behov
Boligen	Ingen uopfyldte behov	Store uopfyldte behov
Værdighed	Ingen uopfyldte behov	-

Gertruds nuværende omsorgsbetingede livskvalitet er ratet til ingen uopfyldte behov på domænerne kontrol i dagligdagen, personlig pleje, tryghed, social kontakt, aktiviteter, boligen og værdighed, idet observationen og interviewene med Gertrud og hendes kontaktperson ikke indikerer uopfyldte behov: Trods fysisk svækkelse formår hun at opretholde en høj grad af kontrol i sin dagligdag, og hun kan forme sin tilværelse, som hun ønsker. For eksempel bestemmer hun selv, hvordan hendes måltider skal foregå, og hun deltager i arrangementer uden for plejeboligen ved hjælp af kommunens ældrekursel.

Gertrud er velplejet og velklædt, og hun er selv tilfreds med standarden af sin personlige pleje.

Domænet mad og drikke er dog ratet til nogle uopfyldte behov: Gertrud er ikke tilfreds med den mad, der bliver serveret til frokost og aften, og plejeboligen tilbyder intet valg i forbindelse med de to måltider. Det betyder, som beskrevet, at Gertrud har iværksat en rundstykkeordning og spiser frokost andetsteds. Nogle gange spiser hun den aftensmad, der serveres i plejeboligen, andre gange smører hun selv en ostemad.

Hun fortæller, at hun føler sig tryk i plejeboligen, hvilket observationen understøtter.

Gertrud har en god kontakt til sine børn, børnebørn og oldebørn, og hun har selv kontrol over, hvor meget hun ser andre mennesker.

Gertrud deltager desuden i alle de aktiviteter i plejeboligen, som hun kan komme til; blandt andet stolegymnastik og fysioterapi i alt fire

gange om ugen, og hun har lige været med på en sommerhustur arrangeret af plejeboligen samt en sommerhustur med sin familie.

Boligen er ren, ordentlig og hyggeligt indrettet, og den lever op til hendes standarder.

Endelig er værdighedsdomænet ratet til ingen uopfyldte behov, idet observationen og interviewene vidner om, at hun bliver behandlet ligeværdigt og respektfuldt. Blandt andet bliver døren lukket, mens hun modtager personlig pleje, og personalemedlemmerne taler pænt til hende og respekterer hendes ønsker.

Imidlertid ville Gertrud have svært ved at opretholde samme høje OLK på samtlige domæner, hvis ikke hun modtog hjælp fra personalet: Hun er en handlekraftig og selvstændig kvinde, og uden hjælp ville hun ligeledes have ingen uopfyldte behov med hensyn til kontrol i dagligdagen. Hun kan dog ikke selv varetage al sin personlige pleje, og uden personalets hjælp ville hun derfor have store uopfyldte behov på dette domæne. Uden hjælp ville hendes OLK med hensyn til mad og drikke forblive uændret (nogle behov), idet hun selv kan tilberede simpel mad som fx at smøre en ostemad og desuden selv kan tage initiativ til at tage hen på en cafe eller lignende for at indtage nærende måltider. Uden hjælp ville Gertruds oplevelse af tryghed forblive uændret (ingen behov), idet hun er helt frisk i hovedet og er bevidst om potentielle farer, og hvordan hun undgår dem. Uden hjælp ville Gertrud heller ikke have nogen uopfyldte behov for både social kontakt og aktiviteter; hun er ressourcestærk og selvhjulpnen og kan selv initiere social kontakt og aktivere sig selv. Uden hjælp er Gertrud ratet til at have store uopfyldte behov i forhold til boligen, idet hun på grund af sit fysiske handicap ikke selv er i stand til at holde sin bolig ren og ordentlig.

CASE 2: SOFIE

Sofie er en kvinde med svær demens. Datteren, som jeg interviewede i går, giver udtryk for, at Sofie ikke opfatter ret meget af det, der sker omkring hende, og jeg er derfor noget spændt på observationen.

Klokken lidt i 10 ankommer jeg til Sofies lejlighed og forklarer et personalemedlem mit ærinde. Jeg bliver bedt om at vente i dagligstuen, idet Sofie netop er ved at få personlig pleje. Jeg bevæger mig ind i dagligstuen og sætter mig ved et spisebord. To kvinder med demens sidder i

hver sin stol og sover. De er placeret foran en stor fladskærm midt i rummet, der viser tegnefilm. Stuen er nydeligt og hjemligt indrettet, dog er der nogle brune pletter på dugen og på væggene. Mon de fik chokolademousse i går? Eller i sidste uge? Kalenderen, der hænger på væggen, er ikke blevet vendt i to dage.

Efter ca. 20 minutter kommer et personalemedlem kørende med Sofie i sin kørestol. I stedet for at placere Sofie ved et bord eller lignende, placerer hun hende umiddelbart foran mig ude i rummet, og jeg føler, at både min og Sofies privatsfære bliver brudt. Sofie kigger forsigtigt på mig med sine mørke øjne, hun ser lidt forvirret ud. Jeg forsøger at skjule min forundring, da jeg udbryder: ”Jeg synes, at du skal sætte hende ind til bordet, så hun sidder ordentligt”. ”Synes du det?” spørger personalemedlemmet, nærmest lidt undrende, men følger dog min opfordring og flytter Sofies stol hen til bordet og retter også lidt på hendes skjortekrave. Personalemedlemmet går igen, og jeg er alene i stuen med de tre beboere. Sofie sover nu i sin stol. Tegnefilmen slutter, og en dokumentar om Danmarks små øer starter. Ingen af beboerne følger med i programmet; det virker slet ikke, som om de opfatter tv’et. Et kvarter senere kommer et andet personalemedlem ind i dagligstuen. Han går hen til tv’et og lader sig opsluge af dokumentaren et par minutter, inden han går ud af rummet igen. Han hilser ikke på beboerne. Han ænser dem knap.

Klokken nærmer sig tolv, og der er optræk til frokost. Sofie sover stadig i sin kørestol ved bordet. Personalet dækker bordene, henter smurte rugbrødsmadder, suppe og saftvand i køkkenet, og de hjælper afdelingens øvrige beboere ind i dagligstuen. Jeg bider mærke i fraværet af samtale – personalet taler ikke til beboerne. Tv’et er stadig tændt, men ingen følger med i programmet. Uden at sige ét eneste ord til Sofie kommer personalemedlemmet medicin i Sofies saftvand, øser suppe op på hendes tallerken og giver hende hagesmæk på. Hun sætter sig ved siden af Sofie, holder hende omsorgsfuldt på skulderen og siger: ”Sofie, vi spiser nu – åbn munden, Sofie!” Personalemedlemmet er opslugt af at følge med i et program i tv’et, mens hun mader Sofie. Sådan forløber ca. 20 minutter af frokosten.

”Hvorfor har vi ikke slukket for tv’et?” Afdelingslederen kommer ind i dagligstuen, går hen og slukker tv’et. ”Vi ser altså ikke tv, når vi spiser!” Hun henvender sig til mig og undskylder, at det hele er så kaotisk i dag og forklarer, at det skyldes en sygemelding.

RATING AF SOFIE

Denne casebeskrivelse bygger på notater foretaget i forbindelse med observationen af Sofie. Beskrivelsen giver et indblik i det indtryk, som interviewereren fik ved observationen, og casebeskrivelsen indfanger den stemning, som interviewereren havde efter observationen. Selvom mange af de situationer, der er observeret, måske ikke nødvendigvis er et udtryk for den generelle dagligdag, men skyldes underbemanding på grund af en sygdomsmedling, så ændrer det ikke ved de observationer, der er foretaget, eller på den efterfølgende rating.

Sofie er et eksempel på en beboer, der er afhængig af personalets hjælp til faktisk alt, og uden hjælp ville hun have store behov på samtlige domæner. Tabel 4.2 viser, hvordan Sofie er ratet.

TABEL 4.2
Rating af Sofie.

	Nuværende omsorgsbetinget livskvalitet	Forventet omsorgsbetinget livskvalitet
Kontrol i dagligdagen	Store uopfyldte behov	Store uopfyldte behov
Personlig pleje	Nogle uopfyldte behov	Store uopfyldte behov
Mad og drikke	Nogle uopfyldte behov	Store uopfyldte behov
Tryghed	Ingen uopfyldte behov	Store uopfyldte behov
Social kontakt	Store uopfyldte behov	Store uopfyldte behov
Aktiviteter	Store uopfyldte behov	Store uopfyldte behov
Boligen	Nogle uopfyldte behov	Store uopfyldte behov
Værdighed	Nogle uopfyldte behov	-

Sofies nuværende omsorgsbetingede livskvalitet er ratet til store uopfyldte behov på domænet kontrol: Hun tilbydes på intet tidspunkt under observationen et valg, hverken i forhold til hvor hun vil opholde sig, hvad hun vil spise til frokost eller lignende.

Den personlige pleje er ratet til nogle uopfyldte behov, hvilket beror på, at datteren under interviewet fortæller, at hendes mors personlige pleje ikke er i top, samt at Sofies hår og tøj under observationen ser sjusket ud.

Med hensyn til mad og drikke er Sofie ratet til nogle uopfyldte behov, idet hun ikke tilbydes noget valg i forbindelse med måltidet. Hun får flydende kost, hvilket dog indikerer, at der tages hensyn til individuelle behov, men heller ikke mere end det. Sofie bliver observeret en sommerdag med ca. 25 graders varme i en periode på ca. 2 ½ time, men hun tilbydes på intet tidspunkt væske (og kan på grund af demens ikke selv bede om det).

På tryghedsdomænet er Sofie ratet til ingen uopfyldte behov, idet hun virker tryk, og der ikke er dokumentation for farlige situationer.

Domænet social kontakt er ratet til store behov: Hun er praktisk taget socialt isoleret under observationen; selvom hun befinder sig i en fælles dagligstue, er der på intet tidspunkt social interaktion med personale eller andre beboere. Hendes datter, der besøger hende ca. en gang om måneden, mener desuden, at der er store behov på dette domæne. Selvom Sofies demens sætter grænser for, hvilke former for social kontakt der er realistiske for hende at deltage i, så kunne personalet gøre mere: Et personalemedlem fortæller fx, at Sofie holder meget af at blive holdt i hånden og sidde med ved bordet, fx under personalemøder eller lignende. Dette sker imidlertid ikke, hverken under selve observationen eller de øvrige gange, jeg ser Sofie i forbindelse med min tilstedeværelse i plejeboligen i de efterfølgende dage.

Domænet aktiviteter er ligeledes ratet til store behov: Sofie sidder under hele observationen passivt i sin kørestol og sover. Tv'et i baggrunden viser det ene ligegyldige program efter det andet. Selvom sommervejret er fantastisk, kører personalet hende ikke ud på terrassen (som er lige ved siden af dagligstuen, hvor hun er).

Boligen er ratet til nogle behov, hvilket blandt andet beror på, at der på spisebordet og væggen er madrester fra gårsdagens aftenmad, og at der er madpletter på sofaen. Der lugter af kattegrus på gangen.

Værdighedsdomænet er ratet til nogle behov: Personalet taler som regel pænt til Sofie, men de lader hende sidde mange timer alene, og de ænser hende ikke. De hilser ikke på hende, når de kommer ind i rummet. Man kan kun gisne om, hvordan en kvinde med svær demens som Sofie selv oplever dette, og om hun overhovedet opfatter noget. Ikke desto mindre har Sofie – og andre mennesker med demens – ret til at blive behandlet med almindelig menneskelig respekt og værdighed.

Observationen indikerer, at Sofies omsorgsbetingede livskvalitet samlet set ikke er så høj, og at den kunne være højere, hvis personalet i større omfang prioriterede dette. Samlet set er Sofies nuværende OLK således ikke så høj, som den kunne være. Imidlertid ville hendes OLK være endnu lavere, hvis hun ikke modtog hjælp: Uden hjælp ville Sofie have store behov på samtlige domæner, hvilket skyldes hendes svære demens.

CASE 3: IDA

Ida spiser altid morgenmad i sin egen lejlighed, og jeg har aftalt med hendes kontaktperson, at jeg kan følge med hende ind til Ida, når hun serverer morgenmad for hende ved halv ni-tiden.

Inden personalemedlemmet låser os ind i Idas lejlighed, banker hun på døren. Ida er så godt som døv og kan formentlig ikke høre, at det banker på døren, men jeg synes alligevel, at personalemedlemmets banken er udtryk for en fin respekt for det andet menneske. Jeg bliver stående i det lille køkken, mens personalemedlemmet går videre ind i soveværelset, hvor Ida befinder sig. Måske ligger hun stadig i sin seng? Hun lukker døren mellem køkken og soveværelse. Gennem den lukkede dør kan jeg høre, at hun meget højt og tydeligt forklarer Ida, at ”hende damen, som du hilste på i går, er her nu, og hun vil gerne have lov til at blive her, mens du spiser morgenmad. Synes du, at det er okay, Ida?”

Nogle minutter senere kommer de ud fra soveværelset. Ida går langsomt hen til sofaen ved hjælp af sin rollator, og personalemedlemmet hjælper hende med at sætte sig til rette. Hun er pæn i tøjet, og hendes hår ser nyvasket ud. Morgenmaden – hvidt brød, smør, ost, marmelade og te, står allerede klar på sofabordet. ”Så kommer jeg tilbage om en halv time, Ida!” næsten råber personalemedlemmet venligt, smiler til Ida og forlader lejligheden. Ida kigger på mig med et undrende og svagt anklagende blik, og selvom hun dagen forinden har givet mig tilladelse til at observere hende, bliver jeg lidt beklemmt ved min tilstedeværelse her i hendes hjem. Der går imidlertid ikke mange minutter, før hun ignorerer min tilstedeværelse og spiser sin morgenmad.

Idas lejlighed er personligt indrettet med masser af malerier og fotografier af børn, børnebørn og oldebørn. Det store vinduesparti sørger for et smukt lysindfald. I hjørnet står et billedrørsfjernsyn, en videoafspiller og en stak VHS-bånd. Et smukt gammelt mahogni-spisebord, musselmaledede skåle, sirlige bunker med hækledede kludetæpper og bøger vidner om det levede liv, som nu er pakket sammen på få kvadratmeter. Køkkenlågerne og døren til badeværelset er udsmykket med store wallstickers med sorte roser. Sofaen, en ældre model betrukket med mørkerødt stof, indbyder til hygge med et væld af fine puder. Sofabordet afslører, at netop sofaen spiller en meget central rolle i Idas dagligliv: Telefon, kortspil, fjernbetjening, kugleramme, salt- og peberbøsser, bøger, ugeblade og en pudseklud til brillerne er blandt de ting, der er på sofabordet.

Ida tygger af munden, skubber bakken fra sig og griber ud efter kortspillet, der ligger på sofabordet. Energisk og med sikre bevægelser lægger hun en kabale ud på sofabordet. Efter ca. 10 minutter banker personalemedlemmet på døren og kommer ind for at hente morgenmadsbakken. ”Hej, Ida, du skal i bad nu”. Ida kigger irriteret op, fortsætter ufortrødent sin kabale og siger: ”Nej, jeg skal lige være færdig [med kabal-len]”. Personalemedlemmet respekterer dette, siger, at hun kommer tilbage om 10 minutter, og forlader lejligheden.

RATING AF IDA

Ida er et eksempel på en enspænder, der har det rigtig godt i eget selskab. Selvom hun er fysisk svækket og næsten døv, er hun ratet til ingen uopfyldte behov på samtlige domæner med undtagelse af aktiviteter, hvilket fremgår af tabel 4.3. I det følgende vil vi argumentere for disse ratinger.

TABEL 4.3

Rating af Ida.

	Nuværende omsorgsbetinget livskvalitet	Forventet omsorgsbetinget livskvalitet
Kontrol i hverdagen	Ingen uopfyldte behov	Nogle uopfyldte behov
Personlig pleje	Ingen uopfyldte behov	Nogle uopfyldte behov
Mad og drikke	Ingen uopfyldte behov	Nogle uopfyldte behov
Tryghed	Ingen uopfyldte behov	Nogle uopfyldte behov
Social kontakt	Ingen uopfyldte behov	Ingen uopfyldte behov
Aktiviteter	Nogle uopfyldte behov	Nogle uopfyldte behov
Boligen	Ingen uopfyldte behov	Store uopfyldte behov
Værdighed	Ingen uopfyldte behov	-

Ida er dårligt gående og næsten døv. Ikke desto mindre har hun en høj grad af kontrol i dagligdagen: Hun kommunikerer med sin kontaktperson gennem et særligt apparat, og Ida er ikke bange for at give udtryk for, hvad hun mener. Da jeg under interviewet spørger Ida, om hun selv mener, at hun har kontrol over sin dagligdag, kigger hun undrende på mig og udbryder: ”Jeg gør, hvad der passer mig!”

Ida er velsoigneret og nydeligt klædt på, dvs. der er ikke tegn på uopfyldte behov.

Med hensyn til mad og drikke tager plejeboligens køkkenpersonale hensyn til de enkelte beboeres særlige madpræferencer, allergier osv. Og hver formiddag og eftermiddag kommer et personalemedlem rundt til alle beboerne med en ”fristelsesvogn”, der er fyldt med alverdens læk-

kerier som chokolade, slik, chips, frugt, kakaomælk, kaffe, saft osv. Ida er tilfreds med maden, og hun er ratet til ikke at have nogen uopfyldte behov.

Selvom Ida er næsten døv og dermed ikke kan være opmærksom på alle farer, virker hun helt tryk og er ratet til ingen behov.

Ida deltager yderst sjældent i sociale arrangementer i plejeboligen, men er meget alene på sit værelse med sine kabaler. Sådan foretrækker hun det. Derudover får hun ofte besøg af sine tre døtre.

Hun er ratet til at have nogle uopfyldte behov i forhold til aktiviteter: Hun tilbringer det meste af sin tid med at lægge kabaler på sit værelse og fravælger de fleste aktiviteter i plejeboligen, idet de ikke falder i hendes smag. Hun giver dog udtryk for, at hun gerne ville deltage i flere aktiviteter, men at de aktiviteter, der foregår, ikke falder i hendes smag. For eksempel ville hun gerne have, at der var mulighed for at deltage i madlavningen og komme på en tur ud af plejeboligen.

I forhold til boligen er hun ratet til ikke at have nogen uopfyldte behov, idet den er hyggeligt og personligt indrettet samt i fin rengøringsstandard. Ida er tydeligvis rigtig godt tilpas i sin bolig.

Endelig er Ida ratet til ingen behov på værdighedsområdet: Personalet behandler hende med respekt, tilpasser deres kommunikation, så de kan tale med Ida på hendes præmisser osv.

Samlet set har Ida således en fin nuværende omsorgsbetinget livskvalitet. Uden den pleje og omsorg, hun får i plejeboligen, ville hun imidlertid have en markant ringere OLK, idet hun er meget skrøbelig, både svagtseende og dårligt gående, og derfor får hjælp til stort set alt i dagligdagen.

OPSAMLING

Vi har i dette kapitel givet en dybtgående beskrivelse af observationsstudierne samt af, hvordan vi konkret har anvendt disse til at foretage de endelige ratinger af plejeboligbeboernes omsorgsbetingede livskvalitet.

Gennem casebeskrivelser har vi præsenteret tre af undersøgelsens plejeboligbeboere. Casebeskrivelserne, der er funderet i notater fra observationerne, har givet læseren et kvalitativt indblik i, hvordan dagligdagen ser ud for tre forskellige beboere på tre tilfældige dage. Som det fremgår af de tre casebeskrivelser, adskiller plejeboligbeboerne (og deres dagligdag)

sig meget fra hinanden. Ligeledes adskiller deres omsorgsbetingede livskvalitet (både den nuværende og den forventede) sig meget fra hinanden, hvilket skyldes både individuelle forhold og institutionsforhold.

Eksempelvis er kørestolsbrugeren Gertrud relativt selvhjulpen og foretager sig mange ting på egen hånd både i og uden for plejeboligen. Selvom hun er afhængig af personalets hjælp til nogle praktiske ting, oplever hun ikke dette som en begrænsning, hvilket hænger sammen med, at hun er meget veltalende og god til at gøre personalet opmærksomt på sine behov. Gertrud formår således i høj grad at forme sin dagligdag, som hun selv ønsker det, og har også en høj nuværende omsorgsbetinget livskvalitet både på de basale og på de overordnede domæner. For plejeboligbeboeren Sofie ser dagligdagen imidlertid meget anderledes ud. Hun sidder i kørestol og har demens i svær grad, og hun er derfor fuldstændig afhængig af den hjælp, hun får af personalet i plejeboligen. Hun er dog ikke selv i stand til at gøre personalet opmærksomt på sine behov – og personalet er ikke i stand til at afkode hendes signaler. Sofie er således ikke selv i stand til at gøre krav på opmærksomhed, omsorg og pleje fra personalet, hvilket betyder, at hendes nuværende omsorgsbetingede livskvalitet ikke er så høj, som den kunne være, hvilket særligt gør sig gældende inden for de overordnede domæner.

Ud over at give læseren et kvalitativt indblik i plejeboligbeboernes dagligdag har dette kapitel desuden givet læseren et indblik i, hvordan vi helt konkret har anvendt informationer fra observationerne til at foretage den endelige rating af beboernes omsorgsbetingede livskvalitet. Formålet med både casebeskrivelser og eksplicitering af rating har været at bidrage til at validere undersøgelsens metodiske fundament, idet vi åbner op for, at læseren hermed får et indblik i, hvordan vi har ratet.

BEBOERNE, PLEJEBOLIGERNE OG MEDARBEJDERNE

I dette kapitel gennemgår vi, hvad der karakteriserer beboerne i undersøgelsen. Vi ser på, hvor mange mænd og kvinder der er blandt beboerne i de 38 udvalgte plejeboliger, deres alder, hvilke familierelationer de har, og hvor store problemer de har med bl.a. funktionsevne og helbred. Det antages, at mange af disse individuelle faktorer har sammenhæng med den ældres opfattelse af den omsorgsbetingede livskvalitet. Dernæst ser vi nærmere på medarbejderne, som indgår i undersøgelsen, og faktorer, som kan tænkes at indvirke på de ældres omsorgsbetingede livskvalitet, bl.a. arbejdsmiljø og medarbejdernes uddannelsesbaggrund. Endelig ser vi på de 38 plejeboliger, som deltager, og sammenligner en række institutionsforhold, som også kan tænkes at påvirke de ældres omsorgsbetingede livskvalitet. Både individuelle faktorer og institutionsfaktorer indgår i analysen af de ældres omsorgsbetingede livskvalitet i kapitel 6.

BEBOERNE

BAGGRUNDSFAKTORER

2 ud af 3 af beboerne (67 pct.) i de udvalgte plejeboliger i undersøgelsen er kvinder, hvilket svarer til landsgennemsnittet på 67 pct. (Danmarks statistik, 2010-2011). Tabel 5.1 viser fordelingen på køn og alder. Gennemsnitsalde-

ren for beboerne i undersøgelsen er 85 år, men kvinderne er gennemsnitligt lidt ældre, 86 år, og mændene gennemsnitligt noget yngre, 82 år. Den ældste deltager i undersøgelsen er 101 år og den yngste 65 år, men som figur 5.1 angiver, er størstedelen af beboerne over 79 år (75 pct.). Aldersfordelingen svarer ligeledes til landsgennemsnittet (Danmarks Statistik i.d.).

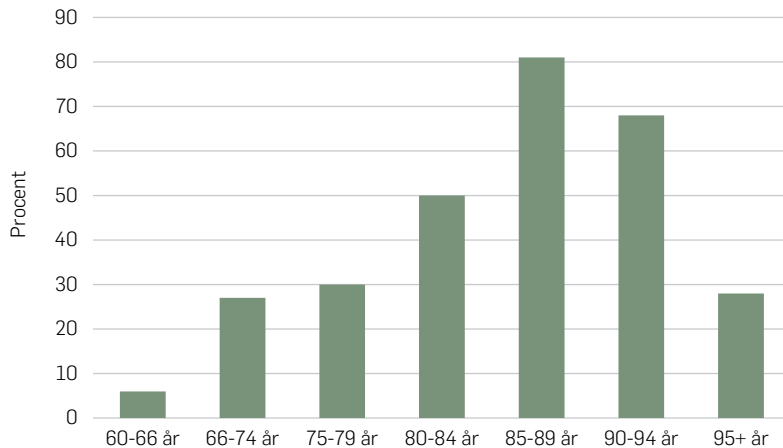
TABEL 5.1

Beboerne fordelt efter alder. Særskilt for køn. Antal og procent.

	Kvinder		Mænd		Total	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
65-74 år	17	9	11	12	34	12
75-79 år	18	9	12	13	30	10
80-84 år	32	16	18	19	50	17
85-89 år	56	29	25	27	81	28
90-94 år	50	26	18	19	68	23
95+ år	22	11	5	6	27	9
Total	195	100	93	100	290	100

FIGUR 5.1

Beboere i plejeboligerne, alder. Procent.



Kun en lille andel af beboerne (3 pct.) har angivet, at de ikke har gået i skole efter 5. klasse (se tabel 5.2). 40 pct. af beboerne har gået i skole op til 8. klasse, og 18 pct. har taget 9. eller 10. klasse med. Kun 1 pct. af be-

boerne har som højeste uddannelse angivet gymnasieuddannelse eller tilsvarende. 21 pct. angiver at have gennemført enten en kort erhvervsuddannelse eller en faglig uddannelse, og 19 pct. angiver at have gennemført en kort eller mellemlang videregående uddannelse. 4 pct. har taget en længerevarende uddannelse. Det er ikke uventet især mændene, som har taget en uddannelse, fx har 34 pct. af mændene en kort erhvervsuddannelse eller faglig uddannelse mod 14 pct. af kvinderne.

