

"ØVELSE GØR MESTER" I NÆSTVED KOMMUNE

EVALUERING AF LIVSKVALITET I FORBINDELSE MED ET
REHABILITERINGSFORLØB PÅ PLEJECENTRE



15:30

ANU SIREN
RIKKE NØHR BRÜNNER
RUNE CHRISTIAN HOLGER JØRGENSEN

15:30

"ØVELSE GØR MESTER" I NÆSTVED KOMMUNE

EVALUERING AF LIVSKVALITET I FORBINDELSE MED ET
REHABILITERINGSPROJEKT PÅ PLEJECENTRE

ANU SIREN
RIKKE NØHR BRÜNNER
RUNE CHRISTIAN HOLGER JØRGENSEN

KØBENHAVN 2015
SFI – DET NATIONALE FORSKNINGSCENTER FOR VELFÆRD

"ØVELSE GØR MESTER" I NÆSTVED KOMMUNE. EVALUERING AF LIVSKVALITET I
FORBINDELSE MED ET REHABILITERINGSPROJEKT PÅ PLEJECENTRE

Afdelingsleder: Kræn Blume Jensen
Afdelingen for Socialpolitik og Velfærd

ISSN: 1396-1810
e-ISBN: 978-87-7119-322-0

Layout: Hedda Bank
Forsidefoto: Colourbox

© 2015 SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd
Herluf Trolles Gade 11
1052 København K
Tlf. 33 48 08 00
sfi@sfi.dk
www.sfi.dk

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

INDHOLD

	FORORD	5
	SAMMENFATNING	7
1	INDLEDNING	11
	Baggrund for evalueringen	11
	Livskvalitet som begreb og fænomen	13
	Beskrivelse af ØGM-forløbet	16
	Rapportens opbygning	18
2	METODE	19
	Rekruttering og præsentation af beboere	20
	ASCOT-metoden	21
	Dataindsamling	28
	Etik	30
	Praktiske udfordringer	30

3	LIVSKVALITET OG "ØGM"	33
	Forventet omsorgsbetinget livskvalitet	33
	Nuværende omsorgsbetingede livskvalitet	41
	Metodologiske forbehold	48
4	KONKLUSION OG PERSPEKTIVER	53
	Begrænset virkning på livskvalitet	54
	ØGM-forløbet består af meningsfyldte sociale aktiviteter	54
	BILAG	57
	Bilag 1 Beboernes rating for alle 22 beboere målt før ØGM-forløbet	57
	Bilag 2 Beboernes rating for de 15 beboere, der både er målt før og efter ØGM-forløbet	59
	LITTERATUR	63
	SFI-RAPPORTER SIDEN 2014	65

FORORD

I januar 2012 iværksatte Næstved Kommune rehabiliteringsprojektet Øvelse Gør Mester på alle kommunens plejecentre med henblik på at øge beboernes livskvalitet. Denne rapport belyser aspekter af de ældres livskvalitet, før og efter de har deltaget i Øvelse Gør Mester.

SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd ønsker at takke alle, der har deltaget i evalueringen. Specielt vil vi gerne takke beboerne for at have lukket os ind i deres hjem og for at give os indblik i deres hverdag. Dataindsamlingen er foretaget af studentermedarbejderne Maj Bjerre, Sinem Signe Arslan og Astrid Krogshede, praktikant Mette Olesen, videnskabelig assistent Rune Christian Holger Jørgensen og ph.d.-studerende Rikke Nøhr Brünner.

Rapporten er skrevet af Rune Christian Holger Jørgensen under ledelse af Rikke Nøhr Brünner og seniorforsker Anu Siren. Cand.oecon. Eigil Boll Hansen, KORA, har gennemlæst rapporten, og SFI takker ham for gode og konstruktive kommentarer.

Undersøgelsen er iværksat på foranledning af Næstved Kommune.

København, december 2015

AGI CSONKA

SAMMENFATNING

Denne rapport beskriver en evaluering af de ældres livskvalitet i relation til rehabiliteringsforløbet Øvelse Gør Mester (ØGM), der har været iværksat på alle plejecentre i Næstved Kommune. Et ØGM-forløb er en periode på maksimalt 16 uger, hvor den deltagende beboer med personalets hjælp øver sig i nogle hverdagsfærdigheder, som beboeren selv har prioriteret at mestre – fx at kunne bade selv. Formålet med ØGM-forløbene er at fokusere på beboernes selvhjulpenhed og derigennem opnå en forventet øget livskvalitet. Næstved Kommunes succeskriterium for ØGM-forløbene er, at minimum 50 pct. af de deltagende beboere oplever øget livskvalitet. Evalueringen har fokus på, i hvilket omfang kommunens succeskriterie er nået.

Undersøgelsens resultater bygger på ASCOT (Adult Social Care Outcomes Toolkit), som er en metode, der er udviklet til at måle ældre plejeboligbeboeres livskvalitet. Idet ASCOT-metoden er udviklet med henblik på plejeboligbeboere, tager metoden udgangspunkt i begrebet *omsorgsbetinget livskvalitet*, da plejeboligbeboere befinder sig i et miljø, hvor pleje og omsorg er en naturlig del af miljøet og hverdagen. Omsorgsbetinget livskvalitet skal således ikke forveksles med livskvalitet generelt, men dækker primært aspektet livskvalitet, der må forventes at være afhængig af den pleje og omsorg, som den enkelte modtager.

I henhold til ASCOT-metoden defineres livskvalitet med udgangspunkt i otte livskvalitetsdomæner:

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

På baggrund af observationsstudier af den ældres hverdagsliv og indsamlede spørgeskemaer besvaret af enten den ældre selv eller en pårørende samt spørgeskemabesvarelser fra et personalemedlem, der kender den ældre godt, vurderes den ældres omsorgsbetingede livskvalitet på baggrund af de otte livskvalitetsdomæner. Vurderingen har inden for hvert domæne tre mulige udfald, henholdsvis ”store uopfyldte behov”, ”nogle uopfyldte behov” eller ”ingen uopfyldte behov”. Når alle domæner ses under ét, opnås et samlet mål for den ældres omsorgsbetingede livskvalitet.

Med ASCOT-metoden undersøges to varianter af den omsorgsbetingede livskvalitet. Den første variant er den *nuværende* omsorgsbetingede livskvalitet, som beskriver beboerens omsorgsbetingede livskvalitet i den nuværende situation, hvor beboeren modtager pleje og omsorg. Den anden variant er den *forventede* omsorgsbetingede livskvalitet, som beskriver den omsorgsbetingede livskvalitet i den hypotetiske situation, hvor beboeren ikke modtager den nuværende pleje og omsorg. Forskellen mellem den nuværende og den forventede omsorgsbetingede livskvalitet kan således tilskrives den aktuelle pleje og omsorg.

ASCOT-metoden er tidligere anvendt med det formål at måle *niveauet* for borgeres omsorgsbetingede livskvalitet på et givet tidspunkt. Vi er ikke bekendt med, at ASCOT er blevet anvendt til at måle *udviklingen* i de samme beboeres omsorgsbetingede livskvalitet over tid, sådan som vi gør i denne undersøgelse. Vi har i den forbindelse særligt fokus på den *forventede* omsorgsbetingede livskvalitet, dvs. i den hypotetiske situation uden pleje og omsorg, da formålet med ØGM er at gøre den enkelte beboer, der deltager i ØGM, mere selvhjulpent. Et særligt fokus i rapporten

er således på, om ASCOT egner sig til at evaluere en rehabiliteringsindsats som ØGM.

RESULTATER

Undersøgelsens resultater bygger på 15 plejeboligbeboere, der alle har gennemført et ØGM-forløb, og som har gennemført en ASCOT-måling både før og efter ØGM-forløbet.

