



Søren Teglgård Jakobsen, Hans Skov Kloppenborg og Jakob Kjellberg

Kønsforskelle i hjemmeplejen

Kønsforskelle i hjemmeplejen kan hentes fra hjemmesiden www.kora.dk

© KORA og forfatterne

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til KORA.

© Omslag: Mega Design og Monokrom

Udgiver: KORA
ISBN: 978-87-7509-699-2
Projekt: 10737
Juni 2014

KORA
Det Nationale Institut for
Kommuners og Regioners Analyse og Forskning

KORA er en uafhængig statslig institution, hvis formål er at fremme kvalitetsudvikling, bedre ressourceanvendelse og styring i den offentlige sektor.



Det Nationale Institut
for Kommuners og Regioners
Analyse og Forskning

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00

Forord

Denne rapport beskriver resultaterne fra et projekt, der har til formål at belyse kønsforskelle i tildelingen af hjemmepleje til ældre borgere i Danmark. Projektet er gennemført af KO-RA i foråret 2014 på opdrag fra Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold.

Resultaterne tilvejebringer viden om forskelle i mænds og kvinders forbrug af hjemmepleje og om, hvorvidt forskellige baggrundsforhold, som fx at bo alene, påvirker mænds og kvinders sandsynlighed for at modtage hjemmepleje i forskelligt omfang, når der samtidig korrigeres for betydningen af en række andre baggrundsvariable.

Rapporten er tænkt som et bidrag, der kan give centrale beslutningstagere på området et nuanceret grundlag for at vurdere og diskutere omfanget og betydningen af forskelle i ældre mænds og kvinders forbrug af hjemmepleje.

Rapporten er udarbejdet af seniorprojektleder, cand.scient.pol. Søren Teglgaard Jakobsen, projektleder, cand.scient.pol. Hans Skov Kloppenborg og professor, cand.scient., MSc Health Econ. Jakob Kjellberg.

Forfatterne
Juni 2014

Indhold

Sammenfatning	5
1 Formål og baggrund	9
2 Afgrænsning og datagrundlag	11
2.1 Hjemmepleje	11
2.2 Data.....	12
3 Beskrivende statistik for kvindelige og mandlige modtagere af hjemmepleje	15
3.1 Hjemmeplejemodtagere i 2010	15
3.2 Hjemmeplejemodtagernes socioøkonomiske og sundhedsmæssige baggrunde.....	16
4 Nyvisiterede mænd og kvinder	21
4.1 Helbredsforringelser i tiden op til visitation.....	23
4.2 Opsummering	26
5 Kønsforskelle i modtagelse af hjemmepleje.....	27
5.1 Metode	27
5.2 Mænds og kvinders sandsynlighed for at modtage hjemmepleje	28
5.3 Mænds og kvinders sandsynlighed for at modtage forskellige hjemmeplejetyper	32
5.4 Opsummering	37
6 Kønsforskelle i omfanget af hjemmepleje	39
6.1 Metode	39
6.2 Faktorer som påvirker omfanget af hjemmepleje for henholdsvis mænd og kvinder	39
Litteratur.....	44
Bilag 1 Bortfaldsanalyse	45
Bilag 2 Oversigt over variable og datakilder	46
Bilag 3 Udvikling i diagnoser op til visitation.....	47

Sammenfatning

Denne rapport har til formål at belyse kønsforskelle i ældre borgeres forbrug af hjemmepleje i de danske kommuner. Hjemmepleje kan ydes i form af personlig pleje, praktisk hjælp eller som begge dele. Rapporten præsenterer en række analyser af forskelle i ældre mænds og kvinders forbrug af hjemmepleje, og hvilke baggrundsforhold der har betydning herfor.

Datagrundlag

Datagrundlaget for rapportens analyser er en række registre fra Danmarks Statistik, som indeholder detaljerede oplysninger om de godt og vel 160.000 mænd og kvinder, som i 2010 modtog hjemmepleje i 85 af landets 98 kommuner. Oplysningerne fra disse registre gør det muligt at beskrive henholdsvis mænds og kvinders træk på forskellige typer af kommunal hjemmepleje. Oplysningerne om hjemmepleje stammer direkte fra kommunernes omsorgssystemer (EOJ), som opdateres løbende i forbindelse med kommunernes sagsbehandling.

Data er således baseret på kommunernes visitationer vedrørende hjemmepleje. Statistikken belyser det antal personer, der er visiteret til hjemmepleje, og det antal gennemsnitlige ugentlige timer, som visitationen omhandler. Oplysningerne indberettes på individniveau fra kommunerne én gang om måneden. Som udgangspunkt er de data, som ligger til grund for rapportens analyser, derfor ret præcise med hensyn til, hvilke borgere der modtager hjemmepleje i den enkelte kommune.

Kønsforskelle i hjemmeplejen belyst fra forskellige vinkler

For at belyse henholdsvis mænds og kvinders hjemmeplejeforbrug så nuanceret som muligt foretager vi en række forskellige analyser. For det første præsenteres en række deskriptive analyser med henblik på at beskrive mænds og kvinders forskellige forbrug af hjemmeplejedydelser. Derudover sætter rapportens analyser fokus på udviklingen i mænds og kvinders forbrug af sundhedsydelser i månederne frem til tidspunktet for visitation til hjemmepleje.

Rapporten ser desuden nærmere på, hvilke baggrundsforhold der påvirker henholdsvis ældre mænds og kvinders sandsynlighed for at modtage hjemmepleje. Vi ser først på modtagelse af hjemmepleje samlet set, og dernæst på modtagelse af tre forskellige typer af hjemmepleje, nemlig modtagelse af kun praktisk hjælp, kun personlig pleje og modtagelse af både personlig pleje og praktisk hjælp på samme tid. I alle analyserne er der særligt fokus på betydningen af de ældres køn.

Endelig præsenterer vi en analyse af antallet af visiterede timer til hjemmepleje for at undersøge, om forskellige baggrundsforhold kan forklare omfanget af den hjemmepleje, som henholdsvis ældre mænd og kvinder tildeles.

De væsentligste resultater fra rapportens analyser er beskrevet nedenfor.

Kvinder modtager oftere hjemmepleje end mænd

Flest ældre på 65 år eller derover modtager både personlig pleje og praktisk hjælp, næstflest kun praktisk hjælp, mens færrest modtager kun personlig pleje. Der er dog markant forskel på andelen af henholdsvis mænd og kvinder, der modtager de forskellige typer hjemmepleje. En cirka dobbelt så stor andel kvinder modtager således både personlig pleje og praktisk hjælp samt kun praktisk pleje, end det er tilfældet blandt mænd. Omvendt er der en lidt større andel mænd end kvinder, der kun modtager personlig pleje.

Et hovedresultat i rapporten er, at kvinder har markant højere sandsynlighed for at modtage hjemmepleje end mænd – også når der samtidig kontrolleres for en lang række væsentlige socioøkonomiske og sundhedsrelaterede baggrundsforhold. Til gengæld viser analyserne en tendens til, at mandlige hjemmeplejemodtagere i gennemsnit visiteres til lidt flere timers hjemmepleje end kvindelige.

Resultaterne viser også, at sandsynligheden for at modtage "både personlig pleje og praktisk hjælp" og "kun praktisk hjælp" er markant højere for kvinder end for mænd. Det omvendte forhold gør sig imidlertid gældende for hjemmeplejetypen, der kun omfatter personlig pleje. Her har mænd en noget højere sandsynlighed for at modtage personlig pleje end kvinder.

Forringet helbred i tiden op mod tildeling af hjemmepleje – både hos mænd og kvinder

Sammenligninger af mænds og kvinders helbredsforhold fire måneder forud for visitationstidspunktet viser, at der er et fælles mønster i forbruget af sundhedsydelser for mandlige og kvindelige hjemmeplejemodtagere. Analyser af forbruget af sundhedsydelser i fire måneder op til visitationstidspunktet for de ældre, der for første gang oplever at blive visiteret til hjemmepleje, viser, at omkostningerne til almenpraktiserende læge stiger frem mod visitationstidspunktet for både mænd og kvinder. Omkostningerne til almenpraktiserende læge er desuden signifikant højere for nyvisiterede mænd end for nyvisiterede kvinder. Det samme mønster findes for modtagelse af både personlig pleje og praktisk hjælp.

Mens der ingen kønsforskelle er på udgifterne til medicinkøb for gruppen af ældre, der er førstegangsmodtagere af praktisk hjælp, er der forskelle for den gruppe, der modtager personlig pleje. Medicinudgifterne er stigende for både mænd og kvinder op til visitationstidspunktet. For de nyvisiterede mænd er niveauet imidlertid markant højere, end det er for kvinderne.

Samme tendens gør sig gældende i forhold til indlæggelser og ambulante besøg på somatiske hospitaler. Op mod visitationstidspunktet for både personlig pleje og praktisk hjælp stiger det gennemsnitlige antal somatiske indlæggelsesdage og ambulante besøg. Endnu en gang har nyvisiterede mænd et højere gennemsnitligt antal indlæggelser og ambulante besøg end kvinder.

Ser man på mønsteret for diagnoser i tiden op mod visitationstidspunktet, ligner det mønsteret for indlæggelser og ambulante behandling, hvor der sker en markant stigning i den sidste måned før visitationstidspunktet. Mønsteret findes for både mænd og kvinder. Der er altså en stærk sammenhæng mellem ændringer i sundhedstilstand og visitation til hjemmepleje for første gang. Særligt i perioden lige op til nyvisiteringen er der et markant ændret sygdomsmønster. For mange nyvisiterede er der således ikke tale om et langsomt skred men derimod et hastigt fald i funktionsniveauet i kombination med kontakt med sygehusvæsenet. Andelen, der har fået én eller flere diagnoser umiddelbart op til visitationen, er generelt højere for den gruppe af ældre, der modtager hjemmepleje i form af personlig pleje end for den gruppe, der visiteres til praktisk hjælp. Dette er ikke overraskende, da førstnævnte må forventes at være en mere belastet gruppe ældre end sidstnævnte.

Opsamlende viser analyserne altså, at uanset køn og typen af hjemmepleje, der visiteres til, er der en markant stigning i forbruget af sundhedsydelser for hjemmeplejemodtagere i tiden op til visitationen. Stigningen sker i samme takt for både mandlige og kvindelige hjemmeplejemodtagere, selvom mændenes forbrug af sundhedsydelser i udgangspunktet er væsentligt højere end kvindernes.

Enlige – og særligt enlige mænd – har større sandsynlighed for at modtage hjemmepleje

Sandsynligheden for at modtage hjemmepleje er signifikant større for enlige ældre end for ældre, der har en ægtefælle. At bo alene påvirker imidlertid ikke mænds og kvinders sandsynlighed for at modtage hjemmepleje i lige stort omfang. Mænds sandsynlighed for at modtage hjemmepleje øges således mere af at bo alene, end det er tilfældet for kvinder. Mænd, der bor alene, har 59 % højere sandsynlighed for at modtage hjemmepleje i forhold til mænd, der har en ægtefælle. For kvinder, der bor alene, er sandsynligheden kun 42 % højere i forhold til kvinder, der har en ægtefælle.

Resultaterne viser yderligere, at det at bo alene er forskelligt forbundet med sandsynligheden for at modtage hjemmepleje afhængigt af, hvilken hjemmeplejetype der fokuseres på. For modtagelse af "både personlig pleje og praktisk hjælp" samt "kun praktisk hjælp" gælder det, at sandsynligheden for modtagelse er højere for ældre, der bor alene, end for de, som har en ægtefælle. For modtagelse af "kun personlig pleje" gælder det derimod omvendt, at sandsynligheden er lavere for ældre, som bor alene, end for ældre, som har en ægtefælle.

Den forskellige betydning af køn og at bo alene på tværs af hjemmeplejetyperne kan hænge sammen med, at manden i et parforhold ofte er ældre end kvinden. Da kvinders gennemsnitlige levealder samtidig er længere end mænds, er det derfor mere sandsynligt for en mand på en given alder at have en ægtefælle, der kan hjælpe med fx praktiske ting i hjemmet, end at en kvinde på samme alder har en mand, som kan give denne hjælp. Hertil kommer, at kvinderne i de ældre generationer formentlig er mere vant til at udføre praktiske opgaver i hjemmet end mændene. Derfor giver det god mening, at mænd i højere grad end kvinder modtager "kun personlig pleje", og at sandsynligheden for at modtage "kun personlig pleje" er mindre for ældre, der bor alene. Ældre, der kun modtager personlig pleje, vil oftest også have brug for praktisk hjælp, og sidstnævnte resultat er derfor en stærk indikation på, at denne praktiske hjælp typisk gives af en ægtefælle.

Ud over de ældres bosituation har en række andre baggrundsforhold også forskellig betydning for mænds og kvinders sandsynlighed for at modtage hjemmepleje. Både mænds og kvinders sandsynlighed for at modtage hjemmepleje stiger i takt med, at de bliver ældre. Stigende alder påvirker imidlertid mændenes sandsynlighed stærkere, end det er tilfældet for kvinder. Dette resultat skal dog ses i sammenhæng med, at kvinder typisk lever længere end mænd. Desuden viser analyserne, at sandsynligheden for at modtage hjemmepleje falder jo højere uddannelsesniveau, de ældre har, og at denne tendens er stærkere for kvinder end for mænd.

Lidt overraskende viser det sig, at det at have mistet en ægtefælle inden for det sidste år ikke har betydning for mænds og kvinders sandsynlighed for at modtage hjemmepleje. Det at blive enke/enkemand er således ikke i sig selv en udløsende faktor for at modtage hjemmepleje på den korte bane, det vil sige inden for et år.

Ældreområdet i et kønsperspektiv

Analyserne i denne rapport viser, at ældre kvinder generelt har en højere sandsynlighed for at modtage hjemmepleje end ældre mænd. Det generelle billede af forskellene i mænds og kvinders sandsynlighed for at modtage hjemmepleje går i overvejende grad i retning af, at de undersøgte baggrundsforhold øger mænds sandsynlighed for at modtage hjemmepleje mere, end det er tilfældet for kvinder. Kvinders generelt højere sandsynlighed for at modtage hjemmepleje i forhold til mænd kan kun i lavere grad forklares med, at kønnenes sandsynlighed for at modtage hjemmepleje påvirkes forskelligt af de inkluderede baggrundsforhold. Det tyder på, at vi til trods for den høje detaljeringsgrad i de anvendte data fortsat kun kan komme et stykke af vejen i forhold til at forklare, hvorfor en sådan kønsfor-

skel eksisterer. Der kan være flere ting på spil, som det ikke har været muligt at inddrage i denne analyse.

Når kvinder oftere modtager hjemmepleje end mænd, men mandlige hjemmeplejemodtagere visiteres til flere timers hjælp end de kvindelige modtagere, kan det være tegn på, at kvinder og mænd bruger systemet forskelligt. Mænd er måske mindre tilbøjelige end kvinder til at efterspørge hjemmehjælp – indtil de for alvor oplever funktions- og helbredsforringelser. Når det sker, visiteres de så til gengæld rigtig meget hjælp.

En anden forklaring på de fundne kønsforskelle kan være, at der er forskel på, i hvor høj grad mænd og kvinder får hjælp uden for det kommunale system fra fx ægtefælle, børn eller ved selv at købe hjælp til fx rengøring.

En tredje mulig forklaring på, at kvinder generelt har højere sandsynlighed for at modtage hjemmepleje end mænd, kan være, at mænd i højere grad end kvinder tildeles hjælp på plejehjem og i plejeboliger. I rapporten har vi afgrænset fokus til kun at omfatte hjemmepleje i eget hjem og kan derfor ikke udelukke, at de fundne kønsforskelle skyldes, at mænd og kvinder får dækket deres plejebehov på forskellig vis. Hvis kvinder i højere grad end mænd får hjælp via hjemmepleje i eget hjem, og mænd i højere grad end kvinder får hjælp via plejecentre, kan det forklare kvindernes højere sandsynlighed for at modtage hjemmepleje.

Endelig kan mulige forklaringer være, at man i den kommunale visitationsproces – bevidst eller ubevidst – er mere opmærksom på ældre kvinders behov for hjemmepleje end mænds, eller at ældre kvinder i højere grad end mænd efterspørger hjemmepleje.

Undersøgelser af disse forskellige mulige forklaringer vil kunne nuancere vores forståelse af kønsforskellene i tildelingen af hjemmepleje yderligere, end hvad der er muligt på baggrund af denne rapport, og vil derfor være oplagte emner for fremtidige undersøgelser på området.

1 Formål og baggrund

Antallet af ældre, der er fyldt 65 år, forventes ifølge Danmarks Statistik at stige med 20 % over de næste ti år¹. Det er en betydelig demografisk ændring, som vil resultere i en stigende efterspørgsel på kommunal ældreomsorg.

Der er imidlertid mangel på detaljeret viden om sammenhængen mellem forskellige individforhold og ældres forbrug af hjemmepleje. Blandt andet er der brug for mere dybdegående og generaliserbar viden om forskelle i mænds og kvinders forbrug af hjemmepleje samt årsagerne hertil.

På den baggrund har KORA, Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning, fået til opgave at analysere forbruget af kommunale hjemmeplejeydelser for ældre mænd og kvinder i Danmark. Opgaven løses på opdrag fra Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold.

Rapportens hovedformål er for det første at undersøge, hvorvidt der er forskel på, i hvilket omfang mænd og kvinder modtager hjemmepleje og for det andet, om der er forskel på, hvad der påvirker henholdsvis mænds og kvinders sandsynlighed for at modtage hjemmepleje – vel at mærke når der samtidig kontrolleres for en række andre betydende baggrundsforhold. Derudover undersøges, hvad der har betydning for, hvor mange timers hjemmepleje ældre mænd og kvinder visiteres til.