TABEL 5.2

Beboerne fordelt efter uddannelsesniveau. Særskilt for køn. Antal og procent.

	Mænd		Kvinder		Total	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
Ingen skolegang	2	2	7	4	9	3
6.-8. klasse	21	23	83	42	106	37
9.-10. klasse	6	7	46	23	52	18
Gymnasial uddannelse	3	3	1	1	4	1
Kort erhvervsuddannelse eller faglig uddannelse	34	37	26	14	60	21
Kort eller mellemlang videregående uddannelse	17	19	25	13	42	15
Længerevarende uddannelse	7	8	6	3	13	4
Andet	1	1	3	1	4	1
Total	91	100	197	100	290	100

Anm.: Kønsforskellen er signifikant.

Mange af beboerne i undersøgelsen er enker eller enkemænd (63 pct.), og det er mere udbredt blandt kvinderne at have mistet sin ægtefælle, hvilket ikke er uventet givet kvindernes højere gennemsnitsalder. 72 pct. af kvinderne er enker, og 49 pct. af mændene er enkemænd (se tabel 5.3). 16 pct. af beboerne er gift, heraf flere mænd (28 pct.) end kvinder (11 pct.). I alt 9 pct. er separerede eller fraskilt (kvinder 9 pct. og mænd 8 pct.), og langt flere mænd end kvinder har aldrig været gift (eller indgået registreret partnerskab) (kvinder 7 pct. og mænd 18 pct.). Det betyder samlet set, at langt flere af de kvindelige beboere står officielt uden partner (89 pct.) end af de mandlige beboere (72 pct.). Forklaringen hos kvinderne er ofte, at de har overlevet deres ægtefælle, mens forklaringen hos mændene også er, at de aldrig har været gift eller indgået i registreret partnerskab. Desuden er flere mænd end kvinder i befolkningen på 65 år og derover ugift (44 pct. af mændene og 3 pct. af kvinderne) (Danmarks Statistik i.d.). Endelig er en forklaring på kønsforskellen i civilstand, at gifte mænd med plejebenhov i højere grad bliver plejet af deres ægtefælle i hjemmet og derfor ikke figurerer i plejebolig-statistikkerne.

TABEL 5.3

Beboerne fordelt efter civilstand. Særskilt for køn. Procent og antal.

	Mænd		Kvinder		Total	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
Aldrig gift/reg. partnerskab	17	18	13	7	30	10
Gift/reg. partnerskab	26	28	22	11	48	16
Separeret/fraskilt	4	4	18	9	22	8
Enke/enkemand	46	49	142	72	190	65
Total	93	99	195	99	290	99

Anm.: Kønsforskellen er signifikant.

SOCIALE RELATIONER

Vi spørger i undersøgelsen også beboerne om, hvilke familiemedlemmer de har. Herunder spørger vi, om den ældre har en ægtefælle eller partner. I alt 16 pct. af beboerne angiver at have en ægtefælle eller partner (se tabel 5.4), hvilket stemmer overens med tabel 5.3. Størstedelen af beboerne (86 pct.) har børn og/eller svigerbørn, men 14 pct. har ingen børn og dermed heller ingen svigerbørn. Der er ikke den store forskel på mænd (85 pct.) og kvinder (87 pct.) i forhold til, om de har børn. Til gengæld har flere af de kvindelige beboere børnebørn og/eller oldebørn (kvinder 84 pct., mænd 73 pct.). I alt 80 pct. af beboerne har børne- og/eller oldebørn. Og nogenlunde samme andel kvinder (74 pct.) som mænd (70 pct.) angiver ud over det, at de har anden familie eller venner. I alt 73 pct. af beboerne siger, at de har venner eller anden familie. Nogle beboere har dog hverken familie eller venner. Det drejer sig om 2 pct. af kvinderne, 1 pct. af mændene og i alt 1 pct. af beboerne samlet set.

TABEL 5.4

Andel af beboerne, der har en række relationer. Særskilt for køn. Antal og procent.

	Mænd		Kvinder		Total	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
Ægtefælle/partner	27	29	18	9	45	16
Børn og/eller svigerbørn	79	85	170	77	250	86
Børnebørn og/eller oldebørn	68	73	164	84	232	80
Anden familie/venner	65	70	145	74	211	73
Har ingen familie eller venner	1	1	3	2	4	1

Anm.: Kønsforskellen er signifikant.

Ser vi på, hvor tit beboerne får besøg af familie og venner, viser det sig, at hver tredje beboer (29 pct.) angiver at få besøg af ægtefælle eller partner dagligt eller flere gange om ugen (se tabel 5.5). En lige så stor andel (33 pct.) får dagligt eller flere gange ugentligt besøg af børn og/eller svigerbørn. 42 pct. af beboerne får besøg af børn/svigerbørn en gang om ugen/flere gange om måneden. Børnebørnene besøger lidt mindre hyppigt. 4 pct. af beboerne får besøg af børnebørn/oldebørn dagligt eller ugentligt, mens 21 pct. får besøg en gang om ugen eller flere gange om måneden. 89 pct. angiver, at børnebørn/oldebørn besøger mindre ofte. 45 pct. af beboerne får besøg af anden familie eller venner en gang om ugen eller om måneden. Der er ikke nogen signifikant kønsforskel.

TABEL 5.5

Beboerne fordelt efter, hvor ofte de får besøg af forskellige familiemedlemmer og venner. Antal og procent.

	Ægtefælle/ partner		Børn og/eller svigerbørn		Børnebørn og/eller oldebørn		Anden familie/ venner	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
Dagligt eller flere gange om ugen	35	29	83	33	10	4	10	5
En gang om ugen eller flere gange om måneden	7	5	105	42	48	21	59	27
En gang om måneden	1	1	28	11	50	22	40	18
Mindre ofte	1	1	19	8	89	38	67	31
Aldrig	78	64	16	6	34	15	40	19
Total	122	100	251	100	231	100	216	100

Tæller man antal af besøg sammen i en omkodning af data, viser det sig, at en tredjedel (29 pct.) af beboerne meget tit får besøg (flere daglige eller ugentlige besøg samt besøg flere gange om måneden), og at 1 ud af 3 beboere (29 pct.) ofte får besøg (flere gange om ugen og om måneden) (se tabel 5.6). For hver anden beboer gælder det derfor, at de relativt ofte får besøg. Den største gruppe på 35 pct. får mere sjældent besøg (en gang om ugen/flere gange om måneden), mens den mindste gruppe på 12 pct. meget sjældent får besøg. Denne sidste gruppe inkluderer dog også beboere, som får besøg en gang om måneden.

TABEL 5.6

Beboerne fordelt efter, hvor ofte de får besøg. Antal og procent.

	Antal	Procent
Meget ofte	65	23
Ofte	82	30
Mere sjældent	97	35
Meget sjældent	33	12
Total	277	100

Anm.: Se bilag 6 for omkodning.

RELATION TIL PLEJEMEDARBEJDEREN

Vi spørger i undersøgelsen beboerne om deres opfattelse af relationen mellem dem og den medarbejder, som normalt yder dem omsorg og pleje. Fordelingen af besvarelsene fremgår af tabel 5.7. Beboerne er overvejende positive; 92 pct. oplever relationen som meget positiv eller positiv. 6 pct. oplever relationen som neutral og kun 1 pct. som dårlig. Ingen af de ældre oplever at have en 'meget dårlig' relation til deres plejemedarbejder. Der er ikke forskel på mænds og kvinders vurdering af relationen til medarbejderen.

TABEL 5.7

Beboerne fordelt efter deres vurdering af relationen til nærmeste plejemedarbejder. Antal og procent.

	Kvinder		Mænd		Total	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
Meget positiv	101	57	55	62	156	58
Positiv	61	34	29	33	92	34
Neutral	13	7	4	4	17	6
Dårlig	3	2	1	1	4	1
Meget dårlig	0	0	0	0	0	0
Total	178	100	89	100	269	100

VELBEFINDENDE

Vi spørger i undersøgelsen også beboerne om en række forhold relateret til helbred og funktionsevne og til almindeligt velbefindende. Generelt synes beboerne at befinde sig godt, når man tager i betragtning, at de er afhængige af hjælp i det daglige (se tabel 5.8-5.13 og figur 5.2-5.8). Det er værd at bemærke, at beboernes besvarelser generelt set er mere positive end plejepersonalets besvarelser. Ser man udelukkende på beboernes

vurdering af dette, så kan man i nogle tilfælde fristes til at spørge, hvorfor denne beboer bor i en plejebolig. Derfor inddrager vi både beboerens og plejepersonalets vurderinger.

Som vist i tabel 5.8 angiver næsten halvdelen af beboerne, at de ofte er veloplagte (46 pct.), mens 14 pct. angiver, at de aldrig er veloplagte. 3 ud af 4 beboere siger, at de aldrig er bange, men 7 pct. siger, at de ofte er bange. Halvdelen siger, at de aldrig er nedtrykte, mens 40 pct. siger, at de af og til er nedtrykte. Endelig angiver 12 pct., at de ofte er ensomme, mens det for over halvdelen (58 pct.) aldrig er tilfældet.

TABEL 5.8

Beboerne fordelt efter deres vurdering af, hvor ofte de oplever en række følelser. Procent.

	Veloplagt	Bange	Bekymret	Nedtrykt	Ensom
Ofte	46	7	11	9	12
Af og til	39	20	34	40	29
Aldrig	14	73	55	51	58
Total, procent	99	100	100	100	99
Antal	269	269	268	275	272

Anm.: Tabellen summer ikke til 100 pct. pga. afrunding.

Vi har yderligere set på, om det er de samme beboere, som angiver at have problemer på flere forskellige områder af deres velbefindende. I tabel 5.9 har vi opgjort beboerne i forhold til, hvor mange problemer de samlet set har med velbefindende. Indekset består af items 1-4 fra tabel 5.8 (veloplagt, bange, bekymret og nedtrykt), mens ensomhed ikke er med, da den formodes at have en særskilt betydning (Olsen, 2005). 45 pct. angiver at have meget få problemer i forhold til samlet velbefindende og 34 pct. at have kun få problemer. 15 pct. har nogle problemer, og 5 pct. har mange problemer, dvs. at de næsten på alle fire items for velbefindende i indekset har angivet, at de ofte har problemer. 70 pct. af beboerne har således meget få eller få problemer med velbefindende generelt set, mens 1 ud af 20 har omfattende problemer. De mandlige beboere i undersøgelsen angiver at have et signifikant bedre velbefindende end de kvindelige beboere.

Dette ses også af nedenstående figur 5.2, som viser fordelingen af problemer med velbefindende samlet set for henholdsvis kvinder og mænd. Ingen mænd har samlet set 'mange problemer', og mændene i undersøgelsen har som nævnt generelt statistisk signifikant færre problemer med velbefindende end kvinderne.

TABEL 5.9

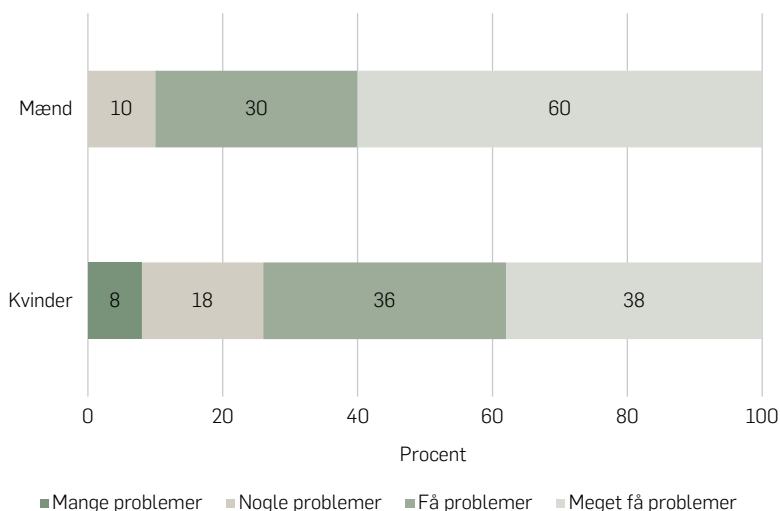
Beboerne fordelt efter deres vurdering af deres velbefindende. Antal og procent.

	Kvinder		Mænd		Total	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
Mange problemer	13	8	0	0	13	5
Nogle problemer	30	18	8	10	38	15
Få problemer	61	36	23	30	85	34
Meget få problemer	65	38	46	60	112	45
Total	169	100	77	100	248	100

Anm.: Se bilag 6 for omkodning. Kønsforskellen er signifikant.

FIGUR 5.2

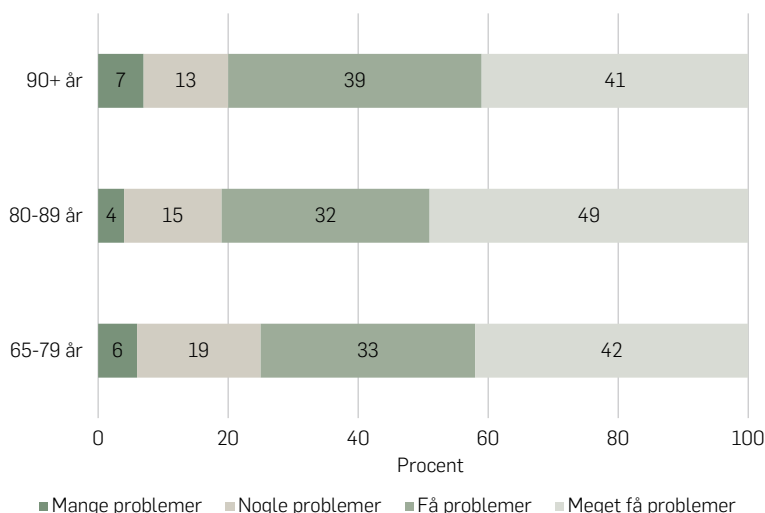
Beboerne fordelt efter deres samlede vurdering af deres velbefindende. Særskilt for køn. Procent.



Figur 5.3 opgør beboernes problemer med velbefindende særskilt for aldersgrupper. Figuren viser, at der ikke er de store forskelle imellem de forskellige aldersgrupper. En lige stor andel blandt de forskellige grupper mellem 65 år og 90 år og derover angiver således at have problemer.

FIGUR 5.3

Beboerne fordelt efter deres samlede vurdering af deres velbefindende. Særs­kilt for aldersgrupper. Procent.



HUKOMMELSE

Vi spørger ligeledes til, om beboeren har problemer med hukommelse. Tabel 5.10 viser fordelingen af besvarelsene på spørgsmål om plejeboligbeboerens problemer med at huske navne, datoer og ting, der er sket for få minutter siden, og med at huske ting, som er sket for nogle dage siden. Vurderingen af hukommelsesproblemer baserer sig på plejemedarbejderens besvarelse, da vores interview i Københavns Kommune viste, at beboerne generelt havde svært ved at svare på spørgsmålene. At man har problemer med hukommelse, kan ikke betragtes som en indikator for forekomsten af demens, men giver en indikation af, hvor svækket beboernes hukommelse er.

Som figur 5.4 viser, er der blandt kvinderne 45 pct. og blandt mændene 31 pct., som vurderes til at have mange problemer med hukommelsen. Kønsforskellen kan skyldes, at kvinderne i undersøgelsen generelt er ældre. Til gengæld har flere mænd (18 pct.) end kvinder (8 pct.) nogle problemer med hukommelsen. Mens en nogenlunde lige stor andel mænd og kvinder angives at have få eller ingen problemer med hukommelsen.

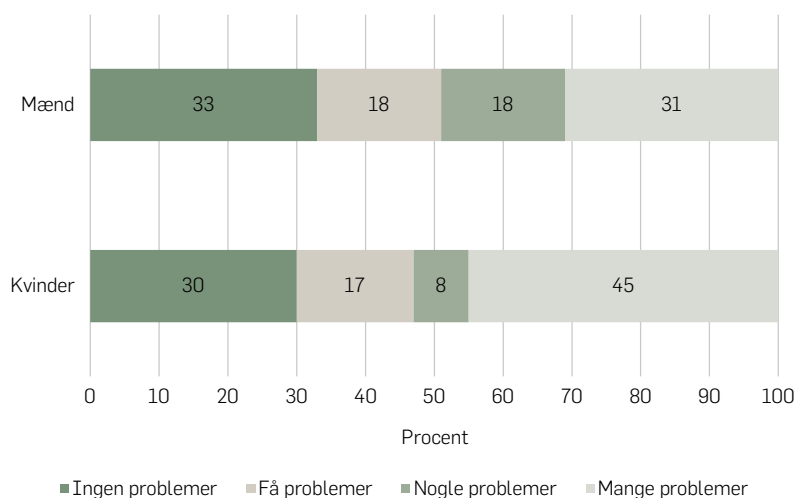
TABEL 5.10

Beboerne fordelt efter plejemedarbejderens vurdering af beboerens hukommelse. Særskilt for køn. Antal og procent.

	Kvinder		Mænd	
	Antal	Procent	Antal	Procent
Ingen problemer	51	30	27	33
Få problemer	30	17	14	18
Nogle problemer	13	8	14	18
Mange problemer	78	45	25	31
Total	172	1	80	100

FIGUR 5.4

Beboerne fordelt efter indeks for hukommelsesproblemer. Særskilt for køn. Procent.

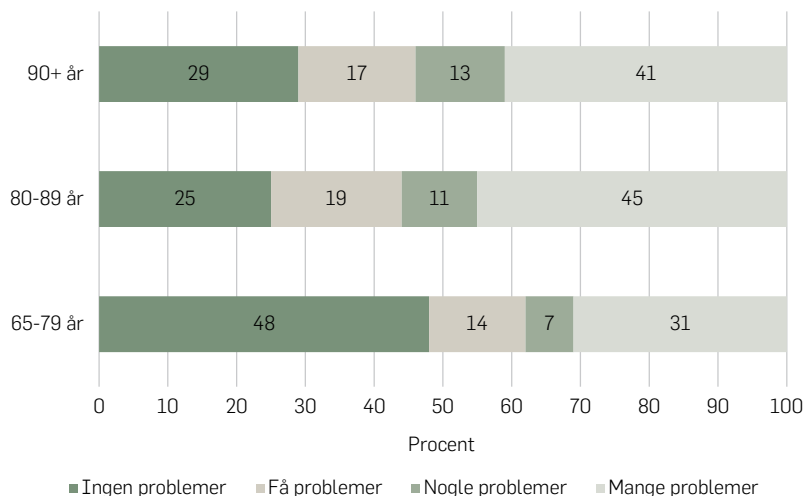


I figur 5.5 opgøres indekset for problemer med hukommelse i forhold til alder. Der er en større andel blandt de på 80 år og derover, som ifølge plejepersonalet har mange problemer med hukommelse. Hukommelsesproblemerne stiger dog ikke proportionalt med beboernes alder, dvs. hukommelsen er ikke nødvendigvis mere problematisk for de på 90 år og derover end for de 80-89-årige. For næsten halvdelen af de 65-79-årige

har medarbejderne angivet, at beboerne i denne aldersgruppe ingen problemer har med hukommelse.

FIGUR 5.5

Beboerne fordelt efter indeks for hukommelsesproblemer. Særskilt for aldersgrupper. Procent.



AFHÆNGIGHED AF HJÆLP

I undersøgelsen indgår også den internationalt standardiserede og validerede 20-Barthel-skala, som i forhold til 10 spørgsmål om beboerens afhængighed af hjælp angiver fysisk funktionsevne (Activities of Daily Living, ADL) på en skala mellem 0-20, hvor 0 angiver, at man er helt afhængig af hjælp, og 20, at man ingen behov har for hjælp. Spørgsmål, der indgår, handler om, hvorvidt man er selvhjulpnen i spisesituationer, når man skal ud af sengen, i forhold til personlig pleje, om man er kontinent og mobilitet inden- og udendørs. En høj værdi i Barthel svarer til høj funktionsevne. Barthel findes i en udgave, som besvares af den ældre selv, og en udgave, som kan besvares af en medarbejder med kendskab til den ældre. Vi har i denne undersøgelse valgt at benytte besvarelser fra

beboeren selv, bortset fra to spørgsmål om inkontinens, som på grund af intimiteten i spørgsmålene baseres på plejemedarbejderens besvarelse.

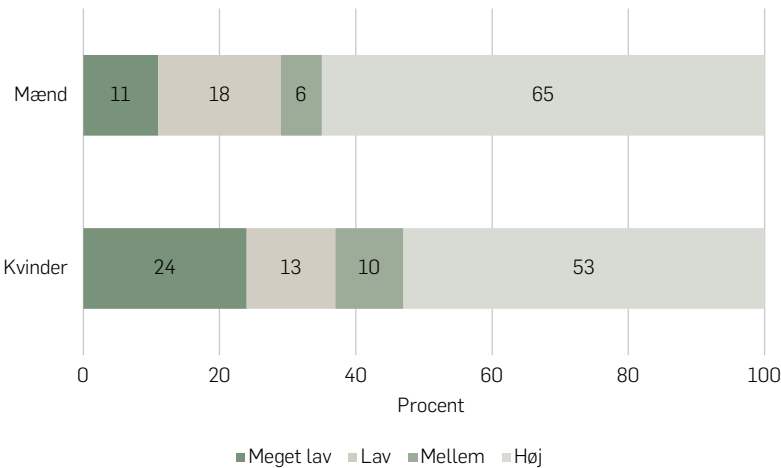
TABEL 5.11

Beboerne fordelt efter deres funktionsevne ifølge Barthel-indekset. Antal og procent.

	Kvinder		Mænd		Total	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
Meget lav	46	24	10	11	56	20
Lav	25	13	16	18	41	15
Mellem	19	10	5	6	24	9
Høj	101	53	58	65	159	57
Total	191	100	89	100	280	100

FIGUR 5.6

Beboerne fordelt efter deres score på Barthel-skalaen. Særsilt for køn. Procent.



Som tabel 5.11 angiver, har mere end halvdelen af beboerne en høj score på Barthel-skalaen (12+), dvs. de umiddelbart kan betragtes som fysisk selvhjulpne eller kun at have behov for lidt hjælp på en række af ADL-faktorerne. Hver femte beboer har en meget lav Barthel-score og har dermed et stort behov for hjælp. Scoren er baseret på beboernes egne vurderinger af deres funktionsevne, og det er værd at bemærke, at plejemedar-

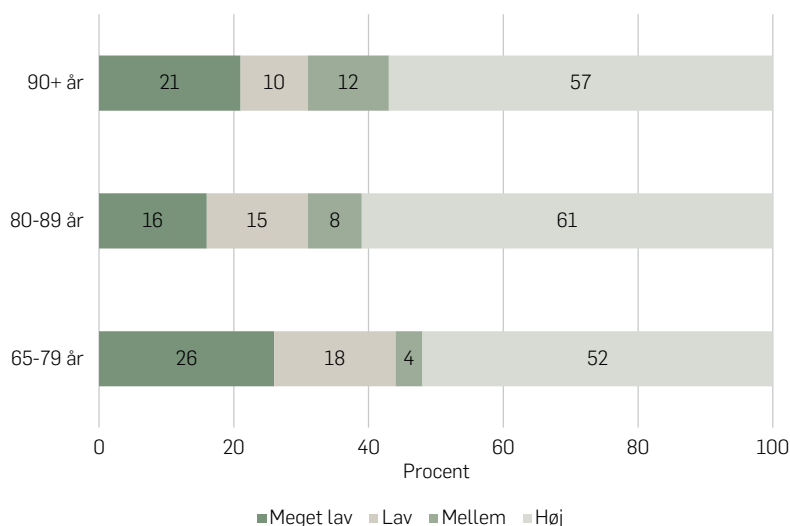
ringer af deres funktionsevne, og det er værd at bemærke, at plejemedarbejdernes vurdering af beboernes funktionsevne er statistisk signifikant lavere end beboernes egen vurdering. Beboerne er således betydeligt mere positive omkring deres funktionsevne, end plejemedarbejderne er.

Gennemsnitsværdien for 20-Barthel er 11,8 på tværs af køn, men noget lavere blandt kvinder (11,2) end blandt mænd (13,0). Mændenes Barthel-værdier er da også signifikant højere end kvindernes, dvs. mændene har en højere funktionsevne end kvinderne og er dermed mere selvhjulpne i hverdagen. Figur 5.6 viser fordelingen på køn, og som det fremgår, har en betydelig højere andel af mænd end kvinder høje værdier.

Som det ses i figur 5.7, er der ikke store forskelle i beboernes angivelse af deres funktionsevne på tværs af forskellige aldersgrupper.

FIGUR 5.7

Beboerne fordelt efter deres score på Barthel-skalaen. Særsilt for aldersgrupper. Procent.



På trods af beboernes overvejende positive syn på deres egen funktionsevne modtager størstedelen af beboerne, ifølge plejemedarbejderen, dog hjælp til en række basale IADL (Instrumental Activities of Daily Living)- og ADL (Activities of Daily Living)-opgaver i hverdagen. Som tabel 5.12

viser, modtager ca. hver anden beboer hjælp til at komme på toilettet og til at komme ud af sengen. Langt de fleste beboere får hjælp til at komme i bad eller vaske sig. Ikke overraskende, givet kvindernes lavere funktionsevne, er der flere kvinder end mænd, som får hjælp til de opgaver, som omhandler mobilitet (at komme i/ud af sengen, på toilettet, spise og at komme rundt i plejeboligen og på fælles arealer). Der er også flere kvinder end mænd, som får hjælp til at have social kontakt med andre beboere eller personale. Lige mange mænd og kvinder får dog hjælp til rengøringen af eget værelse/lejlighed i plejeboligen.