Udgangspunktet for evalueringen er en forventning om, at hvis en plejeboligbeboer bliver mere selvhjulpen, vil beboeren også opleve en øget livskvalitet, og ØGM har netop til formål at styrke graden af selvhjulpenhed. Alt andet lige vil man derfor kunne have en forventning om, at dette vil afspejle sig i den forventede omsorgsbetingede livskvalitet, dvs. i den hypotetiske situation uden den nuværende pleje og omsorg. Denne forventning bliver dog ikke indfriet, idet undersøgelsen viser, at på tværs af beboerne i undersøgelsesgruppen er der ikke nogen signifikant ændring i den forventede omsorgsbetingede livskvalitet, henholdsvis før og efter deltagelse i ØGM. At forventningen ikke indfries, kan skyldes flere ting, og bl.a. at flere beboere undervejs blev ramt af sygdom eller lignende forhold, som svækkede dem og dermed påvirkede deres forventede omsorgsbetingede livskvalitet negativt.

I forhold til den nuværende omsorgsbetingede livskvalitet, dvs. situationen med den nuværende pleje og omsorg, var forventningen, at der ikke ville være nogen væsentlig ændring i ASCOT-målingerne henholdsvis før og efter deltagelse i ØGM, idet ØGM-forløbet ikke er målrettet at forbedre pleje og omsorg som sådan. Heller ikke denne forventning bliver indfriet, idet undersøgelsen viser, at beboernes nuværende omsorgsbetingede livskvalitet er forbedret. Der er særligt store forbedringer inden for livskvalitetsdomænerne *aktiviteter* og *social kontakt*, der giver anledning til dette resultat. Dette indikerer, at beboerne har fået nogle meningsfyldte og glædesgivende aktiviteter i hverdagen samt øget social kontakt. Denne forbedring kan være en positiv afledt effekt af ØGM, som ikke var forudsat, der således virker ved at give beboerne meningsfyldte aktiviteter samt øget social kontakt.

PERSPEKTIVER

Evalueringen baserer sig på en relativt lille undersøgelsesgruppe, og der har undervejs været et stort frafald af beboere, hvorfor vi er forsigtige

med at generalisere undersøgelsens konklusioner til at gælde for alle beboere, som har været gennem ØGM-forløb i Næstved.

På baggrund af vores undersøgelse kan vi ikke konkludere, om beboere, der deltager i ØGM, efterfølgende oplever en øget livskvalitet målt ved en forbedring i beboernes *forventede* omsorgsbetingede livskvalitet. Til dette hører dog, at ASCOT har vist sig, med sin relativt ”grove” inddeling, når livskvaliteten måles inden for hvert af de otte livskvalitetsdomæner, at have svært ved på individniveau at måle udvikling i livskvalitet inden for en relativt kort tidsperiode. Dertil kommer, at beboere i plejeboliger er typisk meget svage, og deres helbred er for manges vedkommende skrøbeligt, og de rammes ofte af sygdom, skader osv., hvilket kan påvirke den enkelte ældres ØGM-forløb.

Evalueringen bidrager dog med viden om ØGM i forhold til beboernes livskvalitet, fx at forløbet i sig selv kan være glædesgivende, samtidig med at det potentielt kan løfte den enkelte beboers nuværende omsorgsbetingede livskvalitet. Det er anvendelig viden for plejepersonale, centerledere og andre aktører i ældreplejen i forbindelse med planlægning og gennemførelse af lignende forløb i fremtiden.

DATAGRUNDLAG

Der var tilfældigt udtrukket 25 beboere til at indgå i evalueringen. Det er dog kun 15 af disse, som indgår i analysen.

- Vi har anvendt ASCOT-metoden til at måle hver enkelt beboers omsorgsbetingede livskvalitet før og efter vedkommendes deltagelse i ØGM-forløbet. Det betyder, at vi af to omgange har observeret beboerens dagligdag, har interviewet beboeren eller pårørende og har interviewet det plejepersonalemedlem, som bedst kender beboeren.
- Ved målingen efter ØGM-forløbet har vi i forlængelse af ASCOT-metoden stillet nogle tillægsspørgsmål til beboerne eller deres pårørende. Formålet med disse tillægsspørgsmål har været at få viden om de enkelte ØGM-forløb og om beboernes egne oplevelser af at deltage i forløbet, for derved at kunne kvalificere resultaterne fra ASCOT-målingerne.

INDLEDNING

BAGGRUND FOR EVALUERINGEN

De ældre beboere på landets plejecentre¹ er alle i større eller mindre grad svage og plejekrævende, og en væsentlig andel lider af demens – anslået mellem 50 og 80 pct. af plejeboligbeboerne (Rostgaard m.fl., 2012). Borgerne på plejecentrene er dermed afhængige af den pleje og omsorg, som de modtager. Mange plejecentre arbejder med livskvalitet som et vigtigt fundament i deres værdigrundlag og har fokus på, hvordan plejen og omsorgen bidrager til beboernes generelle trivsel (ibid.). Næstved Kommune har pr. 1. januar 2012 igangsat det fireårige rehabiliteringsprojekt Øvelse Gør Mester (ØGM) på kommunens 13 plejecentre, som har til formål at gøre beboerne mere selvhjulpne og derigennem forbedre deres livskvalitet.

Kommunens succeskriterie er, at minimum 50 pct. af beboerne, der deltager i et ØGM-forløb, får øget deres livskvalitet. Vi på SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd har fået til opgave at evaluere ØGM-forløbet med udgangspunkt i dette succeskriterie.

1. "Plejecentre" bruges her som en fællesbetegnelse for plejeboliger og omsorgsboliger.

EVALUERINGEN KORT BESKREVET

Evalueringen tager afsæt i ASCOT-metoden (Adult Social Care Outcome Toolkit), der er udviklet til at måle ældre borgeres omsorgsbetingede livskvalitet. Vi anvender ASCOT-metoden, fordi metoden er specielt velegnet i forhold til at måle plejeboligbeboeres livskvalitet, og fordi den tidligere har været brugt i en dansk sammenhæng. Desuden er vi interesserede i at undersøge metodens potentiale i forhold til at måle ændringer i beboeres omsorgsbetingede livskvalitet over tid. SFI har god erfaring med anvendelse af ASCOT fra en større baselineundersøgelse af omsorg og livskvalitet i danske plejeboliger, hvor metoden således blev anvendt til at angive borgernes omsorgsbetingede livskvalitet på et bestemt tidspunkt (Rostgaard m.fl., 2012). ASCOT-metoden er netop også valideret til sådanne baselineundersøgelser (Forder m.fl., 2008), men i denne evaluering af ØGM-forløbet i Næstved Kommune afprøver vi metodens anvendelighed i forhold til at registrere ændringer over tid. Således bidrager denne evaluering også med viden om muligheder og begrænsninger i forhold til ASCOT-metodens anvendelighed i evalueringsmæssigt øjemed.

ASCOT-metoden baserer sig dels på strukturerede observationer af beboernes hverdag og dels på strukturerede interview med både plejepersonalet og beboerne (eller deres pårørende, hvis beboerne ikke selv er i stand til at gennemføre et interview). På baggrund af disse observationer og interview ”rates” beboerne i henhold til deres uopfyldte behov inden for otte livskvalitetsdomæner:

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

Beboerne rates på en 3-punktsskala i forhold til, om de har ”store uopfyldte behov”, ”nogle uopfyldte behov” eller ”ingen uopfyldte behov”. Beboerne rates i henhold til hvert livskvalitetsdomæne, både ud fra deres nuværende situation, hvor de modtager pleje og omsorg, og ud fra den

hypotetiske situation, hvor de ikke modtager pleje og omsorg. På baggrund af disse ratings udregnes en værdi for henholdsvis beboernes *nuværende* og *forventede* omsorgsbetingede livskvalitet.