Denne rapport er ikke den første, der søger at belyse, hvilke baggrundsforhold der har betydning for, om ældre modtager hjemmepleje, eller hvorvidt kønsforskelle gør sig gældende i den sammenhæng.

En tidligere undersøgelse af ældre borgere, der modtager hjemmepleje, har blandt andet vist, at sandsynligheden for at modtage hjemmepleje er større for kvinder end for mænd, at den stiger med alderen og er større for ældre, der er blevet enke/enkemand inden for det seneste år. Ligeledes har ældre med et højt forbrug af sundhedsydelser en større sandsynlighed for at modtage hjemmepleje (Boll Hansen et al. 2013).

En undersøgelse fra SFI har desuden søgt at belyse kønsforskelle i ældres modtagelse af hjemmepleje (Hesselberg Lauritzen et al. 2012). Undersøgelsen, som er baseret på surveydata fra ældredatabasen, indikerer, at visse kønsforskelle gør sig gældende med hensyn til, hvilke faktorer der har betydning for, om ældre bliver modtagere af hjemmepleje. Bl.a. ses en tendens til, at ældre kvinder, som selv vurderer, at de har et godt helbred, har lavere sandsynlighed for at modtage hjemmepleje, mens det selvvurderede helbred ikke har betydning for ældre mænds sandsynlighed.

Undersøgelsen fra SFI giver interessante indikationer på, hvilke baggrundsforhold der ligger bag mænds og kvinders forskellige brug af hjemmepleje. Dog har undersøgelsen særligt to metodiske udfordringer. For det første foretages der ikke statistiske tests af, om der er signifikant forskel på de enkelte baggrundsforholds betydning for henholdsvis mænds og kvinders sandsynlighed for at modtage hjemmepleje. Undersøgelsen belyser således blot, hvilke baggrundsforhold der særskilt har statistisk signifikant betydning for henholdsvis mænds og kvinders sandsynlighed for at modtage hjemmepleje. I denne rapport søger vi at afhjælpe dette ved hjælp af såkaldte interaktionsanalyser. Formålet er at danne et mere sikkert grundlag for at udtale sig om, hvilke baggrundsforhold der har betydning for henholdsvis mænds og kvinders sandsynlighed for at modtage hjemmepleje.

¹ Kilde: Danmarks Statistik, Statistikbanken tabel FRDK112

For det andet trækker SFI-rapporten på den såkaldte ældredatabase som grundlag for deres analyser. Ældredatabasen består af en surveyundersøgelse blandt ældre indenfor tre temaer, nemlig hverdagsliv, arbejdsmarkedsforhold og brug af offentlige ydelser (Hesselberg Lauritzen et al. 2012: 20-21).

På den ene side er det en klar ulempe ved ældredatabasen i forhold til at belyse modtagelse af hjemmepleje, at den baserer sig på besvarelser fra en selekteret gruppe af ældre, som dels har ønsket at deltage i undersøgelsen og dels har været i stand til det. Man kan derfor forestille sig, at de ældre, som indgår i ældredatabasen, er mere ressourcestærke end gennemsnittet af ældre (Hesselberg Lauritzen et al. 2012: 25). Dette kan være et ganske stort problem i denne sammenhæng, fordi en del af de ældre, som modtager hjemmepleje, må formodes at være særligt ressource svage. Hvis vi anvender ældredatabasen som grundlag for analyser af kønsforskelle i modtagelse af hjemmepleje, risikerer vi derfor at opnå resultater, som ikke kan generaliseres til den samlede danske ældrepopulation. I denne rapport søger vi at sikre en høj generaliserbarhed af resultaterne ved at trække på registerdata om en væsentligt større og mere repræsentativ analysepopulation, end det er muligt med ældredatabasen.

På den anden side har ældredatabasen som kilde den fordel, at den indeholder en række detaljerede oplysninger om de ældre, som ikke findes i registerdata. Det drejer sig blandt andet om oplysninger om de ældres selv vurderede funktionsniveau og sociale netværk. Undersøgelser på baggrund af ældredatabasen, som fx Hesselberg Lauritzen et al. 2012, er derfor et vigtigt supplement til de analyser, som vi i denne rapport foretager på registerdata.

Rapporten er opbygget som følger: I kapitel 2 gives først en introduktion til hjemmeplejeområdet og herefter beskrives de data, som ligger til grund for analyserne. Kapitlet præsenterer vigtige opmærksomhedspunkter omkring blandt andet indberetningerne om hjemmepleje og kvaliteten af indberetningerne. I kapitel 3 præsenteres deskriptiv statistik for ældre mænd og kvinder på en række baggrundsforhold samt kønnenes forbrug af hjemmepleje. I kapitel 4 indsnævres fokus til de ældre, som visiteres hjemmepleje for første gang i 2010. Afgrænsningen gør det muligt at analysere udviklingen i ældre mænds og kvinders helbred i månederne op til visitation. I kapitel 5 præsenteres resultater for analyser af, hvilke baggrundsforhold der påvirker mænds og kvinders sandsynlighed for at modtage hjemmepleje, mens forskelle i antallet af visiterede hjemmeplejetimer for mænd og kvinder analyseres i kapitel 6.

2 Afgrænsning og datagrundlag

Rapporten indledes i dette kapitel med en introduktion til og afgrænsning af hjemmepleje. Det omfatter blandt andet en kort beskrivelse af den hjælp, man som borger i Danmark kan blive visiteret til under overskrifterne personlig pleje og praktisk hjælp. I det efterfølgende afsnit 2.2 præsenteres det datagrundlag, som danner udgangspunkt for analyserne i rapporten.

2.1 Hjemmepleje

Hjemmepleje er personlig pleje og hjælp samt hjælp eller støtte til praktiske opgaver i hjemmet. Personlig pleje og hjælp omfatter personlig pleje, af- og påklædning, hjælp til spisning, bad og støttestrømper m.m. Den praktiske hjælp i hjemmet kan eksempelvis omfatte rengøring, tøjvask, indkøb og madservice. Hjemmepleje omfatter ikke hjemmesygepleje som eksempelvis medicingivning, sårbehandling m.v., der ydes efter henvisning fra egen læge eller ved udskrivning fra hospital (Sundhed.dk).

Det er den kommune, hvor den ældre borger har bopæl, der visiterer hjemmeplejen. Som regel foregår det ved, at den ældre får besøg af kommunens visitator, der vurderer funktionsevne og omfang af behov. Ofte indhenter kommunen oplysninger om lidelsen og omfang af funktionsnedsættelse hos egen læge eller hospital. Hvis den ældres behov ændrer sig, skal visitator genvurdere visitationen. Pårørende eller egen læge har også mulighed for at anmode om en genvurdering (Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold,a).

Alle kommuner skal tilbyde mindst et årligt forebyggende hjemmebesøg til ældre, der er fyldt 75 år, og som bor i kommunen. Formålet er at drøfte den ældres aktuelle livssituation og støtte den ældres evne til at klare sig selv samt informere om aktiviteter og muligheder for støtte i kommunen (Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold,b).

Det er lovgivningen, der angiver rammerne i forhold til tildeling og omfang af hjælpen, men det er kommunen, der fastsætter serviceniveauet indenfor lovgivningens rammer. Beslutter en kommune at ændre på serviceniveauet, og medfører dette ændringer i modtagerens ret til ydelser, har den ældre krav på at få en ny afgørelse. Afgørelsen skal baseres på en konkret, individuel vurdering ud fra modtagerens funktionsevne og særlige behov. Hvis ændringen fører til en nedsat bevilling, har den ældre krav på en fyldestgørende begrundelse. Det gælder navnlig, hvis modtageren har fået ydelsen i længere tid, og der ikke er sket ændringer i modtagerens funktionsniveau (Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold,a).

Varig hjemmepleje er gratis for ældre med et varigt behov for praktisk hjælp og/eller hjælp til personlig pleje. Kommunen kan dog opkræve betaling for faktiske produktionsomkostninger for eksempel madserviceordning. Midlertidig hjemmepleje ydes til ældre, der midlertidigt ikke selv kan udføre praktiske opgaver i hjemmet eller udføre personlig pleje. Midlertidig hjælp tildeles kun, hvis der er udsigt til, at man igen vil blive i stand til at kunne klare sig selv. Der er ingen tidsbegrænsning på midlertidig hjælp. Kommunen afgør selv, om den vil opkræve betaling for midlertidig hjælp. Betalingen er i givet fald indkomstafhængig (Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold,a).

Hjemmeplejemodtagere har ret til frit at vælge mellem forskellige leverandører af hjemmepleje. I praksis vil det sige et valg mellem kommunens egen hjemmepleje og et antal leve-

randører, der er godkendt af kommunen. Hjemmeplejen er desuden fleksibel, forstået på den måde, at modtageren har ret til at bytte ydelser inden for bestemte rammer. Den ældre kan både bytte mellem ydelser, der er visiteret til samt bytte til ydelser, der ikke er visiteret til, så længe de er omfattet af kommunens serviceniveau for personlig pleje og praktisk hjælp. Ønsker hjemmeplejemodtageren at bytte ydelser mellem personlig pleje og praktisk hjælp, skal der dog være visiteret til begge dele. Eksempelvis kan man vælge at bytte støvsugning ud med en gåtur, eller én dag ønske mere rengøring og mindre personlig pleje. Retten til at bytte ydelser skal holdes inden for den tidsramme, som kommunen har afsat. Det er hjemmehjælperen, der afgør, om det er forsvarligt at bytte ydelser (Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold,a).

2.2 Data

Datagrundlaget for analyserne i denne rapport er en række registre fra Danmarks Statistik. Der anvendes oplysninger fra år 2010. Oplysningerne fra Danmarks Statistiks registre gør det muligt at beskrive henholdsvis mænds og kvinders træk på forskellige typer af kommunal hjemmepleje. Oplysningerne om hjemmepleje stammer direkte fra kommunernes omsorgssystemer (EOJ), som opdateres løbende i forbindelse med kommunernes sagsbehandling.

Data er således baseret på kommunernes visitationer vedrørende hjemmehjælp. Statistiken belyser det antal personer, der er visiteret til hjemmepleje og det antal gennemsnitlige ugentlige timer, som visitationen omhandler. Visitationen er yderligere underopdelt på ydelserne personlig pleje og praktisk hjælp. Disse oplysninger indberettes på individniveau fra kommunerne én gang om måneden. Som udgangspunkt er de data, som ligger til grund for rapportens analyser, derfor ret præcise med hensyn til, hvilke borgere der i hver enkelt måned modtager hjemmepleje i den enkelte kommune.

Det er dog svingende, hvor gode kommunerne har været til at foretage indberetninger til Danmarks Statistik, og ikke alle kommuner har indberettet de relevante oplysninger om træk på hjemmeplejeydelser for alle måneder i 2010. 70 kommuner har således indberettet oplysninger for alle måneder, mens tre kommuner omvendt slet ikke har indberettet oplysninger i 2010, og de resterende kommuner har et varierende antal måneder registreret. For kommuner, hvor der mangler et begrænset antal måneder, inkluderes de tilgængelige observationer. For kommuner, hvor der mangler et stort antal måneder, kan der ikke leveres en valid opgørelse over antallet af personer, der modtager hjemmepleje, og kommunernes observationer udelades derfor. I alt falder 13 kommuner ud af populationen².

Rapporten fokuserer på ældre mænds og kvinders modtagelse af hjemmepleje. Ældre borgere defineres som personer på 65 år eller derover. Udgangspunktet for analysen er derfor alle personer, som i 2010 var 65 år eller ældre i 85 af de 98 kommuner. I alt tæller populationen ca. 785.000 personer, hvoraf ca. 160.000 modtog hjemmepleje i 2010. I nogle af rapportens analyser indsnævrer vi dog denne population, idet der fokuseres på ældre, der i 2010 er visiteret til hjemmepleje for første gang. I disse analyser indgår de ca. 134.000 ældre, som blev modtagere af hjemmepleje forud for 2010, ikke, hvorfor populationen for disse analyser er på ca. 652.000 personer.

Som udgangspunkt vedrører de data, som rapporten bygger på, udelukkende visitation af hjemmepleje til borgere i eget hjem. Det har således været ambitionen at frasortere borgere, der modtager hjemmepleje og er bosat på plejecenter, i plejebolig eller lignende, fra

² De 13 kommuner, som ikke indgår i analyserne, er analyseret nærmere i Bilag 1. Bortfaldanalysen giver ikke anledning til nogen bekymringer i forhold til resultaternes generaliserbarhed.

analyserne. Danmarks Statistik forsøger således eksplicit at hente indberetninger særskilt for henholdsvis hjemmepleje i eget hjem og på plejecentre mm. I visse tilfælde har det dog vist sig, at nogle kommuners indberetninger indeholder såvel borgere, der modtager hjemmepleje i eget hjem som borgere, der modtager hjemmepleje på et plejecenter eller lignende, og at det ikke er muligt at skille de to grupper fra hinanden. Disse fejlregistreringer vurderes dog at være af et begrænset omfang, som kun i mindre grad vil kunne berøre analysernes resultater.

Med henblik på at belyse henholdsvis mænds og kvinders hjemmeplejeforbrug så nuanceret som muligt anvender vi i alt tre forskellige afhængige variable i rapportens forskellige analyser. For det første anvender vi en variabel, som angiver, om hver enkelt ældre borger modtager hjemmepleje eller ej. I analyserne med denne afhængige variabel gives et overblik over, hvilke faktorer der driver henholdsvis ældre mænds og kvinders modtagelse af hjemmepleje samlet set.

For det andet anvender vi en variabel som opdeler hjemmeplejemodtagelse i tre typer, nemlig modtagelse af kun praktisk hjælp, kun personlig pleje og modtagelse af både personlig pleje og praktisk hjælp på samme tid. Jf. afsnit 2.1 består praktisk hjælp af aktiviteter i forbindelse med rengøring, tøjvask, indkøb og madservice og omfatter de ydelser, borgeren er visiteret til efter SEL § 83 om hjælp eller støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet. Ved personlig pleje forstås alle øvrige aktiviteter leveret i henhold til SEL § 83 om personlig hjælp og pleje (Serviceloven). Denne afhængige variabel anvendes til at undersøge, om der er forskelle i, hvilke baggrundsforhold der har betydning for modtagelse af de tre hjemmeplejetyper, herunder om betydningen af de ældres køn varierer.

Endelig anvender vi en afhængig variabel, som angiver det gennemsnitlige antal visiterede timers hjemmepleje til at undersøge, om forskellige baggrundsforhold kan forklare ikke bare variationen i ældre mænds og kvinders sandsynlighed for at modtage hjemmepleje, men også til at forklare omfanget af den hjemmepleje, som de tildeles. Da antallet af indberettede måneder som sagt varierer imellem kommunerne, opgøres antallet af visiterede hjemmeplejetimer som et gennemsnit for hver modtager for de måneder, som den enkelte kommune har indsendt til Danmarks Statistik.

Ud over oplysninger om mænds og kvinders forskellige forbrug af hjemmeplejeydelser, indeholder de anvendte data informationer om en række baggrundsforhold, som i tidligere undersøgelser har vist sig at have betydning for ældres sandsynlighed for at modtage hjemmepleje (Boll Hansen et al. 2013, Hesselberg Lauritzen et al. 2012). Det drejer sig dels om socioøkonomiske baggrundsvariable såsom alder, uddannelse, og hvorvidt den enkelte ældre bor alene og dels om sundhedsrelaterede variable som fx antallet af indlæggelsesdage og ambulante besøg på somatisk og psykiatrisk hospital. I boksen nedenfor vises en oversigt over de baggrundsoplysninger som inddrages i analyserne.

Oversigt over baggrundsoplysninger.

- Køn
- Alder
- Om personen bor alene
- Om personen er blevet enke/enkemand inden for det sidste år
- Uddannelse
- Erhvervs erfaring
- Antal indlæggelsesdage på somatisk og psykiatrisk hospital
- Antal ambulante besøg på somatisk og psykiatrisk hospital

Oversigt over baggrundsoplysninger.

- Diagnoser i forbindelse med indlæggelser og ambulante besøg
- Omkostninger til almenpraktiserende læge inkl. vagtlægebesøg
- Omkostninger til speciallæge samt fysioterapi m.m.
- Samlede ekspeditionsomkostninger for medicin

Note: Alle variable er opgjort i 2010, erhvervs erfaring dog i 2009.

En detaljeret beskrivelse af variablenes operationalisering, kilde med mere kan findes i bilag 2. I det følgende gives en kort beskrivelse af variablene og deres forventede betydning for ældre mænds og kvinders forbrug af hjemmepleje.

Sandsynligheden for at modtage hjemmepleje forventes at stige med alderen, antallet af indlæggelsesdage og antallet af ambulante besøg. Det samme gælder for øgede omkostninger til læge og medicin. Jo dårligere helbred en person har, jo større forventes vedkommendes sandsynlighed for at modtage hjemmepleje altså at være.

Variablen "bor alene" angiver, om den ældre er gift/har en registreret partner eller ej. Forventningen er, at personer der er gift har lavere sandsynlighed for at modtage hjemmepleje, end personer der ikke har en ægtefælle. Man kan således forestille sig, at ældre der er gift, i mange tilfælde har en ægtefælle, som i et vist omfang kan give den hjælp, som hjemmeplejen ellers vil tage sig af. Vi inkluderer desuden en variabel for om den enkelte ældre er blevet enke/enkemand indenfor det sidste år. Forventningen er, ud fra samme argumentation, at tabet af en ægtefælle i sig selv kan være en udløsende faktor for modtagelse af hjemmepleje.

Det skal bemærkes, at termen "bor alene" anvendes som samlebetegnelse for følgende civilstatusser: ugift, fraskilt, enkestand, ophævet registreret partnerskab og længstlevende af 2 partnere. Fx kærestepar der bor sammen, men ikke er gift, vil derfor indgå i analyserne, som ældre der bor alene. Det må dog forventes, at langt størstedelen af de, som bor sammen, også er gift med hinanden - især når det kommer til de ældre generationer, som er i fokus i denne rapport. Ved tolkning af rapportens resultater bør man dog være opmærksom på, at variabelens værdier er defineret ud fra oplysninger om de ældres civilstand.