TABEL 5.12

Andelen af beboerne, der får hjælp til en række basale opgaver i hverdagen. Særskilt for køn. Antal og procent.

	Kvinder		Mænd		Total	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
Komme på toilettet	110	56	42	45	153	52
Komme i/ud af seng	113	57	37	39	151	51
Bad/vask	188	95	83	88	273	93
Rengøring	190	96	89	95	281	96
Komme rundt	107	54	32	34	140	48
Spise	63	32	23	24	87	30
Social kontakt	107	54	42	45	151	51

HELBRED

Endelig har vi stillet beboerne en række spørgsmål knyttet til helbred. Her benytter vi det ligeledes internationalt validerede og standardiserede måleinstrument EQ-5D.¹⁰ EQ-5D består af en helbredsstatusdel, en visuel analog skala (VAS) og baggrundsdata. Den visuelle skala går fra 0-100, hvor 0 er den værst tænkelige helbredstilstand, og 100 er den bedst tænkelige helbredstilstand. Inden for helbredsstatusdelen måler det på fem helbredsrelaterede dimensioner: mobilitet, personlig pleje, sædvanlige aktiviteter, smerter/ubehag og angst/depression. Hver dimension vurderes på en 3-punkts-skala, hvor en høj værdi er lig med mange helbredsproblemer. Som angivet i tabel 5.13 fordeler svarene sig på følgende måde: Lidt over en tredjedel af beboerne har ingen helbredsproblemer, omkring en tredjedel angiver, at de har nogle problemer, og en sidste tredjedel angiver at have mange helbredsproblemer. At mere end hver tredje beboer selv mener, at de ikke har problemer med disse helbredsorienterede dimensioner i hver-

10. <http://www.euroqol.org/eq-5d/what-is-eq-5d.html>.

dagen, er umiddelbart et overraskende positivt resultat. Igen er det værd at bemærke, at plejemedarbejderne generelt set vurderer beboernes helbred til at være betydeligt dårligere, end beboerne selv vurderer.

TABEL 5.13

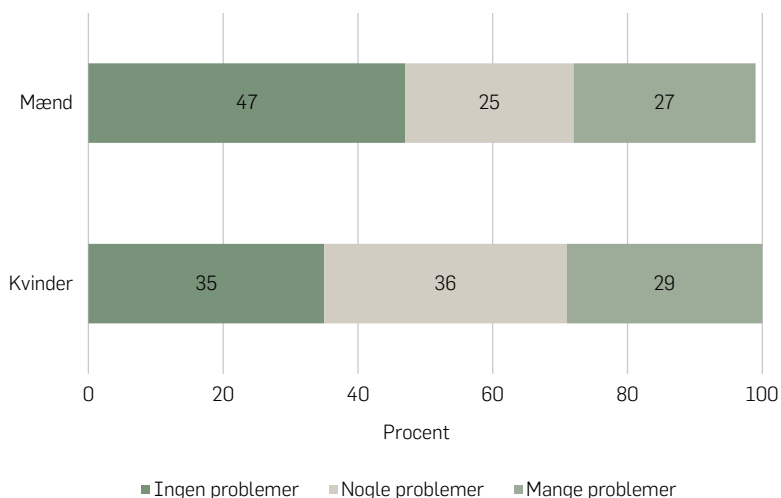
Beboerne fordelt efter deres helbredstilstand målt med EQ-5D. Særskilt for køn. Antal og procent.

	Kvinder		Mænd		Total	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
Ingen problemer	66	35	45	47	111	39
Nogle problemer	67	36	24	25	92	32
Mange problemer	54	29	26	27	81	29
Total	187	100	95	100	284	100

Som det ses i figur 5.8, er der flere mænd (47 pct.) end kvinder (35 pct.), som angiver, at de ingen helbredsproblemer har, og tilsvarende færre mænd (25 pct.) end kvinder (36 pct.), der har angivet, at de har nogle helbredsproblemer. Den statistisk signifikante forskel er dog ikke markant.

FIGUR 5.8

Beboerne fordelt efter deres helbredstilstand målt med EQ-5D. Særskilt for køn. Procent.



PLEJEMEDARBEJDERNE

Hvordan beboerne trives i plejeboligen, kan også være afhængigt af faktorer, som er relateret til den enkelte plejemedarbejder. I dette afsnit ser vi nærmere på de medarbejdere, som er opgivet som den ældres kontaktperson. På baggrund af spørgeskemadata ser vi bl.a. på, hvordan de vurderer relationen til den ældre og kvaliteten af plejen, og hvordan de opfatter arbejdsmiljøet.

Plejemedarbejderne, der indgår i undersøgelsen, er alle kontaktpersoner for en af de ældre i undersøgelsen. Kontaktpersonen varetager den daglige pleje og omsorg for den ældre og er i kontakt med pårørende. Den indledende kontakt til medarbejderne er sket via plejeboliglederen, typisk på den første dag intervieweren besøgte plejeboligen, hvor plejeboliglederen introducerede medarbejderen. Medarbejderen blev så vidt muligt interviewet, efter at beboerinterview og observationen var blevet gennemført, da dette gav mulighed for at spørge nærmere ind til den ældres situation.

BAGGRUNDSFAKTORER

I alt 294 plejemedarbejdere er blevet interviewet. Langt de fleste er kvinder (98 pct.), og de er i alderen 20-64 år med en gennemsnitsalder på 45 år. Størstedelen har dansk baggrund (93 pct.), defineret som, at de er født i Danmark. Det er lidt flere end i andre sammenlignelige undersøgelser, hvor ca. 1 ud af 10 havde udenlandsk baggrund (Rostgaard m.fl., 2011).

TABEL 5.14

Plejemedarbejderne fordelt efter alder. Særskilt for køn. Antal og procent.

	Antal	Procent
<i>Alder</i>		
20-30 år	31	11
31-35 år	27	9
36-40 år	32	11
41-45 år	33	12
46-50 år	52	18
51-55 år	63	22
56-65 år	50	17
Total	288	100
<i>Køn</i>		
Mand	7	2
Kvinde	283	98
Total	290	100

ARBEJDSTID OG UDDANNELSE

Langt de fleste angiver at arbejde fuldtid (89 pct.), dvs. at de arbejder 30 timer ugentligt eller mere (baseret på Danmarks Statistiks definition af fuldtid). De fleste udfører både praktisk hjælp, såsom rengøring og personlig pleje (77 pct.) i det daglige, mens 20 pct. udelukkende tager sig af personlig pleje og 3 pct. udelukkende af praktisk hjælp.

En af de faktorer, som kan spille ind på kvaliteten af pleje- og omsorgsarbejdet, kan være, om plejepersonalet har erfaring med at arbejde i sektoren, eller om de har en pleje- og omsorgsuddannelse. Tidligere undersøgelser har vist, at beboere og plejemedarbejdere dog ikke nødvendigvis har samme opfattelse af, hvordan uddannelse og erfaring kan bidrage til god kvalitet. SFI's undersøgelse af kvalitet i ældreplejen viste således, at ud af 22 såkaldte kvalitetsegenskaber mente plejeboligbeboere, at plejepersonalets arbejds erfaring kom ind på en ottendeplads af de vigtigste egenskaber, hvorimod uddannelse blev vurderet til at ligge længere nede på listen på en 14. plads (Rostgaard & Thorgaard, 2007). Plejepersonalet selv mente derimod, at uddannelse var vigtigt (3. plads), mens erfaring kom længere nede (11. plads). I denne undersøgelse har vi også spurgt plejemedarbejderne om betydningen af uddannelse og erfaring for kvaliteten af omsorgen og plejen, og også her angives uddannelse at have større betydning: 86 pct. af medarbejderne mener, at uddannelse er vigtig, mens kun 77 pct. mener, at erfaring er vigtig (se tabel 5.15).

Langt de fleste medarbejdere har da også en uddannelse inden for pleje- og omsorgsområdet: De fleste har enten en SOSU-hjælper- (45 pct.) eller en SOSU-assistent-uddannelse (34 pct.) bag sig.

Ser vi samlet på medarbejdergrupperne, der ifølge Tilbudsportalen tager sig af omsorgsopgaver (hjemmehjælper, social- og sundhedshjælper, sygehjælper), har 56 pct. en sådan uddannelsesbaggrund. Af medarbejdergrupper, som tager sig af plejeopgaver (social- og sundhedsassistent, plejeassistent, handicaphjælper, plejer o.l. samt elever), har 36 pct. en sådan uddannelsesbaggrund. 1 pct. af medarbejderne er sygeplejersker, 6 pct. har anden erhvervsuddannelse, og 2 pct. har ingen erhvervsuddannelse (se tabel 5.15).

TABEL 5.15

Plejemedarbejderne fordelt efter uddannelsesbaggrund. Antal og procent.

	Antal	Procent
Sygeplejerske	2	1
Hjemmehjælper, social- og sundhedshjælper, sygehjælper	161	56
Social- og sundhedsassistent, plejeassistent, handicaphjælper og plejer	105	36
Anden erhvervsuddannelse	16	6
Ingen erhvervsuddannelse	6	2
Total	290	100

Anm.: Baseret på Tilbudsportalens inddeling af personalegrupper.

Mange af plejemedarbejderne har kun arbejdet i plejeboligen i en relativ kort tid, hvilket fremgår af tabel 5.16. Medarbejderne har i gennemsnit arbejdet i 2 $\frac{1}{4}$ år i plejeboligen, og en fjerdedel har arbejdet der under 1 år. Cirka halvdelen har arbejdet i plejeboligen mellem 1-2 år, en femtedel mellem 3-5 år, og en tiendedel af medarbejdere har været der længere end 5 år.

TABEL 5.16

Plejemedarbejdere fordelt efter, hvor lang tid de har arbejdet i plejeboligen. Antal og procent.

	Antal	Procent
Under 1 år	64	23
1-2 år	133	47
3-5 år	57	20
5+	29	10
Total	283	100

RELATIONEN TIL BEBOEREN

Medarbejderne er generelt overordentligt positive i deres vurdering af relationen til beboeren, de er kontaktperson for: 63 pct. angiver således, at relationen til beboeren er meget positiv, og 34 pct., at den er positiv (se tabel 5.17). Ingen medarbejdere angiver at have hverken en 'dårlig' eller 'meget dårlig' relation til beboeren. Sammenlignet med beboernes vurdering af relationen til deres kontaktperson, som vi har beskrevet ovenfor, er medarbejderne således mere positive i deres vurdering af relationen. Denne forskel kan skyldes, at beboerne vurderer relationen til deres nærmeste plejemedarbejder som en personlig relation, mens personalet vurderer relationen som en professionel relation. Personalet yder

omsorg for flere beboere ad gangen, og der er, i sagens natur, en relativt stor udskiftning af beboere.

TABEL 5.17

Plejemedarbejderne fordelt efter deres vurdering af relationen til den ældre. Antal og procent.

	Antal	Procent
Meget positiv	185	63
Positiv	99	34
Neutral	8	3
Dårlig	0	0
Meget dårlig	0	0
Total	292	100

KVALITET I ÆLDREPLEJEN OG ARBEJDSMILJØ

Vi har i undersøgelsen spurgt medarbejderne om, i hvor høj grad de mener, at den pleje, de yder, følger kommunens kvalitetsstandarder. Givetvis er der en del medarbejdere, som ikke kender detaljerne i de kommunale kvalitetsstandarder, men kun 3 pct. har angivet, at det ved de ikke. Dvs. 97 pct. har en eller anden grad af kendskab til kommunens kvalitetsstandarder. Størstedelen af medarbejderne mener, at kvalitetsstandarderne følges: 79 pct. angiver, at de oplever, at plejen enten 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' lever op til kvalitetsstandarderne (se tabel 5.18).

TABEL 5.18

Plejemedarbejderne fordelt efter, i hvilken grad de vurderer, at plejen lever op til kommunens kvalitetsstandarder, og i hvilken grad de oplever at levere en pleje af høj kvalitet. Antal og procent.

Vurdering	Plejen følger kommunens kvalitetsstandarder		Personlig oplevelse af at kunne give høj kvalitet	
	Antal	Procent	Antal	Procent
I meget høj grad	107	37	96	33
I høj grad	122	42	122	42
I nogen grad	46	16	69	24
I mindre grad	4	2	4	1
Slet ikke	0	0	0	0
Ved ikke	9	3	0	0
Total	288	100	291	100

Vi har også spurgt medarbejderne, om de oplever, at de kan give høj kvalitet i plejen af de ældre i det daglige. Hertil angiver 77 pct., at de enten 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' oplever at yde kvalitet, mens 25 pct. angiver, at de kun 'i nogen', 'i mindre grad' eller 'slet ikke' kan yde kvalitet i plejen. 1 ud af 4 medarbejdere oplever således, at kvaliteten i omsorgen og plejen ikke er tilstrækkelig (se tabel 5.18).

Hvad oplever medarbejderne så er årsagen til, at kvaliteten ikke er høj nok? Dette fremgår af tabel 5.19. Blandt de 25 pct. af medarbejderne, som har angivet, at kvaliteten kun er rimelig eller slet ikke i orden, er det først og fremmest tidspres på grund af utilstrækkelig visitation (fx at beboerne ikke er visiteret til et tilstrækkeligt antal plejetimer i forhold til deres behov) og sygdom blandt kollegaer, som nævnes. Henholdsvis 74 pct. og 69 pct. af medarbejderne mener, at det 'i høj grad' eller 'i nogen grad' er skyld i mangel på kvalitet i omsorgen og plejen, mens 46 pct. mener, at det helt eller delvist skyldes dårlig planlægning, og 39 pct. mener, at det helt eller delvist skyldes dårlig ledelse.

TABEL 5.19

Plejemedarbejdere, der oplever problemer med at yde høj kvalitet, fordelt efter deres vurdering af, i hvilken grad forskellige forhold har betydning for, at de ikke kan yde en ordentlig kvalitet. Procent.

	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Total
Tidspres pga. utilstrækkelig visitation	43	36	5	16	100
Tidspres pga. sygdom hos kollegaer	42	22	30	6	100
Dårlig planlægning	22	24	40	14	100
Manglende faglige evner blandt personalet	4	17	19	60	100
Personalets indstilling til pleje og omsorg af ældre	4	6	28	62	100
Dårlig ledelse	10	29	18	43	100
Antal					73

Over en tredjedel af medarbejderne (38 pct.) peger da også i undersøgelsen på, at de generelt har for travlt, og hver fjerde medarbejder (25 pct.) vurderer, at de 'aldrig' eller kun 'nogle gange' oplever, at de kan dække beboerens behov for pleje og omsorg. Mangel på tid i det daglige, men også oplevelsen af ikke at kunne slå helt til præger således en del medarbejdere, og hele 11 pct. af medarbejderne siger således, at de 'aldrig' oplever at kunne dække beboerens behov (se tabel 5.20).

TABEL 5.20

Plejemedarbejderne fordelt efter, i hvilken grad de er enige i en række udsagn om deres arbejde. Procent.

	Aldrig	Nogle gange	Ofte	Altid	Total	Antal
Du har for travlt	2	60	34	4	100	288
Du kan dække beboerens behov	11	14	46	29	100	289
Du har indflydelse på planlægningen af dit arbejde	16	10	32	41	100	291
Du udvikler dig gennem dit arbejde	14	11	34	41	100	288
Du mødes tilstrækkeligt ofte med din nærmeste leder	12	18	30	40	100	285
Du får tilstrækkelig støtte og opbakning fra din nærmeste leder	14	17	26	43	100	286
Du er fysisk træt	10	46	33	11	100	290
Du er mentalt udkørt	15	58	18	8	100	291
Du overvejer seriøst at sige op	65	16	3	17	100	285

Generelt er der også en del af medarbejderne, der peger på andre væsentlige problematiske aspekter i arbejdsmiljøet, såsom mangel på indflydelse på sit arbejde i det daglige eller mangel på opbakning fra nærmeste leder: 26 pct. angiver således, at de aldrig eller kun nogle gange oplever at have indflydelse på planlægningen af deres arbejde, 25 pct. oplever aldrig eller kun nogle gange at udvikle sig gennem deres arbejde, 30 pct. oplever, at de ikke mødes i tilstrækkeligt omfang med nærmeste leder, og 31 pct. angiver, at de ikke får tilstrækkelig støtte fra lederen. Derudover oplever 44 pct. af medarbejderne, at de altid eller ofte føler sig fysisk trætte, og 26 pct. føler sig mentalt udkørt.

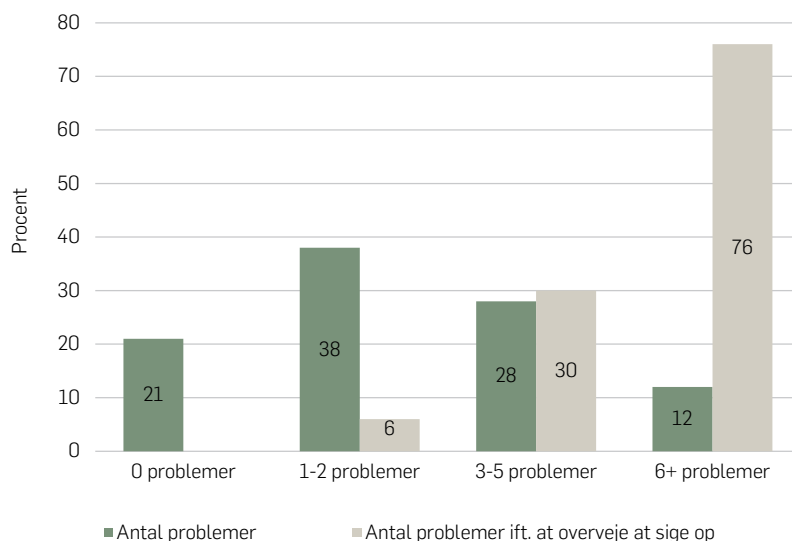
Selvom disse problemer ikke gør sig gældende for alle medarbejdere, er det således værd at fremhæve, at mellem hver tredje og hver fjerde medarbejder oplever ikke at have kontrol over arbejdet, at de mangler opbakning, og at de ikke oplever at kunne leve op til de krav, de selv og andre stiller til deres arbejde – en kombination, som meget vel kan føre til en oplevelse af stress og af at være udkørt (Karasek & Theorell, 1990). Givetvis som konsekvens af dette angiver hele 17 pct. af medarbejderne i denne undersøgelse derudover, at de seriøst overvejer at sige op.

Det er dog ikke nødvendigvis således, at det er de samme medarbejdere, som angiver at have problemer på alle spørgsmålene. I figur 5.9 har vi indekseret arbejdsmiljøproblemerne i forhold til, hvor mange arbejdsmiljøproblemer medarbejderne har. Indekset inkluderer ikke, om man overvejer at sige op, da vi antager, at det er en konsekvens af dårligt

arbejds miljø. Vi kan i figur 5.9 se, at 1 ud af 5 medarbejdere ingen arbejdsmiljøproblemer har, ca. en tredjedel har en-to problemer, en anden tredjedel har mellem tre-fem problemer, og ca. 1 ud af 10 medarbejdere har seks problemer eller flere. Ser man på sammenhænge mellem antallet af arbejdsmiljøproblemer, og om medarbejderne overvejer at sige op, viser der sig ikke overraskende at være en stærk sammenhæng: Andelen af medarbejdere, som overvejer at sige op, stiger med antallet af arbejdsmiljøproblemer, og blandt medarbejdere med seks eller flere arbejdsmiljøproblemer overvejer 3 ud af 4 seriøst at sige op.

FIGUR 5.9

Medarbejderne fordelt efter, hvor mange arbejdsmiljøproblemer de har. Og hvor stor en andel af de forskellige grupper, der overvejer at sige op. Procent.



Andre undersøgelser viser ligeledes, at mange plejemedarbejdere oplever, at deres arbejdsvilkår er hårde (se fx ÆldreForum, 2001). Dette kan ifølge Jensen m.fl. (2009, s. 197-198) hænge sammen med, at der inden for plejehøjområdet er en tendens til en brokkultur. Det indebærer bl.a., at det anses som legat at tale grimt om hinanden, og at konflikter kan løbe over flere år. Denne kultur skaber demotivation blandt medarbejderne og er med til at devaluere arbejdspladsen i personalets øjne.

LEJEBOLIGER

I de foregående afsnit har vi beskrevet de beboere og personalemedlemmer, som indgår i undersøgelsen. Vi vil i dette sidste afsnit i kapitlet se nærmere på de plejeboliger, som beboerne og personalemedlemmerne henholdsvis bor og arbejder i.

Som det fremgår af tabel 5.21, er plejeboligerne overvejende kommunale, hvilket gør sig gældende for godt 80 pct. Mere end 10 pct. er private, mens ganske få pct. har en anden ejerform.

TABEL 5.21

Plejeboligerne fordelt efter ejerform. Antal og procent.

	Antal	Procent
Kommunale plejeboliger	32	84
Private plejeboliger	5	13
Anden ejerform	1	3
Total	38	100

Med Ældreboligreformen i 1987 fulgte en politisk målsætning om at øge kvaliteten af plejeboligerne. Siden har det ikke været muligt at opføre plejehjem, og de eksisterende plejehjem bliver løbende enten nedlagt eller ombygget til moderne plejeboliger. Mens traditionelle plejehjem bliver drevet efter Serviceloven, bliver moderne plejeboliger drevet efter Almenboligloven. Det indebærer den væsentlige forskel, at plejehjem fungerer som institutioner, mens plejeboliger fungerer som almindelige lejeboliger, hvor den ældre lejer sig ind med de samme rettigheder og pligter, som gør sig gældende for andre almene lejeboliger. Desuden er plejehjem typisk ikke af samme kvalitet og størrelse som de moderne plejeboliger. Kvaliteten og omfanget af den pleje og omsorg, der tilbydes henholdsvis i plejeboliger og på plejehjem, er dog den samme. Som det fremgår af nedenstående tabel 5.22, er 3 ud af 4 af de deltagende enheder plejeboliger, mens kun en fjerdedel er plejehjem.

TABEL 5.22

Plejeboligerne fordelt efter, om de formelt er plejehjem eller plejeboliger. Antal og procent.

	Antal	Procent
Plejeboliger	29	76
Plejehjem	9	24
Total	38	100

I gennemsnit har plejeboligerne 43 pladser i alt, herunder 40 døgnpladser. Størrelsen på beboernes værelse eller lejlighed er gennemsnitligt 57 kvadratmeter, hvilket dækker over en variation fra 30 til 86 kvadratmeter (se tabel 5.23).

TABEL 5.23

Plejeboligernes størrelse i gennemsnitlige tal. Procent og antal.

	Størrelse	Antal
Gennemsnitligt antal pladser pr. plejebolig	43	38
Gennemsnitligt antal døgnpladser pr. plejebolig	40	35
Gennemsnitligt antal kvadratmeter pr. lejlighed/værelse	57 ¹	18

1. På grund af manglende oplysninger er gennemsnitsstørrelsen beregnet ud fra kun 18 observationer.

Tabel 5.24 illustrerer forholdet mellem antal beboere og antal personalemedlemmer. Ratioen er udregnet på baggrund af det samlede antal plejemedarbejdere ansat til at varetage pleje og omsorg (hjemmehjælpere, social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter, plejeassistenter, handicaphjælpere, plejere og lignende samt elever) i forhold til antal pladser, plejeboligen rummer. Som det fremgår af tabellen, er der i gennemsnit 1,13 beboere pr. medarbejder. Ratioen giver et overordnet billede af forholdene, men idet antallet af medarbejdere ikke siger noget om, hvorvidt disse medarbejdere er ansat i deltidstillinger eller fuldtidsstillinger, er det nødvendigt at udregne et mere nuanceret mål for forholdet mellem medarbejdere og personale: 'Medarbejdertimer pr. beboer' er udregnet på baggrund af det eksakte antal timer, medarbejderne er ansat til ugentligt. Som det fremgår af den nedenstående tabel, er der gennemsnitligt næsten 29 ugentlige medarbejdertimer pr. beboer.

Endvidere viser tabellen, at næsten 70 pct. af plejeboligerne har angivet, at de har frivillige medarbejdere tilknyttet.

TABEL 5.24

Plejeboligernes medarbejdernormering i gennemsnitlige tal. Procent og antal.

	Procent	Antal
Beboer/medarbejderratio	1,13	31
Medarbejdertimer (ugentligt) pr. beboer	28,7	27
Andel plejeboliger, der benytter sig af frivillige medarbejdere	68	38

OPSAMLING

Vi har i dette kapitel set nærmere på en række faktorer på henholdsvis individ- og institutionsniveau, som antages at have sammenhæng med den ældres opfattelse af omsorgsbetinget livskvalitet, og som vi benytter i næste kapitel til analysen af omsorgsbetinget livskvalitet. Først og fremmest kan vi se, at beboerne i undersøgelsen i forhold til alder og kønsfordeling svarer til landsgennemsnittet for beboere i plejeboliger, og vi antager dermed, at de er repræsentative for landsgennemsnittet, også hvad angår en række forhold relateret til deres baggrund, deres sociale relationer, funktions- og helbredssituation.

Hvad angår uddannelse, er det ikke uventet især de mandlige beboere, som har taget en faglig, kort, mellemlang eller længerevarende uddannelse, mens flere kvinder kun har, hvad der svarer til folkeskoleuddannelse. De fleste beboere har familiemedlemmer eller venner. Mange af beboerne har dog mistet deres ægtefælle, og det er ikke mindst kvinderne, som står i denne situation, hvilket formodentligt skyldes, at de har en højere gennemsnitsalder. Langt flere kvinder end mænd står således uden partner.