I denne undersøgelse rater vi beboerne to gange – før og efter deres deltagelse i ØGM-forløbet – og vi ser på udviklingen over tid i beboernes forventede og nuværende omsorgsbetingede livskvalitet.

Ved anden måling har vi endvidere suppleret dataindsamlingen blandt beboerne (alternativt deres pårørende) med nogle få tillægsspørgsmål vedrørende beboerens oplevelse af ØGM-forløbet. Vi har stillet tillægsspørgsmålene med henblik på at kunne kvalificere ASCOT-målingernes resultater.

I udgangspunktet var der lagt op til, at 25 beboere skulle indgå i undersøgelsen, og der skulle for hver enkelt foretages en ASCOT-måling både før og efter borgerens deltagelse i ØGM. Blandt de 25 beboere var der dog nogle, der af forskellige grunde alligevel ikke ønskede at deltage i undersøgelsen, da ASCOT-målingerne konkret skulle foretages. Det var tilfældet både ved før- og eftermålingen. Yderligere var der nogle, som af forskellige årsager ikke gennemførte ØGM-forløbet, og hvor der derfor ikke er nogen eftermåling. Det har ikke været muligt at kompensere for bortfaldet ved at inddrage yderligere beboere. Det skyldes primært, at selve rekrutteringen af borgere til undersøgelsen er relativt tidskrævende i forhold til at udpege borgere, indhente tilsagnserklæringer, træffe aftaler mv., og dette var ikke muligt inden for evalueringens oprindelige tidsmæssige ramme. Undersøgelsen baserer sig derfor på 15 ud af de oprindelige 25 udvalgte beboere.

LIVSKVALITET SOM BEGREB OG FÆNOMEN

Det kan være vanskeligt at undersøge ældres livskvalitet, da ældre ofte finder det svært eller endda ubehageligt at tale eksplicit om livskvalitet. Det gælder specielt for ældre, der befinder sig i en sårbar livssituation, hvor de er afhængige af andres hjælp, hvilket borgerne på plejecentrene gør (Christophersen, 1999). Livskvalitet er også svært at definere og optræder i forskningslitteraturen under synonymer som ”trivsel”, ”velbefindende”, ”lykke” og ”tilfredshed”, hvilket gør emnet vanskeligt at undersøge systematisk. Desuden er livskvalitet en kompleks størrelse, der

inkluderer objektive og subjektive aspekter, som relaterer sig til både en individuel og en samfundsmæssig kontekst (Rostgaard m.fl., 2012).

På trods af ovenstående bliver der i stigende grad forsket i livskvalitet på ældreområdet, hvilket sandsynligvis kan tilskrives udsigten til en langt større andel ældre i befolkningen (ibid.).

Studier af livskvalitet tager udgangspunkt i alt fra Maslows (1954) behovspyramide til klassiske modeller baseret udelukkende på subjektive opfattelser af livskvalitet (Bowling, 2004). Bowling (2004) mener dog, at meget af forskningen i livskvalitet i for ringe grad undersøger begrebet med udgangspunkt i de ældres egen opfattelse af, hvad livskvalitet er. Dette er en kritik, som også i nogen grad kan rettes mod ASCOT-metoden, da den har defineret de otte livskvalitetsdomæner som værende udtømmende for forståelsen af livskvalitet. Til forsvar for metoden skal det dog siges, at det i ASCOT-metoden er beboerens egen opfattelse af, hvor stort vedkommendes behov er inden for et givet domæne, der vægter tungest i den endelige vurdering af borgerens nuværende omsorgsbetingede livskvalitet.

LIVSKVALITET HOS BORGERE PÅ PLEJECENTRE

For ældre borgere på plejecentre er livskvalitet i høj grad relateret til den pleje og omsorg, som de modtager, samt de rammer, de modtager denne omsorg og pleje inden for.

Ifølge Gabriel & Bowlings (2004) analyse af internationale studier handler livskvalitet for ældre i plejeboliger som oftest om følgende tre temaer:

- Omgivelserne
- Aktiviteterne
- Relationerne.

Ligeledes peger danske studier af ældres trivsel på plejainstitutioner på disse tre aspekter. Omgivelserne, herunder boligens indretning, kan medvirke til, at boligen føles som et hjem og mindre som en institution (Gottschalk m.fl., 1997). Hvis borgerne fx har mulighed for at have planter og dyr, kan det bidrage til øget trivsel (Møller & Knudstrup, 2008). Desuden har det ifølge bl.a. Hansen & Jessen (2011) også betydning, at udearealerne er attraktive og stimulerende.

Muligheden for, at borgerne på plejecentrene kan indgå i meningsfulde relationer, fremhæves også som afgørende for mange borgers trivsel (Korremann m.fl., 1982). Flere undersøgelser peger i den sammenhæng på, at maden og måltidssituationen ikke blot er væsentlige ud fra ernæringsmæssige aspekter, men også ud fra psykosociale og identitetsmæssige aspekter (Bundgaard & Christensen, 1999; Kofoed, 2008).

De ældre borgers relation til medarbejderne har i flere danske undersøgelser også vist sig at være en væsentlig trivselsfaktor. Christophersen (1999) peger således på, at det specielt er vigtigt for de borgere, der er mest afhængige af hjælp, at deres afhængighed anerkendes og respekteres. Derimod betyder autonomi, individualitet og selvbestemmelse mindre for denne gruppe. SFI's undersøgelse af kvalitet i ældreplejen (Rostgaard & Thorgaard, 2007) påpeger, at plejeboligbeboerne prioriterer personalets væremåde højest, når beboerne skal vægte forskellige kvalitetsegenskaber knyttet til plejen, omsorgen og selve plejeboligen. I den sammenhæng er det særlig vigtigt for plejeboligbeboere, at plejepersonalet udviser respekt for de ældre borgere, og at plejepersonalet er venligt. De lægger derudover også stor vægt på, at plejepersonalet hjælper dem med at holde påklædning og personlig hygiejne i orden.

OMSORGSBETINGET LIVSKVALITET IFØLGE ASCOT-METODEN

Tilgangen til omsorgsbetinget livskvalitet i ASCOT-metoden afspejler de nævnte temaer – omgivelser, aktiviteter og relationer – og inkluderer derudover aspekter, som berører almen sundhed og velbefindende. Konkret operationaliseres livskvalitet i ASCOT-metoden til otte livskvalitetsdomæner, der bliver beskrevet mere detaljeret i kapitel 2. De otte livskvalitetsdomæner er baseret på forståelsen af, hvad der udgør centrale behovsfunktioner i et menneskes dagligdag (Sen, 1993; Sen, 1985). Domænerne inkluderer dels basale behovsfunktioner, såsom behovet for føde, for at være ren, for at få tøj på, for at føle sig tryk osv., dels mere komplicerede behovsfunktioner, såsom at indgå i sociale relationer, have mulighed for at deltage i stimulerende og interessante aktiviteter osv. Antagelsen er, at jo bedre disse behovsfunktioner er dækket for den enkelte borger, jo højere omsorgsbetinget livskvalitet vil vedkommende have (Forder m.fl., 2008). I metodekapitlet, kapitel 2, gennemgår vi nærmere, hvordan omsorgsbetinget livskvalitet måles inden for hvert af de otte domæner.