I analyserne inddrages også variable for de ældres uddannelse og erhvervs erfaring. Forventningen er, at ældre med lang uddannelse og erhvervs erfaring er mere ressourcestærke og derfor har lavere sandsynlighed for at blive modtagere af hjemmepleje. Det kan dog diskuteres, om især forventningen til erhvervs erfaring er rimelig. På den ene side kan man forestille sig, at personer med lang erhvervs erfaring gennem deres liv har haft en større indkomst end personer uden erhvervs erfaring (fx personer der er hjemmegående eller modtager overførselsindkomst). På den anden side er erhvervs erfaring kun et meget groft mål til at indfange forskelle i ældres ressourcer, da variabelen kun siger noget om, hvor længe en person har modtaget løn og ikke noget om, hvor høj denne løn har været. Dertil kommer, at registreringen af erhvervs erfaring ikke går længere tilbage end 1964. Frem til 2009, hvor data for denne variabel er fra, kan en person således højst have 45 års erhvervs erfaring. Når den gennemsnitlige erhvervs erfaring for forskellige grupper opgøres i rapporten, vil tallene af denne grund forekomme lave, og for en del af de ældre vil tallet være en upræcis opgørelse af deres erhvervs erfaring. Som følge af ovenstående, bør rapportens resultater vedrørende de ældres erhvervs erfaring tolkes med forsigtighed.

3 Beskrivende statistik for kvindelige og mandlige modtagere af hjemmepleje

I dette kapitel beskrives ældre mænds og kvinders forskellige forbrug af hjemmepleje samt forskelle i kvindelige og mandlige hjemmeplejemodtageres karakteristika på en række demografiske og sundhedsrelaterede baggrundsforhold. Analyserne i dette kapitel har således til formål at give et deskriptivt overblik over baggrundskarakteristika for den samlede gruppe af hjemmeplejemodtagere på 65 år eller derover. Det skal allerede her bemærkes, at populationen i nogle af rapportens senere kapitler indsnævres til kun at omfatte ældre, der visiteres til hjemmepleje for første gang i 2010. Dette med henblik på at undersøge, hvilke baggrundsforhold der påvirker sandsynligheden for at blive modtager af hjemmepleje. I dette kapitel er fokus dog på at beskrive sammensætningen af den samlede gruppe hjemmeplejemodtagere.

3.1 Hjemmeplejemodtagere i 2010

Tabel 3.1 nedenfor viser mænds og kvinders forbrug af hjemmepleje i 2010. Det ses, at en væsentlig større andel af de ældre kvinder modtager hjemmepleje, end det er tilfældet blandt mændene. Blandt kvinderne er der således 25,4 %, der modtager hjemmepleje, mens det samme kun gælder for 14,3 % af mændene. Derudover viser tabellen, at antallet af kvinder på 65 år og derover er en del højere end antallet af mænd i samme aldersgruppe. I absolutte tal er der derfor over dobbelt så mange kvinder som mænd, der modtager hjemmepleje.

For at give et mere nuanceret billede af kønsforskellene opdeles hjemmepleje i tre typer i kolonne 5 til 7 i tabel 3.1. Der skelnes således mellem ældre, der modtager personlig pleje, praktisk hjælp eller begge dele på samme tid. For såvel mænd som kvinder gælder, at flest modtager både personlig pleje og praktisk hjælp, næstflest kun praktisk hjælp, mens færrest modtager kun personlig pleje. Tabellen viser desuden, at en cirka dobbelt så stor andel kvinder modtager både personlig pleje og praktisk hjælp samt kun praktisk pleje, end det er tilfældet blandt mændene. Omvendt er der en lidt større andel mænd end kvinder, der kun modtager personlig pleje.

Tabel 3.1 Beskrivende statistik – mandlige og kvindelige hjemmeplejemodtagere i 2010

		Ældre, der ikke modtager hjemmepleje	Ældre, der modtager hjemmepleje	Ældre, der modtager både personlig pleje og praktisk hjælp	Ældre, der kun modtager praktisk hjælp	Ældre, der kun modtager personlig pleje	I alt
Mænd	Antal	298.441	49.877	22.389	17.047	10.441	348.318
	%-fordeling	85,7	14,3	6,4	4,9	3,0	
Kvinder	Antal	326.241	110.837	58.215	43.867	8.755	437.078
	%-fordeling	74,6	25,4	13,3	10,0	2,0	

Kilde: KORAs egne beregninger på baggrund af udtræk fra Danmarks Statistiks registre.

En anden måde at belyse kønsforskelle i modtagelse af hjemmepleje på er at se på omfanget af mænds og kvinders forbrug af hjemmeplejeydelser. I tabel 3.2 nedenfor præsenterer

vi derfor det gennemsnitlige antal timers hjemmehjælp på årsbasis, som henholdsvis mandlige og kvindelige hjemmeplejemodtagere visiteres til. Tabellen viser, at mandlige modtagere generelt tildeles flere timers personlig pleje end kvindelige, mens timer til praktisk hjælp er mere ligeligt fordelt mellem kønnene. I gennemsnit visiteres mandlige modtagere af hjemmepleje til i alt 25,4 timers mere hjemmepleje om året end de kvindelige.

Tabel 3.2 Beskrivende statistik – visiterede timers hjemmehjælp til mænd og kvinder på 65 år eller derover i 2010. Gennemsnitligt timetal på årsbasis

Hjemmeplejetype	Alle ældre, der modtager hjemmepleje		Ældre, der modtager både personlig pleje og praktisk hjælp		Ældre, der kun modtager praktisk hjælp		Ældre, der kun modtager personlig pleje	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Hjemmepleje i alt	207,1	181,7	315,2	290,7	28,5	27,7	267,1	228,1
Personlig pleje	176,0	147,3	267,6	246,0	-	-	266,9	227,9
Praktisk hjælp	31,1	34,4	47,6	44,7	28,3	27,6	-	-

Note: Oplysningerne om antallet af visiterede hjemmeplejetimer kommer fra kommunernes egne omsorgsjournaler (EOJ). For hver visitation registreres antallet af minutter, der er visiteret hjælp til på månedsbasis. For hver af de ældre er oplysningerne herefter summeret og sammenholdt med antallet af registrerede måneder. Endelig er minutterne omregnet til timer pr. år.

Kilde: KORAs egne beregninger på baggrund af udtræk fra Danmarks Statistiks registre.

Opsamlende viser tabellerne ovenfor, at der er visse forskelle i, hvor hyppigt mænd og kvinder tildeles hjemmepleje og i, hvor mange timers hjemmepleje henholdsvis mænd og kvinder visiteres til. En væsentlig større andel kvinder end mænd modtager således hjemmepleje. Det gennemsnitlige antal visiterede timer er til gengæld højere for mandlige hjemmeplejemodtagere end for kvindelige modtagere.

Ældre mænd og kvinder er imidlertid ikke blot forskellige med hensyn til deres forbrug af hjemmeplejeydelser. De er også som befolkningsgrupper forskellige i forhold til en række demografiske og sundhedsrelaterede variable, hvilket kan være forklaringen på kønnenes forskellige forbrug af hjemmepleje. I de kommende afsnit belyser vi, hvordan ældre mænd og kvinder, der modtager hjemmepleje, varierer på sådanne baggrundsforhold.

3.2 Hjemmeplejemodtagernes socioøkonomiske og sundhedsmæssige baggrunde

I tabellen nedenfor vises ældre mænds og kvinders fordeling på forskellige socioøkonomiske baggrundsvariable samt deres modtagelse af forskellige typer hjemmepleje.

Tabel 3.3 Beskrivende statistik – demografiske baggrundsvariable for ældre på 65 år eller derover i 2010

		Ældre, der ikke modtager hjemmepleje		Ældre, der modtager hjemmepleje		Ældre, der modtager både personlig pleje og praktisk hjælp		Ældre, der kun modtager praktisk hjælp		Ældre, der kun modtager personlig pleje	
		Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Gennemsnitsalder	År	72,4	73,2	79,5	81,2	80,2	82,6	78,9	79,7	78,8	78,6
Bor alene	%	22,0	45,6	56,4	80,0	69,5	85,2	64,0	79,6	15,7	47,2
Enke/enkemand inden for det seneste år	%	0,8	1,6	3,1	2,5	3,5	2,3	4,1	2,9	0,7	1,6
Gennemsnitlig erhvervs erfaring	År	23,7	14,2	15,9	7,8	14,5	6,7	17,3	9,1	16,9	8,5
Antal års uddannelse ud over grundskole	År	2,18	1,61	1,61	1,16	1,54	1,13	1,66	1,21	1,69	1,16

Kilde: KORAs egne beregninger på baggrund af udtræk fra Danmarks Statistiks registre.

Tabellens første række beskriver de forskellige gruppers gennemsnitsalder. Ikke overraskende ses det, at gennemsnitsalderen er højere for såvel mænd som kvinder, der modtager hjemmepleje end for dem, som ikke gør. Da kvinder typisk lever længere end mænd, ses det desuden, at gennemsnitsalderen for kvinder er højere end for mænd, hvilket formentlig kan være med til at forklare, hvorfor en større andel kvinder end mænd modtager hjemmepleje. Dette forhold gælder dog ikke for de ældre, som kun modtager personlig pleje.

Med hensyn til andelen af ældre, der bor alene, viser tabellen, at dette er tilfældet for en væsentlig større andel kvinder end mænd, uanset hvilken af hjemmeplejetyperne der fokuseres på. Samme kønsforskel ses imidlertid for de ældre, som ikke modtager hjemmepleje og hænger sammen med, at kvinder har en længere gennemsnitlig levetid end mænd. Hvorvidt ældre mænds og kvinders sandsynlighed for at modtage hjemmepleje påvirkes forskelligt af at bo alene, ser vi nærmere på i kapitel 5.

For de ældre, der ikke modtager hjemmepleje, er andelen af kvinder, der er blevet enke inden for det sidste år, cirka dobbelt så stor som andelen af mænd, der er blevet enkemand. For de ældre, som modtager hjemmepleje, ses der imidlertid en omvendt tendens, nemlig at mændene i højere grad end kvinderne er blevet enkemand/enke inden for det sidste år. Eksempelvis er 3,5 % af de mænd, som modtager både personlig pleje og praktisk hjælp, blevet enkemand inden for det sidste år, mens kun 2,3 % af kvinderne er blevet enke. Dette kan være en indikation på, at mænds sandsynlighed for at modtage hjemmepleje forhøjes mere end kvinders, hvis de bliver henholdsvis enkemand/enke. Hvorvidt dette er tilfældet, undersøger vi også nærmere i kapitel 5. Tendensen gælder dog ikke for de ældre, som kun modtager personlig pleje. For disse ældre gælder, at 1,6 % af kvinderne er blevet enke inden for det sidste år, mens kun 0,7 % af mændene er blevet enkemand.

For både mænd og kvinder er der en tendens til, at modtagere af hjemmepleje har kortere erhvervs erfaring og et lavere uddannelsesniveau end dem, som ikke modtager hjemmepleje. Tabellen viser desuden en generel tendens til, at mændene har flere års erhvervs erfaring og et højere uddannelsesniveau end kvinderne. Denne tendens gælder, uanset om vi ser på gruppen af ældre, der ikke modtager hjemmepleje, eller inden for de forskellige hjemmeplejetyper. Disse kønsforskelle er ikke overraskende, da vi i denne undersøgelse

fokuserer på de ældre generationer, for hvem vi ved, at deltagelse på arbejdsmarkedet og i uddannelsessystemet var mere kønsopdelt, end det er tilfældet i dag.

Tabellen nedenfor viser, hvilke forskelle der er mellem ældre mænd og kvinder med hensyn til en række sundhedsrelaterede baggrundsforhold³.

Tablet 3.4 Beskrivende statistik – sundhedsrelaterede baggrundsvariable for ældre på 65 år eller derover i 2010

		Ældre, der ikke modtager hjemmepleje		Ældre, der modtager hjemmepleje		Ældre, der modtager både personlig pleje og praktisk hjælp		Ældre, der kun modtager praktisk hjælp		Ældre, der kun modtager personlig pleje	
		Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Omkostninger almenpraktiserende læge	Kr.	1.562	1.548	2.709	2.455	2.856	2.670	2.186	2.119	3.248	2.707
Omkostninger Speciallæge/fysioterapeut m.m.	Kr.	1.097	1.285	1.704	1.609	1.614	1.490	1.328	1.731	2.510	1.792
Medicinudgifter	Kr.	4.053	4.237	8.335	8.522	8.876	9.517	6.547	7.002	10.094	9.519
Indlæggelsesdage somatisk hospital	Antal	1,6	1,2	8,4	5,9	10,0	7,9	3,9	2,7	12,4	8,7
Indlæggelsesdage psykiatrisk hospital	Antal	0,1	0,1	0,3	0,4	0,4	0,5	0,2	0,2	0,5	0,5
Ambulante besøg somatisk	Antal	3,8	3,2	7,2	5,5	6,9	5,6	6,2	5,0	9,4	7,3
Ambulante besøg psykiatrisk	Antal	0,1	0,1	0,3	0,3	0,4	0,5	0,2	0,1	0,4	0,5

Kilde: KORAs egne beregninger på baggrund af udtræk fra Danmarks Statistiks registre.

Tabellens to første rækker belyser kønnenes gennemsnitlige omkostninger forbundet med henholdsvis almenpraktiserende læge og speciallæge/fysioterapeut m.m. For både mænd og kvinder gælder det, at omkostningerne er væsentligt højere for personer, der modtager hjemmepleje end for dem, som ikke gør. Generelt ligger omkostningerne på nogenlunde samme niveau for mænd og kvinder. Dog ses det, at lægeomkostningerne er en del højere for mænd end for kvinder blandt de hjemmeplejemodtagere, som kun får personlig pleje. Dette indikerer, at mænd som modtager kun personlig pleje er en særlig belastet gruppe rent sundhedsmæssigt.

Også udgifterne til medicinkøb er markant højere for ældre, der modtager hjemmepleje end for dem, som ikke gør, og der er en generel tendens til, at medicinudgifterne er lidt højere for kvinder end for mænd.

I tabellens sidste fire rækker vises de ældres brug af somatisk og psykiatrisk hospital opdelt på indlæggelsesdage og ambulante besøg. Antallet af indlæggelsesdage på somatisk hospital er højere for personer, der modtager hjemmepleje, i forhold til dem, som ikke gør, ligesom antallet af indlæggelsesdage er væsentligt højere for mænd end for kvinder. De mandlige modtagere af hjemmepleje har således i snit 8,4 indlæggelsesdage på somatisk hospital, mens det tilsvarende tal kun er 5,9 for de kvindelige hjemmeplejemodtagere. In-

³ De sundhedsrelaterede baggrundsvariable er også forsøgt opdelt på aldersgrupper. Dette viser naturligt nok, at baggrundsvariablene afviger fra hinanden for de forskellige alderskohorter. Opdelingen i aldersgrupper tegner imidlertid det samme billede af kønsforskellene, som tabellen.

den for gruppen af ældre, der ikke modtager hjemmepleje, ses der dog samme tendens til, at mændene har et ringere helbred end kvinderne.

Antallet af indlæggelsesdage på psykiatrisk hospital fordeler sig jævnt mellem kønnene, dog med en ganske svag tendens til et højere antal indlæggelsesdage for kvinder, der modtager både personlig pleje og praktisk hjælp. Igen gælder det – ikke overraskende – at personer, der modtager hjemmepleje, har et højere antal indlæggelsesdage end dem, der ikke gør.

Tendenserne for ambulante hospitalsbesøg er nogenlunde de samme som for indlæggelsesdage. Antallet af besøg på både somatisk og psykiatrisk hospital er højere for de ældre, som modtager hjemmepleje end for de, som ikke gør. Antallet af besøg på somatisk hospital er endvidere højere for mænd end for kvinder, mens der kun er små forskelle mellem kønnene med hensyn til antallet af ambulante besøg på psykiatrisk hospital.

I forlængelse af ovenstående resultater vedrørende de ældres indlæggelsesdage og ambulante besøg gives der i den følgende tabel 3.5 en mere dybdegående beskrivelse af forskelle i de ældre mænds og kvinders sygdomme ved at fokusere på forekomsten af forskellige diagnoser for henholdsvis mænd og kvinder.