Størstedelen af beboerne har både (sviger)børn og børne- eller oldebørn. Størstedelen af både de mandlige og kvindelige beboere har børn eller svigerbørn, mens flere kvinder end mænd har børne- eller oldebørn. 2 ud af 3 beboere angiver derudover at have andre familiemedlemmer eller venner. Kun 1 pct. af beboerne har hverken familie eller venner. Mange af beboerne får hyppigt besøg af familie eller venner. Cirka en tredjedel af beboerne får, hvad vi har defineret som hyppigt besøg, og en anden tredjedel får relativt ofte besøg. Cirka 1 ud af 10 beboere får dog sjældent besøg.

Hvad angår velbefindende, angiver størstedelen af beboerne, at de befinder sig godt, men 5 pct. angiver at have omfattende problemer med velbefindende alt i alt, og det er især kvinderne, som har lavt velbefindende. Kvinderne synes også at have flere problemer med at huske i det daglige. Hukommelsesproblemer synes at være mere udbredt blandt de 80-89-årige end blandt de 65-79-årige, men problemerne øges ikke nødvendigvis, efter man er fyldt 90 år.

Vi har i undersøgelsen også set på den ældres fysiske funktions- evne. Beboernes egen vurderede funktionsevne er overraskende høj og betydelig højere, end hvad plejemedarbejderne vurderer den til at være.

Mere end halvdelen af beboerne er fysisk selvhjulpne eller har kun behov for lidt hjælp på en række ADL-funktioner, mens hver femte har omfattende behov for hjælp. Mænd har en signifikant bedre funktionsevne end kvinder, dvs. de generelt er mere selvhjulpne. Kvinderne har også flere helbredsproblemer end mændene, om end forskellen er statistisk svag. Generelt angiver hver femte beboer at have mange helbredsproblemer. Igen vurderer beboerne deres helbred til at være betydeligt bedre, end plejemedarbejderne gør det.

Flere kvinder end mænd får hjælp til opgaver, som omfatter mobilitet (komme ud af sengen, på toilettet, spise og komme rundt), mens lige mange mænd og kvinder får hjælp til rengøring, og på tværs af køn er det denne service, langt de fleste beboere gør brug af. Beboerne er overvejende positive omkring relationen til den plejemedarbejder, som i det daglige står for deres omsorg og pleje.

Netop denne medarbejder er også blevet interviewet i undersøgelsen, og vi har i dette kapitel også set nærmere på deres karakteristika. De fleste er kvinder, gennemsnitsalderen er 45 år, og hovedparten har dansk baggrund. De arbejder som oftest fuldtid og tager sig for det meste både af den personlige samt den praktiske pleje og omsorg. Langt de fleste har en uddannelsesbaggrund inden for omsorgssektoren, og de fleste vurderer, det er væsentligt at have en sådan uddannelse for at kunne yde god pleje. De har gennemsnitligt arbejdet i plejeboligen i 2 ½ år og vurderer gennemgående, at deres relation til den ældre er positiv, og de er gennemsnitligt lidt mere positive end beboerne i vurderingen af denne relation. Størstedelen af medarbejderne mener, at den pleje, der ydes, lever op til kommunens kvalitetsstandarder, og lige så mange mener, at de i det daglige kan yde pleje og omsorg af høj kvalitet. 1 ud af 4 mener ikke desto mindre, at de ikke yder høj kvalitet. Blandt disse medarbejdere peges der først og fremmest på tidspres i det daglige, men også dårlig planlægning og dårlig ledelse. 1 ud af 3 medarbejdere mener da også, at de har for travlt i det daglige, og 1 ud af 10 medarbejdere siger, at de aldrig oplever at kunne dække beboerens behov for pleje og omsorg. Mellem hver tredje og fjerde medarbejder oplever ikke at have kontrol over arbejdet, at de ikke kan leve op til de krav, der stilles, og at de mangler opbakning fra lederen. Og hver sjette medarbejder overvejer da også seriøst at sige op.

Endelig har vi i kapitlet set nærmere på de plejeboliger, der indgår i undersøgelsen. I næste kapitel inddrager vi disse karakteristika i ana-

lysen af beboernes omsorgsbetingede livskvalitet. De fleste er kommunale plejeboliger med plads til gennemsnitligt 43 beboere, og der er gennemsnitligt 1,13 beboere pr. medarbejder. Derudover har størstedelen af plejeboligerne tilknyttet frivillige medarbejdere.

OMSORGSBETINGET LIVSKVALITET

Tanken bag ASCOT er at gøre det muligt at vurdere, hvor meget omsorgen og plejen, som den ældre modtager, bidrager til den ældres omsorgsbetingede livskvalitet. Formålet er dermed at generere et livskvalitetsmål, som kan sige noget om niveauet af *omsorgsbetinget livskvalitet* (OLK) for den ældre. Et sådant livskvalitetsmål gør det fx muligt at sammenligne omsorgsbetinget livskvalitet for beboere på tværs af plejeboliger eller kommuner eller at opfange ændringer i omsorgsbetinget livskvalitet over tid, fx i forbindelse med nye tiltag eller forskellige livssituationer. Eller, som vi gør i denne undersøgelse, at se på, hvilke individuelle og institutionsfaktorer der bidrager til den ældres omsorgsbetingede livskvalitet.

ASCOT-DOMÆNERNE

Som nærmere omtalt i kapitel 3 bliver omsorgsbetinget livskvalitet i ASCOT operationaliseret ved otte livskvalitetsdomæner. Man måler således omsorgsbetinget livskvalitet i forhold til følgende domæner:

- Kontrol over dagliglivet
- Personlig pleje og velbefindende
- Mad og drikke

- Tryghed
- Social kontakt
- Aktiviteter
- Boligen
- Værdighed.

Med ASCOT er det muligt både at måle den samlede livskvalitet og livskvaliteten specifikt inden for hvert af de otte domæner.

Der sondres i ASCOT-metoden mellem såkaldte *basale* domæner, såsom mad og drikke, personlig pleje osv., og mere *overordnede* domæner, såsom kontrol, værdighed og tryghed (se tabel 6.1). Det vil typisk være nemmere at hjælpe den ældre med at opnå en høj omsorgsbetinget livskvalitet inden for de basale domæner, idet de er mere instrumentelle og dermed måske mere konkrete at gå til.

TABEL 6.1

De otte livskvalitetsdomæner.

Basale	Overordnede
Personlig pleje og velbefindende Personen føler sig ren og pæn og ser præsen- tabel ud – i bedste fald er han/hun klædt på og plejet på en måde, der afspejler hans/hendes personlige præferencer.	Social kontakt Personen er tilfreds med sin nuværende sociale situation. Social situation hentyder her til, at han/hun får omsorg fra menings- fulde relationer til venner og familie, samt at han/hun føler sig involveret i eller del af et socialt fællesskab, hvis dette er vigtigt for personen.
Mad og drikke Personen føler, at han/hun får en nærende, varieret og kulturelt passende kost med til- strækkeligt mad og drikke, som han/hun nyder med regelmæssige og rettidige intervaller.	Aktiviteter Personen er tilstrækkeligt beskæftiget med en række af meningsfulde aktiviteter, hvad enten dette er formel beskæftigelse (på arbejdsmarkedet), frivilligt arbejde, omsorg for andre eller fritidsaktiviteter.
Boligen Personen føler, at hans/hendes hjem (inkl. alle værelser) er rent og komfortabelt.	Kontrol over dagligdagen Personen har kontrol over sin hverdag, dvs. kan selv vælge, hvad han/hun vil foretage sig og hvornår.
Tryghed Personen føler sig tryk. Det betyder, at han/hun ikke frygter misbrug, fald og anden fysisk skade, overfald eller røveri.	Værdighed Summen af den negative og positive psykolo- giske indvirkning som støtte og omsorg har på personens personlige værdighed. Dette domæne er ikke relevant ved fravær af ser- vice.

Som angivet i tabellen har domænet værdighed en særstatus. Dette domæne bliver kun vurderet i forhold til den ældres nuværende omsorgsbetingede livskvalitet. Værdighedsdomænet opfanger de negative og positive aspekter ved at modtage pleje og omsorg og bliver derfor kun målt i forhold til den ældres omsorgsbetingede livskvalitet *med* pleje og om-

sorgsydelser. Værdighedsdomænet opsummerer desuden den samlede omsorgsbetingede livskvalitet af de øvrige domæner, i og med at den tænkes at indfange den samlede negative og positive indvirkning, som plejen og omsorgen har på den enkelte beboer.

MÅL FOR OMSORGSBETINGET LIVSKVALITET

Hovedformålet med ASCOT er således at give et mål for, hvordan plejen og omsorgen bidrager til den ældres nuværende omsorgsbetingede livskvalitet. Dette gøres ved først at vurdere, hvad niveauet af den ældres omsorgsbetingede livskvalitet er *med* den omsorg og pleje, som den ældre modtager i plejeboligen – den såkaldte *nuværende* omsorgsbetingede livskvalitet. Dernæst vurderes, hvordan den ældres omsorgsbetingede livskvalitet ville være, hvis den ældre *ikke* modtog denne omsorg og pleje – den såkaldte *forventede* omsorgsbetingede livskvalitet. Forskellen mellem disse to mål udgør *livskvalitetsforbedringen*, altså et mål for, hvor meget omsorgen og plejen bidrager til den ældres omsorgsbetingede livskvalitet. Endelig er det muligt at vurdere *forbedringskapaciteten*, dvs. potentialet for at løfte den ældres omsorgsbetingede livskvalitet, ved at se på forskellen mellem forventet omsorgsbetinget livskvalitet uden pleje og omsorg og den vurderede maksimale omsorgsbetingede livskvalitet. ASCOT-metoden gør det muligt at generere kvantitative værdier for den omsorgsbetingede livskvalitet, som ligger mellem 0 (den laveste omsorgsbetingede livskvalitet) og 1 (den maksimale omsorgsbetingede livskvalitet).

ASCOT-metoden bygger således på generering af fire indikatorer:

- Forventet behov (hvordan den ældres omsorgsbetingede livskvalitet ville være uden plejeydelserne)
- Nuværende behov (den ældres omsorgsbetingede livskvalitet med plejeydelser)
- Livskvalitetsforbedring (forskellen mellem forventet og nuværende)
- Forbedringskapacitet for livskvalitet (Capacity to Benefit, CtB, som er forskellen mellem den forventede omsorgsbetingede livskvalitet og den maksimale omsorgsbetingede livskvalitet).

Som beskrevet nærmere i metodeafsnittet bygger alle indikatorerne på interview med de ældre selv eller – i tilfælde med kognitivt svækkede æl-

dre – med pårørende. Herudover indgår data fra observationer af alle ældre og interview med den plejemedarbejder, som er den ældres kontaktperson. Disse data behandles som nævnt hierarkisk, dvs. at det endelige mål for den ældres omsorgsbetingede livskvalitet fortrinsvis baserer sig på de ældres (alternativt den pårørendes) vurdering af egen omsorgsbetinget livskvalitet efterfulgt af resultaterne fra observationsstudierne og medarbejdernes vurdering af den ældres omsorgsbetingede livskvalitet. De ældre (evt. pårørende) og plejemedarbejderne bliver i ASCOT-delen af undersøgelsen alle bedt om at vurdere:

Hvad den ældres nuværende omsorgsbetingede livskvalitet er inden for hvert enkelt af de otte livskvalitetsdomæner. Medarbejdere og evt. pårørende bliver desuden bedt om at vurdere:

- Om den ældre modtager pleje og omsorg inden for dette livskvalitetsdomæne
- Og hvis dette er tilfældet; hvordan den ældres forventede omsorgsbetingede livskvalitet ville se ud i forhold til dette domæne, hvis han/hun ikke modtog pleje og omsorg.

FORVENTET BEHOV

Med ASCOT-metoden er det således muligt at vurdere, hvordan den ældres omsorgsbetingede livskvalitet ville være, hvis *ikke* han eller hun modtog pleje og omsorg – det såkaldte forventede behov – og det er dette livskvalitetsmål, som vi først afrapporterer i dette afsnit.

Beboernes gennemsnitlige forventede omsorgsbetingede livskvalitet på tværs af de otte livskvalitetsdomæner er 0,15, hvor 0 er lig med laveste omsorgsbetingede livskvalitet og 1 højeste omsorgsbetingede livskvalitet. I tabel 6.2 ses det gennemsnitlige forventede livskvalitetsmål for hver af de otte domæner. Den forventede omsorgsbetingede livskvalitet scorer lavest for bolig (0,06) og højest for social kontakt (0,42).

I tabel 6.2 og figur 6.1 ses også andelen af beboere, som vurderes at have henholdsvis ingen, nogen og mange livskvalitetsbehov for hvert af de otte livskvalitetsdomæner.

TABEL 6.2

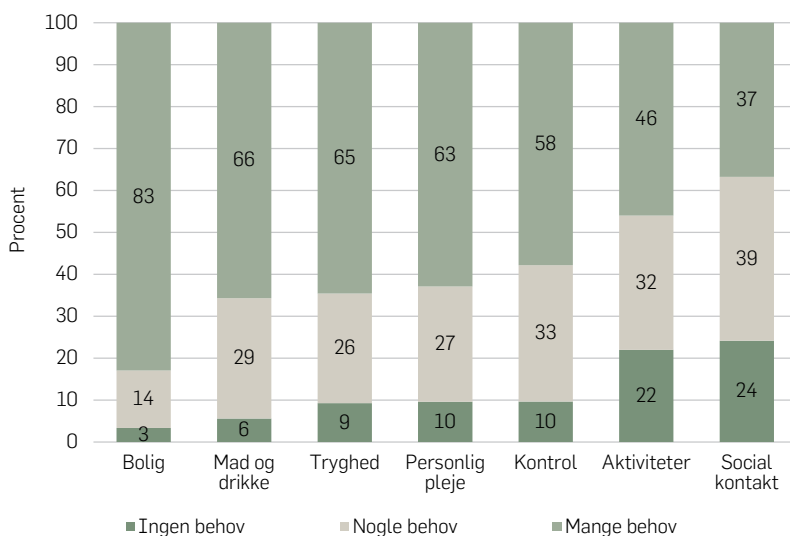
Beboerne fordelt efter deres forventede omsorgsbetingede livskvalitet (uopfyldte behov uden pleje og omsorg). Procent og gennemsnitlig ASCOT-score.

	Bolig	Personlig pleje	Mad og drikke	Tryghed	Social kontakt	Aktiviteter	Kontrol
Ingen uopfyldte behov	3	10	6	9	24	22	10
Nogle uopfyldte behov	14	27	29	26	39	32	33
Store uopfyldte behov	83	63	66	65	37	46	58
Total	100	100	101	100	100	100	101
Gn. score (samlet 0,15)	0,06	0,12	0,11	0,18	0,42	0,39	0,28

Anm.: Antal: 293-302. På grund af afrunding summerer ikke alle til 100.

FIGUR 6.1

Beboerne fordelt efter deres forventede omsorgsbetingede livskvalitet (dvs. uopfyldte behov uden hjælp og pleje) i forhold til de otte domæner. Procent.



Som det fremgår, vurderes beboerne at have store uopfyldte behov, specielt hvad angår boligen: 83 pct. af beboerne har store uopfyldte behov inden for dette domæne. Lidt over halvdelen af beboerne er vurderet til at have store uopfyldte behov inden for mad og drikke, tryghed, person-

lig pleje og kontrol (mellem 58-66 pct.), og lidt færre har store uopfyldte behov i forhold til aktiviteter og social kontakt. Kun 1 ud af 3 beboere er vurderet til at have store uopfyldte behov, hvad angår social kontakt, og det er dette livskvalitetsdomæne, som færrest af beboerne har store uopfyldte behov inden for. Ingen uopfyldte behov ses især inden for domænerne aktivitet og social kontakt, og kun få beboere (3 pct.) har ingen uopfyldte behov, hvad angår bolig. Og ser vi på andelen af beboere, som har nogle uopfyldte behov i forventet omsorgsbetinget livskvalitet, drejer det sig om ca. en tredjedel, som har nogle uopfyldte behov med hensyn til personlig pleje, mad og drikke, tryghed og aktiviteter. Lidt flere har nogle uopfyldte behov i forhold til social kontakt og lidt færre i forhold til boligen.

Mænds og kvinders forventede omsorgsbetingede livskvalitet adskiller sig ikke væsentligt fra hinanden. Kun inden for domænet tryghed er der en statistisk signifikant forskel. Flere kvinder end mænd har således mange forventede behov i forhold til tryghed (se bilag 3).

FORBEDRINGSKAPACITET FOR LIVSKVALITET

Det er ligeledes muligt at beregne forbedringskapacitet for livskvalitet (Capacity to Benefit, CtB), som er forskellen mellem den forventede omsorgsbetingede livskvalitet uden pleje og omsorg og den maksimale omsorgsbetingede livskvalitet, hvor der ingen uopfyldte behov er. Som beskrevet dækker forbedringskapaciteten over det potentiale, der er for yderligere at løfte den omsorgsbetingede livskvalitet for beboerne med udgangspunkt i en potentiel situation, hvor de ikke modtager pleje og omsorg. Målet forbedringskapacitet for livskvalitet viser dermed, hvor meget plejeboligen potentielt kunne løfte den omsorgsbetingede livskvalitet for beboerne.

Forbedringskapacitet beregnes som forskellen mellem maksimum OLK (=1) og forventet OLK. Som det ses i tabel 6.3 og figur 6.2, er der først og fremmest potentiale for at løfte den omsorgsbetingede livskvalitet inden for domænerne boligen, personlig pleje og mad og drikke og dernæst inden for domænerne tryghed og kontrol og endelig sociale kontakter og aktiviteter. Kvinders og mænds forbedringskapacitet adskiller sig ikke statistisk signifikant fra hinanden (se bilag 3).

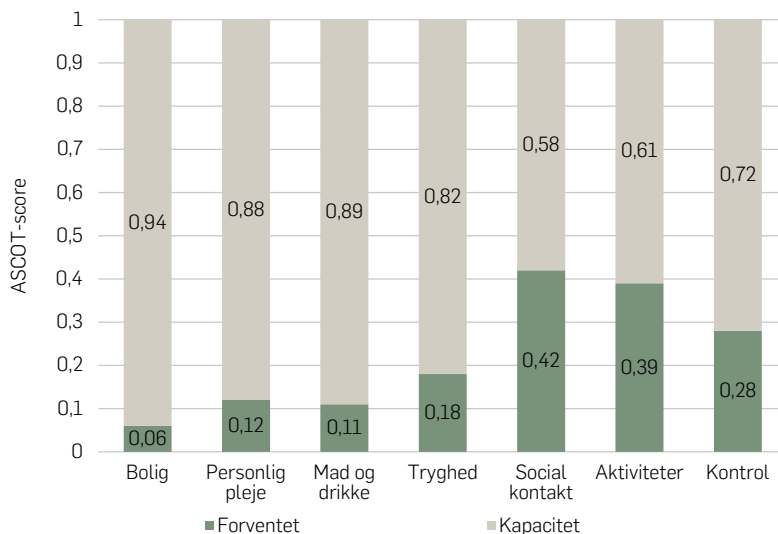
TABEL 6.3

Forventet omsorgsbetinget livskvalitet og forbedringskapacitet for livskvalitet inden for hvert af de otte domæner. ASCOT-score.

	Forventet omsorgsbetinget livskvalitet	Forbedringskapacitet for livskvalitet
Bolig	0,06	0,94
Personlig pleje	0,12	0,88
Mad og drikke	0,11	0,89
Tryghed	0,18	0,82
Social kontakt	0,42	0,58
Aktiviteter	0,39	0,61
Kontrol	0,28	0,72

FIGUR 6.2

Forventet omsorgsbetinget livskvalitet og forbedringskapacitet for livskvalitet i forhold til de otte domæner. ASCOT-score.



NUVÆRENDE OMSORGBETINGET LIVSKVALITET

Vi ser dernæst på beboernes nuværende omsorgsbetingede livskvalitet, altså livskvaliteten *med* hjælp og pleje. Som tabel 6.4 og figur 6.3 viser, er situationen nu vendt om: Langt de fleste beboere har nu ingen uopfyldte

behov. Og uopfyldte behov for den nuværende livskvalitet er størst inden for de domæner, som ved den forventede livskvalitet var mindst. Dér, hvor flest beboere nu har store uopfyldte behov, er inden for domænerne aktiviteter og social kontakt, dvs. plejeboligerne formår generelt at dække beboernes store behov for hjælp til boligen, tryghed og personlig pleje. 1-3 pct. af beboerne har store uopfyldte behov, hvad angår bolig, mad og drikke, tryghed og kontrol, mens hele 6 pct. har store uopfyldte behov, hvad angår social kontakt, og 8 pct., hvad angår aktiviteter. Personlig pleje er nu det domæne, som færrest beboere har store behov inden for. Værdighed er med som domæne, og som tabellen og figuren viser, lykkes det for de fleste af plejeboligerne at dække beboerens behov for at leve et værdigt liv. Alligevel har 1 pct. af beboerne store uopfyldte behov på dette domæne, der rent metodisk er tænkt til at kunne opsummere den samlede omsorgsbetingede livskvalitet på tværs af de syv øvrige domæner. 1 ud af 100 beboere er dermed vurderet til at leve et liv i plejeboligen, som samlet set ikke er værdigt for dem.

Ser vi på andelen af beboere, som har nogle uopfyldte behov i nuværende omsorgsbetingede livskvalitet, har ca. hver femte nogle uopfyldte behov inden for et eller flere af domænerne: aktiviteter, social kontakt, kontrol eller mad og drikke. Cirka hver femte har nogle uopfyldte behov inden for et eller flere af domænerne værdighed, tryghed eller bolig.

Analyserne peger på, at personlig pleje er det domæne, som er lettest at dække i plejeboligen, idet 95 pct. ingen uopfyldte behov har på dette domæne. Det samme gælder for bolig og værdighed, hvor henholdsvis 89 pct. og 88 pct. af beboerne angiver, at de ikke har uopfyldte behov.

TABEL 6.4

Beboerne fordelt efter deres uopfyldte behov med den nuværende pleje og omsorg inden for hvert af de otte domæner. Procent og gennemsnitlig ASCOT-score.

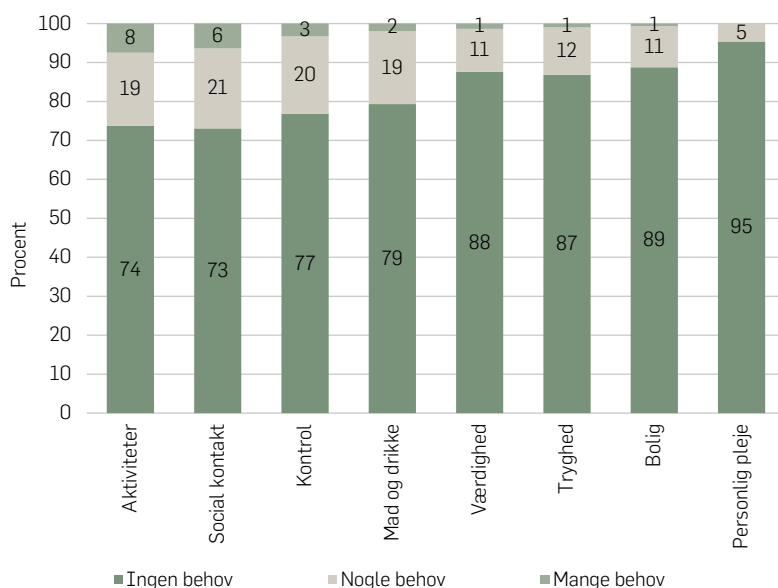
	Bolig	Personlig pleje	Mad og drikke	Tryghed	Social kontakt	Aktiviteter	Kontrol	Værdighed
Ingen uopfyldte behov	89	95	79	87	73	74	77	88
Nogle uopfyldte behov	11	5	19	12	21	19	20	11
Store uopfyldte behov	1	0	2	1	6	8	3	1
Total	100	100	100	100	100	101	100	100
Gn. score (samlet 0,84)	0,90	0,96	0,83	0,91	0,82	0,84	0,88	0,88

Anm.: n mellem 290-303 respondenter. På grund af afrunding summerer ikke alle tal til 100.

Tabellen viser også det gennemsnitlige nuværende omsorgsbetingede livskvalitetsmål for hvert domæne, og som det fremgår, er det lavest for social kontakt (0,82) og højest for personlig pleje (0,96). Beboernes gennemsnitlige nuværende omsorgsbetingede livskvalitet på tværs af de otte livskvalitetsdomæner er 0,84. Der er ingen statistisk signifikant forskel på kvinders og mænds nuværende omsorgsbetingede livskvalitet (se bilag 3, der indeholder tabeller og figurer med kønsfordelinger i forbindelse med analyserne i kapitel 6).

FIGUR 6.3

Beboerne fordelt efter deres uopfyldte behov med den nuværende pleje og omsorg. Procent.