BESKRIVELSE AF ØGM-FORLØBET

Øvelse Gør Mester er et hverdagsrehabiliteringsprojekt, som har fokus på den enkelte beboers selvhjulpenhed i dagligdagen. Udgangspunktet er en antagelse om, at en højere grad af selvhjulpenhed for den enkelte beboer også øger beboerens livskvalitet. Den enkelte beboer gennemgår et ØGM-forløb, der grundlæggende er et intensivt rehabiliteringsforløb på maksimalt 16 uger, hvor beboeren over sig i hverdagsfærdigheder, som vedkommende selv ønsker at kunne mestre. Idéen er, at beboeren sætter sig mål, som kan nås gennem ØGM-forløbet, og som vil gøre vedkommende mere selvhjulpen og potentielt løfte vedkommendes livskvalitet (Næstved Kommune, 2014). Hvis beboeren fx ønsker at kunne bade selv, så udvikler personalet et forløb for beboeren, hvor beboeren regelmæssigt skal øve sig i at bade under vejledning fra plejepersonalet, hvilket gerne skal munde ud i, at beboeren mestrer badningen og derved øger sin livskvalitet. Et ØGM-forløb kan også have til hensigt, at en beboer skal kunne deltage i at vande sine egne planter, at kunne betjene sin egen radio og derved kunne lytte til musik selv. Formålene for ØGM varierer fra beboer til beboer og afhænger af beboernes motivation og ønsker.

INDIVIDUELLE MÅL OG UNIKKE ØGM-FORLØB

Ifølge Næstved Kommune (2014) skal beboerens ”mål/drømme for fremtiden” afdækkes i et indledende dialogmøde mellem beboer, personale og eventuelt pårørende, hvor beboerens livshistorie sættes i fokus. Med udgangspunkt i beboerens mål planlægger et tværfagligt team, som normalt består af en ergo- eller fysioterapeut, en sygeplejerske, en social- og sundhedsassistent og/eller en social- og sundhedshjælper, et ØGM-forløb for beboeren. ØGM-forløbet inkluderer borgerens medicin, ernæring, træning og aktiviteter, samlet benævnt META. Det tværfaglige team står for at arrangere og koordinere beboerens træning og aktiviteter, for at beboeren kan nå sine individuelle mål og drømme. Desuden skal teamet løbende evaluere forløbet og justere borgerens META i henhold til borgerens nye muligheder og ressourcer (Næstved Kommune, 2014).

Da ØGM-forløbet planlægges og styres ud fra nogle mål, der er snævert knyttet til den enkelte beboers specifikke ønsker og behov, er beboernes ØGM-forløb også meget forskellige. Nogle vil gerne kunne tage et bad selv, nogle vil gerne deltage i flere aktiviteter, og nogle vil gerne blive mere mobile – disse beboere træner selvsagt meget forskellige

øvelser. I boks 1.1 giver vi et eksempel fra en af beboerne, der indgår i denne evaluering, som optræder i rapporten under pseudonymet Lis.

BOKS 1.1

Eksempel på ØGM-forløb for beboeren Lis.

Lis har gennem længere tid haft problemer med sine fingre, der sov. Det medfører, at hun har svært ved at holde på sit bestik og derfor er afhængig af personalets hjælp ved måltiderne.

I samråd med personalet valgte Lis, at hendes mål for ØGM-forløbet skulle være at blive i stand til selv at skære sin mad ud. Hvis hun nåede dette mål, ville hun for det første undgå at sidde og vente på personalets hjælp og dermed undgå, at hendes mad blev kold. For det andet ville hun opnå større selvstændighed og dermed større kontrol over sin dagligdag.

Der blev etableret et forløb, hvor Lis skulle træne sine fingre et par gange om ugen sammen med en ergoterapeut. Hun skulle bl.a. kaste ærteposer i en spand og øve sin finmotorik ved at samle små figurer op og placere dem på særlige pladser. Desuden fik hun udleveret specielt bestik med særligt tykt skaft, som skulle gøre det lettere at holde om bestikket.

Lis' ØGM-forløb var officielt afsluttet, da vi interviewede hende anden gang, men faktisk er træningen fortsat efterfølgende, hvilket både Lis og personalet ønsker.

FRA PLEJEKULTUR TIL MESTRINGSKULTUR

Som en udløber af ØGM ønsker kommunen også at arbejde med personalets praksis på plejecentrene, hvilket fremgår af kommunens mål for ØGM. Et af målene er:

At der hos medarbejderne sker ændring af de mentale koder – dvs. gå fra plejekultur til mestringskultur (Næstved Kommune, 2014, s. 4).

Kommunen ønsker således en bevægelse væk fra en traditionel plejekultur over imod en mestringskultur. En plejekultur er, som vi forstår det, en kultur, hvor praksis primært har været fokuseret omkring at yde basal pleje, såsom at give borgerne mad og medicin og sørge for, at de har en god hygiejne. Mestringskulturen adskiller sig fra plejekulturen på to punkter:

- Ved at have mere fokus på at forsøge at rehabilitere borgerne, så de bliver i stand til i højere grad at klare sig selv, fx mestre selv at tage bad.

- Ved at have mere fokus på borgernes egne ønsker og behov, således at plejepersonalet i mestringskulturen i mindre grad end i plejekulturen styrer borgerens liv.

ØGM-FORLØBETS MÅL OG MÅLGRUPPE

Næstved Kommune skriver, at formålet med ØGM-forløbet er, at beboere, som befinder sig i risikogruppen for at få betydelige begrænsninger i deres fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. I den sammenhæng har plejecentrene i Næstved bl.a. som mål at skabe rammer, som sikrer, at den enkelte borger har mulighed for at leve et liv på egne betingelser og opnå størst mulig livskvalitet (Næstved Kommune, 2014).

Målgruppen for ØGM-forløbet i Næstved Kommune inkluderer principielt alle beboere på kommunens plejecentre (ibid.), men det er ikke alle beboere, der har gennemgået et ØGM-forløb. ØGM-deltagerne er primært de beboere, som selv ønskede at deltage, og som personalet vurderede, ville kunne gennemføre forløbet, og som fx ikke var terminale. Konkret startede 78 borgere på ØGM-forløbet omkring september 2014. Disse borgere udgør således den population, hvorfra vi har foretaget en tilfældig udtrækning af et antal borgere med henblik på at indgå i denne evaluering.

RAPPORTENS OPBYGNING

ASCOT-metoden gennemgås nærmere i kapitel 2, hvor vi mere detaljeret beskriver de anvendte metoder, hvilke data der indgår i beregningen af omsorgsbetinget livskvalitet, og hvordan dataindsamlingen er foregået. I kapitel 3 gennemgår vi resultaterne fra ASCOT-målingerne, hvor vi først præsenterer udviklingen i beboernes forventede omsorgsbetingede livskvalitet og dernæst præsenterer udviklingen i beboernes nuværende omsorgsbetingede livskvalitet. I slutningen af kapitlet gennemgår vi evalueringens metodologiske forbehold. I kapitel 4 konkluderer vi på vores resultater og vurderer, i hvilket omfang ØGM-forløbet, på baggrund af ASCOT-målingerne, har øget livskvaliteten for beboerne.

METODE

I denne undersøgelse har vi indsamlet data om beboerne, før og efter de har deltaget i et Øvelse Gør Mester (ØGM). Vores metode ved disse to dataindsamlingsrunder har været ASCOT-metoden, hvori beboerne rates på en række livskvalitetsdomæner fra 1 til 3, hvilket gør det muligt at kvantificere beboernes omsorgsbetingede livskvalitet. Vi har således udregnet nogle værdier for beboernes omsorgsbetingede livskvalitet, før og efter de har været igennem et ØGM-forløb. Dette har vi gjort for at afdekke eventuelle ændringer over tid som et kvantificerbart mål for virkningen af ØGM-forløbet på beboernes livskvalitet.