Tabel 3.5 Beskrivende statistik – diagnoser for ældre på 65 år eller derover i 2010

Diagnosegruppe (WHO)	Ingen hjemmepleje		Hjemmepleje		Både personlig pleje og praktisk hjælp		Kun praktisk hjælp		Kun personlig pleje	
					Procent					
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Infektiøse inkl. parasitære sygdomme	1,3	0,8	4,9	3,2	5,9	4,2	2,5	1,6	6,6	4,3
Svulster	9,2	6,7	15,1	9,8	13,8	9,7	13,5	9,2	20,4	13,2
Sygdomme i blod og bloddannende organer og visse sygdomme, som inddrager immunsystemet	1,0	0,8	3,9	2,8	4,6	3,6	2,4	1,8	5,0	3,1
Endokrine og ernæringsbetingede sygdomme samt stofskiftesygdomme	4,0	3,6	9,9	8,1	11,8	9,6	6,3	5,7	11,8	9,9
Psykiske lidelser	1,6	2,1	7,8	7,2	10,5	10,2	3,0	2,5	10,0	10,8
Sygdomme i nervesystemet	3,2	2,1	6,8	4,6	7,3	5,3	4,1	3,3	10,4	6,7
Sygdomme i øje og øjenomgivelser	5,0	5,6	7,1	7,9	6,3	7,1	8,3	9,2	6,7	7,5
Sygdomme i øre processus mastoideus	4,3	2,8	5,6	4,9	5,4	4,9	6,1	5,2	5,4	3,9
Sygdomme i kredsløbsorganer	12,1	7,7	22,9	16,8	23,3	18,4	19,9	14,3	26,9	19,1
Sygdomme i åndedrætsorganer	3,8	2,8	13,6	9,3	15,7	11,4	8,5	6,2	17,2	11,2
Sygdomme i fordøjelsesorganer	5,7	4,5	10,7	8,4	11,4	9,4	8,3	7,0	12,8	9,5
Sygdomme i hud og underhud	1,2	1,2	3,2	2,3	3,8	2,8	1,9	1,6	4,0	2,7
Sygdomme i knogler, muskler og bindevæv	8,2	10,7	9,8	14,8	8,9	13,7	10,1	16,3	11,0	14,8
Sygdomme i urin- og kønsorganer	4,5	3,6	10,3	6,8	11,3	7,8	6,9	5,1	13,6	8,2
Medfødte misdannelser og kromosomabnormalier	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2	0,3
Symptomer og abnorme fund ikke klassificeret andetsteds	8,2	5,6	20,5	13,1	22,8	15,0	14,3	10,2	25,7	15,4
Læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger	7,1	8,2	17,6	18,5	21,5	23,6	10,6	10,8	20,6	24,0

Kilde: KORAs egne beregninger på baggrund af udtræk fra Danmarks Statistiks registre.

Det ses af tabellen, at de hyppigst forekommende diagnosegrupper for mænd, der modtager hjemmepleje, er "sygdomme i kredsløbsorganer" (22,9 %), "læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger" (17,6 %) og "svulster" (15,1 %). For kvinder, der modtager hjemmepleje, er de mest hyppige diagnosegrupper "læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger" (18,5 %), "sygdomme i kredsløbsorganer" (16,8 %) samt "sygdomme i knogler, muskler og bindevæv" (14,8 %).

Mænd er højere repræsenteret end kvinder inden for de fleste diagnosegrupper. Undtagelserne er grupperne "sygdomme i knogler, muskler og bindevæv", "læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger" samt "sygdomme i øje og øjenomgivelserne", hvor kvinder ligger højere end mænd. Da den foregående tabel viste, at mænd i gennemsnit har flere indlæggelsesdage og ambulante besøg på somatisk hospital end kvinder, er denne kønsforskel i forekomsten af forskellige diagnoser måske ikke så overraskende. Man må således formode, at der er en stærk sammenhæng mellem på den ene side antallet af de ældres diagnoser og på den anden side antallet af indlæggelsesdage og ambulante besøg.

Opsamlende viser resultaterne i dette afsnit, at mænd generelt har flere indlæggelsesdage og ambulante besøg på somatiske hospitaler, end det er tilfældet for kvinder. Ligeledes er mænd højere repræsenteret end kvinder inden for de fleste diagnosegrupper. Resultaterne indikerer dermed, at ældre mænd generelt har dårligere helbred end ældre kvinder på trods af kvindernes højere gennemsnitsalder. Denne forskel mellem kønnene synes at være særlig stærk for de mænd og kvinder, som modtager hjemmepleje.

Om de beskrevne forskelle i kønnenes sundhedstilstand kan være med til at forklare mænds og kvinders forskellige forbrug af hjemmeplejeydelser undersøges nærmere i de forklarende analyser i kapitel 5. I det kommende kapitel ser vi dog først nærmere på, hvilke baggrundsforhold der karakteriserer gruppen af nyvisiterede hjemmeplejemodtagere, og hvilke helbredsmæssige forløb der typisk går forud for ældre mænds og kvinders hjemmeplejemodtagelse.

4 Nyvisiterede mænd og kvinder

I det følgende afsnit rettes fokus mod de ældre, som visiteres til hjemmepleje for første gang i 2010, for at se, om der for denne gruppe af borgere er væsentlige forskelle på mænd og kvinder. Gruppen af nyvisiterede hjemmeplejemodtagere defineres som ældre, der i 2010 er visiteret til hjemmepleje og ikke har modtaget nogen form for hjemmepleje inden for det seneste år⁴.

Der er i al fald tre grunde til, at det er interessant at fokusere specifikt på gruppen af nyvisiterede hjemmeplejemodtagere. For det første er denne gruppe ældre dem, som senest har fået tildelt hjemmepleje. En analyse af disse borgeres hjemmeplejemønstre kan derfor sige noget om, hvordan den nyeste praksis for visitation til hjemmepleje er indrettet. For det andet har vi for denne gruppe mulighed for at følge udviklingen i forskellige baggrundsvariable i månederne op til hjemmeplejevisitationen. Det er således interessant at undersøge, om der er kønsforskelle i gruppen af borgere, der modtager hjemmepleje for første gang, fordi vi her kan blive klogere på, hvilke forhold der går forud for visitationen af hjemmepleje. For det tredje og i forlængelse heraf giver et fokus på de nyvisiterede bedre muligheder for at belyse, hvilke baggrundsforhold der forhøjer sandsynligheden for at ældre bliver modtagere af hjemmepleje. Sidstnævnte vender vi tilbage til i kapitel 5.

I det følgende beskrives de nyvisiterede hjemmeplejemodtagere ud fra en række baggrundsforhold, ligesom den samlede gruppe af hjemmeplejemodtagere blev det i forrige kapitel. Dernæst undersøger vi, hvordan udviklingen i de ældres forbrug af sundhedsydelser har været i månederne op til nyvisitering til henholdsvis personlig pleje og praktisk hjælp for mænd og kvinder. Som opfølgning ser vi også på, hvilke diagnoser der er blevet stillet for de nyvisiterede i tiden op til visitationen.

I tabel 4.1 nedenfor vises beskrivende statistik for mænd og kvinder, som for første gang modtog hjemmepleje i 2010.

⁴ Ideelt set indeholdt gruppen af nyvisiterede kun de ældre, som ikke på noget tidspunkt inden 2010 har modtaget hjemmepleje. Med de tilgængelige data, har vi dog kun mulighed for at følge, om de ældre har modtaget hjemmepleje et år tilbage i tid. Det må dog forventes, at langt størstedelen af de ældre, som ikke har modtaget hjemmepleje i 2009, heller ikke har modtaget det i tidligere år. Denne databegrænsning forventes derfor kun at udgøre et mindre problem for analyserne.

Tabel 4.1 Beskrivende statistik - nyvisiterede mænd og kvinder på 65 år eller derover i 2010

Nyvisiterede hjemmehjælpsmodtagere		Mænd	Kvinder
Antal nyvisiterede	N	11.045	15.931
Nyvisiterede som andel af potentielle nyvisiterede ældre	%	40,9	59,1
BaggrundsvARIABLE:			
Gennemsnitsalder	År	77,9	78,3
Enke/enkemand inden for det sidste år	%	1,6	2,0
Bor alene	%	35,4	64,4
Uddannelseslængde (år ud over grundskole)	År	1,7	1,2
Erhvervs erfaring	År	18,1	9,9
Omkostninger almenpraktiserende læge	Kr.	3.120	2.669
Omkostninger speciallæge/fysioterapeut m.m.	Kr.	1.336	1.415
Medicinudgifter	Kr.	8.068	7.593
Indlæggelsesdage somatisk hospital	Dage	15,2	10,6
Indlæggelsesdage psykiatrisk hospital	Dage	0,5	0,6
Ambulante besøg somatisk	Antal	10,6	8,5
Ambulante besøg psykiatrisk	Antal	0,4	0,4

Kilde: KORAs egne beregninger på baggrund af udtræk fra Danmarks Statistiks registre.

I alt blev 26.976 kvinder og mænd nyvisiteret til hjemmepleje i 2010 i de 85 kommuner, som indgår i analysernes datagrundlag. Heraf var ca. 16.000 kvinder og 11.000 mænd. Når man tager højde for, at kvinder udgør en større andel af den samlede ældrebefolkning, viser det sig, at der fortsat er forskel med hensyn til, hvor hyppigt mænd og kvinder nyvisiteres til hjemmepleje. I 2010 var der i alt 651.658 ældre som potentielt kunne blive nyvisiteret til hjemmepleje og af disse var ca. 309.000 mænd og 342.000 kvinder⁵. De nyvisiterede kvinder udgør således ca. 4,7 % af disse kvinder, mens de mandlige nyvisiterede udgør 3,6 % af mændene. Der er altså en tendens til, at en større andel ældre kvinder end mænd nyvisiteres til hjemmepleje.

De nyvisiterede mænd og kvinder ligner hinanden med hensyn til både alder og andel, der har mistet en ægtefælle inden for det sidste år. Der er derimod stor forskel mellem kønne, når man ser på, om de nyvisiterede bor alene eller med en ægtefælle. Kun lige godt en ud af hver tredje mand bor således alene. For nyvisiterede kvinder er denne andel væsentlig større, idet to ud af tre bor alene. Tallene viser dermed, at størstedelen af de nyvisiterede mænd bor med deres ægtefælle, men at de altså har brug for mere og muligvis anden hjælp end den, der er i hjemmet. For de nyvisiterede kvinder gælder det omvendt, at størstedelen bor alene.

Hvis baggrundsvARIABLENE for de nyvisiterede i tabel 4.1 sammenlignes med resultaterne for hele populationen af 65+-årige i tabel 3.3, ses en tendens til, at en mindre andel af de nyvisiterede bor alene, ligesom en lavere andel har mistet deres ægtefælle inden for det seneste år, end det er tilfældet for den samlede population af ældre hjemmehjælpsmodtagere. Den primære årsag til disse forskelle er formentlig, at de nyvisiterede – helt naturligt – har en lavere gennemsnitsalder end den samlede gruppe af hjemmehjælpsmodtagere.

I forhold til erhvervs erfaring og uddannelse viser resultaterne samme tendenser for nyvisiterede som de, der kunne konstateres for alle hjemmehjælpsmodtagere i tabel 3.3. Også for nyvisiterede er der jf. tabellen således en tendens til, at kvinder har både kortere uddan-

⁵ Ældre som allerede modtog hjemmepleje forud for 2010 indgår ikke i disse tal, da de i sagens natur ikke kunne blive nyvisiteret i 2010.

nelse og erhvervserfaring end mænd, hvilket er forventeligt for de ældre generationer, som her er i fokus.

Endelig viser tabellen ovenfor, at de nyvisiterede mænd har højere omkostninger til almenpraktiserende læge, højere medicinudgifter, flere indlæggelsesdage på somatiske hospitalsafsnit og flere ambulante besøg på somatiske hospitaler end de nyvisiterede kvinder. Samlet set er der altså en tendens til, at nyvisiterede mænd har et dårligere helbred end nyvisiterede kvinder.

Hvis vi sammenligner de sundhedsrelaterede baggrundsforhold for nyvisiterede ældre med den samlede gruppe af hjemmeplejemodtagere i tabel 3.4, ses det, at de nyvisiterede generelt har et højere forbrug af sundhedsydelser end den gennemsnitlige hjemmeplejemodtager. Nyvisiterede mænd har fx i gennemsnit 15,2 somatiske indlæggelsesdage, mens det tilsvarende antal indlæggelsesdage for alle mandlige hjemmeplejemodtagere kun er 8,4. Den generelle tendens gælder både for mænd og kvinder og kan være en indikation på, at helbredet for mange ældre forværres væsentligt i tiden op til modtagelse af hjemmepleje, hvorefter der sker en vis stabilisering. Netop ændringer i de ældres helbred i tiden op til visitation er fokus for det kommende afsnit.

4.1 Helbredsforringelser i tiden op til visitation

I det følgende analyseres omfanget af de nyvisiteredes forbrug af sundhedsydelser i fire måneder op til visitationstidspunktet. Ydelserne består af omkostninger til henholdsvis praktiserende læge og speciallæge/fysioterapeut m.m., gennemsnitlige medicinudgifter, indlæggelsesdage på somatisk og psykiatrisk hospital samt somatiske og ambulante besøg. Ydelserne er opgjort pr. måned, så månederne kan sammenlignes.

Til at teste, om der over tid sker en statistisk signifikant udvikling i de forskellige sundhedsydelser, er der brugt parvise sammenligninger for henholdsvis mænd og kvinder. De ældre mænds og kvinders forbrug af sundhedsydelser fire måneder før visitationstidspunktet sammenlignes således med forbruget henholdsvis tre måneder, to måneder og en måned forud for visitationstidspunktet. Ligeledes er det undersøgt, om der i hver enkelt periode er signifikant forskel på forbruget af sundhedsydelser for mænd og kvinder.

Tabel 4.2 nedenfor viser omfanget af ydelserne fire måneder op til visitationen af henholdsvis personlig pleje og praktisk hjælp.

Table 4.2 Ydelser fire måneder op til visitationstidspunktet

		Praktisk hjælp				Personlig pleje			
		Periode før visiteringstidspunkt				Periode før visiteringstidspunkt			
		1 mdr.	2 mdr.	3 mdr.	4 mdr.	1 mdr.	2 mdr.	3 mdr.	4 mdr.
Gennemsnitlige omkostninger									
Almenpraktiserende læge									
Mænd	Kr.	283*	235*	206*	193	348*	266*	238*	213
Kvinder	Kr.	269*	219*	190*	176	292*	228*	203*	187
Speciallæge/fysioterapeut mm									
Mænd	Kr.	104	109	109	110	109	117	120	117
Kvinder	Kr.	123	127	127	120	112	118	119	114
Gennemsnitlige medicinudgifter									
Medicinudgifter									
Mænd	Kr.	656*	592	555	563	822*	732*	699	680
Kvinder	Kr.	628*	590*	582*	555	686*	656*	642*	612
Indlæggelsesdage									
Somatisk hospital									
Mænd	Dage	2,73*	1,31*	0,83*	0,57	3,72*	1,70*	1,07*	0,72
Kvinder	Dage	2,23*	0,92*	0,58*	0,40	2,73*	1,15*	0,72*	0,49
Psykiatrisk hospital									
Mænd	Dage	0,07*	0,03	0,03	0,02	0,11*	0,06*	0,05*	0,02
Kvinder	Dage	0,11*	0,08*	0,06*	0,03	0,16*	0,09*	0,06*	0,03
Ambulante besøg									
Somatisk									
Mænd	N	1,10*	0,85*	0,73*	0,63	1,38*	1,09*	0,95*	0,81
Kvinder	N	1,00*	0,71*	0,57*	0,50	1,07*	0,78*	0,62*	0,53
Psykiatrisk									
Mænd	N	0,02*	0,01	0,01	0,01	0,02*	0,02	0,02	0,01
Kvinder	N	0,02*	0,02	0,02*	0,01	0,02*	0,02*	0,02	0,02

Note: Signifikante forskelle ($p < 0,05$) mellem fire måneder og de andre tidspunkter er angivet med *. Signifikante forskelle ($p < 0,05$) mellem mænd og kvinder (indenfor hver periode) er angivet med fed skrift.

Kilde: KORAs egne beregninger på baggrund af udtræk fra Danmarks Statistiks registre

Tabellen viser, at omkostningerne til almenpraktiserende læge for både mænd og kvinder er stigende frem mod visitationstidspunktet. Mænd, der er nyvisiterede til praktisk hjælp, har fire måneder før visitationen gennemsnitlige omkostninger for 193 kr. til almenpraktiserende læge. Måneden efter er disse omkostninger steget med 13 kr. til 206 kr. Stigningen er signifikant. Stigningen forsætter frem mod visitationstidspunktet og i måneden op mod visitationen har de nyvisiterede mænd omkostninger for i gennemsnit 283 kr. til almenpraktiserende læge.

I alle fire måneder er omkostningerne til almenpraktiserende læge desuden signifikant højere for nyvisiterede mænd end for nyvisiterede kvinder. Selvom niveauet er en smule lavere for nyvisiterede til praktisk hjælp, findes det samme mønster for de to typer af hjemmeplejeydelser.

Mens der ingen kønsforskelle er på udgifterne til medicinkøb for gruppen af ældre, der er førstegangsmotagere af praktisk hjælp, er der forskelle for den gruppe, der modtager personlig pleje. Medicinudgifterne er stigende for både mænd og kvinder op til visitations-

tidspunktet. For de nyvisiterede mænd er niveauet imidlertid markant højere, end det er for kvinderne. Nyvisiterede mænd har således gennemsnitlige medicinudgifter på 822 kr. i måneden op til visitationen, mens de tilsvarende gennemsnitlige udgifter til medicin kun er 686 kr. for de kvinder, der nyvisiteres til personlig pleje.

Samme tendens gør sig gældende i forhold til indlæggelser og ambulante besøg på somatiske hospitaler. Op mod visitationstidspunktet for både personlig pleje og praktisk hjælp, stiger det gennemsnitlige antal somatiske indlæggelsesdage og ambulante besøg. Endnu engang har nyvisiterede mænd et højere gennemsnitligt antal indlæggelser og ambulante besøg end kvinder.

Med hensyn til omkostninger til speciallæge/fysioterapeut m.m. og indlæggelser og ambulante besøg på psykiatriske hospitaler er der intet gennemgående mønster i månederne forud for visitationen af hverken personlig pleje eller praktisk hjælp.

Ud over at undersøge forskelle i de ydelser, mænd og kvinder modtager i månederne op til den første visitation af hjemmepleje, undersøger vi i det følgende, om der er et mønster i de diagnoser, som mænd og kvinder stilles i den samme periode. Tabel 4.3 nedenfor viser, hvor stor andel af de nyvisiterede mænd og kvinder, der får en specifik diagnose i forbindelse med indlæggelse og ambulante behandling fire måneder op til visitering af hjemmepleje. I tabellen er alene medtaget de fire diagnosegrupper, som er hyppigst forekommende for målgruppen, jf. tabel 3.5 ovenfor: svulster, sygdomme i kredsløbsorganer, sygdomme i knogler, muskler og bindevæv samt læsioner m.m. (ofte brud)⁶.