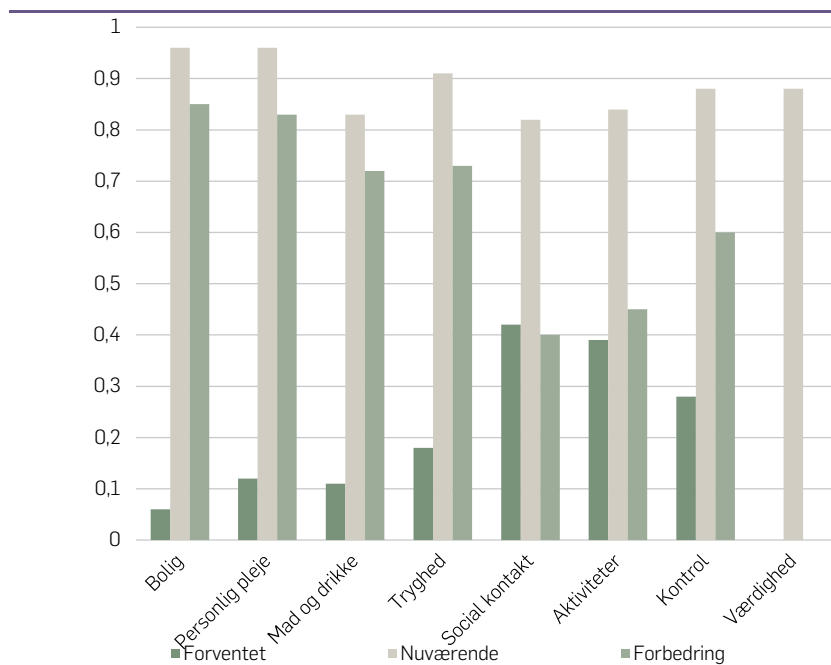
LIVSKVALITETSFORBEDRING

Med disse to livskvalitetsmål er det endelig muligt at udregne, hvor meget den ældres omsorgsbetingede livskvalitet forbedres som følge af den pleje og omsorg, de modtager i plejeboligen.

Tabel 6.5 og figur 6.4 illustrerer tre forhold: For det første de gennemsnitlige værdier for forventet og nuværende omsorgsbetinget livskvalitet inden for hvert domæne. For det andet den gennemsnitlige forbedring i den omsorgsbetingede livskvalitet for hvert domæne, hvilket er differencen mellem den forventede og den nuværende omsorgsbetingede livskvalitet. Som det fremgår, finder forbedringen i den omsorgsbetingede livskvalitet især sted inden for domænerne bolig, personlig pleje og til dels også mad og drikke og tryghed, men i mindre grad inden for domænet kontrol. Domænerne aktiviteter og social kontakt er de, der forbedres mindst, hvilket også var forventet, i og med at de begge hører til de førnævnte overordnede behov. Der er ingen statistisk signifikant forskel på kvinder og mænd (se bilag 3). Bemærk, at domænet værdighed kun beregnes for nuværende omsorgsbetingede livskvalitet, idet domænet knytter sig til den pleje og omsorg, den ældre modtager, og dermed ikke er relevant for den forventede livskvalitet.

FIGUR 6.4

Forventet og nuværende omsorgsbetinget livskvalitet samt livskvalitetsforbedring for hvert domæne. ASCOT-score.



TABEL 6.5

Gennemsnitlige værdier for forventet og nuværende omsorgsbetingede livskvalitet samt livskvalitetsforbedring inden for hvert domæne. Særsomt for kvinder og mænd. ASCOT-score.

	Forventet		Nuværende		Forbedring	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Bolig	0,06	0,05	0,94	0,93	0,88	0,88
Personlig pleje	0,12	0,11	0,98	0,97	0,86	0,86
Mad og drikke	0,10	0,11	0,84	0,86	0,74	0,75
Tryghed	0,22	0,17	0,93	0,91	0,71	0,73
Social kontakt	0,46	0,42	0,86	0,82	0,40	0,40
Aktiviteter	0,42	0,39	0,85	0,85	0,43	0,46
Kontrol	0,32	0,27	0,91	0,88	0,59	0,61
Værdighed	-	-	0,89	0,89	-	-
Samlet	0,17	0,14	0,87	0,85	0,68	0,70

SAMLET MÅL FOR OMSORGBETINGET LIVSKVALITET

Figur 6.5 viser det endelige resultat for de fire opgørelser af omsorgsbetinget livskvalitet: forventet, nuværende samt forbedring af livskvalitet og forbedringskapacitet. Den lille cirkel markerer det forventede livskvalitetsniveau for hver af de otte domæner, dvs. de ældres gennemsnitlige livskvalitet *uden* pleje og omsorg. Det grønne felt repræsenterer det nuværende omsorgsbetingede livskvalitetsniveau, dvs. livskvaliteten *med* omsorg og pleje. Forskellen mellem den lille og grønne felt udgør således forbedringen i omsorgsbetinget livskvalitet. Endelig udgør forskellen mellem den lille felt og det yderste af figuren forbedringskapaciteten, dvs. potentialet for at forbedre den omsorgsbetingede livskvalitet for beboeren. (I bilag 3 vises det samlede resultat for kvinder og mænd).

ANALYSE

Vi antager, at den ældres omsorgsbetingede livskvalitet, hvad enten det drejer sig om nuværende omsorgsbetingede livskvalitet eller forbedringen i omsorgsbetinget livskvalitet, hænger sammen med en række individuelle faktorer og faktorer, som har med plejeboligen at gøre, og som vi redegjorde nærmere for i kapitel 5. For at undersøge dette foretager vi en multilevel lineær regressionsanalyse.

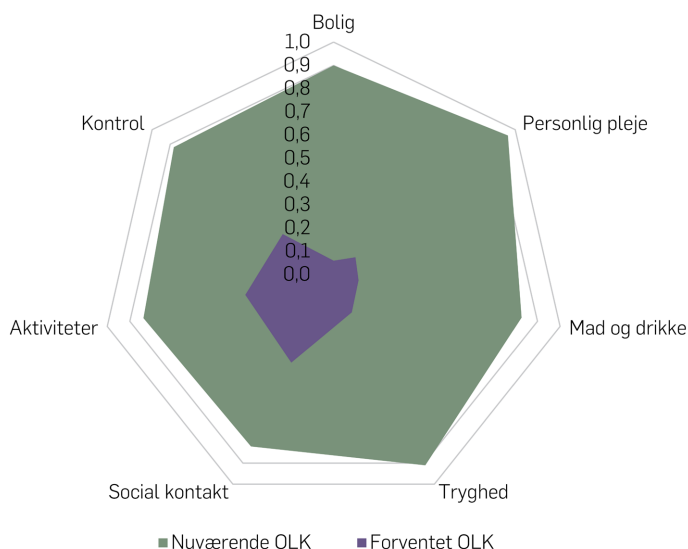
Vores analyser viser, at det først og fremmest er helbred og funktionsevne, der har betydning for plejeboligbeboeres omsorgsbetingede livskvalitet. Det gælder for alle de udtryk for samlet omsorgsbetinget livskvalitet, som fremkommer i undersøgelsen. På de følgende sider præsenterer vi resultaterne fra vores multivariate analyser af forskellige forholds sammenhæng med:

- Udækkede behov inden for de ældres nuværende omsorgsbetingede livskvalitet
- Forbedringen i de ældres omsorgsbetingede livskvalitet af at bo i plejebolig sammenlignet med, hvis de ikke boede i plejebolig
- Den samlede forbedringskapacitet, dvs. potentiale for forbedring i de ældres omsorgsbetingede livskvalitet i forhold til ikke at bo i plejebolig (CtB).

I analysen ser vi på, om individuelle faktorer, som helbred og funktionsevne, og institutionsfaktorer har en betydning for den enkelte ældres om-

FIGUR 6.5

Beboernes forventede og nuværende omsorgsbetingede livskvalitet samt forbedringen af den omsorgsbetingede livskvalitet og forbedringskapacitet. ASCOT-score.



sorgsbetingede livskvalitet.

Der er betydelige forskelle mellem plejeboligernes gennemsnitlige omsorgsbetingede livskvalitet på samtlige tre former for behov. Det vil sige, at plejeboligerne adskiller sig for det første på de ældres gennemsnitlige nuværende omsorgsbetingede livskvalitet, for det andet i forbedringen af omsorgsbetinget livskvalitet ved at bo i plejeboligen og for det tredje i det gennemsnitlige potentiale for forbedringer (se oversigt i tabel 6.6). På grund af disse forskelle mellem plejeboligerne indgår plejeboligerne som niveau 2 i en såkaldt multilevel lineær regressionsanalyse, dels for at se om vi kan finde karakteristika ved plejeboligerne, der har betydning for de ældres omsorgsbetingede livskvalitet, dels for at se, om nogle af disse eventuelle forhold kan forklare de relativt store forskelle mellem plejeboligerne. Niveau 1 i analysen består af de individuelle karakteristika, som tænkes at kunne bidrage til omsorgsbetinget livskvalitet, såsom helbred, funktionsevne, sociale kontakter osv. Institutions- og individfaktorer er nærmere gennemgået i kapitel 4.

TABEL 6.6

Beboernes nuværende omsorgsbetingede livskvalitet, forbedringen i den omsorgsbetingede kvalitet og forbedringskapaciteten for den omsorgsbetingede livskvalitet. ASCOT-score.

	Gennemsnit	Standard- afvigelse	Minimum	Maksimum
Nuværende omsorgsbetingede livskvalitet	0,84	0,15	0,28	1,00
Forbedringen i de ældres omsorgsbetingede livskvalitet af at være i plejebolig	0,69	0,19	0,03	1,11
Forbedringskapacitet for ældres omsorgsbetingede livskvalitet i forhold til ikke at være i plejebolig	0,86	0,14	0,52	1,09

DE ÆLDRES NUVÆRENDE OMSORGBETINGEDE LIVSKVALITET

Tabel 6.7 viser resultatet af en sådan multilevel lineær regressionsanalyse af sammenhænge mellem individuelle faktorer og institutionsfaktorer og de ældres nuværende omsorgsbetingede livskvalitet. En lang række af de oplysninger, som er til rådighed i undersøgelsen, har undervejs været inddraget i analysen, men tabellen viser den endelige model, som bedst

kan forklare de ældres nuværende omsorgsbetingede livskvalitet, dvs. den model, der har bedst forklaringskraft.

Af tabellen fremgår det, at det ikke er individuelle karakteristika som plejeboligbeboernes køn og alder, der betyder noget for de ældres nuværende omsorgsbetingede livskvalitet. Det er først og fremmest individuelle faktorer relateret til de ældres helbredstilstand både fysisk og psykisk, der har betydning. Der er en signifikant sammenhæng med de ældres angivelse af deres "egen helbredstilstand i dag" på EQ VAS-skalaen (Visuel Analog Skala, der er en del af EQ 5D, og som måler helbredstilstand på en skala fra 0-100). Ligeledes betyder det noget for den nuværende omsorgsbetingede livskvalitet, om den ældre har smerter eller ubehag, eller om den ældre ofte eller af og til er nedtrykt (delspørgsmål fra EQ-5D). Disse sammenhænge gør sig altså gældende, selvom vi tager hensyn til den ældres egen angivelse af helbredstilstand. Barthel-indekset for funktionsevne bidrager derimod kun i mindre grad til en forklaring af forskellene i de ældres nuværende omsorgsbetingede livskvalitet.

TABEL 6.7

Multilevel regressionsanalyse af ældres nuværende omsorgsbetingede livskvalitet.

	Ældres nuværende omsorgsbetingede livskvalitet
	B
Regressionskonstant	0,732 ***
Køn, 1 = male, 0 = female	0,017
Alder	0,000
Besøg flere gange om ugen	0,102 ***
Besøg hver uge	0,078 **
Besøg mindre ofte (reference)	0
Har ingen smerter eller ubehag	0,080 *
Har moderate smerter eller ubehag	0,040
Har ekstreme smerter eller ubehag (reference)	0
Er nedtrykt ofte	-0,142 ***
Er nedtrykt af og til	-0,016
Er aldrig nedtrykt (reference)	0
Barthel-indeks for funktionsevne	0,000
Helbredstilstand i dag 0-100	0,001 *
<i>Plejeboligvariable</i>	
Antal pladser i plejeboligen	0,000
Kommunal ejer = 0; andet = 1	0,071

Anm.: *p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001.

Ud over de helbredsrelaterede forhold viser det sig, at antallet af besøg har stor betydning for OLK. Her er antallet af besøg opgjort som det

samlede antal besøg, uanset om det er ægtefælle/partner, børn og/eller svigerbørn, børnebørn og/eller oldebørn eller anden familie eller venner. Sociale kontakter synes at være af stor betydning for de ældres nuværende omsorgsbetingede livskvalitet.

Selvom der er store forskelle mellem plejeboligerne angående det gennemsnitlige niveau for deres beboeres omsorgsbetingede livskvalitet, som det fremgår af tabel 6.7, har vi ikke kunnet finde karakteristika ved plejeboligerne, som kan bidrage til en forklaring på disse forskelle i omsorgsbetinget livskvalitet. I analysen her er to variable på plejeboligniveau dog medtaget, nemlig antal pladser i plejeboligen, som udtryk for plejeboligens størrelse, og spørgsmålet om plejeboligen er kommunal eller har andre ejere. Ingen af disse forhold bidrager til at forklare hverken forskellene på individniveau eller forskellene på institutionsniveau.

Ud over disse to karakteristika har en lang række institutionsfaktorer løbende været inddraget i analyserne, uden at de har kunnet bidrage til en forklaring. Det gælder forhold som antal fuldtidsansatte sat i forhold til antal fuldtidspladser, antal timer til assistenter/hjælpere m.fl. i forhold til antal pladser, oplysninger fra plejepersonale om arbejdsmiljø samt beboergennemsnit af forskellige helbredsoplysninger, som kunne angive, om plejeboligen har mange beboere med svære problemer eller ej. Ingen af disse forhold har imidlertid vist sig at have signifikant selvstændig betydning for OLK, når man har taget hensyn til omfanget af beboernes helbredsproblemer og psykiske velbefindende.

Det betyder ikke, at der ikke kan være forskel på selve plejeboligernes betydning for de ældres omsorgsbetingede livskvalitet. Ifølge den tomme statistiske model uden variable skulle ca. 30 pct. af variansen i de ældres omsorgsbetingede livskvalitet kunne forklares ved forskelle på plejeboligniveau. Lidt af denne varians kan imidlertid forklares med forskelle mellem de interviewede beboeres helbredsforhold og andre forhold på individniveau. I undersøgelsen har vi imidlertid ikke adgang til andre oplysninger om plejeboligerne, som evt. kunne bidrage til belysningen. En anden årsag til, at institutionskarakteristika ikke slår igennem i denne analyse, kan være, at der i undersøgelsen kun indgår et relativt begrænset antal beboere fra hver plejebolig (5 eller 10 beboere): Forskellene i den omsorgsbetingede livskvalitet på institutionsniveau afspejler forskelle mellem de 5 til 10 interviewede beboere i hver plejebolig, men ikke mellem alle beboerne i plejeboligen.

Tabel 6.8 viser forskellene i nuværende omsorgsbetingede livskvalitet fordelt på køn, aldersgrupper, besøgshyppighed, helbred og velbefindende. Det er den gennemsnitlige score for nuværende omsorgsbetingede livskvalitet, der vises her. Som det fremgår af tabellen, er der ikke den store forskel i den nuværende livskvalitetsscore mellem mænd og kvinder eller mellem de forskellige aldersgrupper. Forskellene viser sig til gengæld mellem ældre, der ofte modtager besøg, og ældre, der modtager besøg mindre ofte.

TABEL 6.8

Gennemsnitlig score på skala for samlet forbedringskapacitet for ældres omsorgsbetingede livskvalitet i forhold til ikke at bo i plejebolig. ASCOT-score.

	Samlet forbedringskapacitet for ældres omsorgsbetingede livskvalitet i forhold til ikke at bo i plejebolig
<i>Køn</i>	
Mænd	0,77
Kvinder	0,88
<i>Alder</i>	
65-79 år	0,81
80-85 år	0,86
86-90 år	0,80
91-101 år	0,91
<i>Hukommelse</i>	
Problemer med hukommelsen? Mange	0,79
Problemer med hukommelsen? Nogle	1,00
Problemer med hukommelsen? Nej	0,76
<i>Mobilitet</i>	
Er bundet til sengen	0,97
Nogle problemer med at gå omkring	0,89
Ingen problemer med at gå omkring	0,73
<i>Barthel-indeks for funktionsevne</i>	
Lav	0,70
Mellem	0,91
Høj	0,70
<i>Helbredstilstand i dag 0-100</i>	
Lav	0,75
Mellem	0,88
Høj	0,97

Forskellene træder ligeledes frem ved spørgsmålene om, hvorvidt de ældre har smerter eller ubehag, ofte eller af og til er nedtrykt samt deres angivne helbredstilstand på en skala fra 0 til 100, hvor 100 betegner den bedst tænkelige tilstand. De ældre er her opdelt med ca. en tredjedel i hver af grupperne lav, mellem og høj helbredstilstand.

TABEL 6.9

Gennemsnitlig score på skala for nuværende omsorgsbetingede livskvalitet for forskellige grupper af ældre i plejebolig. ASCOT-score.

	Ældres nuværende omsorgsbetingede livskvalitet
<i>Køn</i>	
Mænd	0,88
Kvinder	0,85
<i>Aldersgrupper</i>	
65-79 år	0,85
80-85 år	0,84
86-90 år	0,87
91-101	0,86
<i>Besøgshyppighed</i>	
Besøg flere gange om ugen	0,92
Besøg hver uge	0,88
Besøg mindre ofte (reference)	0,79
<i>Smerter</i>	
Har ingen smerter eller ubehag	0,77
Har moderate smerter eller ubehag	0,84
Har ekstreme smerter eller ubehag (reference)	0,89
<i>Nedtrykthed</i>	
Er nedtrykt ofte	0,72
Er nedtrykt af og til	0,86
Er aldrig nedtrykt (reference)	0,88
<i>Helbredstilstand i dag 0-100</i>	
Lav	0,79
Mellem	0,83
Høj	0,91

FORBEDRINGEN I DE ÆLDRES OMSORGBETINGEDE LIVSKVALITET VED AT BO I PLEJEBOLIG

Tabel 6.9 viser resultatet af en multilevel regressionsanalyse af faktorer, der kan forklare nogle af forskellene i det beregnede udtryk for forbedringen i de ældres omsorgsbetingede livskvalitet i plejebolig fremfor ikke at bo i plejebolig. Forbedringen i omsorgsbetinget livskvalitet ved at bo i en plejebolig er gennemgående større, jo mindre omsorgsbetinget livskvalitet de ville have, hvis de ikke boede i en plejebolig. Det er derfor ikke så mærkeligt, at det er helbredsrelaterede forhold, der kan forklare forskelle i omfanget af forbedringer i den omsorgsbetingede livskvalitet. Det er især dårlig funktionsevne, der har betydning. Der er en klart statistisk signifikant sammenhæng med Barthel-indekset for funktionsevne. Jo dårligere funktionsevne, jo større er forbedringen i den omsorgsbetingede livskvalitet ved at bo i en plejebolig. Ud over funktionsevnen, som

den er afspejlet i Barthel-indekset, har hukommelsesproblemer en selvstændig betydning for den forbedring i omsorgsbetinget livskvalitet, som den ældre har opnået ved at bo i en plejebolig. Også dette giver god mening.

Det har ikke været muligt at finde andre individuelle forhold, som kan forklare forskellene mellem de ældres opnåede forbedringer i den omsorgsbetingede livskvalitet, som bliver opnået ved at bo i en plejebolig. Heller ikke forhold på institutionsniveau kan bidrage til en forklaring af forskellene hverken på individniveau eller institutionsniveau. Omfanget af forbedring i den omsorgsbetingede livskvalitet ved at bo i en plejebolig afhænger således først og fremmest af, hvor mange problemer med funktionsevne den ældre har. Det må understreges, at det ikke betyder, at der ikke kan være forskel på, hvor stor en forbedring i omsorgsbetinget livskvalitet de ældre opnår i de forskellige plejeboliger. Den gennemsnitlige forbedring varierer en del mellem plejeboligerne, men vi kan ikke her påvise signifikante forhold på institutionsniveau.

TABEL 6.10

Multilevel regressionsanalyse af forbedringen i de ældres omsorgsbetingede livskvalitet af at bo i plejebolig.

	B
Regressionskonstant	0,355
Køn, 1 = male, 0 = female	-0,028
Alder	0,005 *
Problemer med hukommelsen? Mange/meget	0,022
Problemer med hukommelsen? Nogle/noget	0,173 ***
Problemer med hukommelsen? Nej (reference)	
Barthelindeks for funktionsevne	-0,015 ***
Helbredstilstand i dag 0-100	0,001
<i>Plejhjemsvariable</i>	
Antal pladser i plejebolig	0,000
Kommunal ejer = 0; andet = 1	0,046

Anm.: *p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001.

Tabel 6.10 viser, hvor store forskellene er i forbedringen af de ældres omsorgsbetingede livskvalitet ved at bo i en plejebolig for de forskellige grupper, der indgår i analysen i tabel 6.9. Det er den gennemsnitlige score for forbedringen, der vises i tabellen. Her ser vi, at den ældste aldersgruppe skiller sig ud ved at have større udbytte af at bo i en plejebolig end de yngre aldersgrupper. Ligeledes fremgår forskellene i den opnåede

forbedring mellem ældre med store problemer med funktionsevne i forhold til ældre med mindre problemer.

TABEL 6.11

Gennemsnitlig score på skala for forbedringen i de ældres omsorgsbetingede livskvalitet ved at bo i plejebolig. ASCOT-score.

	ASCOT-score
<i>Køn</i>	
Mænd	0,62
Kvinder	0,71
<i>Aldersgrupper</i>	
65-79 år	0,61
80-85 år	0,69
86-90 år	0,65
91-101	0,77
<i>Hukommelse</i>	
Problemer med hukommelsen? Mange/meget	0,63
Problemer med hukommelsen? Nogle/noget	0,82
Problemer med hukommelsen? Nej	0,61
<i>Barthel-indeks for funktionsevne</i>	
Lav	0,53
Mellem	0,78
Høj	0,81

SAMLET FORBEDRINGSPOTENTIAL FOR ÆLDRES OMSORGBETINGEDE LIVSKVALITET I FORHOLD TIL IKKE AT BO I PLEJEBOLIG

Den sidste multilevel regressionsanalyse er gennemført på det beregnede udtryk for den samlede teoretiske forbedringskapacitet for den omsorgsbetingede livskvalitet ved at bo i en plejebolig i forhold til, hvordan den ældre er vurderet til at klare sig, hvis han/hun ikke boede i plejebolig. Den teoretiske forbedringskapacitet er omfanget af forbedringer, som er nødvendigt for at opnå optimal omsorgsbetinget livskvalitet på alle otte domæner, hvilket vil sige en score på 1,0 på målet for omsorgsbetinget livskvalitet. Den samlede kapacitet beregnes således som 1,0 minus scoren for den *forventede* omsorgsbetingede livskvalitet, hvis den ældre ikke boede i plejebolig.

Af tabel 6.11 fremgår det, at helbredstilstand og funktionsevne er de afgørende forhold af betydning for forbedringskapacitet. Forbedringskapaciteten er gennemgående større, jo mindre omsorgsbetinget

livskvalitet de ville have, hvis de ikke boede i plejebolig. Det er derfor heller ikke her så mærkeligt, at det er helbredsrelaterede forhold, der kan forklare forskelle i omfanget af potentielle forbedringer. Af tabel 6.11 fremgår det, at Barthel-indekset for funktionsevne og EQ VAS-skalaen for helbredstilstand har signifikante sammenhænge med forbedringskapaciteten.

TABEL 6.12

Multilevel regressionsanalyse af samlet forbedringskapacitet for ældres omsorgsbetingede livskvalitet i forhold til ikke at bo i en plejebolig.

	B	
Regressionskonstant	0,793	***
Køn, 1 = male, 0 = femaler	-0,057	*
Alder	0,003	
Problemer med hukommelsen? Mange/meget	0,014	
Problemer med hukommelsen? Nogle/noget	0,138	***
Problemer med hukommelsen? Nej (reference)	0	
Er bundet til sengen	0,098	*
Nogle problemer med at gå omkring	0,115	*
Ingen problemer med at gå omkring (reference)	0	
Barthel-indeks for funktionsevne	-0,018	***
Helbredstilstand i dag 0-100	-0,001	*
Plejeboligvariable		
Antal pladser i plejeboligen	0,000	
Kommunal ejer = 0; andet = 1	-0,028	

Anm.: *p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001.

Herudover er der en selvstændigt signifikant sammenhæng mellem forbedringskapacitet, og hvorvidt den ældre er bundet til sengen eller har problemer med at gå omkring i forhold til ikke at have problemer med at gå omkring (delspørgsmål fra EQ-5D). Også problemer med hukommelsen har en selvstændig betydning for forbedringskapaciteten.

Endelig viser analysen, at kvinder har større muligheder for forbedringer end mænd, hvilket afspejler, at de kvindelige plejeboligbeboere samlet set ville have en lavere omsorgsbetinget livskvalitet end mændene, hvis de ikke boede i en plejebolig.

Heller ikke i denne analyse har det imidlertid været muligt at identificere institutionsfaktorer, der kan bidrage til en forklaring af forskellene hverken på individniveau eller på plejeboligniveau. Omfanget af potentielle forbedringer i de ældres omsorgsbetingede livskvalitet afhænger først og fremmest af, hvor mange problemer den ældre har med

funktionsevne og helbredstilstand, herunder om den ældre har problemer med hukommelsen.