Som supplement til ASCOT-metoden har vi i forbindelse med anden måling stillet beboerne eller deres pårørende nogle få tillægsspørgsmål. Dette har vi gjort for at få viden om beboernes konkrete ØGM-forløb og om beboernes egen oplevelse af forløbene for derved at kunne kvalificere ASCOT-resultaterne.

I det følgende vil vi give en kort præsentation af de beboere, der danner baggrund for undersøgelsen, og hvordan de blev rekrutteret til at deltage. Derefter vil vi gå nærmere ned i beskrivelserne af ASCOT-metoden og de tillægsspørgsmål, vi har anvendt, hvordan vi konkret har anvendt ASCOT-metoden, og hvilke udfordringer vi er stødt på undervejs. I afslutningen af kapitlet vil vi redegøre for de etiske overvejelser, der ligger til grund for undersøgelsen.

REKRUTTERING OG PRÆSENTATION AF BEBOERE

Undersøgelsen baserer sig på 15 beboere, heraf seks mænd og ni kvinder, i plejeboliger på ni forskellige plejecentre i Næstved Kommune. Beboerne er mellem 74 og 93 år ved anden ASCOT-måling med en gennemsnitsalder på over 84 år. Tre af beboerne har diagnosticeret demens, og en fjerde har begyndende demens. I disse fire tilfælde har vi i stedet interviewet beboerens pårørende i overensstemmelse med ASCOT-metoden.

UDVÆLGELSE OG FRASORTERING

I udgangspunktet var udtrukket tilfældigt 25 beboere² til at indgå i undersøgelsen. De blev udtrukket fra alle 13 plejecentre i Næstved Kommune, på en sådan måde at alle centrene ville være repræsenteret af minimum én beboer i undersøgelsen.

Da første ASCOT-måling skulle gennemføres, måtte vi dog opgive at rate tre af de udtrukne beboere. Den ene beboer havde demens, og vedkommendes pårørende kunne ikke deltage i interviewet som proxy for beboeren, hvilket er et krav i ASCOT-metoden. Den anden kunne vi ikke få lov til at interviewe uden personalets tilstedeværelse, og den tredje beboer gav ikke samtykke til at blive observeret, da vi besøgte plejecentret. Det var således kun muligt at rate 22 af de 25 tilfældigt udtrukne beboere ved første ASCOT-måling.

Mellem første og anden måling faldt yderligere tre beboere fra. En beboer døde, en anden fik konstateret alvorlig sygdom og blev indlagt, hvorfor vedkommende måtte udgå af ØGM og dermed ikke kunne indgå i undersøgelsen, og en tredje beboer blev trukket ud af ØGM-forløbet af personalet, da de vurderede, at beboeren faktisk ikke ønskede at deltage i ØGM. Således kunne kun 19 af de 22 beboere, som havde gennemført første ASCOT-måling, danne udgangspunkt for at gennemføre anden ASCOT-måling.

Af de 19 beboere, der var udgangspunktet for anden ASCOT-måling, ønskede tre beboere ikke at blive observeret ved anden måling. Yderligere en af de 19 beboere indgår ikke i analysen, da hun ikke har været igennem et reelt ØGM-forløb, idet hun var meget selvhjulpne og blot havde det ønske, at hun skulle fortsætte med sin dagligdag som hid-

2. Vi anvendte funktionen "SLUMPMELEMM" i Microsoft Excel til den tilfældige udtrækning af beboere.

til. For hende bestod forløbet i, at hun skulle fortsætte sine daglige rutiner, som hun hele tiden havde gjort, hvilket man dårligt kan kalde en ”indsats”. Disse fire beboere boede alle i omsorgsboliger.

Således endte vi op med, at 15 beboere danner baggrund for den endelige analyse, og de har alle gennemført både første og anden ASCOT-måling henholdsvis før og efter ØGM-forløbet.

ASCOT-METODEN

Adult Social Care Outcomes Toolkit (ASCOT) er udviklet til at vurdere og kvantificere omsorgsbetinget livskvalitet ved at kombinere data fra besøgsinterview og observationsstudier (Netten m.fl., 2010). ASCOT-metoden er udviklet, afprøvet og valideret i England. Senere anvendte forskere på SFI metoden i et studie af omsorg og livskvalitet i danske plejeboliger, hvilket resulterede i en rapportudgivelse i 2012 (Rostgaard m.fl., 2012).

Nærværende afsnit om ASCOT-metoden trækker på metodekapitlet i rapporten fra 2012, og vi vil i denne rapport kun opridsede de mest grundlæggende karakteristika ved metoden. Hvis man som læser ønsker mere dybdegående viden om ASCOT-metoden, anbefaler vi, at man læser SFI-rapporten fra 2012: *Omsorg og livskvalitet i plejeboligen* (Rostgaard m.fl.). Rapporten er tilgængelig på www.sfi.dk.

ASCOT-METODENS OUTCOMES

ASCOT er en metode, der gør det muligt at kvantificere den omsorgsbetingede livskvalitet som en ASCOT-score, der kan antage en værdi mellem 0 og 1, hvor 0 er lavest mulige omsorgsbetingede livskvalitet, og 1 er den højest mulige. ASCOT-scoren udregnes på baggrund af nogle ratings foretaget for hver beboer, der indgår i analysen. Der udregnes to scorere for henholdsvis den enkelte beboers *nuværende* og *forventede* omsorgsbetingede livskvalitet:

- Beboerens *nuværende omsorgsbetingede livskvalitet* er den omsorgsbetingede livskvalitet, som vedkommende har nu, hvor vedkommende modtager pleje og omsorg på plejecenteret.
- Beboerens *forventede omsorgsbetingede livskvalitet* er den omsorgsbetingede livskvalitet, som vedkommende kunne forventes at have, hvis

vedkommende ikke modtog pleje og omsorg. Den forventede omsorgsbetingede livskvalitet er således et mål for en kontrafaktisk situation.

Den nuværende og den forventede omsorgsbetingede livskvalitet udregnes for hver enkelt beboer. Differencen mellem den forventede og den nuværende omsorgsbetingede livskvalitet betegnes som *livskvalitetsforbedringen* og giver et mål for, hvor meget pleje og omsorg forbedrer beboernes livskvalitet. Den nuværende og den forventede omsorgsbetingede livskvalitet udregnes også gennemsnitligt for alle beboerne.

Ved at trække den forventede omsorgsbetingede livskvalitet fra den maksimale omsorgsbetingede livskvalitet, hvor der ikke er nogen uopfyldte behov (ASCOT-score = 1), så udregnes *forbedringskapaciteten*, som beskriver det potentiale, der er for at løfte beboernes omsorgsbetingede livskvalitet gennem pleje og omsorg (Rostgaard m.fl., 2012).

Det primære fokus for denne undersøgelse er at se på udviklingen inden for beboernes forventede og nuværende omsorgsbetingede livskvalitet før og efter deres deltagelse i ØGM-forløbet. Vi vil kun i mindre grad se på livskvalitetsforbedringen og forbedringskapaciteten.

LIVSKVALITETSDOMÆNER

ASCOT-metoden er udviklet til at måle *omsorgsbetinget* livskvalitet, hvilket ikke skal forveksles med livskvalitet generelt. Det medfører, at der kun fokuseres på de aspekter af livskvalitet, som man kan forvente, afhænger af den pleje og omsorg, der gives til beboerne på plejecentrene. Fokus er i forlængelse heraf på otte livskvalitetsdomæner, som er valgt ud fra en forståelse af, hvad der udgør centrale behovsfunktioner i et menneskes dagligdag (Sen, 1993; Sen, 1985). Domænerne er præsenteret og defineret i tabel 2.1.

TABEL 2.1

Domæner for omsorgsbetinget livskvalitet.