Tabel 4.3 Diagnoser i forbindelse med indlæggelser og ambulante behandling fire måneder op til visitationstidspunkt.

Diagnosegrupper	Praktisk hjælp				Personlig pleje			
	Periode før visitationstidspunkt				Periode før visitationstidspunkt			
	1 mdr.	2 mdr.	3 mdr.	4 mdr.	1 mdr.	2 mdr.	3 mdr.	4 mdr.
Svulster								
Mænd %	10,3*	8,4*	7,1*	6,2	13,5*	11,5*	10,1*	9,0
Kvinder %	9,1*	6,3*	4,9*	4,4	9,9*	7,4*	6,1*	5,2
Sygdomme i kredsløbsorganer								
Mænd %	10,6*	7,2*	5,5*	4,9	13,0*	8,2*	7,0*	5,4
Kvinder %	7,5*	4,4*	3,6*	2,9	7,8*	4,8*	3,9*	3,0
Sygdomme i knogler, muskler og bindevæv								
Mænd %	4,4*	2,9*	2,3	2,2	4,3*	2,9*	2,4	2,1
Kvinder %	7,4*	5,1*	4,1*	3,4	6,5*	4,4*	3,4	3,1
Læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger								
Mænd %	5,3*	3,1*	2,4*	1,8	6,7*	3,5*	2,3*	1,9
Kvinder %	7,7*	3,2*	2,2*	1,7	8,6*	3,4*	2,3*	1,9

Note: Signifikante forskelle ($p < 0,05$) mellem fire måneder og de andre tidspunkter er angivet med *. Signifikante forskelle ($p < 0,05$) mellem mænd og kvinder (indenfor hver periode) er angivet med fed skrift. De fire diagnosegrupper er de hyppigst forekommende for mænd og kvinder, der modtager hjemmepleje. I Bilag 3 findes en udvidet tabel med alle undersøgte diagnosegrupper.

Kilde: KORAs egne beregninger på baggrund af udtræk fra Danmarks Statistiks registre

Af tabellen ovenfor ses det, at mønstret for diagnoser over tid ligner det mønster, der blev fundet for indlæggelser og ambulante behandling, idet der sker en markant stigning i den sidste måned før visitationstidspunktet. Det gælder både for mænd og kvinder.

⁶ Den fulde tabel med alle undersøgte diagnosegrupper findes i bilag 3.

Der er altså en stærk sammenhæng mellem ændringer i sundhedstilstand og visitation til hjemmepleje for første gang. Dette gælder uanset køn og hjemmeplejetype. Særligt i perioden lige op til nyvisiteringen er der et markant ændret sygdomsmønster. For mange nyvisiterede er der således ikke tale om et langsomt skred, men derimod et hastigt fald, i funktionsniveauet i kombination med kontakt med sygehusvæsnet. Endnu en gang er andelen, der har fået én eller flere diagnoser umiddelbart op til visitationen, generelt højere for den gruppe af ældre, der modtager hjemmepleje i form af personlig pleje end for den gruppe, der visiteres til praktisk hjælp.

En hastig forringet sundhedstilstand i tiden op mod visitationen af hjemmepleje er som sagt fælles for mænd og kvinder. For mænd, der modtager personlig pleje for første gang, er det særligt sygdomsforløb som følge af svulster og sygdomme i kredsløbsorganer, der udløser hjemmeplejen. For kvinder er det særligt knogle-, muskel- og bindevævssygdomme samt læsioner m.m., der udløser hjemmepleje. Samlet set er der dog en større andel af mændene, der førstegangsvisiteres til hjemmepleje, som samtidig oplever en helbredsforringelse.

4.2 Opsummering

Analyserne ovenfor viser, at ældre kvinder hyppigere nyvisiteres til hjemmepleje end ældre mænd – også når der tages højde for, at den samlede befolkning af ældre kvinder er større end befolkningen af ældre mænd.

Der ses desuden en tendens til, at de nyvisiterede kvinder oftere bor alene i forhold til de nyvisiterede mænd. Som følge af den lavere gennemsnitsalder blandt nyvisiterede i forhold til den samlede gruppe af hjemmeplejemodtagere, er der samlet set færre nye modtagere, som bor alene eller har mistet deres ægtefælle inden for det seneste år.

Ser man på forbruget af sundhedsydelse i fire måneder op til visitationstidspunktet, er der forskel på de nyvisiterede mænd og kvinder. For begge køn er der en stigende udvikling i de analyserede sygdomsvariable over tid, men mændene ligger generelt på et højere niveau end kvinderne.

5 Kønsforskelle i modtagelse af hjemmepleje

I forlængelse af forrige kapitel undersøger vi i dette kapitel, hvilke baggrundsforhold der systematisk er knyttet til sandsynligheden for, at ældre mænd og kvinder bliver modtagere af hjemmepleje. Fokus er således på de ældre, som bliver nyvisiteret til hjemmepleje i 2010. Fordelen ved at indsnævre analyserne til nyvisitation er, at vi i højere grad kan være sikre på, at de forklarende baggrundsforhold, som indgår i analyserne, er årsager til og ikke effekter af hjemmeplejemodtagelse, end hvis analysen inddrog alle hjemmeplejemodtagere, uanset hvornår de blev visiteret første gang. Alle analyserne i dette kapitel foretages dermed på den del af de ældre, som potentielt kunne blive nyvisiteret til hjemmepleje i 2010. Derfor indgår de ca. 134.000 ældre, som blev modtagere af hjemmepleje forud for 2010, ikke i analyserne nedenfor.

Som altid ved regressionsanalyser skal man være påpasselig med at udlede egentlige årsagssammenhænge af analyserne. Dette skyldes blandt andet, at der som følge af begrænsninger i tilgængelige data formentlig mangler kontrol for relevante baggrundsforhold i de statistiske modeller. Eksempelvis findes der ikke informationer om de ældres funktionsniveau i de tilgængelige registre. Ikke desto mindre vurderes analyserne at give stærke indikationer på, hvilke faktorer der påvirker ældre mænds og kvinders sandsynlighed for at modtage hjemmepleje, hvor der samtidig er kontrolleret for en lang række væsentlige baggrundsforhold.

Analyserne vil for det første have fokus på, om mænd og kvinder med sammenlignelige baggrundsforhold generelt har forskellig sandsynlighed for at blive modtagere af hjemmepleje og for det andet, om de baggrundsforhold, som indgår i analysen, påvirker sandsynligheden for modtagelse af hjemmepleje forskelligt for henholdsvis kvinder og mænd.

Kapitlet indeholder en række analyser, som har forskelligt fokus. I de første analyser ser vi således på sandsynligheden for at modtage hjemmepleje samlet set, mens vi i de efterfølgende analyser opdeler hjemmepleje i tre typer, nemlig modtagelse af kun praktisk hjælp, kun personlig pleje og både personlig pleje og praktisk hjælp. Inden selve analyseresultaterne præsenteres, redegør vi i det følgende afsnit for en række af de vigtigste metodiske valg, der ligger til grund for analyserne.

5.1 Metode

Til analyserne i dette kapitel anvender vi den statistiske metode logistisk regression. Denne metode er velegnet til at estimere, hvilken betydning forskellige baggrundsvariable har for sandsynligheden for et givent udfald, eksempelvis modtagelse af hjemmepleje. Fx kan vi med logistisk regression undersøge, om enighed er en mere betydningsfuld faktor for mænds end for kvinders modtagelse af hjemmepleje, når der samtidig er kontrolleret for betydningen af en række øvrige baggrundsvariable.

I kapitlets første analyser, hvor vi undersøger sandsynligheden for at modtage hjemmepleje samlet set, kan den afhængige variabel kun antage to værdier, nemlig modtagelse af hjemmepleje eller ingen modtagelse af hjemmepleje. Til disse analyser anvender vi almindelig logistisk regression, da denne metode netop er kendetegnet ved, at den kan håndtere sådanne dikotome afhængige variable (til forskel fra fx almindelig OLS-regression).

I de efterfølgende analyser, hvor vi ser på sandsynligheden for at modtage forskellige hjemmeplejetyper, kan den afhængige variabel derimod antage fire værdier, nemlig mod-

tagelse af kun praktisk hjælp, kun personlig pleje, både personlig pleje og praktisk hjælp samt ingen modtagelse af hjemmepleje. Til denne analyse anvender vi derfor såkaldt multinomial logistisk regression.

For såvel de almindelige logistiske regressionsmodeller som de multinominelle logistiske regressionsmodeller afrapporteres resultaterne i såkaldte odds ratio. Odds ratio udtrykker odds for et givent udfald (i dette tilfælde modtagelse af hjemmepleje) i fx en behandlingsgruppe i forhold til odds i en sammenligningsgruppe. En odds ratio over 1 indikerer, at en stigning i værdien på det pågældende baggrundsforhold er forbundet med en stigning i sandsynligheden for at modtage hjemmepleje. Omvendt indikerer en odds ratio under 1, at en stigning i værdien på det pågældende baggrundsforhold er forbundet med et fald i sandsynligheden for at modtage hjemmepleje.

I alle de statistiske modeller inddrager vi variable for en række baggrundsforhold, som forventes at have betydning for ældres sandsynlighed for at modtage hjemmepleje, eksempelvis de ældres forbrug af sundhedsydelser (jf. evt. bilag 2 for en fuldstændig beskrivelse af de anvendte data).

Derudover inddrager vi i nogle af analyserne en række interaktionsvariable, som består af krydsproduktet mellem hvert af de inkluderede baggrundsforhold og de ældres køn. Formålet med interaktionsvariablene er at undersøge, om styrken af de enkelte baggrundsforholds sammenhæng med sandsynligheden for at modtage hjemmepleje er forskellig for henholdsvis mænd og kvinder. Hvis koefficienten for en interaktionsvariabel er statistisk signifikant i analyserne, er det en stærk indikation på, at der er en forskel i, hvordan det pågældende baggrundsforhold påvirker sandsynligheden for at modtage hjemmepleje for henholdsvis mænd og kvinder.

Som alternativ til tilgangen med interaktionsvariable kunne man forsøge at belyse forekomsten af kønsforskelle ved at opstille to selvstændige statistiske modeller for henholdsvis mandlige og kvindelige ældre og herefter sammenligne, hvilke baggrundsforhold der opnår statistisk signifikans i de to modeller (se fx Hesselberg Lauritzen et al. 2012). Denne tilgang tester dog ikke, om der er en statistisk signifikant forskel i, hvordan baggrundsforholdene påvirker mænds og kvinders sandsynlighed for at modtage hjemmepleje. I stedet tester en sådan tilgang, om baggrundsforholdene har en statistisk signifikant betydning for henholdsvis mænds og kvinders separate sandsynlighed for at modtage hjemmepleje. Derfor er tilgangen med interaktionsvariable mere velegnet til specifikt at undersøge forekomsten og størrelsen af kønsforskelle i forbruget af hjemmeplejeydelser.

I analyserne anvender vi i øvrigt klyngerobuste standardfejl på kommuneniveau for at tage højde for, at fejlleddene for ældre personer i samme kommune kan være korrelerede.

5.2 Mænds og kvinders sandsynlighed for at modtage hjemmepleje

I dette afsnit præsenteres resultater fra analysen af, hvilke baggrundsforhold der påvirker sandsynligheden for at modtage hjemmepleje og i særdeleshed, hvilke baggrundsforhold der har en forskellig indvirkning på henholdsvis mænds og kvinders sandsynlighed for at modtage hjemmepleje. Tabel 5.1 nedenfor viser således resultaterne fra en logistisk regressionsanalyse af, hvordan forskellige baggrundsforhold påvirker ældre borgers sandsynlighed for at modtage hjemmepleje.

Tabel 5.1 Logistisk regression af 65+ åriges sandsynlighed for at blive nyvisiteret til hjemmepleje i 2010. Ingen hjemmepleje=0

	Odds ratio
Kvinder ift. mænd	1,18***
Alder	1,08***
Enke/enkemand inden for det sidste år	1,06
Bor alene	1,44***
Erhvervserfaring	0,99***
Uddannelse (år udover grundskolen)	0,95***
Almenpraktiserende læge (1.000 kr.)	1,20***
Speciallæge/fysioterapeut mm. (1.000 kr.)	1,01
Medicinudgifter (1.000 kr.)	1,01***
Indlæggelsesdage somatisk hospital	1,05***
Indlæggelsesdage psykiatrisk hospital	1,01***
Ambulante besøg somatisk	1,02***
Ambulante besøg psykiatrisk	1,04***
Antal observationer	651.658

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

Kilde: KORAs egne beregninger på baggrund af udtræk fra Danmarks Statistiks registre.

Resultaterne i tabellen ovenfor viser, at kvinder generelt har større sandsynlighed for at modtage hjemmepleje, end mænd har, selv når der er taget højde for modellens øvrige baggrundsforhold, fx at kvinderne har en højere gennemsnitsalder end mændene. Dette ses af koefficienten for variabelen "kvinder ift. mænd" som ligger på 1,18 og er statistisk signifikant på et højt niveau. Sandsynligheden for at modtage hjemmepleje er således 18 % større for kvinder end for mænd. Derudover viser resultaterne i tabellen, at sandsynligheden for at modtage hjemmepleje stiger med alderen, ligesom ældre, der bor alene, har væsentlig større sandsynlighed for at modtage hjemmepleje end de, som har en ægtefælle. Ældre, der bor alene, har således 44 % større sandsynlighed for at modtage hjemmepleje i forhold til ældre, som ikke bor alene.

Endvidere ses det af tabellen, at jo længere uddannelse og erhvervserfaring de ældre har, jo lavere er deres sandsynlighed for at modtage hjemmepleje. Koefficienterne for disse variable på henholdsvis 0,95 og 0,99 viser således, at et års ekstra uddannelse er forbundet med et fald på 5 % i sandsynligheden for at modtage hjemmepleje, mens sandsynligheden falder med 1 % for hvert års ekstra erhvervserfaring. Særligt førstnævnte indikerer, at jo mere ressourcestærke ældre er, jo lavere er deres sandsynlighed for at blive modtagere af hjemmepleje.

Der er en stærk positiv sammenhæng mellem udgifter til almenpraktiserende læge og sandsynligheden for at modtage hjemmepleje. For hver 1.000 kr. der bruges på almenpraktiserende læge, stiger sandsynligheden for at modtage hjemmepleje således med 20 %. Ligeledes ses en positiv – om end væsentligt svagere – sammenhæng mellem medicinudgifter og sandsynligheden for at modtage hjemmepleje. Endelig er der en positiv sammenhæng mellem antallet af indlæggelsesdage på såvel somatisk som psykiatrisk hospital og sandsynligheden for at modtage hjemmepleje. Det samme gælder for antallet af de ældres ambulante besøg på somatisk og psykiatrisk hospital.

De eneste af de inkluderede variable, som ikke har signifikant sammenhæng med sandsynligheden for at modtage hjemmepleje, er udgifter til speciallæge/fysioterapeut m.m., samt

om den ældre er blevet enke/enkemand indenfor det sidste år. Særligt sidstnævnte er et interessant resultat. Det indikerer, at det at blive enke/enkemand ikke i sig selv er en udløsende faktor for at modtage hjemmepleje på den korte bane, dvs. inden for et år. Den signifikante positive koefficient for variabelen "bor alene" indikerer imidlertid, at ældre uden en ægtefælle på længere sigt har en forøget sandsynlighed for at modtage hjemmepleje.

Opsamlende viser resultaterne i tabel 5.1, at kvinder har markant højere sandsynlighed for at modtage hjemmepleje end mænd, selv når der kontrolleres for kvindernes højere alder og øvrige baggrundsforhold. Resultaterne viser desuden, at de fleste af de øvrige baggrundsforhold, som er inkluderet i modellen, har betydning for ældres sandsynlighed for at modtage hjemmepleje. Særligt betydningsfulde baggrundsforhold er således, om den ældre bor alene samt omfanget af den ældres brug af almenpraktiserende læge. Det er imidlertid ikke givet, at disse forskellige baggrundsforhold har lige stor eller lille betydning for henholdsvis mænds og kvinders sandsynlighed for at modtage hjemmepleje. Fx kan man forestille sig, at mænds sandsynlighed for at modtage hjemmepleje øges mere end kvinders af at bo alene.

For at undersøge forekomsten af sådanne kønsforskelle har vi foretaget endnu en logistisk regressionsanalyse, hvor vi udover de forklarende variable, som indgår i tabel 5.1, også inkluderer interaktionsvariable for hvert af baggrundsforholdene og variabelen for de ældres køn. Hvis koefficienten for en interaktionsvariabel viser sig at være statistisk signifikant, er det en stærk indikation på, at det pågældende baggrundsforhold påvirker mænds og kvinders sandsynlighed for at modtage hjemmepleje forskelligt. Ligger koefficienten for interaktionsvariabelen over 1, indikerer det, at betydningen af det pågældende baggrundsforhold er mere positiv for kvinder end for mænd. Omvendt indikerer en signifikant værdi under 1 for en interaktionsvariabel, at betydningen af det pågældende baggrundsforhold er mere negativ for kvinder end for mænd. I tabel 5.2 nedenfor præsenteres resultaterne fra interaktionsanalysen.