Tabel 6.12 viser endelig den gennemsnitlige score på skalaen for forbedringskapacitet for de forskellige grupper, som indgår i tabel 6.11. Her fremgår det større samlede potentiale for kvinder i forhold til mænd. Potentialet synes endvidere at være større for ældre med nogle hukommelsesproblemer end for ældre både med mange problemer og uden problemer med hukommelsen. Endvidere viser de signifikante sammenhænge mellem forbedringskapacitet og de helbredsrelaterede spørgsmål sig klart. Jo større problemer med funktionsevne og jo lavere score på EQ VAS-skalaen for helbredstilstand, jo større er det samlede potentiale også for at forbedre de ældres omsorgsbetingede livskvalitet.

OPSAMLING

Vi har i undersøgelsen set på en række forskellige mål for plejeboligbeboernes omsorgsbetingede livskvalitet, som alle er opgjort for hvert af de otte livskvalitetsdomæner.

Indledende har vi beskrevet beboernes forventede behov, som angiver, hvordan beboernes omsorgsbetingede livskvalitet ville være uden den hjælp og pleje, som de modtager fra plejeboligen. Dette mål baserer sig primært på interview med plejemedarbejderen, og evt. også den pårørende, hvis denne er interviewet i stedet for den ældre, og sekundært på observationerne blandt beboerne og interview med plejemedarbejderen. Ikke uventet antages det, at beboerne har store uopfyldte behov, hvis de ikke modtager hjælp og pleje. På en skala fra 0-1, hvor 0 er lig med store uopfyldte behov, og 1 er lig med ingen uopfyldte behov, var det gennemsnitlige behov 0,15 på tværs af de otte livskvalitetsdomæner. Behovene kom til udtryk specielt i forhold til de såkaldte basale behov: Beboerne blev vurderet til at have de største uopfyldte behov i forhold til at kunne holde deres bolig ren og pæn, og lidt over halvdelen af beboerne blev yderligere vurderet til at have store uopfyldte behov, hvad angår mad og drikke, tryghed, personlig pleje og også i forhold til det overordnede domæne kontrol. Beboerne blev vurderet til at være mere selvhjulpne inden for domænerne aktivitet og social kontakt, hvor færrest havde behov.

Der er ikke den store forskel mellem kvinders og mænds forventede omsorgsbetingede livskvalitet. Kvinders gennemsnitlige forventede omsorgsbetingede livskvalitet er 0,14 og mænds 0,17. Kun på domænet 'tryghed' har flere kvinder end mænd mange uopfyldte behov for den forventede omsorgsbetingede livskvalitet.

Beboerne blev selv interviewet i forhold til deres *nuværende* omsorgsbetingede livskvalitet, dvs. deres behov *med* hjælp og pleje. Disse data blev sammenholdt med interview med plejemedarbejderen og observationerne. På tværs af de otte livskvalitetsdomæner var behovsgennemsnittet nu 0,84, dvs. den pleje og omsorg, som beboerne modtager i plejeboligen, forøger deres omsorgsbetingede livskvalitet betragteligt. Beboernes behov syntes at være bedst dækket i forhold til personlig pleje og i nogen grad også i forhold til boligen og mere generelt værdighed.

En ikke ubetydelig andel af beboerne vurderede, at de havde store behov i forhold til social kontakt og aktiviteter, og det synes at være i forhold til disse domæner, at plejeboligen især bør forbedre indsatsen. En lille andel beboere (mellem 1-3 pct.) havde dog også store uopfyldte behov i forhold til enten bolig, mad og drikke, tryghed eller kontrol, og 1 pct. havde store behov i forhold til værdighed. Det betyder med andre ord, at behovene for mindst 1 ud af 100 beboere slet ikke dækkes i forhold til disse domæner. Det viste sig, at der ikke var statistisk signifikante forskelle på mænds og kvinders nuværende omsorgsbetingede livskvalitet.

Hvor meget bidrager plejen og omsorgen i plejeboligen så til at forøge beboernes omsorgsbetingede livskvalitet? *Livskvalitetsforbedringen* opgøres som forskellen mellem den forventede og den nuværende omsorgsbetingede livskvalitet. Specielt forbedres den omsorgsbetingede livskvalitet inden for domænerne bolig og personlig pleje og i mindre grad inden for domænerne mad og drikke, tryghed og kontrol. Det viser sig ikke overraskende, at det er specielt svært at forbedre de overordnede livskvalitetsdomæner: social kontakt og aktiviteter.

Endelig har vi i kapitlet set på den såkaldte *forbedringskapacitet for livskvalitet*, som giver et mål for, hvor meget den ældres omsorgsbetingede livskvalitet potentielt ville kunne være forbedret ved at flytte ind i plejeboligen. Dette livskvalitetsmål beregnes som forskellen mellem den maksimale omsorgsbetingede livskvalitet (=1) og den forventede omsorgsbetingede livskvalitet. Analysen viser, at plejeboligen især har mulighed for at løfte den ældres omsorgsbetingede livskvalitet inden for områderne bolig, personlig pleje og mad og drikke og dernæst inden for

domænerne tryghed og kontrol, dvs. først og fremmest i forhold til de mere basale behov. Hverken på målene for livskvalitetsforbedring eller forbedringskapacitet er der nogen statistisk signifikant forskel på mænd og kvinder.

Analysen af, hvilke individuelle faktorer og plejebolig-faktorer der har betydning for den ældres livskvalitet, hvad enten det drejer sig om nuværende livskvalitet eller forbedringen i livskvalitet, viser, at det først og fremmest er helbred og funktionsevne, der har betydning for plejeboligbeboeres livskvalitet. Det gælder for alle de udtryk for samlet livskvalitet, som anvendes i undersøgelsen. Ud over de helbredsrelaterede forhold viser det sig, at antallet af besøg fra venner og familie er af stor betydning for beboernes omsorgsbetingede livskvalitet. Her er antallet af besøg opgjort som det samlede antal besøg, uanset om det er ægtefælle/partner, børn og/eller svigerbørn, børnebørn og/eller oldebørn eller anden familie eller venner. Sociale kontakter synes at være af stor betydning for de ældres nuværende livskvalitet.

Forbedringen i livskvalitet ved at bo i en plejebolig er gennemgående større, jo mindre livskvalitet de ville have haft, hvis de ikke boede i en plejebolig, og det er især de helbredsrelaterede forhold, der kan forklare forskelle i omfanget af forbedringer i livskvalitet. Der er en klar sammenhæng mellem forbedring i omsorgsbetinget livskvalitet og Barthel-indekset for funktionsevne. Jo dårligere funktionsevne, jo større er forbedringen i den omsorgsbetingede livskvalitet ved at bo i en plejebolig. Ud over funktionsevnen har hukommelsesproblemer selvstændig betydning for den forbedring i livskvalitet, som den ældre har opnået ved at bo i plejebolig.

Endelig viser analyserne, at omfanget af potentielle forbedringer i de ældres livskvalitet først og fremmest afhænger af, hvor mange problemer den ældre har med funktionsevne og helbredstilstand, herunder om den ældre har problemer med hukommelsen.

Det har ikke været muligt at finde karakteristika ved plejeboligerne, som kan bidrage til at forklare disse forskelle i livskvalitet hverken på individniveau eller institutionsniveau. Det må understreges, at det ikke betyder, at der ikke kan være forskel på, hvor stor en forbedring i livskvaliteten de ældre opnår i de forskellige plejeboliger.

BILAG

BILAG 1 DOKUMENTATION FOR RATING INDEN FOR DE OTTE DOMÆNER

KONTROL I HVERDAGEN

Den bedste dokumentation af en persons forbedringskapacitet og mulighed for at kunne udøve kontrol i hverdagen ville inkludere:

- Personalets og de ældres tilkendegivelser af, om den ældre befinder sig i en tilstand af kontrol samt interviewerens opfattelse af situationen.
- Indikationer af, hvilke muligheder for valg personalet giver den ældre.
- Hvad er kvaliteten af det valg, som personalet tilbyder den ældre – er der tale om et egentligt valg, eller er valget snarere en måde at aktivere den ældre på?
- Indikationer af den ældres dømmekraft og evne til at foretage valg.
- Indikationer af, hvad personalet siger, at de tilbyder, og hvad intervieweren observerer, at der rent faktisk sker.
- Stoler den ældre på andre, og hvis det er tilfældet, hvad er den ældres begrundelse for det?
- Hvordan adskiller den ældres nuværende situation sig fra, hvis han/hun ikke modtog omsorg?

PERSONLIG PLEJE OG VELBEFINDENDE

Optimal dokumentation inkluderer:

- Personalets og de ældres tilkendegivelser i forhold til, hvordan deres nuværende personlige pleje er, samt interviewerens opfattelse af situationen.
- Indikationer af, hvad personalet siger, de tilbyder den ældre, og hvad intervieweren oplever, at der rent faktisk sker.
- Beskrivelse af kvaliteten af og hensigtsmæssigheden i den ældres personlige pleje.
- Påklædning og renlighed; hvordan bliver den ældre hjulpet?
- Hvad er den ældre selv i stand til at gøre i forbindelse med soignering og renlighed?
- Bevidsthed om eller bekymring over dette aspekt af dem selv.

MAD OG DRIKKE

Optimal dokumentation inkluderer:

- Personalets og de ældres tilkendegivelser i forhold til de måltider og den ernæring, der tilbydes, samt interviewerens opfattelse af situationen.
- I hvilken grad den ældre udviser bekymring eller bevidsthed om sin adgang til og valg af måltider/mellemmåltider.
- Den ældres/pårørendes opfattelse af madens kvalitet.
- Indikationer af, hvad personalet siger, der tilbydes, og hvad intervieweren observerer, at der rent faktisk sker.
- Har plejeboligen en madfilosofi (fx økologisk)?
- Er hjemmet forstående over for sundhedsmæssige eller religiøse krav til maden?
- Detaljer om, hvad den ældre selv kan klare på dette område.
- Hvilken adgang til mad og valgfrihed har den ældre?
- Kan den ældre selv indtage mad, og er der særlige problemstillinger i forbindelse med spisning?

TRYGHED

Optimal dokumentation inkluderer:

- Personalets og de ældres tilkendegivelser i forhold til deres nuværende tryghed og interviewerens opfattelse af situationen.
- I hvilken grad de ældre udviser bekymring eller bevidsthed omkring deres tryghed og sikkerhed.
- Indikationer af, hvilken support personalet siger, der tilbydes, og hvad intervieweren rent faktisk oplever, at der sker.
- Virker personalet for optaget eller ikke tilstrækkeligt optaget af beboernes fysiske sikkerhed?
- Er der tegn på overgreb?
- Kan den ældre vurdere, om der er fare?
- Har den ældre tilladelse til at bevæge sig udenfor, og er deres tryghed og sikkerhed garanteret?
- Virker hjemmet sikkert henholdsvis ud fra et sundhedsmæssigt og et psykologisk perspektiv?
- Hvor meget personale er der i forhold til antal beboere?

SOCIAL KONTAKT

Optimal dokumentation inkluderer:

- Personalets og den ældres tilkendegivelser i forhold til beboerens nuværende sociale kontakt og interviewerens opfattelse af situationen.
- I hvilken grad de ældre udviser bekymring eller bevidsthed omkring deres sociale kontakt – med personale, andre beboere og besøgende.
- Indikationer af, hvad personalet siger tilbydes, og hvad intervieweren observerer, at der rent faktisk sker.
- Hvilke muligheder tilbyder plejeboligen for social kontakt, og opfordrer personalet til social interaktion?
- Er den ældre i stand til selv at gå ud, og i hvilket omfang er sociale aktiviteter tilgængelige?
- Er den ældre isoleret – skyldes dette eget valg ydre omstændigheder eller ressourcer?
- Har den ældre et sprog?
- Kulturelle og sociale barrierer.
- Hvor social er den ældre – indleder han/hun selv kontakt med andre, eller mangler han/hun sociale færdigheder?
- Tilbagetrækning.
- Hvor aktiv er den ældre – er dette en barriere?
- Er den ældres tilstand en barriere?
- Har den ældre hobbyer?

AKTIVITETER

Optimal dokumentation inkluderer:

- Personalets og den ældres tilkendegivelser i forhold til beboerens nuværende aktivitetsmæssige situation og interviewerens opfattelse af situationen.
- I hvilken grad er den ældre optaget af eller bevidst om sine muligheder for at blive aktiveret?
- Hvilke muligheder tilbyder plejeboligen?
- Er der ressourcer til at understøtte aktiviteter?
- Hvor aktiv er den ældre – er dette en barriere?
- Er den ældres tilstand en barriere?

- Er den ældre let at beskæftige – holder han/hun fx af at strikke eller lytte til radio?

BOLIGEN

Optimal dokumentation inkluderer:

- Personalets og den ældres tilkendegivelser i forhold til boligsituationen og interviewerens opfattelse af situationen.
- I hvilken grad er den ældre bevidst om eller optaget af sin boligsituation?
- Hvordan er selve plejeboligens tilstand, inkl. hjælpemidler?
- Er boligen ren; har plejeboligen en hjemlig og behagelig atmosfære?
- Er lysforhold, skiltning og orienteringshjælp indrettet til den ældres behov?
- Deltager den ældre i at holde sit værelse rent eller at indrette det?
- Er værelset gjort personligt, og er det hensigtsmæssigt indrettet?
- Hvilke vedligeholdelsesmæssige opgaver har den ældre tilladelse til/evner til?
- Virker personalet interesseret i og aktivt opmærksomt på, hvilke standarder for rengøring og bekvemmelighed den ældre har?
- Hvordan bliver disse standarder imødekommet?

VÆRDIGHED

Optimal dokumentation inkluderer:

- Personalets og den ældres tilkendegivelser i forhold til beboerens tilstand af værdighed.
- Interviewerens opfattelse af situationen.
- I hvilken grad er den ældre optaget af eller bevidst om at fastholde værdighed?
- Indikationer af personalets eller andre beboeres overgreb eller mangel på positiv interaktion.
- Balancen af deskriptive positive aspekter af værdighed – hvad gør personalet godt?
- Hvordan sikrer de værdighed gennem respekt?
- Virker personalet, som om de går op i det?

Værdighed rates kun for den nuværende omsorgsbetingede livskvalitet.

BILAG 2 EKSEMPLER PÅ RATING

KONTROL I HVERDAGEN

Ingen uopfyldte behov: Beboeren har kontrol i hverdagen – eller den form for kontrol, der er mulig, når man har demens. Han vælger selv, hvor han vil spise sin frokost, hvilke aktiviteter han vil deltage i, hvad han bruger sin tid på (fx at se sport i tv fremfor at deltage i gymnastik på plejehjemmet). Han får hver dag en øl til frokosten, som købmanden bringer særligt til ham. Beboeren har ikke længere et verbalt sprog, men han udstøder nogle små lyde, som personalet tilsyneladende afkoder fint. Uden personalets hjælp ville beboeren have store uopfyldte behov – han har svær demens og er ude af stand til selv at udøve kontrol.

Nogle uopfyldte behov: beboeren har sklerose – kan intet. Hun har et kaldeanlæg, som hun aktiverer ved at bevæge hovedet en anelse, og et personalemedlem kommer så og dupper hendes øjne, skifter kanal på tv'et, giver hende en tår vand osv. Får måltider serveret på værelset efter ønske og bestemmer selv, hvad hun får på sine rugbrødsmadder. Beboeren bærer dog over med personalet, når de ikke har tid; ”de gør deres bedste”, siger hun overbærende. Hun er bange for at være til besvær, hun har åbenlyst ikke kontrol nok i forhold til sit ønske.

PERSONLIG PLEJE OG VELBEFINDENDE

Ingen uopfyldte behov: Beboeren ser ren og velplejet ud. Han har demens i svær grad, er inkontinent og er ikke i stand til at varetage den personlige pleje selv, så han får omfattende hjælp på dette område. Da interviewer interviewede hans ægtefælle og spørger til beboerens personlige hygiejne, udbryder hun glad, at ”han er rigtig lækker”. Den nuværende livskvalitet er ratet til ”ingen uopfyldte behov”. Uden personalets hjælp ville han imidlertid have store uopfyldte behov.

Ingen uopfyldte behov: Personalet sørger for beboerens personlige pleje, påklædning osv. Beboeren ser velsoigneret ud, og under interviewet fortæller beboeren mig, at personalet går meget op i, at hun skal være ren og velklædt.

MAD OG DRIKKE

Ingen uopfyldte behov: Beboeren er tilfreds med maden – nogenlunde i hvert fald. Han har arbejdet som kok og har derfor en stærk mening om sagen. Han vil blandt andet ikke spise kylling og kalkun, hvilket køkkenpersonalet ved og tager hensyn til. Beboerne har faste pladser i spisestuen, og ved hvert enkelt bord står et lille skilt, der beskriver eventuelle særlige behov og ønsker til maden, i denne beboers tilfælde ”- kylling, - kalkun”. Beboeren er meget glad for ”fristelsesvognen”, der hver formiddag og eftermiddag frister beboerne med små chokolader, chips, frugt, kakaomælk, vingummi, saftvand, kaffe, frugt mv. Uden hjælp ville beboeren have nogle uopfyldte behov; han er kørestolsbruger, og selvom han sagtens kan køre rundt på egen hånd, ville han have vanskeligt ved at forberede et varmt måltid mad.

Nogle uopfyldte behov: Beboerne kan selv vælge, hvad de ønsker til morgenmad. Frokosten består af rugbrødsmadder, der bliver smurt på forhånd i køkkenet, dvs. at de kan vælge mellem de forskellige typer af pålæg, men de kan ikke vælge andet. Aftensmaden består af en varm ret, men der tages ikke individuelle hensyn. Beboeren er ikke altid tilfreds med kvaliteten. De kan få mellemmåltider om formiddagen, hvis de selv beder om det. Om eftermiddagen er der småkager til kaffen, hvilket personalet dog ofte undlader at fortælle til ham, idet de forsøger at kontrollere hans vægt. Beboeren interesserer sig for mad, dog vil han have vanskeligt ved selv at tilberede et varmt måltid mad, idet han er fysisk svækket.

TRYGHED

Ingen uopfyldte behov: Beboeren virker tryk – fx sidder han helst og sover i sin stol med åben dør. En af de andre beboere går af og til ind til ham og tager en lur på hans sofa, det generer ham ikke. Observeret gående op og ned ad gangen med sin rollator, han virker rolig og tilfreds.

Nogle uopfyldte behov: Beboeren fortæller om en episode med et uddannet personalemedlem, der skulle bade hende. Personalemedlemmet havde glemt at ligge en skridsikker måtte på gulvet, hvilket resulterede i, at beboeren faldt ned på sin ene skulder. Hun slog den voldsomt og har haft mange smerter siden. Det er tydeligt, at episoden har gjort stort indtryk på beboeren, og hendes niece har nu lovet at købe en skridsikker måtte til hende, som kan ligge permanent på badeværelset, så det ikke sker igen.

SOCIAL KONTAKT

Ingen uopfyldte behov: Observationen vidner om, at beboeren har helt utrolig meget social kontakt, hvilket stemmer overens med udsagn fra både beboeren selv og hendes kontaktperson. Under observationen får hun besøg af et barnebarn, som bliver hos hende ca. 1 times tid. Tre gange under observationen bliver hun ringet op af forskellige mennesker fra hendes sociale netværk. Hun har både en fastnet- og en mobiltelefon, så hun ikke går glip af opkald, hvis hun fx er i dagligstuen for at spise frokost. Hun sms'er med sine børn og børnebørn og får besøg af en datter dagligt. Hun modtager ikke hjælp fra personalet til at have social kontakt – dvs. at hun er ratet til ikke at have nogen uopfyldte behov inden for dette domæne.

Nogle uopfyldte behov: Beboeren har svær demens og sidder det meste af tiden alene på sit værelse, men han har selv valgt, at det skal være sådan. Han ringede hjem til sin kone forleden, fordi han var bekymret for, om de alle ville dø fra ham. Den sociale kontakt skal foregå på hans præmisser, hvilket der ikke altid kan tages højde for på plejehjemmet. Selvom han gerne ville, så deltager han kun sjældent i sociale aktiviteter, udflugter mv., fordi han er for krævende. Den nuværende situation er ratet til at have nogle uopfyldte behov: Uden hjælp ville han ligeledes have nogle uopfyldte behov.

AKTIVITETER

Ingen uopfyldte behov: Beboeren er meget udadvendt, hun deltager i stort set alle de mange aktiviteter, der tilbydes på plejecentret. I løbet af de 5-6 dage, interviewereren befinder sig på plejecentret, observerer hun, at beboeren deltager i praktisk taget samtlige aktiviteter – lige fra manicure til banko og stolegymnastik. Hun ser desuden tv og lytter til radio. Hun giver udtryk for, at hun er tilfreds. Uden hjælp ville hun have nogle uopfyldte behov; selvom hun er forholdsvis selvkørende i forhold til at tage del i aktiviteterne, så er hun for dårligt gående og for glemsom til, at hun selv ville kunne tage initiativ til at deltage i aktiviteter uden for hjemmet.

Nogle uopfyldte behov: Beboeren har social angst og deltager aldrig i aktiviteter med de andre beboere. Hvis plejehjemmets altnuligmand skal en tur i Silvan, tilbyder han beboeren at tage med, hvilket han som regel gerne vil, under forudsætning af at det er på tomandshånd. Kontaktpersonen fortæller, at hun enkelte gange har taget ham på enmandsture, og det sætter han stor pris på. Han er ratet til at have nogle

uopfyldte behov, idet aktiviteterne er sjældne, og han gerne vil deltage i flere aktiviteter – dog på sine præmisser.

BOLIGEN

Ingen uopfyldte behov: Værelset er rent og ordentligt. Dog stinker der af cerutter, men det er jo beboerens eget valg at ryge i sit hjem. Han har en rigtig lækker lænestol, som hans kontaktperson har skaffet til ham.

Nogle uopfyldte behov: Beboeren er ikke tilfreds med rengøringsstandarden på plejehjemmet, og derfor hjælper en kusine hende med at gøre ekstra rent. På grund af fysisk svækkelse er beboeren ude af stand til selv at gøre rent, og uden personalets hjælp ville der være store uopfyldte behov.

VÆRDIGHED

Ingen uopfyldte behov: Personalet taler rigtig pænt til beboeren – spørger til ham og virker oprigtigt interesserede, selvom han på grund af svær demens ikke kan svare verbalt. De forstår tilsyneladende hans signaler i form af kropssprog, lyde, øjne mv.

Nogle uopfyldte behov: Personalet taler som regel pænt om beboeren. Imidlertid lader de hende sidde mange timer alene i dagligstuen, de ænser hende ikke, det er, som om hun ikke er et menneske. De siger ikke hej til hende, når de kommer ind i stuen osv.

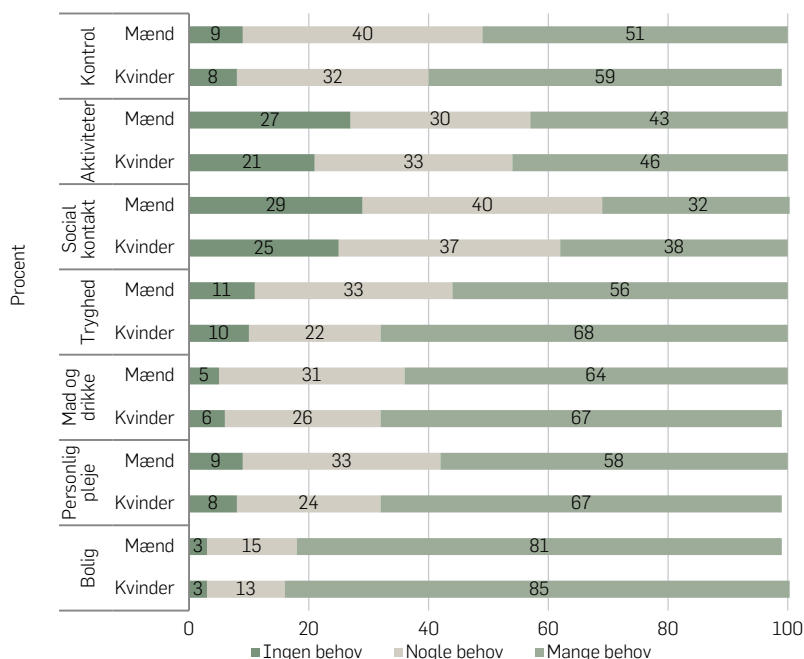
BILAG 3 TABELLER OG FIGURER FOR KØNSFORDELINGER

Bilag 3 viser tabeller og figurer med kønsfordelinger i forbindelse med analyserne i kapitel 6. De er ikke medtaget i selve rapporten, idet kønsforskellene ikke er signifikante.

Mænds og kvinders forventede omsorgsbetingede livskvalitet adskiller sig ikke væsentligt fra hinanden, som det fremgår af bilagstabel B3.1 og bilagsfigur B3.1. Kun inden for domænet tryghed er der en statistisk signifikant forskel. Flere kvinder end mænd har således mange forventede behov, hvad angår tryghed. På tværs af de otte domæner ligger kvinders forventede omsorgsbetingede livskvalitet gennemsnitligt på 0,14 og mænds på 0,17.

BILAGSFIGUR B3.1

Beboerne fordelt efter deres forventede omsorgsbetingede livskvalitet (dvs. uopfyldte behov *uden* pleje og omsorg). Særskilt for domæner og køn. Procent.



BILAGSTABEL BS.1

Beboerne fordelt efter deres forventede omsorgsbetingede livskvalitet (dvs. uopfyldte behov *uden* hjælp og pleje). Særskilt for domæner og køn. Procent og gennemsnitlig ASCOT-score.