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

Kilde: Rostgaard m.fl., 2012, s. 31.

Domænerne inkluderer både basale behovsfunktioner, såsom at få dækket sit behov for føde, at være ren, at få tøj på, at føle sig tryk osv., og mere overordnede og abstrakte behovsfunktioner, såsom at indgå i sociale relationer, have mulighed for at deltage i aktiviteter, som stimulerer og interesserer én osv. Antagelsen er, at jo bedre disse behovsfunktioner er dækket, jo højere omsorgsbetinget livskvalitet vil man have som individ (Forder m.fl., 2008).

Udregningerne af beboernes nuværende og forventede omsorgsbetingede livskvalitet baserer sig i forlængelse heraf på vurderinger af, hvordan de enkelte beboeres behov inden for hvert domæne bliver opfyldt, henholdsvis i deres nuværende situation, hvor de modtager pleje og omsorg, og i den hypotetiske situation, hvor de ikke modtager pleje og omsorg.

Det er vigtigt at pointere, at der i vurderingen af, hvorvidt den enkelte beboer får sine behov opfyldt, tages højde for individuelle præferencer. Vurderingen af, hvorvidt en beboer har tilstrækkelig social kontakt, vurderes således ud fra, hvor meget social kontakt beboeren selv ønsker, og i hvilket omfang vedkommende kan realisere dette ønske.

DATAKILDER

Helt konkret bygger ASCOT-metoden på et struktureret besøgsinterview med den enkelte beboer, et struktureret besøgsinterview med det personalemedlem, der kender beboeren bedst, samt en struktureret observation af beboeren. I tilfælde, hvor afdelingslederen i plejeboligen vurderer, at en beboer ikke kan give et meningsfuldt interview, fx på grund af demens, foretages i stedet et struktureret telefon- eller besøgsinterview med en pårørende til beboeren. Tabel 2.2 viser de forskellige datakilder og deres indhold samt datakildernes hierarkiske placering i ratingen.

TABEL 2.2

Datakilder, indhold og hierarki i rating af omsorgsbetinget livskvalitet.

Datakilder	Hierarki	Indhold
Interview med beboer	1	ASCOT-spørgsmål om nuværende omsorgsbetinget livskvalitet.
(Alternativt interview med pårørende)	1	Baggrundsspørgsmål om beboer. ASCOT-spørgsmål om nuværende og forventet omsorgsbetinget livskvalitet.
Observation	2	Baggrundsspørgsmål om beboer. 2 timers observation af beboeren i tidsrummet 9-19 og i forbindelse med et måltid.
Interview med plejemedarbejder	2	ASCOT-spørgsmål om nuværende og forventet omsorgsbetinget livskvalitet. Baggrundsspørgsmål om beboer og plejemedarbejder.

Anm.: I undersøgelsen af omsorg og livskvalitet i plejeboligen (Rostgaard m.fl., 2012) foretog de observationerne i tidsrummet 9-13. Vi udvidede tidsrummet for observationerne, så vi kunne nå at observere mere end en beboer pr. dag, og så vi også kunne observere aftenmåltider.

Kilde: Rostgaard m.fl., 2012, s. 33.

INTERVIEW

Til ASCOT-interviewene anvendes to forskellige spørgeskemaer – et til beboere og et til plejepersonale og pårørende.

Spørgeskemaet til beboerne indeholder otte spørgsmål (et for hvert livskvalitetsdomæne), og det er rettet mod at afdække, hvordan den enkelte beboer vurderer sin *nuværende* omsorgsbetingede livskvalitet inden for hvert livskvalitetsdomæne.

Spørgeskemaet til plejepersonale og pårørende er rettet mod både at afdække beboerens *nuværende* og *forventede* omsorgsbetingede livskvalitet. Det betyder, at spørgeskemaet indeholder spørgsmål, hvor plejepersonale og pårørende både bedes vurdere, hvordan beboerens omsorgsbetingede livskvalitet er inden for hvert domæne nu, hvor beboeren modtager pleje og omsorg, og hvordan beboerens omsorgsbetingede livskva-

litet ville have været, hvis beboeren ikke modtog pleje og omsorg. I tabel 2.3 kan man se, hvordan spørgsmål og svarkategorier ser ud inden for domænet personlig pleje og velbefindende, hvem der får stillet hvilke spørgsmål, og om spørgsmålene er rettet mod at afdække beboerens nuværende eller forventede omsorgsbetingede livskvalitet. Strukturen er ens inden for syv af livskvalitetsdomænerne. Domænet ”værdighed” skiller sig ud, da det kun rates ud fra beboerens nuværende omsorgsbetingede livskvalitet.

TABEL 2.3

Spørgsmål og svarkategorier til beboere, plejepersonale og pårørende inden for domænet personlig pleje og velbefindende.

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

Kilde: Rostgaard m.fl., 2012, s. 34.

OBSERVATIONER

Strukturerede observationer af beboerens hverdag er ud over interview den sidste datakilde i ASCOT-metoden. Observationerne ligger ud over interviewene og varer sammenlagt to timer i tidsrummet 9-19, hvor beboeren skal observeres under minimum ét måltid, jf. tabel 2.2. Beboeren skal observeres under et måltid, da det her forventes, at der vil være en interaktion mellem beboer og personale.

Observationerne af beboerens hverdag foretages af intervieweren og giver informationer om, i hvilken grad beboeren er selvhjulpent, og i hvilken grad personalets pleje og omsorg løfter beboerens livskvalitet inden for de otte livskvalitetsdomæner. Grundtanken er, at observatøren skal være ”en flue på væggen” og således iagttage beboerens hverdag udefra uden at forstyrre (Rostgaard m.fl., 2012). Intervieweren skal derfor så vidt muligt undgå øjenkontakt med beboeren under observationen og undgå at snakke med beboeren.

I praksis er dette ideal til tider svært at efterleve, fx når observationerne er foregået i beboerens lille lejlighed, hvor beboeren har siddet anspændt og kigget på intervieweren og forsøgt at starte en samtale. I sådanne situationer har intervieweren svaret på spørgsmålene, men har efterfølgende forklaret beboeren, at de så vidt muligt ikke skal tale sammen, og at beboeren skal lade, som om intervieweren ikke er til stede.

RATING OG BEREKNING AF ASCOT-SCORE

På baggrund af data fra de tre datakilder ”rater” intervieweren beboeren ud fra, i hvilket omfang beboeren har uopfyldte behov inden for hvert af de otte livskvalitetsdomæner. Beboeren rates både i forhold til den nuværende situation, hvor vedkommende får pleje og omsorg, og i forhold til den kontrafaktiske situation, hvor vedkommende ikke får pleje og omsorg. Ratingen foretages af intervieweren inden for 48 timer efter interview og observation, så observationer og interview stadig er friske i erindringen.

DATAKILDERNES HIERARKI I RATINGEN

Data fra de forskellige datakilder kan potentielt være i modstrid med hinanden – beboeren oplever måske selv, at han eller hun er ren og pæn, mens observationerne viser noget andet. Af den grund er datakilderne inddelt i et hierarki (jf. tabel 2.2) i forhold til deres vægtning i ratingen:

1. Den ældres eget udsagn i interviewet har førsteprioritet i ratingen.
2. Hvis en pårørende er blevet interviewet på vegne af den ældre, har den pårørendes udsagn i stedet førsteprioritet i ratingen.
3. Plejepersonalets udsagn samt observationsstudierne har anden prioritet i ratingen.

RATINGSKALAEN

Når interviewereren nøje har dokumenteret beboerens uopfyldte behov inden for hvert af de otte domæner, foretager interviewereren den endelige rating under hensyntagen til ovenstående hierarki.