Tabel 5.2 Logistisk regression af 65+ åriges sandsynlighed for at blive nyvisiteret til hjemmepleje i 2010. Ingen hjemmepleje=0

	Odds ratio
Kvinder ift. mænd	10,33***
Alder	1,10***
Enke/enkemand inden for det seneste år	1,02
Bor alene	1,59***
Erhvervserfaring	1,00***
Uddannelse (år udover grundskolen)	0,96***
Almenpraktiserende læge (1.000 kr.)	1,21***
Speciallæge/fysioterapeut mm. (1.000 kr.)	1,01
Medicinudgifter (1.000 kr.)	1,01***
Indlæggelsesdage somatisk hospital	1,05***
Indlæggelsesdage psykiatrisk hospital	1,01***
Ambulante besøg somatisk	1,02***
Ambulante besøg psykiatrisk	1,05***
Alder * kvinde	0,97***
Enke/enkemand inden for det seneste år * kvinde	0,98
Bor alene * kvinde	0,89**
Erhvervserfaring * kvinde	1,00
uddannelse * kvinde	0,98**
Almenpraktiserende (1.000 kr.) * kvinde	0,98**
Speciallæge/fysioterapeut mm. (1.000 kr.) * kvinde	1,00
Medicinudgifter (1.000 kr.) * kvinde	1,00
Indlæggelsesdage somatisk * kvinde	1,01
Indlæggelsesdage psykiatrisk * kvinde	1,00
Ambulante besøg somatisk * kvinde	1,01***
Ambulante besøg psykiatrisk * kvinde	0,99*
Antal observationer	651,658

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

Det skal bemærkes, at tolkningen af koefficienter for de selvstændige uafhængige variable i den øverste del af tabellen er anderledes i interaktionsmodeller end i regressionsmodeller uden interaktion (se evt. Sønderkov 2011: 192-194 for en forholdsvis let tilgængelig uddybning). Koefficienterne for de selvstændige uafhængige variable udtrykker således odds ratio ved en stigning i den pågældende variabel, i en situation, hvor de øvrige variable, som den selvstændige uafhængige variabel interageres med, har værdien 0. Da værdien 0 for variabelen "kvinder ift. mænd" er = mand, indikerer koefficienten for fx variabelen "alder", hvor meget sandsynligheden for at modtage hjemmepleje stiger for mænd, når "alder" stiger med 1. Da variabelen "kvinder ift. mænd" interagerer med alle de øvrige variable i modellen, er koefficienten for denne selvstændige variabel ikke substantielt meningsfuld.

Kilde: KORAs egne beregninger på baggrund af udtræk fra Danmarks Statistiks registre.

Tabellen viser, at der for et flertal af de inkluderede baggrundsforhold ikke kan findes nogen statistisk signifikant forskel på, hvordan disse påvirker kønnenes sandsynlighed for at modtage hjemmepleje. Konkret drejer det sig om, hvorvidt de ældre er blevet enke/enkemand inden for det seneste år, deres erhvervserfaring, deres omkostninger til speciallæge/fysioterapeut og medicin samt antallet af indlæggelsesdage.

Resultaterne viser dog også, at en række baggrundsforhold har forskellig betydning for mænds og kvinders sandsynlighed for at modtage hjemmepleje. Det drejer sig for det første om alder. Både mænds og kvinders sandsynlighed for at modtage hjemmepleje stiger, jo ældre de bliver, men tendensen er stærkere for mænd end for kvinder. For mænd stiger

sandsynligheden for at modtage hjemmepleje således med 10 %, for hvert år ældre de bliver, mens det tilsvarende tal for kvinder kun er $((1,10*0,97)-1)=6,7$ % pr. ekstra leveår.

At bo alene påvirker i markant højere grad mænds sandsynlighed for at modtage hjemmepleje end kvinders. Konkret viser analysens resultater, at mænd, der bor alene, har 59 % højere sandsynlighed for at modtage hjemmepleje end mænd, der har en ægtefælle. Sandsynligheden for at modtage hjemmepleje er til sammenligning kun $(1,59*0,89)-1$ 42 % højere for kvinder, der bor alene i forhold til kvinder, der har en ægtefælle.

Resultaterne viser desuden, at tendensen til, at sandsynligheden for at modtage hjemmepleje er lavere jo længere uddannelse, de ældre har, virker lidt stærkere for kvinder end for mænd. Et års ekstra uddannelse er således forbundet med et fald i sandsynligheden for at modtage hjemmepleje på 4 % for mænd, mens sandsynligheden for kvinder falder med $((0,96*0,98)-1)=6$ % for hvert års ekstra uddannelse i forhold til ældre, som kun har grundskoleuddannelse.

Angående de sundhedsrelaterede variable viser analysens resultater, at betydningen af udgifter til almenpraktiserende læge, som vi fandt i tabel 5.2 ovenfor, er lidt stærkere for mænd end for kvinder. Resultaterne fra analysen med interaktionsvariable viser således, at sandsynligheden for at modtage hjemmepleje er 21 % større for mænd for hver 1.000 kr. årligt, der bruges på almenpraktiserende læge. For kvinder er det samme tal lidt lavere, nemlig 19 %.

Endelig viser resultaterne, at antallet af ambulante besøg på henholdsvis somatisk og psykiatrisk hospital har statistisk signifikant forskellig betydning for mænds og kvinders sandsynlighed for at modtage hjemmepleje. Disse kønsforskelle er dog af ret begrænset omfang. Fx er ambulante somatiske besøg generelt forbundet med en lille stigning i sandsynligheden for at modtage hjemmepleje, men dette gælder i lidt højere grad for kvinder end for mænd. Sandsynligheden for at modtage hjemmepleje stiger således med 2 % for mænd for hvert ambulante somatisk besøg, mens stigningen for kvinder ligger på $((1,02*1,01)-1)$ 3 % pr. somatisk besøg. Dette resultat skal dog sammenholdes med, at det gennemsnitlige antal ambulante somatiske besøg er noget højere for mænd end for kvinder, jf. Tabel 4.1 ovenfor. Tendensen for ambulante psykiatriske besøg er derimod omvendt, idet mænds sandsynlighed for at modtage hjemmepleje øges en smule mere end kvinders i takt med et stigende antal ambulante psykiatriske besøg.

Opsamlende viser de to analyser i dette afsnit dels, at kvinder generelt har en højere sandsynlighed for at modtage hjemmepleje end mænd og dels, at visse baggrundsforhold – herunder særligt alder og at bo alene – øger mænds sandsynlighed for at modtage hjemmepleje mere, end det er tilfældet for kvinder. I det næste afsnit går vi yderligere i dybden med, om disse tendenser varierer på tværs af forskellige hjemmeplejetyper.

5.3 Mænds og kvinders sandsynlighed for at modtage forskellige hjemmeplejetyper

Det foregående afsnit belyste, hvilke baggrundsforhold der hænger sammen med øget sandsynlighed for modtagelse af hjemmepleje, samt om nogle af disse baggrundsforhold har forskellig betydning for ældre mænds og kvinders sandsynlighed for at modtage hjemmepleje. I dette afsnit går vi et spadestik dybere, idet hjemmepleje opdeles i tre typer, nemlig modtagelse af kun personlig pleje, modtagelse af kun praktisk hjælp eller modtagel-

se af både personlig pleje og praktisk hjælp på samme tid. Fokus for analysen er således, om betydningen af de forskellige baggrundsforhold er forskellig for de tre typer hjemmepleje, samt om sammenhængene er forskellige for henholdsvis mandlige og kvindelige ældre.

Til at undersøge disse spørgsmål opstiller vi to multinominelle logistiske regressionsmodeller. I den første model indgår variable for de ældres baggrundsforhold, mens interaktionsvariablene holdes ude. Formålet med den første model er at undersøge, om der generelt er forskel på ældre mænds og kvinders sandsynlighed for at modtage forskellige typer hjemmepleje. I den anden model inkluderer vi foruden variablene for de ældres baggrundsforhold også interaktionsvariablene mellem de enkelte baggrundsforhold og de ældres køn. Formålet med denne model er at undersøge samspillet mellem de enkelte baggrundsforhold, de ældres køn og sandsynligheden for at modtage de forskellige typer hjemmepleje.

I det følgende beskrives resultaterne fra de to statistiske modeller med særligt fokus på de områder, hvor sammenhængene er forskellige fra de, som blev fundet for modtagelse af hjemmepleje samlet, og blev belyst i afsnit 5.2 umiddelbart ovenfor. Analysens resultater tolkes på samme vis som de almindelige logistiske regressionsmodeller, der blev præsenteret i sidste afsnit. Resultaterne fra den første model uden interaktionsvariable er præsenteret i tabel 5.3 nedenfor.

Tabel 5.3 Multinominel logistisk regression: Sandsynlighed for at blive nyvisiteret til forskellige typer hjemmepleje i 2010. Ingen hjemmepleje=0

	Både personlig pleje og praktisk hjælp	Kun praktisk hjælp	Kun personlig pleje
	Odds ratio	Odds ratio	Odds ratio
Kvinder ift. mænd	1,26***	1,43***	0,90**
Alder	1,08***	1,07***	1,10***
Enke/enkemand inden for det seneste år	0,92	1,22***	1,04
Bor alene	2,66***	1,79***	0,57***
Erhvervs erfaring	0,99***	1,00	0,99***
Uddannelse (år udover grundskolen)	0,95***	0,95***	0,95***
Almenpraktiserende læge (1.000 kr.)	1,23***	1,14***	1,23***
Speciallæge/fysioterapeut mm. (1.000 kr.)	0,98*	1,02***	1,01
Medicinudgifter (1.000 kr.)	1,01***	1,01***	1,01***
Indlæggelsesdage somatisk hospital	1,06***	1,04***	1,06***
Indlæggelsesdage psykiatrisk hospital	1,01***	1,01***	1,01***
Ambulante besøg somatisk	1,02***	1,02***	1,02***
Ambulante besøg psykiatrisk	1,05***	1,00	1,05***
Antal observationer	651.658		

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

Kilde: KORAs egne beregninger på baggrund af udtræk fra Danmarks Statistiks registre.

Det ses af tabellen, at sandsynligheden for at modtage "både personlig pleje og praktisk hjælp" og "kun praktisk hjælp" er markant højere for kvinder end for mænd. Dette ligger fint i tråd med resultaterne fra analysen af, hvilke baggrundsforhold der påvirker sandsynligheden for at modtage hjemmepleje samlet set, som blev præsenteret ovenfor. Det ses imidlertid af tabellens sidste kolonne, at sandsynligheden for at modtage "kun personlig pleje" omvendt er større for mænd end for kvinder. Mænds og kvinders sandsynlighed for at modtage hjemmepleje er således ikke den samme på tværs af hjemmeplejetyperne.

Analysen viser også, at det at bo alene er forskelligt forbundet med sandsynligheden for at modtage hjemmepleje afhængigt af, hvilken hjemmeplejetype der fokuseres på. For modtagelse af "både personlig pleje og praktisk hjælp" samt "kun praktisk hjælp" ses det, at sandsynligheden for modtagelse er højere for ældre, der bor alene end for de, som har en ægtefælle. Når det kommer til modtagelse af "kun personlig pleje" ses det imidlertid af den sidste kolonne i tabel 5.3, at sandsynligheden omvendt er lavere for ældre, som bor alene end for ældre, som har en ægtefælle.

Den forskellige betydning af køn og at bo alene på tværs af hjemmeplejetyperne kan hænges sammen med, at manden i et parforhold ofte er ældre end kvinden. Da kvinders gennemsnitlige levealder samtidig er længere end mænds, er det derfor mere sandsynligt for en mand på en given alder at have en ægtefælle, der kan hjælpe med praktiske ting i hjemmet, end at en kvinde på samme alder har en mand, som kan give denne hjælp. Hertil kommer, at kvinderne i de ældre generationer formentlig er mere vant til at udføre praktiske opgaver i hjemmet end mændene. Derfor giver det god mening, at mænd i højere grad end kvinder modtager "kun personlig pleje" og at sandsynligheden for at modtage "kun personlig pleje" er mindre for ældre, der bor alene. Ældre, der kun modtager personlig pleje, vil oftest også have brug for praktisk hjælp, og sidstnævnte resultat er derfor en stærk indikation på, at denne praktiske hjælp typisk gives af en ægtefælle.

Endvidere viser resultaterne, at det at være blevet enke/enkemand inden for det sidste år ikke har signifikant sammenhæng med sandsynligheden for at modtage "både personlig pleje og praktisk hjælp" og "kun personlig pleje". Ældre, der er blevet enke/enkemand inden for det sidste år, har imidlertid en forøget sandsynlighed for at blive modtagere af "kun praktisk hjælp". Denne tendens er statistisk signifikant på et højt niveau og indikerer dermed, at det at blive enke/enkemand i sig selv forøger sandsynligheden for at modtage den letteste type hjemmepleje, nemlig praktisk hjælp, men ikke de tungere typer, som indebærer personlig pleje.

Med hensyn til de resterende baggrundsforhold ses der kun små forskelle på tværs af hjemmeplejetyperne. Koefficienterne for disse variable minder således i al væsentlighed om koefficienterne fra analysen af sandsynligheden for at modtage hjemmepleje samlet set, som blev præsenteret i Tabel 5.1 ovenfor.

De fundne kønsforskelle kan i et vist omfang hænge sammen med, at baggrundsforhold såsom at bo alene og forbrug af sundhedsydelser har forskellig betydning for henholdsvis mænds og kvinders sandsynlighed for at modtage forskellige typer hjemmepleje. Hvorvidt det er tilfældet, undersøger vi i den følgende analyse, hvor interaktionsvariablene mellem hvert enkelt baggrundsforhold og de ældres køn inkluderes i den statistiske model. Analysens resultater er vist i tabel 5.4 nedenfor.

Tabel 5.4 Multinomial logistisk regression: Sandsynlighed for at blive nyvisiteret til forskellige typer hjemmepleje i 2010. Ingen hjemmepleje=0

	Både personlig pleje og praktisk hjælp	Kun praktisk hjælp	Kun personlig pleje
	Odds ratio	Odds ratio	Odds ratio
Kvinder ift. mænd	5,32***	12,06***	13,60***
Alder	1,10***	1,09***	1,12***
Enke/enkemand inden for det seneste år	0,85	1,31*	0,91
Bor alene	3,41***	2,31***	0,54***
Erhvervs erfaring	0,99**	1,00	0,99***
Uddannelse (år udover grundskolen)	0,96***	0,96***	0,95***
Almenpraktiserende læge (1.000 kr.)	1,22***	1,15***	1,24***
Speciallæge/fysioterapeut mm. (1.000 kr.)	0,99	1,02***	1,01
Medicinudgifter (1.000 kr.)	1,01***	1,01***	1,01***
Indlæggelsesdage somatisk hospital	1,06***	1,04***	1,05***
Indlæggelsesdage psykiatrisk hospital	1,01**	1,01**	1,01***
Ambulante besøg somatisk	1,02***	1,02***	1,02***
Ambulante besøg psykiatrisk	1,05***	1,00	1,06***
Alder * kvinde	0,98***	0,97***	0,97***
Enke/enkemand inden for det seneste år * kvinde	1,06	0,84	1,15
Bor alene * kvinde	0,66***	0,68**	1,20**
Erhvervs erfaring * kvinde	1,00	1,00	0,99*
Uddannelse * kvinde	0,97*	0,98	0,99
Almenpraktiserende (1.000 kr.) * kvinde	1,00	0,99	0,96**
Speciallæge/fysioterapeut mm. (1.000 kr.) * kvinde	0,99	1,00	1,00
Medicinudgifter (1.000 kr.) * kvinde	1,00	1,00	1,00
Indlæggelsesdage somatisk * kvinde	1,01	1,01**	1,01
Indlæggelsesdage psykiatrisk * kvinde	1,00	1,00	0,99*
Ambulante besøg somatisk * kvinde	1,02***	1,01***	1,01***
Ambulante besøg psykiatrisk * kvinde	0,99	1,00	0,99
Antal observationer	651,658		

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

Det skal bemærkes, at tolkningen af koefficienter for de selvstændige uafhængige variable i den øverste del af tabellen er anderledes i interaktionsmodeller end i regressionsmodeller uden interaktion (se evt. Sønderkov 2011: 192-194 for en forholdsvis let tilgængelig uddybning). Koefficienterne for de selvstændige uafhængige variable udtrykker således odds ratio ved en stigning i den pågældende variabel, i en situation, hvor de øvrige variable, som den selvstændige uafhængige variabel interageres med, har værdien 0. Da værdien 0 for variabelen "kvinder ift. mænd" er = mand, indikerer koefficienten for fx variabelen "alder", hvor meget sandsynligheden for at modtage hjemmepleje stiger for mænd, når "alder" stiger med 1. Da variabelen "kvinder ift. mænd" interagerer med alle de øvrige variable i modellen, er koefficienten for denne selvstændige variabel ikke substantielt meningsfuld.

Kilde: KORAs egne beregninger på baggrund af udtræk fra Danmarks Statistiks registre.

De statistisk signifikante koefficienter for interaktionsvariablen alder*kvinde viser, at kvinders sandsynlighed for at modtage de forskellige hjemmeplejetyper øges lidt mindre, end det er tilfældet for mænd, efterhånden som alderen stiger. Dette gælder for alle tre hjemmeplejetyper og i nogenlunde samme grad.

At bo alene påvirker imidlertid mænds og kvinders sandsynlighed for at modtage hjemmepleje forskelligt afhængigt af, hvilken hjemmeplejetype der fokuseres på. For typerne "både

personlig pleje og praktisk hjælp" og "kun praktisk hjælp" er sandsynligheden for modtagelse af hjemmepleje højere for ældre, der bor alene, og denne tendens er en del stærkere for mænd end for kvinder. For hjemmeplejetyperne "kun personlig pleje" gælder derimod, at sandsynligheden for modtagelse er mindre for ældre, der bor alene og at også denne tendens virker stærkere for mænd end for kvinder. Som nævnt, er sidstnævnte tendens formentlig udtryk for, at ældre, der visiteres til "kun personlig pleje", i høj grad modtager praktisk hjælp fra deres ægtefælle. Resultatet indikerer dermed, at dette i højere grad gør sig gældende for mænd end for kvinder.