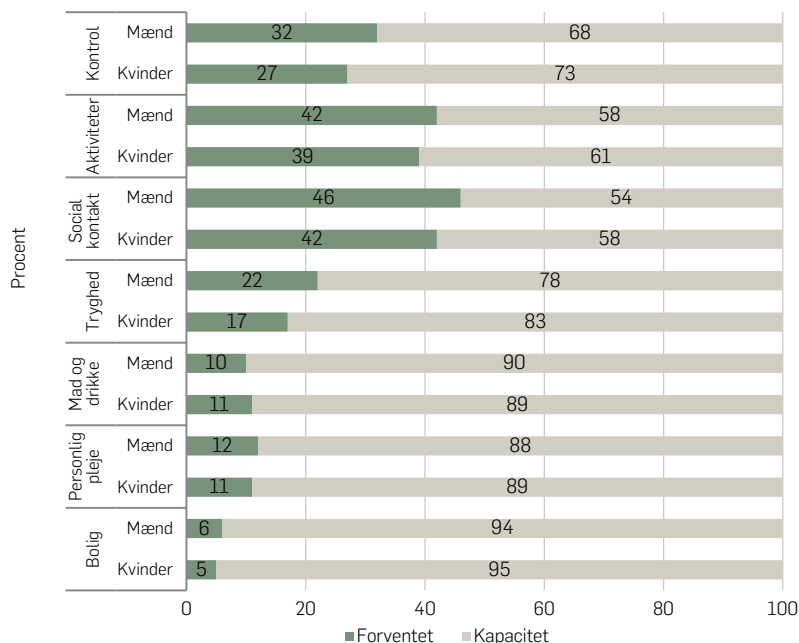
	Bolig		Personlig pleje		Mad og drikke		Tryghed		Social kontakt		Aktiviteter		Kontrol	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Ingen behov	3	3	9	8	5,	6	11	10	29	25	27	21	9	8
Nogle behov	16	13	33	25	31	26	323	22	40	37	30	33	40	33
Store behov	81	85	58	67	64	67	56	68	32	38	43	46	51	59
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Gennemsnitlig score (samlet: kvinder 0,14; mænd 0,17)	0,06	0,05	0,12	0,11	0,10	0,11	0,22	0,17	0,46	0,42	0,42	0,39	0,32	0,27

Anm.: Antal mænd: 98; antal kvinder: 192. Kønsforskellen er statistisk signifikant for domænet tryghed.

I bilagstabel B3.2 og bilagsfigur B3.2 opgøres forbedringskapacitet i forhold til køn. Der er imidlertid ingen signifikante statistiske forskelle på mænds og kvinders potentiale for livskvalitetsforbedringer i undersøgelsen.

BILAGSFIGUR B3.2

Beboernes forventede omsorgsbetingede livskvalitet og forbedringskapacitet for livskvalitet. Særsilt for domæner og køn. Procent.



BILAGSTABEL B3.2

Beboernes gennemsnitlige forventede omsorgsbetingede livskvalitet og forbedringskapacitet for livskvalitet. Særsilt for domæner og køn. ASCOT-score.

	Forventet		Forbedringskapacitet	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Bolig	0,06	0,05	0,94	0,95
Personlig pleje	0,12	0,11	0,88	0,89
Mad og drikke	0,10	0,11	0,90	0,89
Tryghed	0,22	0,17	0,78	0,83
Social kontakt	0,46	0,42	0,54	0,58
Aktiviteter	0,42	0,39	0,58	0,61
Kontrol	0,32	0,27	0,68	0,73

Beboerne fordelt efter deres nuværende omsorgsbetingede livskvalitet (deres uopfyldte behov *med* hjælp og pleje). Særskit for domæner og køn. Procent og gennemsnitlig OLK.

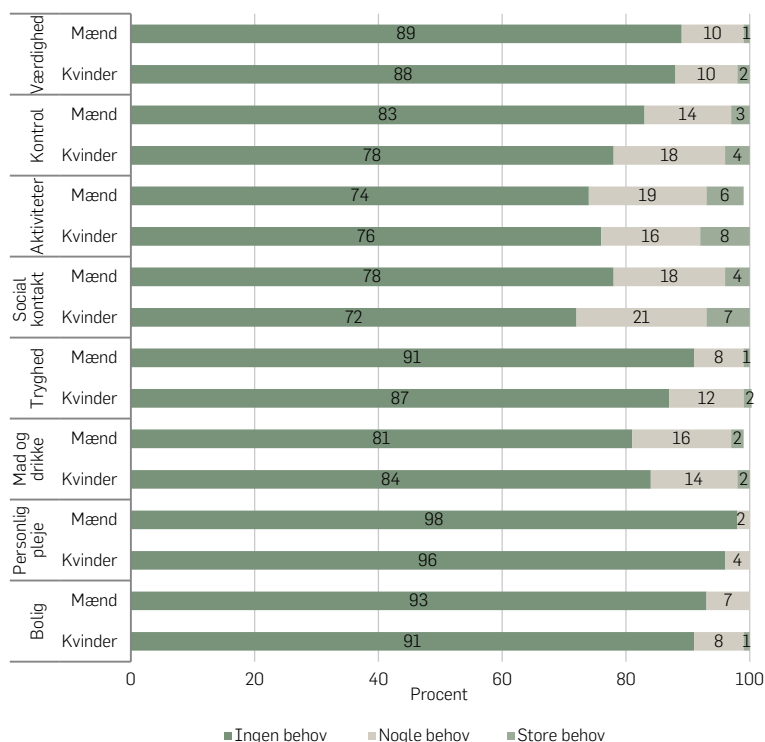
	Bolig		Personlig pleje		Mad og drikke		Tryghed		Social kontakt		Aktiviteter		Kontrol		Værdighed	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Ingen behov	92,7	91,4	98,0	96,4	81,4	83,9	90,5	86,8	77,7	72,3	74,2	76,1	82,8	77,6	88,5	87,9
Nogle behov	7,3	8,0	2,0	3,6	16,5	14,1	8,4	11,6	18,1	20,9	19,4	16,0	14,1	18,2	10,4	10,4
Store behov	0,0	0,5	0,0	0,0	2,1	2,1	1,1	1,6	4,3	6,8	6,5	8,0	3,0	4,2	1,0	1,6
Total	100,0	99,9	100,0	100,0	100,0	100,1	100,0	100,0	100,1	100,0	100,1	100,1	99,9	100,0	99,9	99,9
Gn. score (Samlet: kvinder 0,85; mænd 0,87)	0,94	0,93	0,98	0,97	0,84	0,86	0,93	0,91	0,86	0,82	0,85	0,85	0,91	0,88	0,89	0,89

Anm.: Antal mænd: 98; antal kvinder: 192. På grund af afrunding summerer ikke alle tal til 100,0.

Bilagstabel B3.3 og bilagsfigur B3.3 viser den nuværende omsorgsbetingede livskvalitet opgjort på køn. Der er ingen signifikante forskelle mellem mænd og kvinder. Kvinder ligger gennemsnitligt på tværs af de otte domæner på 0,85 og mænd på 0,87.

BILAGSFIGUR B3.3

Beboerne fordelt efter deres uopfyldte behov med pleje og omsorg. Livskvalitetsforbedring opgjort på køn. Procent.



Anm.: Kønsforskellen er ikke signifikant.

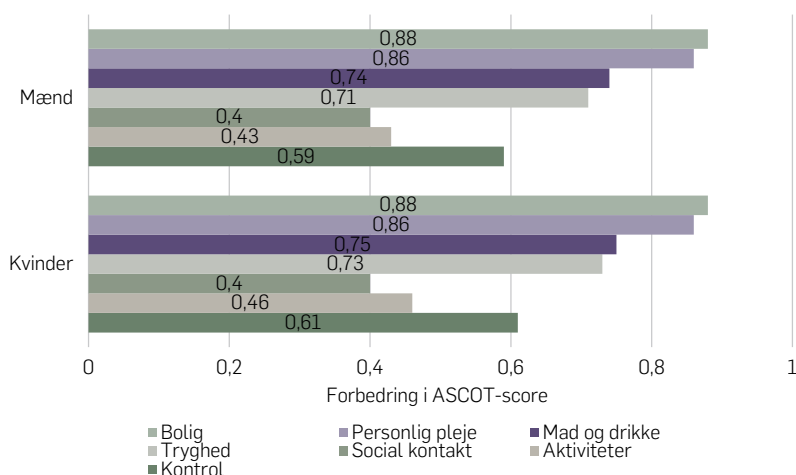
Bilagsfigur B3.3 viser beboernes uopfyldte behov med omsorg og pleje. Der er ikke signifikant kønsforskel.

Bilagsfigur B3.4 viser den gennemsnitlige forbedring i den omsorgsbetingede livskvalitet for hvert domæne for hhv. mænd og kvinder.

Bolig og personlig pleje er de to domæner, som gennemsnitligt bliver forbedret mest ved at bo i plejebolig. Inden for domænerne mad og drikke og tryghed ses den næststørste forbedring, mens domænerne social kontakt, aktiviteter og kontrol bliver forbedret mindst ved at bo i plejebolig. Der er ingen signifikante kønsforskelle.

BILAGSFIGUR B3.4

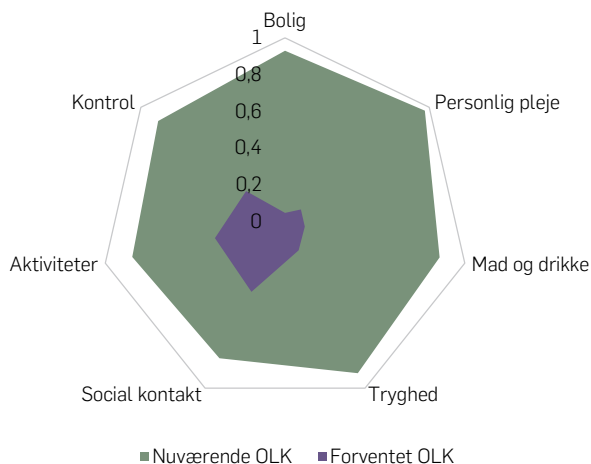
Den gennemsnitlige forbedring i den omsorgsbetingede livskvalitet. Særsilt for domæner og køn. ASCOT-score.



Bilagsfigur B3.5 og B3.6 viser den omsorgsbetingede livskvalitet for hhv. kvinder og mænd. Figurerne viser resultatet for de fire opgørelser af omsorgsbetinget livskvalitet: forventet, nuværende samt forbedring af livskvalitet og forbedringskapacitet. Den lille cirkel markerer det forventede livskvalitetsniveau for hver af de otte domæner, dvs. de ældres gennemsnitlige livskvalitet *uden* pleje og omsorg. Det grønne felt repræsenterer det nuværende omsorgsbetingede livskvalitetsniveau, dvs. livskvaliteten *med* omsorg og pleje. Forskellen mellem det lille og grønne felt udgør således forbedringen i omsorgsbetinget livskvalitet. Endelig udgør forskellen mellem det lille felt og det yderste af figuren kapaciteten for at forbedre den omsorgsbetingede livskvalitet for beboeren.

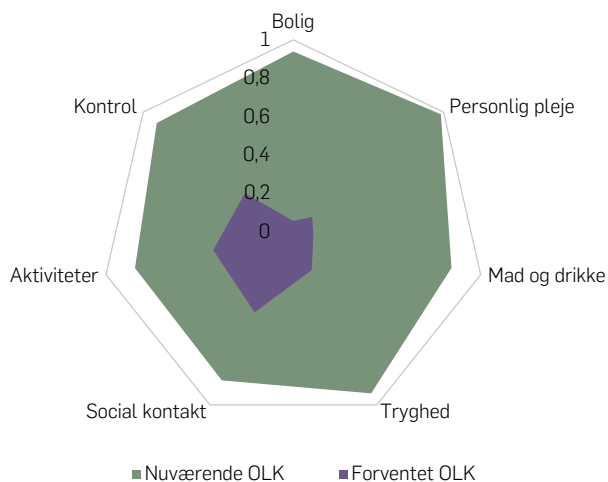
BILAGSFIGUR B3.5

Kvindelige plejeboligbeboeres nuværende og forventede omsorgsbetingede livs-kvalitet. ASCOT-score.



BILAGSFIGUR B3.6

Mandlige plejeboligbeboeres nuværende og forventede omsorgsbetingede livs-kvalitet. ASCOT-score.



BILAG 4 BORTFALDSANALYSE

PLEJEBOLIGERNE

Erfaringen fra rekrutteringen er, at der generelt er en stor interesse for og velvilje i forhold til at deltage i undersøgelsen. Hele 68 pct. af de plejeboliger, som er blevet kontaktet, har indvilliget i at deltage. Ud af de 56 plejeboliger, vi forsøgte at rekruttere til undersøgelsen, deltager således 38, mens 18 ikke deltager, hvilket giver et samlet bortfald på 32 pct. Bekymringer i forhold til personalets ressourceforbrug i forbindelse med undersøgelsen og i forhold til, at dataindsamlingen skulle foregå i sommerferieperioden, hvor der er ekstra pres på mange plejeboliger på grund af ferieafløsere, har været de primære begrundelser for ikke at deltage. Et bortfald på 32 pct. er dog mindre end forventet. Til sammenligning var der i den engelske ASCOT-undersøgelse et bortfald på 65 pct. Vi vil i det følgende se nærmere på, om ikke-deltagende og deltagende plejeboliger adskiller sig på nogle relevante forhold. Analyserne bygger på oplysninger trukket fra Tilbudsportalen¹¹ og telefonsamtaler med afdelingsledere for de plejeboliger, der ikke var at finde på Tilbudsportalen.

Nedenstående bilagstabel B4.1 viser, at der har været et mindre frafald blandt plejeboliger end blandt plejehjem, idet næsten halvdelen af de plejehjem, vi har forsøgt at rekruttere, ikke deltager, mens det tilsvarende tal for plejeboliger kun er knap en fjerdedel.

BILAGSTABEL B4.1

Bortfald blandt henholdsvis plejeboliger og plejehjem. Antal og procent.

	Forsøgt rekrutteret	Deltager	Deltager ikke	Bortfaldsprocent
Plejeboliger og plejehjem i alt	56	38	18	32
Plejeboliger	39	29	10	26
Plejehjem	17	9	8	48

Bilagstabel B4.2 viser bortfaldet fordelt efter ejerform, dvs. enten kommunal, privat eller anden ejerform. Bortfald for plejeboliger, der har anden ejerform end kommunal eller privat, er på 50 pct., men idet der kun

11. Oplysningerne fra Tilbudsportalen er opdateret af afdelingsledere eller lignende fra de enkelte plejeboliger, hvilket betyder, at der kan forekomme mindre forskelle i, hvordan oplysningerne er angivet, fx om antallet af dagpladser er inkluderet i det samlede antal opgivne pladser eller ej. Vi har valgt at anvende oplysningerne, dog har vi ikke anvendt oplysninger, som åbenlyst er behæftet med fejl.

er tale om et bortfald på en plejebolig, er det for usikkert at drage konklusioner på baggrund heraf. Ser man på private og kommunale plejeboliger, er de private overrepræsenteret i bortfaldsanalysen, idet der er 7 procentpoint større bortfald for private plejeboliger. Forskellen er dog så lille, at det kan være tilfældigheder, der ligger bag.

BILAGSTABEL B4.2

Bortfald fordelt efter ejerform. Antal og procent.

	Forsøgt rekrutteret	Deltager	Deltager ikke	Bortfaldsprocent
Kommunale plejeboliger	45	32	14	31
Private plejeboliger	8	5	3	38
Anden ejerform	2	1	1	50

Af bilagstabel B4.3 fremgår det, at gennemsnitsstørrelserne for henholdsvis deltagende og ikke-deltagende plejeboliger ikke adskiller sig markant. Dog har ikke-deltagende plejeboliger gennemsnitligt seks flere pladser og to flere døgnpladser sammenlignet med de plejeboliger, der deltager i undersøgelsen.

BILAGSTABEL B4.3

Gennemsnitsstørrelse for henholdsvis deltagende og ikke-deltagende plejeboliger. Antal.

	Deltager	Deltager ikke
Antal pladser i alt	43 (n = 38)	49 (n = 18)
Antal døgnpladser	40 (n = 35)	42 (n = 15)

Bilagstabel B4.4 viser den gennemsnitlige beboer/medarbejder-ratio for henholdsvis deltagende og ikke-deltagende plejeboliger. Ratioen er udregnet på baggrund af det samlede antal personalemedlemmer, der er ansat til at varetage pleje og omsorg (hjemmehjælpere, social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter, plejeassistenter, handicapshjælpere, plejere og lignende samt elever), i forhold til det antal pladser, plejeboligen rummer. Som det fremgår af tabellen, er der i de deltagende plejeboliger gennemsnitligt 1,13 beboere pr. medarbejder, mens det tilsvarende tal for de ikke-deltagende plejeboliger er 1,19. Der er dog tale om en meget lille forskel, som måske ikke har nogen reel indflydelse på dagligdagen.

Beboer/medarbejder-ratioen er brugbar i forhold til at give et overordnet billede, mens antallet af medarbejdere ikke siger noget om, hvorvidt disse medarbejdere er ansat i deltidsstillinger eller fuldtidsstillinger. Derfor har vi desuden beregnet et mere nuanceret mål for forholdet mellem medarbejdere og beboere. 'Medarbejdertimer pr. beboer' er udregnet på baggrund af det eksakte antal timer, medarbejderne ugentligt er ansat. Af bilagstabel B4.4 fremgår det desuden, at der for de deltagende plejeboliger gennemsnitligt er knap 29 ugentlige medarbejdertimer, mens det tilsvarende tal for ikke-deltagende plejeboliger er ca. 4 timer lavere, nemlig knap 25. Vi antager, at det betyder, at medarbejderne i de ikke-deltagende plejeboliger i gennemsnit har mere travlt end medarbejderne i de deltagende plejeboliger. Som beskrevet i indledningen til dette afsnit var en af de primære begrundelser for ikke at deltage i undersøgelsen netop knappe personaleressourcer, hvilket altså understøttes af disse analyser.

BILAGSTABEL B4.4

Gennemsnitlig ratio mellem beboere og pleje- og omsorgspersonale. Antal.

	Deltager	Deltager ikke
Beboer/medarbejderratio	1,13 (n = 31)	1,19 (n = 16)
Medarbejdertimer pr. beboer (ugentligt)	28,7 (n = 27)	24,6 (n = 15)

Analysen af bortfald blandt plejeboliger viser, at der er et markant større bortfald blandt plejehjem end blandt plejeboliger, og at bortfaldet blandt private plejeboliger er lidt større end blandt kommunale plejeboliger. Deltagende plejeboliger adskiller sig fra ikke-deltagende ved, at de gennemsnitligt har plads til lidt flere beboere. Særligt interessant er analysen af personaleforholdene i henholdsvis deltagende og ikke-deltagende plejeboliger. Analysen viser en ikke ubetydelig forskel mellem antallet af beboere og medarbejdertimer, således at de deltagende plejeboliger gennemsnitligt har 4 ekstra personaletimer pr. beboer sammenlignet med de ikke-deltagende plejeboliger. Denne analyse understøttes endvidere af de kvalitative informationer fra rekrutteringen, idet mange afdelingsledere begrundede deres valg om ikke at deltage i undersøgelsen netop med manglende personaleressourcer.

BEBØERNE

Plejeboligerne blev udvalgt som beskrevet tidligere i afsnittet. Afhængig af plejeboligens størrelse er undersøgelsen baseret på, at enten 5 eller 10 beboere skulle deltage i undersøgelsen. Vi kalkulerede med et vist bortfald og udtrak derfor fra hele plejeboligen en simpel, tilfældig bruttostikprøve på enten 10 eller 15 beboere. Denne udtrækning blev foretaget af SFI Survey. Såfremt en beboer ikke kunne deltage, var der således på forhånd af SFI Survey udtrukket en anden beboer, som kunne indgå i stedet.

Bilagstabel B4.5 viser brutto- og nettostikprøven for beboere og pårørende. Total for bruttostikprøven er ikke angivet, da det ville være misvisende. Pårørende træder kun til, såfremt beboeren er ude af stand til at deltage i interviewet.

BILAGSTABEL B4.5

Brutto- og nettostikprøve, beboere og pårørende. Antal.

	Brutto	Nettobortfald	Nettostikprøve
Beboere	444	225	219
Pårørende	115	31	84
Total	-	-	303

BILAGSTABEL B4.6

Bortfald blandt beboere fordelt efter årsager til bortfaldet. Antal og procent.

	Antal	Procent
Nægter at deltage	18	8
Akut og/eller alvorlig sygdom	9	4
Indlagt	4	2
Demens	90	40
Død	4	2
Andet	16	7
Ikke boet i plejebolig i min. 3 mdr.	14	6
Ukendt	70	31
Total	225	100

Årsagerne til beboernes frafald ses i bilagstabel B4.6. For 70 af beboerne er grundlaget for ikke at deltage ukendt. Blandt de øvrige er den største årsag til bortfald demens. Vores bortfald hos de ældre er på 51 pct., hvilket dog er en anelse misvisende: Hvis en beboer ikke kunne interviewes, blev en relevant pårørende fra den nærmeste familie kontaktet og interviewet i stedet, og beboeren indgår således i selve undersøgelsen alligevel.

Hvis en pårørende er blevet interviewet i stedet for den ældre, opgør vi det i forhold til bortfaldsanalysen således, at der er opnået inter-

view med den ældre. Med de 84 opnåede interview med pårørende er vores 'netto-bortfald' blandt beboerne dermed på 32 pct. Bortfaldet hos de pårørende er på 27 pct., fortrinsvis fordi der ingen pårørende var opgivet. Årsagerne til bortfald kan aflæses i bilagstabel B4.7.

BILAGSTABEL B4.7

Bortfald blandt pårørende fordelt efter årsager til bortfaldet. Antal og procent.

	Antal	Procent
Nægter at deltage	3	10
Ingen pårørende	23	75
Pårørende ikke truffet	5	15
Total	31	100

I undersøgelsen indgår også interview med den medarbejder, der dagligt yder pleje og omsorg til den ældre. Det lykkedes i alle tilfælde at opnå et interview med en medarbejder, som havde kendskab til den ældre. Som udgangspunkt ønskede vi at interviewe den ældres kontaktperson. Vi har dog ingen optegnelser om, hvorvidt det i alle tilfælde var den ældres kontaktperson, som blev interviewet.

Vi antager, at alle ældre har haft mulighed for at deltage i undersøgelsen, da undersøgelsens design netop giver mulighed for, at også de mest svækkede kunne deltage via en pårørende. Beboerne er, som tidligere nævnt, tilfældigt udvalgt. Den eneste oplysning, vi har på de beboere, der ikke ønskede at deltage i undersøgelsen, er deres køn. Denne oplysning har vi for 75 pct. af beboerne i bruttostikprøven.

Bilagstabel B4.8 viser kønsfordelingen i både brutto- og nettostikprøven. Der er ca. en tredjedel mænd i bruttostikprøven. I nettostikprøven er der præcis en tredjedel mænd. På den parameter, vi har til rådighed, kan vi altså konstatere, at bortfaldet ikke er skævt fordelt.

BILAGSTABEL B4.8

Brutto- og nettostikprøven fordelt efter køn. Antal og procent.

	Bruttostikprøve		Nettostikprøve	
	Antal	Procent	Antal	Procent
Mand	117	26	99	33
Kvinde	218	49	202	66
Ukendt	109	25	2	1
Total	444	100	303	100

BILAG 5 DET DANSKE PRÆFERENCESTUDIE

I tilknytning til ASCOT-studiet er der gennemført et præferencestudie af forskellige livskvalitetsdomæner blandt ældre i den danske befolkning i alderen 65 år eller derover. Dette studie blev gennemført som led i en generel afdækning af, hvad der udgør livskvalitet for ældre i forhold til de livskvalitetsdomæner, der indgår i ASCOT-studiet. På grund af metodiske problemer og på grund af, at resultaterne fra det danske præferencestudie først kom meget sent i processen, har vi dog valgt at anvende de engelske præferencevægte i stedet for de danske præferencevægte.

Imidlertid er forskellene mellem de to præferencestudier så små, at det i praksis ikke ændrer på resultaterne, om beregningen af målene for omsorgsbetinget livskvalitet bliver baseret på den engelske eller den danske vægtning. Den danske befolknings vægtning af de medtagne aspekter af livskvalitet svarer i store træk til den vægtning, som fremkom i et tilsvarende studie af præferencer i England. Her blev domænet 'kontrol over dagliglivet' dog vægtet som vigtigst, idet man her fandt både det højest vægtede og det lavest vægtede livskvalitetsaspekt. Men vægtningen af disse to domæner ligger tæt på hinanden i begge studier. Forskellene skyldes formentlig, at oversættelsen af de engelske spørgsmål ikke fungerer helt på samme måde i Danmark som i England. Der er også nogle inkonsistente vægte på to af domænerne i den danske oversættelse, som ligeledes peger på, at der er nogle mindre forskelle mellem, hvorledes spørgsmålene bliver opfattet i henholdsvis Danmark og England.

Resultaterne fra det danske præferencestudie bliver afrapporteret særskilt.

BILAG 6 OMKODNINGER

Dette bilag beskriver de omkodninger, der er anvendt til de deskriptive analyser i kapitel 5.

Hyppighed af besøg (se tabel 5.6) er en variabel, der er konstrueret ved en summering af, hvor mange gange den enkelte beboer har sat kryds ud for, at de får besøg. Meget ofte = Får besøg mindst 1 x "dagligt eller flere gange om ugen" og samtidig får besøg mindst 1 x "en gang om ugen/flere". Ofte = Får besøg mindst 2 x "en gang om ugen/flere gange om måneden" eller får besøg mindst 1 x "dagligt eller flere gange om ugen". Mere sjældent = Får besøg 1 x "en gang om ugen/flere gange om måneden" eller får besøg mindst 2 x "en gang om måneden". Meget sjældent = Får sjældnere besøg.