TABEL 2.4

Ratingskala for nuværende og forventet omsorgsbetinget livskvalitet.

Væsentlige generelle indikatorer for de nuværende uopfyldte behov, når den ældre modtager omsorg og pleje	Væsentlige indikatorer for de forventede uopfyldte behov, hvis den ældre ikke modtager omsorg og pleje
<i>Ingen behov:</i> Den ældre har ingen uopfyldte behov eller den form for uopfyldte behov, som kan forventes i denne livsfase for en person uden funktionsnedsættelser. <i>Eller:</i> Plejeboligen yder hjælp til beboeren, hvilket kompenserer for hans/hendes uopfyldte behov. Hjælpen kan enten være i form af at hjælpe personen med at opfylde sine egne behov, eller ved at personalet opfylder den ældres behov for ham/hende. <i>Nogle behov:</i> Nogle uopfyldte behov adskiller sig fra ingen uopfyldte behov, idet nogle behov er så vigtige eller hyppige, at de påvirker personens omsorgsbetingede <i>livskvalitet</i>. Personalet hjælper beboeren i noget omfang, hvilket i en vis grad kompenserer for hans/hendes uopfyldte behov, men der er stadig tegn på en række uopfyldte behov. <i>Eller:</i> Plejeboligen begrænser den ældre på dette område af hans/hendes liv ved at skabe nogle behov, som ikke nødvendigvis ville være uopfyldte, hvis den ældre fx boede i en anden plejebolig. Nogle uopfyldte behov påvirker ikke den ældres helbred. <i>Store behov:</i> Store behov adskiller sig fra nogle behov, idet store behov har betydning – enten mentalt eller fysisk – hvis de ikke bliver opfyldt i en periode. Det kan være på grund af de uopfyldte behovs alvor eller antal. <i>Eller:</i> Plejeboligen hjælper ikke beboeren på dette område af hans/hendes liv, og der er dokumentation for store uopfyldte behov.	<i>Ingen behov:</i> Den ældre har ingen uopfyldte behov eller den form for uopfyldte behov, som kan forventes i denne livsfase for en person uden funktionsnedsættelser. <i>Eller:</i> Den ældre modtager ikke hjælp inden for denne del af sit liv og viser ikke tegn på at have uopfyldte behov. <i>Nogle behov:</i> Nogle uopfyldte behov adskiller sig fra ingen uopfyldte behov, idet nogle af de uopfyldte behov er så vigtige eller så hyppige, at de påvirker den ældres omsorgsbetingede livskvalitet. Plejeboligen hjælper den ældre i noget omfang, hvilket kompenserer for hans/hendes uopfyldte behov. <i>Eller:</i> Plejeboligen hjælper ikke den ældre på dette område af livet (eller kun i noget omfang), og der er dokumentation for, at den ældre har uopfyldte behov, som dog ikke påvirker den ældres sundhed. Der er dokumentation for, at den ældre har nogle uopfyldte behov, men det niveau af hjælp, som den ældre modtager, antyder ikke, at der ville være store uopfyldte behov, hvis han eller hun ikke modtog hjælp. <i>Store behov:</i> Store uopfyldte behov adskiller sig fra nogle uopfyldte behov, idet store uopfyldte behov har betydning – enten mentalt eller fysisk – hvis de i en periode forbliver uopfyldte. Det kan være på grund af de uopfyldte behovs alvor eller antal. Plejeboligen yder betydelig eller afgørende hjælp til den ældre, hvilket kompenserer for den ældres store uopfyldte behov. <i>Eller:</i> Plejeboligen hjælper ikke den ældre på dette område af livet, og der er dokumentation for store uopfyldte behov, hvilket påvirker den ældres helbred. <i>Eller:</i> Plejeboligen hjælper i noget omfang den ældre på dette område af livet, men der er alligevel dokumentation for uopfyldte behov. Niveaue af den hjælp, der tilbydes, antyder, at den ældre ville have store uopfyldte behov, hvis han/hun ikke modtog hjælp.

Kilde: Rostgaard m.fl., 2012.

Hvert domæne rates på en 3-punkts-skala med henholdsvis *ingen behov*, *nogle behov* eller *store behov* for både den nuværende og den forventede omsorgsbetingede livskvalitet. Tabel 2.4 viser, hvordan 3-punkts-skalaen skal forstås for henholdsvis beboerens nuværende og forventede uopfyldte behov.

BEREGNING AF ENDELIG ASCOT-SCORE

Den endelige ASCOT-score, der er et mål for beboerens omsorgsbetingede livskvalitet, udregnes som SCRQoL-værdi (Social Care Related Quality of Life) på baggrund af beboerens rating inden for hvert livskvalitetsdomæne. Som tidligere nævnt udregnes den som en værdi mellem 0 og 1, hvor 0 er laveste omsorgsbetingede livskvalitet og 1 er højeste.³

Udregningen er baseret på præferencevægte, således at nogle domæner er vægtet højere end andre i udregningen af den samlede SCRQoL-værdi, da de anses for at være mere betydningsfulde for den ældres livskvalitet. I dette studie er domænet kontrol i dagligdagen vægtet som vigtigst, hvilket er baseret på et præferencestudie blandt 500 ældre på 65 år og derover i England (Rostgaard m.fl., 2012).

TILLÆGSSPØRGSMÅL TIL ASCOT

I forbindelse med anden ASCOT-måling har vi også stillet beboerne eller deres pårørende nogle tillægsspørgsmål, som kan bidrage til at forklare og uddybe de resultater, som ASCOT-metoden identificerer.

Tillægsspørgsmålene fokuserer på indholdet og målet for den enkelte beboers ØGM-forløb, hvordan beboeren har oplevet forløbet, og om beboeren synes, at ØGM-forløbet har øget vedkommendes livskvalitet.

DATAINDSAMLING

Observationer og interview er gennemført over to omgange før og efter ØGM-forløbet. Første måling gennemførte vi fra september til oktober 2014. Anden måling gennemførte vi fra december 2014 til april 2015, og

3. En beboer, der ikke har nogen uopfyldte behov inden for nogen af de otte livskvalitetsdomæner, får en samlet SCRQoL-værdi på 1. En beboer, der udelukkende har store uopfyldte behov inden for hvert domæne, får en samlet SCRQoL-værdi på lidt under 0 (-0,11 for forventet omsorgsbetinget livskvalitet og -0,23 for nuværende omsorgsbetinget livskvalitet). At værdien kan være under 0, skyldes præferencevægtene.

den enkelte måling er gennemført, så snart vi var blevet informeret om, at beboeren var færdig med sit ØGM-forløb. I flere tilfælde kunne den oprindelige tidsplan for det enkelte ØGM-forløb ikke overholdes, hvilket har medført, at dataindsamlingen i forbindelse med anden ASCOT-måling spænder over en længere tidsperiode.

INTERVIEWERNES FORBEREDELSE

Dataindsamlingen er foretaget af seks interviewere ansat ved SFI, der alle har erfaring med at gennemføre observationsstudier og foretage interview. En af disse interviewere er projektleder Rikke Nøhr Brünner, som tidligere har anvendt ASCOT (Rostgaard m.fl., 2012) og derfor har indgående kendskab til metoden. Forud for dataindsamlingen satte hun de øvrige interviewere ind i ASCOT-metoden – både i forhold til teorien bag metoden og til den praktiske udførelse. Rikke Nøhr Brünner var gennem hele dataindsamlingen en ressourceperson, som de øvrige interviewere kunne henvende sig til, hvis der opstod spørgsmål. Hun blev særligt brugt af interviewerne i løbende diskussioner af beboernes endelige rating. Formålet med ovenstående er at minimere metodiske fejlkilder og understøtte, at de forskellige interviewere rater på samme måde.