Kapitlets foregående analyser viste, at stigende udgifter til almenpraktiserende læge har en stærk positiv sammenhæng med sandsynligheden for at modtage hjemmepleje. For modtagelse af "kun personlig pleje" er denne sammenhæng stærkere for mænd end for kvinder. Sandsynligheden for at modtage "kun personlig pleje" stiger således med 24 % for mænd, for hver gang omkostningerne til almenpraktiserende læge øges med 1.000 kr., mens det tilsvarende tal for kvinder kun er 19 % $((1,24 \cdot 0,96) - 1)$. For modtagelse af de to øvrige hjemmeplejetyper ses der imidlertid ikke en sådan kønsforskel.

Resultaterne i tabel 5.4 viser tendenser til nogle små forskelle i, hvordan antallet af indlæggelsesdage påvirker henholdsvis mænds og kvinders sandsynlighed for at modtage de forskellige typer af hjemmepleje. Der er således en lille tendens til, at kvinders sandsynlighed for at modtage "kun praktisk hjælp" øges mere end mænds af en stigning i antallet af somatiske indlæggelsesdage. Omvendt påvirkes kvinders sandsynlighed for at modtage "kun personlig pleje" en smule mindre end mænds, i takt med at antallet af psykiatriske indlæggelsesdage øges.

Endelig er sammenhængen mellem antallet af ambulante somatiske besøg og sandsynligheden for at modtage alle tre typer hjemmepleje stærkere for kvinder end for mænd. Fx ses det, at kvinders sandsynlighed for at modtage "både personlig pleje og praktisk hjælp" stiger med 4 % $((1,02 \cdot 1,02) - 1)$ pr. ambulat somatisk besøg, mens det tilsvarende tal kun er 2 % for mænd.

For modellens resterende baggrundsforhold ses der ikke statistisk signifikante tendenser til, at der er en forskel med hensyn til, hvordan disse påvirker henholdsvis mænds og kvinders sandsynligheder for at modtage de forskellige hjemmeplejetyper.

Opsamlende viser analyserne i dette afsnit, at flere af de inkluderede baggrundsforhold har forskellig betydning for de ældres sandsynlighed for at modtage hjemmepleje afhængigt af, hvilken hjemmeplejetype der er i fokus. Særligt interessant i denne sammenhæng er, at kvinders sandsynlighed for at modtage typerne "både personlig pleje og praktisk hjælp" samt "kun praktisk hjælp" er markant større end mænds, mens mænd omvendt har større sandsynlighed end kvinder for at modtage "kun personlig pleje".

Derudover er det interessant, at det at bo alene påvirker mænds og kvinders sandsynlighed for at modtage hjemmepleje forskelligt afhængigt af, hvilken hjemmeplejetype der fokuseres på. Når der ses på modtagelse af hjemmeplejetyperne "både personlig pleje og praktisk hjælp" samt "kun praktisk hjælp" øges sandsynligheden mindre af at bo alene for kvinder, end det er tilfældet for mænd. Når der ses på modtagelse af "kun personlig pleje" gælder det imidlertid, at sandsynligheden for modtagelse er lavere for ældre, der bor alene, og at dette gør sig stærkere gældende for mænd end for kvinder.

5.4 Opsummering

Resultaterne fra analyserne i dette kapitel viser, at der er forskel på mænds og kvinders sandsynlighed for at modtage hjemmepleje og på, i hvor stor udstrækning denne sandsynlighed påvirkes af forskellige baggrundsforhold. Særligt tre pointer fra analyserne er værd at fremhæve.

For det første viser resultaterne, at kvinder generelt har væsentlig større sandsynlighed for at modtage hjemmepleje, end mænd har – også når der er kontrolleret for en række øvrige baggrundsforhold, herunder at kvinder i gennemsnit lever længere og oftere bor alene, end det er tilfældet for mænd.

For det andet viser kapitlets interaktionsanalyser, at nogle baggrundsforhold i højere grad påvirker sandsynligheden for at modtage hjemmepleje for det ene køn end for det andet. Tabel 5.5 nedenfor gengiver i oversigtsform resultaterne med hensyn til, hvilke baggrundsforhold der har en forskellig påvirkning på henholdsvis mænds og kvinders sandsynlighed for at modtage hjemmepleje samlet set.

Tabel 5.5 Forekomsten af kønsforskelle i baggrundsforholdenes betydning for sandsynligheden for at blive ny visiteret til hjemmepleje i 2010.

Variabel	Betydning og retning
Alder	Øger sandsynligheden mere for mænd end for kvinder
Bor alene	Øger sandsynligheden mere for mænd end for kvinder
Uddannelse (år udover grundskole)	Sænker sandsynligheden mere for kvinder end for mænd
Almenpraktiserende læge (1.000 kr.)	Øger sandsynligheden mere for mænd end for kvinder
Ambulante besøg somatisk	Øger sandsynligheden mere for kvinder end for mænd
Ambulante besøg psykiatrisk	Øger sandsynligheden mere for mænd end for kvinder
Enke/enkemand inden for det seneste år	Ingen kønsforskel
Erhvervs erfaring	Ingen kønsforskel
Speciallæge/fysioterapeut mm. (1.000 kr.)	Ingen kønsforskel
Medicindgifter (1.000 kr.)	Ingen kønsforskel
Indlæggelsesdage somatisk	Ingen kønsforskel
Indlæggelsesdage psykiatrisk	Ingen kønsforskel

Note: De angivne forskelle er statistisk signifikante på mindst 0,05-niveau

Kilde: KORAs egne beregninger på baggrund af udtræk fra Danmarks Statistiks registre.

For det tredje viser analyserne, at de forskellige baggrundsforholds betydning for sandsynligheden for at modtage hjemmepleje i form af "både personlig pleje og praktisk hjælp" samt "kun praktisk hjælp" adskiller sig væsentligt fra modtagelse af "kun personlig pleje". Kvinder har således en større sandsynlighed end mænd for at modtage de to førstnævnte typer, mens det modsatte gør sig gældende for sidstnævnte. I forlængelse heraf viser resultaterne, at mænds sandsynlighed for at modtage "både personlig pleje og praktisk hjælp" samt "kun praktisk hjælp" øges mere end kvinders af at bo alene i forhold til at bo med en ægtefælle. Omvendt gælder det, at mænds sandsynlighed for at modtage "kun personlig pleje" mindskes mere end kvinders af at bo alene. Dette indikerer, at modtagere af "kun personlig pleje" udgør en særlig gruppe af ældre. Som omtalt kan en forklaring være, at det er mere sandsynligt for ældre mænd end kvinder at have en ægtefælle, som er i stand til at levere praktisk hjælp.

Som afslutning på dette kapitel er det værd at bemærke, at de fundne kønsforskelle i overvejende grad går i retning af, at de pågældende baggrundsforhold øger mændenes sandsynlighed for at modtage hjemmepleje mere, end det er tilfældet for kvinderne. Kvinders generelt højere sandsynlighed for at modtage hjemmepleje relativt til mænd kan således kun i forholdsvis lav grad forklares med, at kønnenes sandsynlighed for at modtage hjemmepleje påvirkes forskelligt af de inkluderede baggrundsforhold. Dette indikerer, at der til trods for den relativt høje detaljeringsgrad i de anvendte data fortsat mangler nogle betydende baggrundsforhold i de statistiske modeller. Her skal kort gives nogle få bud på, hvad disse baggrundsforhold kan tænkes at vedrøre.

En første mulig forklaring på, at kvinder generelt har højere sandsynlighed for at modtage hjemmepleje end mænd kan være, at mænd i højere grad end kvinder tildeles hjælp på plejehjem og i plejeboliger. Da vi i denne rapport har haft et afgrænset fokus på hjemmepleje i eget hjem, ved vi ikke, om dette er tilfældet. Vi kan derfor ikke udelukke, at den fundne kønsforskel skyldes, at mænd og kvinder måske får dækket deres plejebehov på forskellig vis. Hvis kvinder i højere grad end mænd får hjælp via hjemmepleje i eget hjem og mænd i højere grad end kvinder får hjælp via plejecentre, kan det forklare kvindernes højere sandsynlighed for at modtage hjemmepleje, som blev fundet i analyserne ovenfor.

En anden mulig årsag til kvindernes højere sandsynlighed for at modtage hjemmepleje kan være, at kvinder generelt har et lavere funktionsniveau end mænd, og at dette ikke opfanges tilstrækkeligt af de baggrundsforhold, som indgår i vores analyser. Tidligere undersøgelser, baseret på Ældredatabasen, indikerer at dette kan være tilfældet (Hesselberg Lauritzen et al. 2012).

En tredje mulig forklaring kan være, at mænd med plejebehov i højere grad end kvinder med samme behov modtager hjælp fra andre end det kommunale system, fx deres kone eller børn, eller at de i højere grad køber sig til praktisk hjælp for egen regning. Endelig kan en fjerde årsag være, at kommunerne slet og ret er mere tilbøjelige til at tildele hjemmepleje til kvinder end mænd.

Hvorvidt én eller flere af disse mulige forklaringer kan kaste mere lys over, hvorfor kvinder har højere sandsynlighed for at modtage hjemmepleje end mænd, kan desværre ikke belyses med de data, som har været tilgængelige for dette projekt. Fremtidige undersøgelser på området kan dog med fordel søge at klargøre betydningen af disse forhold for kønnenes forskellige forbrug af hjemmepleje.

6 Kønsforskelle i omfanget af hjemmepleje

I det foregående kapitel undersøgte vi, hvilke forhold der har betydning for, om henholdsvis mænd og kvinder bliver modtagere af hjemmepleje. Relaterede og interessante spørgsmål er, om der er forskel på omfanget af den hjemmepleje, som henholdsvis mænd og kvinder modtager, og om der er forskel på baggrundsvariables betydning herfor for henholdsvis mænd og kvinder. Disse spørgsmål er fokus for analyserne i dette kapitel.

6.1 Metode

Datagrundlaget for analyserne i dette kapitel er kommunernes indberetninger om det gennemsnitlige antal timers hjemmehjælp, som den enkelte ældre er visiteret til. Når en borger visiteres til hjemmepleje, registreres antallet af minutter, som borgeren tildeles i kommunens EOJ-system. En borger kan godt visiteres til flere forskellige ydelsestyper og/eller leverandører. Det visiterede antal minutter registreres for hver visitation. I bearbejdning af data, har vi opregnet, hvor mange timers hjemmepleje den enkelte ældre har fået tildelt på årsbasis. Dermed er der taget højde for ældre, der er nyvisiterede samt ældre, der i løbet af året tildeles flere/færre timer end hidtil. Analyserne vedrører det samlede antal visiterede hjemmeplejetimer og indbefatter således både praktisk hjælp og personlig pleje.

Registreringen af, hvor meget tid der tildeles i forbindelse med hver enkelt visitation, er behæftet med nogen større usikkerhed end registreringen af, hvilke ældre der får hjemmepleje, herunder hvilken type af pleje de får. I tilfælde, hvor ældre revisiteres, kan det fx let ske, at denne ændring ikke genregistreres. Muligheden for at komme frem til resultater af samme kvalitet som i analyserne ovenfor er derfor også ringere, og resultaterne fra nedenstående analyser bør tolkes med en vis forsigtighed.

Til forskel fra analyserne i de to foregående kapitler fokuserer vi nu igen på alle de ældre, som modtager hjemmepleje – uanset hvornår de er visiteret til det. Da formålet med dette kapitel er at undersøge, *hvor meget* hjemmepleje man modtager, og ikke *om* man modtager hjemmepleje, er gruppen af ældre, der ikke modtager hjemmepleje, udelukket fra analyserne. Fokus rettes således mod den samlede gruppe af ca. 160.000 ældre, som modtog hjemmepleje i 2010, jf. tabel 3.1.

Til at undersøge, hvilke baggrundsvariable der har betydning for, hvor mange timers hjemmepleje ældre mænd og kvinder visiteres til, anvender vi OLS-regression. Som i analyserne i kapitel 5 anvender vi klyngerobuste standardfejl på kommuneniveau for at tage højde for, at fejlleddene for personer i samme kommune kan være korrelerede.

For at undersøge, om nogle baggrundsvariable har forskellig betydning for, hvor meget hjemmepleje mænd, henholdsvis kvinder, modtager, inkluderer vi som i rapportens kapitel 5 en række interaktionsvariable i den sidste af de to statistiske modeller nedenfor.

6.2 Faktorer som påvirker omfanget af hjemmepleje for henholdsvis mænd og kvinder

I dette afsnit præsenteres resultaterne fra analysen af, hvilke faktorer der påvirker, hvor mange timers hjemmepleje ældre visiteres til. Baggrundsvariablenes generelle selvstændige betydning er lettere at fortolke i en model, der ikke samtidig undersøger interaktionsef-

fekter. Derfor præsenteres sammenhængen mellem de demografiske og sundhedsrelaterede variable og antallet af årlige visiterede timers hjemmepleje først i tabel 6.1. Interaktionsvariablene og dermed den nuancerede beskrivelse af, om og hvordan køn modererer betydningen af forskellige baggrundsforhold, præsenteres efterfølgende i tabel 6.2. Resultater fra analysen uden interaktionsvariable er vist nedenfor.

Tabel 6.1 OLS regression: Antal årlige timers hjemmepleje for alle modtagere i 2010

	Regressionskoefficient
Kvinder ift. mænd	-35,43***
Alder	4,56***
Enke/enkemand inden for det sidste år	-28,19***
Bor alene	-7,48
Erhvervs erfaring	-1,42***
Uddannelse (år udover grundskolen)	2,45***
Almenpraktiserende læge (1.000 kr.)	7,93***
Speciallæge/fysioterapeut mm. (1.000 kr.)	8,09***
Medicinudgifter (1.000 kr.)	2,03***
Indlæggelsesdage somatisk hospital	2,72***
Indlæggelsesdage psykiatrisk hospital	-0,31
Ambulante besøg somatisk	-1,52***
Ambulante besøg psykiatrisk	4,85**
Konstant	-197,03
Antal observationer	160.429
Justeret R ²	0,056

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

Kilde: KORAs egne beregninger på baggrund af udtræk fra Danmarks Statistiks registre.

Resultaterne viser, at kvinder generelt tildeles ca. 35 timers mindre hjemmepleje om året end mænd. Dette er vel at mærke, efter der er kontrolleret for forskelle i analysens øvrige variable. Det ses desuden, at antallet af visiterede timer – ikke overraskende – stiger med alderen.

Ældre hjemmeplejemodtagere, der er blevet enke/enkemand inden for det sidste år, tildeles ca. 28 timers mindre hjemmepleje om året, end det er tilfældet for de modtagere, som ikke er blevet enke/enkemand inden for det sidste år. Dette indikerer, at ældre, der er blevet enke/enkemand inden for det sidste år, typisk har et relativt højt funktionsniveau og har behov for mindre hjælp i forhold til andre hjemmeplejemodtagere.

Det har ikke nogen statistisk signifikant betydning for omfanget af tildelt hjemmepleje, om den ældre bor alene eller med en ægtefælle. Dette er interessant, da analyserne i kapitel 5 viste, at det at bo alene var blandt de mest betydningsfulde baggrundsforhold i forhold til at forklare, om ældre borgere i første omgang bliver modtagere af hjemmepleje eller ej⁷.

Af tabellen ovenfor fremgår det, at stigende uddannelse er forbundet med tildeling af mere tid til hjemmepleje. En mulig forklaring herpå kan være, at mere ressourcestærke ældre er bedre til at udnytte systemets muligheder for at få tildelt så meget hjælp som muligt. Om-

⁷ Populationen for analyserne i kapitel 5 var dog anderledes end den, som ligger til grund for Tabel 6.1, idet førstnævnte kun indeholdt de ældre, som potentielt kunne blive nyvisiterede til hjemmepleje i 2010. En supplerende analyse (ikke afrapporteret) viser imidlertid, at det at bo alene heller ikke har signifikant betydning for antallet af visiterede timer, når analysens population afgrænses til nyvisiterede i 2010.

vendt indikerer resultaterne, at øget erhvervs erfaring er forbundet med et lavere antal visiterede timer. Det skal dog bemærkes, at koefficienterne for både uddannelse og erhvervs erfaring er af en meget begrænset størrelse. Fx stiger det årlige visiterede timetal med blot ca. 2½ timer for hvert års ekstra uddannelse, en ældre hjemmeplejemodtager har.

Omkostninger til almenpraktiserende læge og speciallæge/fysioterapeut m.m. har ligesom medicinudgifter betydning for det tildelte antal hjemmeplejetimer. Hver gang omkostninger til egen læge eller speciallæge/fysioterapeut stiger med 1.000 kr., visiterer kommunerne godt otte timers hjemmehjælp mere på årsbasis. Sammenhængen er svagere for medicinudgifterne. Jf. tabel 3.4 er de gennemsnitlige udgifter til medicin imidlertid omtrent fire gange så høje som de gennemsnitlige udgifter til lægebesøg – uanset om det er almenpraktiserende eller speciallæge. Betydningen af de tre variabler ligger altså på ca. samme niveau og indikerer, at ældre med dårligt helbred ikke overraskende tildeles mere hjælp.

Antallet af somatiske indlæggelsesdage og antallet af ambulante besøg har modsatte tendenser i tabellen ovenfor. For hver dag en hjemmeplejemodtager er indlagt på et somatisk afsnit, tildeles der næsten tre timers ekstra hjemmepleje om året. Omvendt tildes der årligt halvanden times mindre hjemmepleje, for hver gang en hjemmeplejemodtager har en ambulante behandling. Sidstnævnte virker kontraintuitivt og kan være et tegn på, at de anvendte data vedrørende visiterede timer er problematiske.

Mens antallet af indlæggelsesdage på psykiatriske hospitaler ikke har nogen sammenhæng med det visiterede timetal, indikerer resultaterne, at flere ambulante behandlinger på psykiatriske skadestuer er forbundet med et stigende antal visiterede hjemmeplejetimer.