Indeks over velbefindende (se tabel 5.9) er en omkodning af variablene 'veloplagt', 'bange', 'bekymret' og 'nedtrykt', der har værdierne ofte = 1, af og til = 0,5 og aldrig = 0. For variabelen 'veloplagt' er værdierne vendt om, så værdierne stemmer overens. Disse variable er omkodet, således at talværdier fra 0-1 = meget få problemer. 1,1-2,0 = få problemer. 2,1-3,0 = nogle problemer og 3,1-4,0 = mange problemer.

LITTERATUR

- ASCOT: <http://www.pssru.ac.uk/ascot/old-v1/index.php>. Besøgt d. 17-01-2011.
- Atchley, R.C. (1991): "The Influence of Aging or Frailty on Perceptions and Expressions of the Self: Theoretical and Methodological Issues". I: J. Birren, J. Lubben, J. Rowe & D. Deuthamn (red.): *The Concept and the Measurement of Quality of Life in the Frail Elderly*. San Diego: Academic press, s. 208-225.
- Bowling, A. (2004): "A Taxonomy and Overview of Quality of Life". I: J. Brown, A. Bolwing & T. Flynn (red.): *Models of Quality of Life: a Taxonomy and Systematic Review of the Literature. FORUM Project*. Sheffield: University of Sheffield.
- Bundgaard, K.M. & B.T. Christensen (1999): *En bid af ældres hverdagsliv*. Ergoterapeut- og Fysioterapeutskolen i Odense.
- Christophersen, J. (1999): *Livs-kvalitet hos de svageste ældre*. København: Ældre Sagen.
- Dalsgård, A.L. (2003): "Kunsten at fortælle". I: K. Hastrup (red.): *Ind i Verden*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Danmarks Statistik (2010-2011): "Pleje- og ældreboliger 2010, Sociale forhold, sundhed og retsvæsen". I: *Nyt fra Danmarks Statistik*, nr. 526.

- Danmarks Statistik, Statistikbanken (i.d.), RESI01: *Indskrevne i pleje- og aldreboliger efter område, alder og foranstaltningsart*. Besøgt 8-8-2011.
- EQ-5D: <http://www.euroqol.org/eq-5d/what-is-eq-5d.html>
- Ellis, C. & A. Bochner (2000): "Autoethnography, Personal Narrative, Reflexivity: Researchers as Subject". I: N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (red.): *Handbook of Qualitative Research*. London: Sage, s. 733-768.
- Forder, J., A.-M. Towers, J. Caiels, J. Beadle-Brown & A. Netten (2008): "Measuring Outcomes in Social Care: Second Interim Report Quality Measurement Framework Project". PSSRU Discussion Paper 2542: London LSE.
- Gottschalk, G., B. Foerlev, K. Damkjær, K. Kholy, E. Bonde Nielsen, S. Thyssen & M. Aasborg (1997): *Boligforhold, pleje og omsorg i ti københavnske plejehjem*. Hørsholm: SBI Forlag.
- Gilhooly, K., M. Gilhooly, L. Phillips & P. Hanlon (2003): *Use it or Lose it? Cognitive Functioning in Older Adults, Nursing and Residential Care*, 5, s. 392-395.
- Hansen, E.B. & A. Jessen (2011): *Adgang til natur for beboere i plejeboliger*. København: AKF.
- Hansen, E. B. & M. Platz (1995): *Kommunernes Tilbud til Ældre*. AKF og SFI.
- Henriksen, N., K. Møller & M.-A. Knudstrup (2006): *Trivsel & Boligform: Litteraturgennemgang*. Odense: Styrelsen for Social Service, Socialministeriet.
- Horsted, C. (2004): *Vurdering af generiske livskvalitetsinstrumenter – deres kvaliteter i forbindelse med anvendelse af demensramte*. Health Economics Papers 2004:5. København: KU.
- Institut for fremtidsforskning (2004): *Bag facaden – scenarier for fremtidens boliger til ældre mod 2014*. København: Institut for Fremtidsforskning.
- Jensen, T. P., C. Holm-Petersen & B. Ø. Larsen (2009): *Sygeplejerskernes vej på arbejdsmarkedet*. AKF og DSI, s. 197-200.
- Karasek, R. & T. Theorell (1990): *Healthy Work. Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books, Inc.
- Katz, R. & A. Lowenstein (2003): "Elders Quality of Life and Intergenerational Relations: A Cross-national Comparison". *Hallym International Journal of Aging* 5(2), s. 131-158.

- Kirkevold, M. & Å. Bergland (2007): *The Quality of Qualitative Data: Issues to Consider when Interviewing Participants who have Difficulties Providing Detailed Accounts of their Experiences*. Tilgængelig på: <http://www.ijqhw.net/index.php/qhw/article/view/4947/5215>. Besøgt 23-9-2011.
- Knudstrup, K. og M.-A. Møller (2008): *Trivsel i plejeboligen*. Odense: Syddansk Universitetsforlag.
- Kofod, J.E. (2008): *Becoming a Nursing Home Resident: An Anthropological Analysis of Danish Elderly People in Transition*. Ph.D. thesis. Department of Anthropology, University of Copenhagen, 2008.
- Korremann, Grete, K. Meldgaard & O. Skrubbeltrang (1982): *Bedre plejehjem – hvordan?* København: AKF.
- Kvale, S. (2003): *Interview. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Maslow, A. (1954): *Motivation and Personality*. New York: Harper, s. 236.
- McKee, M., F. Wilson, H. Elford, F. Goudie, M.C. Chung, G. Bolton & S. Hincliff (2002): *Evaluating the Impact of Reminiscence on the Quality of Life of Older People*. GO Findings 8, Growing Older Programme, University of Sheffield, Sheffield.
- Mortensen, G.L., A.M. Vedstesen, K. Møller & M.-A. Knudstrup (2007): *Trivsel & Boligform: Afdækning af boligmæssige trivselsfaktorer hos ældre i plejeboliger*. Servicestyrelsen.
- Netten, A., J. Beadle-Brown, B. Trukeschitz, A.-M. Towers, E. Welch, J. Forder, J. Smith & E. Alden (2010): *Measuring the Outcomes of Care Homes: Final Report*. Tilgængelig på: http://www.pssru.ac.uk/pdf/dp2696_2.pdf. Besøgt d. 23-09-2011.
- Netten, A., P. Burge, J. Malley, D. Potoglou, A.-M. Towers, J. Brazier, T. Flynn, J. Forder & B. Wall (forthcoming): *Outcomes of Social Care for Adults: Developing a Preference Weighted Measure – Final Report*.
- Olsen, H. (2005): *Alderdømmens Aktive Kvinder og Mænd*. SFI Arbejdspapir nr. 5. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Rostgaard, T. & C.H. Thorgaard (2007): *God Kvalitet i Ældreplejen*. København: Socialforskningsinstituttet.
- Sen, A. (1993): "Capability and Well-Being". I: M. Nusbaum & A. Sen: *The Quality of Life*. Oxford: Clarendon Press.

- Sen, A. (1987): *The Standard of Living*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sen, A. (1985): *Commodities and Capabilities*. Amsterdam: Elsevier Science Ltd.
- Socialministeriet (2002a): *Trivsel i plejeboligen, Baggrundsrapport 1, Litteraturstudie om Trivsel i Plejeboligen*. Odense: Socialministeriet, Institut for Pensions- og Ældrepolitik.
- Socialministeriet (2002b): *Trivsel i plejeboligen, Hovedrapport*. Odense: Socialministeriet, Institut for Pensions- og Ældrepolitik.
- Socialministeriet & Erhvervs- og Boligstyrelsen (2002c): *Viden om den gode plejebolig*. København: Socialministeriet og Erhvervs- og Boligstyrelsen.
- Stock W.A., M.A. Okun, M.J. Haring & R.A. Witter (1983): "Age and Subjective Well-Being: A Meta-Analysis". I: R.J. Light (red.): *Evaluation Studies Review Annual*, 8, s. 279-302.
- Tester, S., G. Hubbard & M. Downs (2004): "Frailty and Institutional Life". I: A. Walker & C. Hagan Hennessy (red.): *Growing Older: Quality of Life in Old Age*. Oxford: Oxford University Press.
- Walker, A. (2009): "The Emergence and Application of Active Ageing in Europe". I: *Journal of Aging & Social Policy* 21, s. 75-93.
- Walker, A. (2006): "European Perspectives on Quality of Life in Old Age". I: *European Journal of Ageing* Volume 6, Number 2. S. 61-66.
- Wikipedia: Tilgængelig på <http://da.wikipedia.org/wiki/Udkantsdanmark>. Besøgt d. 23-9-2011.
- Williams, A. (1977): "Measuring the Quality of Life of the Elderly". I: A. Evans & L. Wingo (red.): *Public Economics and the Quality of Life*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, s. 282-297.
- ÆldreForum (2001): *Ældreomsorg & -pleje* – inspiration for kommuner, omsorgs- og plejepersonale m.fl. ÆldreForum, s. 14.

SFI-RAPPORTER SIDEN 2011

SFI-rapporter kan købes eller downloades gratis fra www.sfi.dk. Enkelte rapporter er kun udkommet som netpublikationer, hvilket vil fremgå af listen nedenfor.

- 11:01 Liversage, A., Jakobsen, V. & Rode Hansen, I.: *"Det var ikke nemt, men jeg klarede det!" Interviewundersøgelse med etniske minoritetskvinder om uddannelse*. 156 sider. ISBN: 978-87-7119-000-7. Vejledende pris: 150,00 kr.
- 11:02 Filges, T. & Holt, H.: *AC-arbejdskraft i den vestlige del af Region Midtjylland. Muligheder og barrierer*. 96 sider. ISBN: 978-87-7119-001-4. Vejledende pris: 90,00 kr.
- 11:03 Lausten, M., Mølholt, A.-K., Hansen, H., Heiner Schmidt, L. & Aaquist, M.: *Forebyggende foranstaltninger 5-9 år. Dialoggruppe – om forebyggelse som alternativ til anbringelse. Delrapport 3*. 184 sider. ISBN: 978-87-7119-002-1. Vejledende pris: 180,00 kr.
- 11:04 Jacobsen, J. & Lindstrøm, M.: *Lokal integration af førtidspensionister*. 110 sider. ISBN: 978-87-7119-003-8. Vejledende pris: 110 kr.
- 11:05 Deding, M. (red.): *Forskning om tvang i misbrugsbehandling. En kortlægning foretaget af SFI Campbell*. 110 sider. ISBN: 978-87-7119-004-5. Netpublikation.

- 11:06 Oldrup, H., Lindstrøm, M. & Korzen, S.: *Vold mod førskolebørn. Praksis og barrierer for opsporing og underretning*. 110 sider. ISBN: 978-87-7119-005-2. Netpublikation.
- 11:07 Christensen, E.: *Væk fra Grønland. Udsatte grønlandere, der er flyttet til Danmark med deres børn*. 88 sider. ISBN: 978-87-7119-006-9. Vejledende pris: 90,00 kr.
- 11:08 Brink Thomsen, L. & Høgelund, J.: *Handicap og beskæftigelse. Udviklingen mellem 2002 og 2010*. 140 sider. ISBN: 978-87-7119-007-6. Vejledende pris: 140,00 kr.
- 11:09 Bengtsson, S., Hansen, H. & Røgeskov, M.: *Børn med en funktionsnedsættelse og deres familier. Den første kortlægning i Norden*. 108 sider. ISBN: 978-87-7119-008-3. Vejledende pris: 110,00 kr.
- 11:10 Vitus, K. & Kjær, A.A.: *PSP-samarbejdet. En kortlægning af PSP-Frederiksberg, Odense, Amager og Esbjerg*. 201 sider. ISBN: 978-87-7119-009-0. Netpublikation.
- 11:11 Graversen, B.K.: *Tættere på arbejdsmarkedet? Om effektmåling af beskæftigelsesindsatsen for ikke-arbejdsmarkedsparate ledige*. 78 sider. ISBN: 978-87-7119-010-6. e-ISBN: 978-87-7119-048-9. Vejledende pris: 70,00 kr.
- 11:12 Andersen, D., Thomsen, R., Langhede, A.P., Albæk Nielsen, A. & Toft Hansen, A.: *Skolernes samarbejde. Kortlægning af skolernes kontakt med kommunale forvaltninger og andre institutioner*. 249 sider. ISBN: 978-87-7119-011-3. Netpublikation.
- 11:13 Larsen, M., Bach, H.B. & Ellerbæk, L.S.: *55-70-åriges forbliven på arbejdsmarkedet. Adfærd, forventninger, aftaler og kendskab til regler*. 222 sider. ISBN: 978-87-7119-012-0. e-ISBN: 978-87-7119-045-8. Vejledende pris: 220,00 kr.
- 11:14 Christoffersen, M.N. & Hammen, I.: *ADHD-indsatser. En forskningsoversigt*. 129 sider. ISBN: 978-87-7119-013-7. Vejledende pris: 130,00 kr.
- 11:15 Oldrup, H., Korzen, S., Lindstrøm, M. & Christoffersen, M.N.: *Vold mod børn og unge. Hovedrapport*. 95 sider. ISBN: 978-87-7119-014-4. Vejledende pris: 90,00 kr.
- 11:16 Rostgaard, T., Bjerre, L., Sørensen, K. & Rasmussen, N.: *Omsorg og etnicitet. Nye veje til rekruttering og kvalitet i ældreplejen*. 207 sider. ISBN: 978-87-7119-015-1. Vejledende pris: 200,00 kr.
- 11:17 Bengtsson, S., Alim, W., Holmskov, H. & Lund, A.: *Sociale indsatser til mennesker med ADHD. En kortlægning*. 166 sider. ISBN: 978-

- 87-7119-017-5. e-ISBN: 978-87-7119-040-3. Vejledende pris: 160,00 kr.
- 11:18 Böcker Jakobsen, T., Langhede, A.P. & Sørensen, K.: *Lige muligheder – støtte til udsatte børn og unge. Evalueringsrapport 1: Beskrivelse af igangsatte forsøgsprojekter*. 87 sider. ISBN: 978-87-7119-016-8. Netpublikation.
- 11:19 Albæk, K. & Brink Thomsen, L.: *Er kvindefag lavtlønsfag? En analyse af sammenhængen mellem løn og andelen af kvinder i enkelte arbejdsfunktioner*. 97 sider. ISBN: 978-87-7119-018-2. Vejledende pris: 97,00 kr.
- 11:20 Knudsen, L. & Egelund, T.: *Effekter af slægtspleje. Slægtsanbragte børn og unges udvikling sammenlignet med plejebørn fra traditionelle plejefamilier*. 161 sider. ISBN: 978-87-7119-019-9. Vejledende pris: 160,00 kr.
- 11:21 Kofod, J., Dyrvig, T.F., Markwardt, K., Lagoni, N., Bille, R., Termansen, T., Christiansen, L., Toldam, E.J. & Vilshammer, M.: *Prostitution i Danmark*. 395 sider. ISBN: 978-87-7119-020-5. Vejledende pris: 390,00 kr.
- 11:22 Brink Thomsen, L. & Høgelund, J.: *Handicap og beskæftigelse i 2010. Regionale Forskelle*. 68 sider. ISBN: 978-87-7119-021-2. e-ISBN: 978-87-7119-022-9. Vejledende pris: 60,00 kr.
- 11:23 Amilon, A.: *Supplerende arbejdsmarkedspension. Hvorfor vælger eller fravælger fortidspensionister ordningen?* 92 sider. ISBN: 978-87-7119-023-6. e-ISBN: 978-87-7119-024-3. Vejledende pris: 90,00 kr.
- 11:24 Christensen, E. & Hansen, H.: *Den sociale indsats for børn og unge i Grønland. Kortlægning af aktiviteterne 2011*. 44 sider. ISBN: 978-87-7119-025-0. e-ISBN: 978-87-7119-026-7. Vejledende pris: 40,00 kr.
- 11:25 Lyk-Jensen, S.V., Weatherall, C.D., Heidemann, J., Damgaard, M. & Glad, A.: *Soldater før og under udsendelse. En kortlægning*. 190 sider. e-ISBN: 978-87-7119-028-1. Netpublikation.
- 11:26 Ottosen, M.H. & Stage, S.: *Dom til fælles forældremyndighed. En evaluering af forældreansvarsloven*. 257 sider. ISBN: 978-87-7119-029-8. e-ISBN: 978-87-7119-030-4. Vejledende pris: 250,00 kr.
- 11:27 Liversage, A. & Leelo Knudsen, L.: *Kvinder i byggefag. En interviewundersøgelse*. 131 sider. ISBN: 978-87-7119-031-1. e-ISBN: 978-87-7119-032-8. Vejledende pris: 130,00 kr.
- 11:28 Christensen, E. & Hansen, H.: *Kalaallit nunaanni meeqqanut inuusuttunullu isumaginninnikkut suliniutit*. 46 sider. ISBN: 978-87-

- 7119-033-5. e-ISBN: 978-87-7119-034-2. Vejledende pris: 40,00 kr.
- 11:29 Lausten, M., Mølholt, A.-K., Hansen, H., Vammen, K.S., Schmidt, L.H. & Legendre, A.-C.: *Forebyggende foranstaltninger 10-13 år. Dialoggruppe – om forebyggelse som alternativ til anbringelse. Delrapport 4*. 184 sider. ISBN: 978-87-7119-036-6. e-ISBN: 978-87-7119-037-3. Vejledende pris: 180,00 kr.
- 11:30 Bengtsson, S.: *Danmark venter stadig på sin psykiatrireform. Et rids af udviklingen de seneste årtier*. 78 sider. ISBN: 978-87-7119-038-0. e-ISBN: 978-87-7119-039-7. Vejledende pris: 70,00 kr.
- 11:32 Oldrup, H.H. & Vitus, K.: *Indsatser over for udsatte 0-3-årige og deres forældre. En systematisk forskningsoversigt*. 213 sider. ISBN: 978-87-7119-041-0. e-ISBN: 978-87-7119-042-7. Vejledende pris: 210,00 kr.
- 11:33 Bo Madsen, M., Jacobsen, S. & Jensen, S.: *Socialt bedrageri. Et litteraturstudie*. 100 sider. e-ISBN: 978-87-7119-044-1. Netpublikation.
- 11:34 Christoffersen, M.N., Skov Olsen, P., Vammen, K.S., Sander Nielsen, S., Lausten, M. & Brauner, J.: *Tidlig identifikation af kriminalitetstruede børn og unge. Risiko- og beskyttelsesfaktorer*. 207 sider. ISBN: 978-87-7119-046-5. e-ISBN: 978-87-7119-047-2. Vejledende pris: 200,00 kr.
- 11:35 Fuglsang Olsen, R., Egelund, T. & Lausten, M.: *Tidligere anbragte som unge voksne*. 145 sider. ISBN: 978-87-7119-043-4. e-ISBN: 978-87-7119-051-9. Vejledende pris: 140,00 kr.
- 11:36 Brink Thomsen, L. & Høgelund, J.: *Køn, Handicap og beskæftigelse i 2010*. 47 sider. e-ISBN: 978-87-7119-053-3. Netpublikation.
- 11:37 Liversage, A. & Gudrun Jensen, T.: *Parallelle retsopfattelser i Danmark. Et kvalitativt studie af privatretlige praksisser blandt etniske minoriteter*. 191 sider. ISBN: 978-87-7119-054-0. e-ISBN: 978-87-7119-055-7. Vejledende pris: 190,00 kr.
- 11:38 Ottosen, M.H., Stage, S. & Søndergaard Jensen, H.: *Børn i deleordninger. En kvalitativ undersøgelse*. 209 sider. ISBN: 978-87-7119-056-4. ISBN: 978-87-7119-057-1. Vejledende pris: 200,00 kr.
- 11:39 Jin Pedersen, M., Rosdahl, A., Winther, S.C., Langhede, A.P. & Lynggaard, M.: *Ledelse af folkeskolerne. Vilkår og former for skoleledelse*. 283 sider. e-ISBN: 978-87-7119-058-8. Netpublikation.
- 11:40 Dreyer Espersen, L., Eiberg, M. & Andersen, D.: *Væje til ungdomsuddannelse 2. Kvalitative interview med skoleledere, lærere, elever og UU-vejledere*. 169 sider. e-ISBN: 978-87-7119-060-1. Netpublikation.

- 11:41 Palmhøj Nielsen, L. & Skov Olsen, P.: *11-åriges trivsel og risiko. Statistiske analyser af 11-åriges trivsel*. 115 sider. ISBN: 978-87-7119-061-8. e-ISBN: 978-87-7119-062-5. Vejledende pris: 110,00 kr.
- 11:42 Thuesen, F., Tørslev, M.K. & Gudrun Jensen, T.: *Rekruttering og fastholdelse af højtuddannet arbejdskraft. Danmark, Norge, Holland, Storbritannien og Canada*. 244 sider. ISBN: 978-87-7119-063-2. e-ISBN: 978-87-7119-064-9. Vejledende pris: 240,00.
- 11:43 Brink Thomsen, L., Holt, H., Jensen, S. & Thuesen, Frederik: *Virksomheders sociale engagement. Årbog 2011*. 194 sider. ISBN: 978-87-7119-065-6. e-ISBN: 978-87-7119-066-3. Vejledende pris: 190,00 kr.
- 11:44 Bengtsson, S. & Stigaard, D.L.: *Aktuel skandinavisk og britiske handicappforsknig. En kortlægning af miljøer*. 318 sider. ISBN: 978-87-7119-067-0. e-ISBN: 978-87-7119-068-7. Vejledende pris: 310,00 kr.
- 11:45 Lauritzen, H.H., Boje-Kovacs, B. & Benjaminsen, L.: *Hjemløshed i Danmark 2011. National kortlægning*. 148 sider. ISBN: 978-87-7119-069-4. e-ISBN: 978-87-7119-070-0. Vejledende pris: 140,00 kr.
- 11:46 Stigaard, D.L.: *Fra hjemløshed til egen bolig. Et interviewstudie blandt tidligere hjemløse*. 68 sider. e-ISBN: 978-87-7119-071-7. Netpublikation.
- 11:47 Calmar Andersen, S. & Winter, S.C. (red.): *Ledelse, læring og trivsel i folkeskolerne*. 164 sider. ISBN: 978-87-7119-072-4. e-ISBN: 978-87-7119-073-1. Vejledende pris: 160,00 kr.
- 11:48 Holt, H. & Larsen, M.: *Kønsopdelt lønstatistik og redegørelse om lige løn. Evaluering af loven*. 118 sider. e-ISBN: 978-87-7119-074-8. Netpublikation.
- 11:49 Brauner, J., Skov Olsen, P. & Egelund, T.: *Muligheder for Dokumentation af anbringelser. En gennemgang af målemetoder*. 168 sider. ISBN: 978-87-7119-076-2. e-ISBN: 978-87-7119-077-9. Vejledende pris: 160,00 kr.
- 12:01 Lyk-Jensen, S.V., Glad, A., Heidemann, J. & Damgaard, M.: *Soldater efter udsendelse. En spørgeskemaundersøgelse*. 117 sider. e-ISBN: 978-87-7119-075-5. Netpublikation.
- 12:02 Lausten, M., Hansen, H., Mølholt, A.-K., Vammen, K.S. & Legendre, A.-C.: *Forebyggende foranstaltninger 14-17 år. Dialoggruppe – om forebyggelse som alternativ til anbringelse. Delrapport 5*. 235 sider. ISBN: 978-87-7119-078-6. e-ISBN: 978-87-7119-079-3. Vejledende pris: 230,00 kr.

- 12:03 Rostgaard, T., Brunner, T.N. & Fridberg, T.: *Omsorg og livskvalitet i plejeboligen*. 150 sider. ISBN: 978-87-7119-080-9. e-ISBN: 978-87-7119-081-6. Vejledende pris: 150,00 kr.

OMSORG OG LIVSKVALITET I PLEJEBOLIGEN

Denne rapport afdækker, hvilken betydning pleje og omsorg i plejeboligen har for beboernes livskvalitet.

Undersøgelsen viser, at omsorgsindsatsen i plejeboligen har en positiv indflydelse på beboernes livskvalitet. Især i forhold til at få dækket basale behov som personlig pleje, tryghed, bolig og mad og drikke formår plejeboligerne at løfte beboernes livskvalitet. Når det kommer til de mere uhåndgribelige behov, som social kontakt, aktiviteter og kontrol i dagligdagen er der imidlertid en relativt stor andel, der har udeåkkede behov. Undersøgelsen viser desuden, at den omsorgsbetingede livskvalitet i vid udstrækning afhænger af beboerens helbred, funktionsevne og antallet af besøg.

Undersøgelsen er baseret på ASCOT-metoden, som ikke tidligere har været anvendt i Danmark. Metoden gør det muligt at beregne et samlet kvantitativt mål for den del af beboernes livskvalitet, der relaterer sig til den pleje og omsorg, de får i plejeboligen. Der beregnes et mål for både den nuværende omsorgsbetingede livskvalitet med pleje og omsorg, den forventede omsorgsbetingede livskvalitet uden pleje og omsorg, samt for hvor stort potentialet er for at forbedre indsatsen, så alle behov bliver opfyldt.

Rapporten er bestilt og finansieret af Kommissionen om livskvalitet og selvbestemmelse i plejebolig og plejehjem.