I tabellen nedenfor vises resultaterne fra interaktionsanalysen.

Tabel 6.2 OLS regression: Antal årlige timers hjemmepleje for alle modtagere i 2010

	Regressionskoefficient
Kvinder ift. mænd	-382,71***
Alder	1,42**
Enke/enkemand inden for det sidste år	-26,17**
Bor alene	-21,47**
Erhvervs erfaring	-1,42***
Uddannelse (år udover grundskolen)	2,16*
Almenpraktiserende læge (1.000 kr.)	10,74***
Speciallæge/fysioterapeut mm. (1.000 kr.)	11,20***
Medicinudgifter (1.000 kr.)	1,14***
Indlæggelsesdage somatisk hospital	2,51***
Indlæggelsesdage psykiatrisk hospital	-0,12
Ambulante besøg somatisk	-1,35***
Ambulante besøg psykiatrisk	4,11
Alder * kvinde	4,30***
Enke/enkemand * kvinde	5,39
Bor alene * kvinde	19,07**
Erhvervs erfaring * kvinde	-0,31
Uddannelse * kvinde	0,60
Almenpraktiserende (1.000 kr.) * kvinde	-4,09***
Speciallæge/fysioterapeut mm. (1.000 kr.) * kvinde	-5,20***
Medicinudgifter (1.000 kr.) * kvinde	1,39***
Indlæggelsesdage somatisk * kvinde	0,29
Indlæggelsesdage psykiatrisk * kvinde	-0,27
Ambulante besøg somatisk * kvinde	-0,27
Ambulante besøg psykiatrisk * kvinde	1,00
Konstant	55,84
Antal observationer	160.429
Justeret R ²	0,060

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

Det skal bemærkes, at tolkningen af koefficienter for de selvstændige uafhængige variable i den øverste del af tabellen er anderledes i interaktionsmodeller end i regressionsmodeller uden interaktion (se evt. Sønder-skov 2011: 192-194 for en forholdsvis let tilgængelig uddybning). Koefficienterne for de selvstændige uafhængige variable udtrykker således stigningen i den pågældende variabel i en situation, hvor de øvrige variable, som den selvstændige uafhængige variabel interageres med, har værdien 0. Da værdien 0 for variabelen "kvinder ift. mænd" er = mand, indikerer koefficienten for fx variabelen "alder", hvor mange ekstra visiterede hjemmeplejetimer mænd modtager, når "alder" stiger med 1. Da variabelen "kvinder ift. mænd" interagerer med alle de øvrige variable i modellen, er koefficienten for denne selvstændige variabel ikke substantielt meningsfuld.

Kilde: KORAs egne beregninger på baggrund af udtræk fra Danmarks Statistiks registre.

Resultaterne viser, at fem ud af de tolv undersøgte interaktionsvariable i modellen er signifikante. Foruden omkostninger til læge, speciallæge og medicinudgifter drejer det sig om alder og det at bo alene.

Både mænd og kvinder modtager mere hjemmepleje i takt med, at de bliver ældre, men resultaterne viser en tendens til, at dette gælder stærkere for kvinder end for mænd. Antallet af tildelte timer stiger således med 4,3 timer mere for kvinder end for mænd for hvert år, de ældes. Dette skal dog ses i sammenhæng med, at kvinderne i udgangspunktet tildeles færre timer end mændene jf., tabel 6.1 ovenfor.

Ligeledes tyder resultaterne på, at det har forskellig betydning for omfanget af mænds og kvinders hjemmepleje, hvorvidt de bor alene eller ej. Kvindelige hjemmeplejemodtagere, der bor alene, får $(-21,5+19)=2,5$ times mindre hjemmepleje om året i forhold til kvinder, der modtager hjemmepleje og bor med en ægtefælle. For de mandlige hjemmeplejemodtagere er betydningen af at bo alene mere markant, idet de årligt tildeles $21\frac{1}{2}$ timers mindre hjemmepleje, hvis de bor alene, end hvis de ikke gør.

Betydningen af omkostninger til almenpraktiserende læge og speciallæge er også forskellig for mandlige og kvindelige hjemmeplejemodtagere. Her stiger antallet af visiterede hjemmeplejetimer i mindre grad for kvindelige modtagere end for mandlige. Når der samtidig kontrolleres for de øvrige baggrundsforhold i modellen, modtager kvinder således $(10,7-4,1)=6,6$ timers mere hjemmepleje om året, for hver gang omkostningerne til almenpraktiserende læge stiger med 1.000 kr. For mændene er den positive sammenhæng stærkere. De modtager således 10,7 timers mere hjemmepleje om året, for hver 1.000 kr. deres omkostninger til almenpraktiserende læge stiger. Nogenlunde samme forhold gælder for omkostninger til speciallæge/fysioterapeut. Her modtager kvinder årligt $(11,2-5,2)=6$ timers mere hjemmepleje, når omkostningerne stiger med 1.000 kr., mens det samme tal for mændene er 11,2 timer.

Det omvendte gælder imidlertid for medicinudgifterne. Antallet af tildelte timer stiger her mere for kvindelige hjemmeplejemodtagere end for mandlige, når udgifterne stiger. Kvindelige modtagere tildeles således $(1,1+1,4)=2,5$ timers mere hjemmepleje, når medicinudgifterne stiger med 1.000 kr. Mandlige hjemmeplejemodtagere tildeles kun 1,1 times ekstra hjemmepleje, når udgifterne til medicin stiger med 1.000 kr.

Opsamlende viser analyserne i dette kapitel en tendens til, at mandlige hjemmeplejemodtagere generelt tildeles flere hjemmeplejetimer end kvindelige. Det skal dog samtidig bemærkes, at resultaterne fra de statistiske modeller i dette kapitel vurderes at være mere usikre end analyserne i kapitel 5. Dette ses blandt andet af de statistiske modellers lave justerede R^2 -værdier, som indikerer, at de baggrundsforhold, som det har været muligt at inkludere i modellerne, er mangelfulde i forhold til at forklare forskellene i omfanget af tildelt hjemmepleje til hjemmeplejemodtagere.

Derudover kan det som allerede nævnt være et problem for analyserne af hjemmeplejens omfang, at kommunernes registrering og indberetning af visiteret tid til hjemmepleje ikke er tilstrækkelig god. Særligt resultaterne fra interaktionsanalysen i Tabel 6.2 bør derfor tolkes med forsigtighed. Erfaringerne fra denne rapport indikerer, at mere præcise undersøgelser af omfanget af hjemmepleje kræver, at kvaliteten og detaljeringsgraden af de indsamlede indviddata forbedres, men også at det samtidig sikres, at data er generaliserbare for den fulde ældrebefolkning.

Litteratur

- Boll Hansen, E., Kjellberg, J., Eskelinen, L., Ibsen, R. & Fuglsang, T., 2013. *Målgruppen for rehabilitering til hverdagens aktiviteter. Hvad karakteriserer målgruppen, og hvad motiverer til rehabilitering?* Socialstyrelsen, Odense.
- Hesselberg Lauritzen, H., Nøhr Brünner, R., Thomsen, P. & Wüst, M., 2012. *Ældres ressourcer og behov. Status og udvikling på baggrund af Ældredatabasen*, SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, Kbh.
- Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold, a. *Hvad er hjemmehjælp*. Lokaliseret: <http://www.sm.dk/Temaer/sociale-omraader/%C3%86ldre/hjemmehjaelp/hvad-er-hjemmehjaelp/Sider/Start.aspx> [10. april 2014].
- Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold, b. *Forebyggende hjemmebesøg*. Lokaliseret: <http://www.sm.dk/temaer/sociale-omraader/%C3%86ldre/forebyggende-arbejde/forebyggende-hjemmebesoeg/sider/start.aspx> [10. april 2014].
- Serviceoven kap. 16: Personlig hjælp, omsorg og pleje samt plejetestamenter. LBK nr 254 af 20/03/2014. Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold. Fås på: <https://www.retsinformation.dk/Forms/r0710.aspx?id=161883>.
- Sundhed.dk, *Lægehåndbogen. Hjemmehjælp*. Lokaliseret: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/socialmedicin/socialmedicin/sygdom/hjemmehjaelp/> [8. april 2014].
- Sønderskov, K.M. 2011, *Stata. En praktisk introduktion*, Hans Reitzel, Kbh.

Bilag 1 Bortfaldsanalyse

I 2010 var der 13 kommuner, som indberettede deres tildeling af hjemmeplejeydelser i mindre end 9 af årets 12 måneder. For at understøtte valide opgørelser af forbruget af hjemmepleje har vi valgt at udelukke disse 13 kommuner fra rapportens analyser. For at vurdere, om dette har betydning for rapportens resultater, har vi foretaget en bortfaldsanalyse, hvor vi undersøger, om de udeladte kommuner i gennemsnit varierer betydeligt fra de kommuner, som indgår i rapportens analyser, på en række relevante parametre. Resultaterne fra denne analyse er vist i tabellen nedenfor.

Bilagstabel 1.1 Bortfaldsanalyse

	Stikprøve	Bortfald	Population
Antal	85	13	98
Andel fra hovedstadsområdet	28 %	38 %	30 %
Indbyggertal 1. januar	57.296	51.112	56.476
Andel 65+-årige	17,8	17,6	17,8
Areal (km ²) (abs)	436	464	440
Befolkningstæthed (indb./km ²)	444	1.300	558
Ældreudg. (brutto) pr. 65+/67+-årig	54.062	51.949	53.782
Ældreudg. (netto) pr. 65+/67+-årig	43.062	42.489	42.986

Kilde: Økonomi- og Indenrigsministeriets Kommunale Nøgletal

Det fremgår af resultaterne, at de 13 udeladte kommuner kun på enkelte punkter adskiller sig fra de 85 kommuner, der udgør datagrundlaget for analyserne. Først og fremmest har de 13 kommuner en væsentlig højere befolkningstæthed end de 85 øvrige kommuner. Hovedforklaringen på denne forskel er, at Frederiksberg Kommune, som har landets højeste befolkningstæthed, er blandt de kommuner, som er udeladt.

I forhold til denne rapports problemstilling er det dog væsentligt at bemærke, at der kun er små forskelle mellem de udeladte og inkluderede kommuner, hvad angår andel 65+-årige og ældreudgifter pr. 65+/67+-årig. Dette indikerer, at antallet af ældre og omfanget af hjemmepleje i de udeladte kommuner ikke afviger synderligt fra de øvrige kommuner. Bortfaldsanalysen giver derfor ikke anledning til bekymringer omkring generaliserbarheden af resultaterne fra rapportens analyser.

Bilag 2 Oversigt over variable og datakilder

Bilagstabel 2.1 Oversigt over anvendte datakilder og definitioner af variable.

Variabel	Kategorier	Kilde	Bemærkning
Kvinder ift. mænd	Dummy-variabel (kvinde=1)	DST	
Alder	Antal år	DST	
Enke/enkemand inden for det sidste år	Dummy-variabel (enke/enkemand=1)	DST	Angiver om den ældre inden for det sidste år har ændret civilstand til enten "enkestand" eller "længstlevende af 2 partnere".
Bor alene	Dummy-variabel (bor alene=1)	DST	Angiver om den ældre bor med en ægtefælle eller registreret partner.
Erhvervs erfaring	Den samlede erhvervs erfaring opgjort i antal år.	DST	Variablen omfatter lønnet erhvervs erfaring fra 1964 og frem.
Uddannelse (år udover grundskolen)	Den samlede uddannelseslængde målt i år ud over grundskolen.	DST	Følgende skøn er anvendt ud fra oplysninger om højest fuldførte uddannelse. Erhvervsfaglig udd.: 2 år; gymnasial udd.: 3 år; kvu: 5 år; mvu eller bachelor: 6 år; længere videregående udd. eller forskerudd.: 8 år
Almenpraktiserende læge (1.000 kr.)	1.000 kr.	SSSY	Angiver omkostninger til almenpraktiserende læge inklusiv vagtlægebesøg i 2010.
Omkostninger til speciallæge/fysioterapi m.m. i 2010	1.000 kr.	SSSY	Angiver omkostninger til speciallæge samt fysioterapi m.m. i 2010. Data for laboratorier og tandlægebesøg er dog ekskluderet.
Medicindgifter (1.000 kr.)	1.000 kr.	LMDB	Angiver den ældres samlede ekspeditionsomkostninger til medicin i 2010
Indlæggelsesdage somatisk hospital	Antal dage	LPR	
Indlæggelsesdage psykiatrisk hospital	Antal dage	LPR	
Ambulante besøg somatisk	Antal besøg	LPR	
Ambulante besøg psykiatrisk	Antal besøg	LPR	
Diagnoser i forbindelse med indlæggelser og ambulante besøg i 2010	WHO's diagnosehovedgrupper	LPR	

Note: DST=Danmarks Statistiks registre; SSSY=Sygesikringsregistret; LPR=Landspatientregistret; LMDB= Lægemiddeldatabasen. Alle variable er opgjort i 2010, erhvervs erfaring dog i 2009.

Bilag 3 Udvikling i diagnoser op til visitation

Bilagstabel 3.1 Diagnoser i forbindelse med indlæggelser og ambulant behandling fire måneder op til visitering. Udvidet version af Tabel 4.3.

Diagnosegrupper	Praktisk hjælp Periode før visiteringstidspunkt				Personlig pleje Periode før visiteringstidspunkt				
		1 mdr.	2 mdr.	3 mdr.	4 mdr.	1 mdr.	2 mdr.	3 mdr.	4 mdr.
1. Infektiøse inkl. parasitære sygdomme	Mænd %	1,7*	1,0*	0,6*	0,3	2,0*	1,0*	0,6	0,5
	Kvinder %	1,0*	0,5*	0,3	0,3	1,3*	,5*	0,5*	0,3
2. Svulster	Mænd %	10,3*	8,4*	7,1*	6,2	13,5*	11,5*	10,1*	9,0
	Kvinder %	9,1*	6,3*	4,9*	4,4	9,9*	7,4*	6,1*	5,2
3. Sygdomme i blod og bloddannende organer og visse sygdomme, som inddrager immunsystemet	Mænd %	1,3*	0,9	0,8	0,7	1,5*	1,2*	1,2*	0,8
	Kvinder %	1,0*	0,7*	0,6*	0,4	1,0*	0,8*	0,7*	0,4
4. Endokrine og ernæringsbetingede sygdomme samt stofskiftesygdomme	Mænd %	3,3*	2,2	2,3*	1,9	3,7*	2,5*	2,3	2,0
	Kvinder %	2,6*	1,5	1,3	1,3	3,0*	1,9*	1,5	1,3
5. Psykiske lidelser	Mænd %	2,5*	1,8*	1,6*	1,3	3,3*	2,4*	2,1*	1,7
	Kvinder %	2,4*	1,8*	1,6*	1,2	3,3*	2,7*	2,1*	1,7
6. Sygdomme i nervesystemet	Mænd %	2,1*	1,5	1,4	1,2	3,1*	2,0*	1,9	1,6
	Kvinder %	1,5*	1,2*	1,0	0,9	2,1*	1,5*	1,3	1,2
7. Sygdomme i øje og øjenomgivelser	Mænd %	1,5	1,9*	1,5	1,5	1,6	1,7	1,6	1,4
	Kvinder %	2,3*	2,0	2,0	1,9	1,9*	1,8	1,6	1,5
8. Sygdomme i øre processus mastoideus	Mænd %	0,9	0,8	0,7	0,8	0,8	0,8	0,7	0,9
	Kvinder %	0,8	0,7	0,7	0,7	0,9	0,6	0,7	0,8
9. Sygdomme i kredsløbsorganer	Mænd %	10,6*	7,2*	5,5*	4,9	13,0*	8,2*	7,0*	5,4
	Kvinder %	7,5*	4,4*	3,6*	2,9	7,8*	4,8*	3,9*	3,0
10. Sygdomme i åndedrætsorganer	Mænd %	4,1*	2,3*	1,8*	1,3	6,2*	3,5*	2,8*	2,0
	Kvinder %	3,6*	1,8*	1,4*	1,1	4,0*	1,9*	1,7*	1,3
11. Sygdomme i fordøjelsesorganer	Mænd %	3,6*	2,4*	1,6	1,4	4,2*	2,5*	2,1	1,7
	Kvinder %	2,6*	1,7*	1,5*	1,0	3,3*	2,0*	1,8*	1,2
12. Sygdomme i hud og underhud	Mænd %	0,9*	0,6	0,5	0,5	1,2*	0,9*	0,6	0,7
	Kvinder %	0,4*	0,4*	0,3	0,2	0,6*	0,6*	0,4	0,4
13. Sygdomme i knogler, muskler og bindevæv	Mænd %	4,4*	2,9*	2,3	2,2	4,3*	2,9*	2,4	2,1
	Kvinder %	7,4*	5,1*	4,1*	3,4	6,5*	4,4*	3,4	3,1
14. Sygdomme i urin- og kønsorganer	Mænd %	3,3*	2,4*	2,1	1,8	3,7*	2,8*	2,5*	2,1
	Kvinder %	2,1*	1,3*	1,1	0,9	2,4*	1,4*	1,2	1,1
18. Symptomer og abnorme fund ikke klassificeret andetsteds	Mænd %	6,4*	3,9*	3,2*	2,7	7,2*	4,5*	4,0*	3,0
	Kvinder %	4,0*	2,2*	1,9*	1,6	4,5*	2,7*	2,2*	1,6
19. Læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger	Mænd %	5,3*	3,1*	2,4*	1,8	6,7*	3,5*	2,3*	1,9
	Kvinder %	7,7*	3,2*	2,2*	1,7	8,6*	3,4*	2,3*	1,9

Note: KORAs egne beregninger på baggrund af udtræk fra Danmarks Statistiks registre



**Det Nationale Institut
for Kommuner og Regioners
Analyse og Forskning**

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00