For at understøtte ensartethed i ratingen blev der desuden anvendt et såkaldt *buddy-system* i forbindelse med interviewernes første interview og observationer. Det betyder, at interviewerne i fællesskab to og to foretog interview og observationer af en beboer og personale (samt eventuelt pårørende). Derefter foretog de hver for sig rating af beboeren, som de efterfølgende diskuterede for at blive enige om linjen for deres vurderinger. De efterfølgende interview og observationer varetog interviewerne individuelt, dog valgte nogle af interviewerne at følges ad ude i plejecentrene.

DATAINDSAMLINGEN I PRAKSIS – DEN TYPISKE DAG

Intervieweren mødte efter aftale op på plejecenteret, hvor han/hun fik en kort rundvisning af et personalemedlem – i nogle tilfælde centerlederen. Her noterede intervieweren nogle generelle muligheder og begrænsninger ved plejecenteret. Desuden kunne intervieweren få nogle baggrundsoplysninger om den beboer, der skulle interviewes og rates, og således være bedre klædt på til interviewet.

Intervieweren blev derefter introduceret for beboeren i beboerens lejlighed, hvor de kunne sidde uforstyrret uden tilstedeværelse af

andre og gennemføre beboerinterviewet. Det varede mellem 25 minutter og en time afhængig af bl.a. beboerens hørelse, og hvor snakkesalig beboeren er.

Efter interviewet gjorde interviewerens beboeren opmærksom på, at interviewet var slut, og at observationen ville begynde, og at de helst skulle undgå at snakke sammen under interviewet. Her ville intervieweren typisk placere sig længere fra beboeren for lettere at blive en flue på væggen. Når beboeren skulle ud og spise i fællesområdet eller eventuelt til en aktivitet, ville interviewerens følge med og placere sig, så han/hun kunne observere beboeren uden at forstyrre beboeren.

Efter observationen sagde interviewerens tak for deltagelsen til beboeren og mødtes med det personalemedlem, der kender beboeren bedst, og interviewede dette personalemedlem. Dette tog typisk ca. 40 minutter.

ETIK

I de tilfælde, hvor afdelingslederen har vurderet, at beboeren selv var i stand til at deltage i et interview, har vi indhentet samtykke fra beboeren selv. Beboerne kunne udgå af undersøgelsen i det øjeblik, de ønskede.

I de tilfælde, hvor afdelingslederen har vurderet, at den ældre ikke selv var i stand til at deltage i interview, har vi indhentet samtykke fra den pårørende til beboeren. Hvis demente beboere virkede utilpasse eller ængstelige ved interviewerens tilstedeværelse, blev observationen stoppet.

Alle beboerne er anonymiserede i undersøgelsen og optræder under pseudonymer.

PRAKTISKE UDFORDRINGER

Der har været en række praktiske udfordringer forbundet med dataindsamlingen, som har været en udfordring i forhold til at gennemføre undersøgelsen. Disse beskrives kortfattet i det følgende.

DEN PRAKTISKE PLANLÆGNING

Forud for en ASCOT-måling af en beboer traf vi aftale med centerlederen om tidspunkt for, hvornår ASCOT-målingen skulle foretages. Trods

det var plejecentrene ikke altid klar til at tage imod os, når vi dukkede for at gennemføre ASCOT-målingen. Det betød i nogle tilfælde, at beboeren ikke var blevet forberedt på, at vi kom, hvilket skabte utryghed. I andre tilfælde betød det, at det personalemedlem, som vi skulle have interviewet i relation til beboeren, ikke var til stede eller ikke havde tid til at give et interview, hvorfor vi måtte interviewe en anden, som ikke kendte beboeren lige så godt, og som derfor ikke i alle tilfælde kunne svare fyldestgørende på vores spørgsmål.

UDFORDRINGER VED OBSERVATIONERNE

Der var også en række udfordringer knyttet til det element af en ASCOT-måling, der handler om observationsstudierne. Flere af de ældre følte, at det var meget ubehageligt at blive observeret, og ønskede derfor ikke at medvirke ved anden måling, medmindre de kunne springe observationsdelen over. Det er ikke muligt, da det så ikke længere vil være en korrekt gennemført ASCOT-måling, og det har resulteret i, at disse beboere ikke indgår i analysen. Det var en gennemgående oplevelse hos interviewerne, at de observationer, som foregik i beboerens (ofte ret lille) lejlighed, var præget af en noget akavet og anspændt stemning. Interviewerne formåede således sjældent at blive ”en flue på væggen”, som beboeren ikke ænsede. Dette er problematisk ud fra et etisk perspektiv, men også ud fra et erkendelsesmæssigt perspektiv, da intervieweren næppe har fået et fuldt og helt indblik i beboerens ”naturlige” hverdag.

Observationerne fungerede bedre i fællesarealerne, hvor det var lettere at sætte sig på ”sidelinjen”, og det virkede fx ikke, som om vores tilstedeværelse under fællesspisningen generede beboerne. Til gengæld gav et personalemedlem udtryk for, at vedkommende følte sig en smule overvåget af os. Det er dog ikke vores indtryk, at dette var et udbredt problem blandt personalemedlemmerne, som generelt tog meget pænt imod os og virkede afslappet. Vi kan dog ikke udelukke, at vores tilstedeværelse har påvirket de daglige rutiner, og at vi derfor ikke har fået et fuldstændigt indblik i den ”naturlige” hverdag.

LIVSKVALITET OG "ØGM"

Fokus i dette kapitel er på beboernes omsorgsbetingede livskvalitet vurderet på baggrund af ASCOT-målinger før og efter deres deltagelse i Øvelse Gør Mester (ØGM), og på om der har været en udvikling i den omsorgsbetingede livskvalitet. Først præsenteres udviklingen i beboernes *forventede* omsorgsbetingede livskvalitet og dernæst udviklingen i beboernes *nuværende* omsorgsbetingede livskvalitet. Det forventes, at ØGM i særlig grad spiller ind på den forventede omsorgsbetingede livskvalitet, dvs. uden den nuværende pleje og omsorg, snarere end den nuværende omsorgsbetingede livskvalitet med pleje og omsorg.

FORVENTET OMSORGBETINGET LIVSKVALITET

HYPOTESEN FOR ØGM-FORLØBETS VIRKNING

ASCOT-metoden gør det muligt at vurdere, hvordan den ældre beboers forventede omsorgsbetingede livskvalitet ville have været, hvis *ikke* vedkommende modtager pleje og omsorg.

Øvelse Gør Mester er beskrevet som hverdagsrehabilitering (Næstved Kommune, 2014) og er således en indsats, der på et overordnet plan har til formål at gøre beboerne mindre plejkrævende. Det kan

derfor antages, at ØGM i særlig grad vil påvirke den forventede omsorgsbetingede livskvalitet uden den nuværende pleje og omsorg.

De forskellige ØGM-forløb ville sandsynligvis forbedre den forventede omsorgsbetingede livskvalitet inden for forskellige livskvalitetsdomæner, da nogle af forløbene fx var rettet mod domænet personlig pleje, mens andre fx var rettet mod domænet mad og drikke. Man kunne dog forvente, at ØGM-forløbene generelt ville give en forbedring inden for domænet kontrol, da mere selvhjulpne beboere også kan forventes at have større kontrol i dagligdagen, når de fx ikke er afhængige af at vente på at gå i bad, indtil det passer i personalets tidsplan. Ligeledes kunne man forvente, at ØGM-forløbet (alt andet lige) ville give en gennemsnitlig forbedring på tværs af domænerne.

På baggrund af ovenstående var vores hypoteser følgende:

1. At beboerne (alt andet lige) ville have en højere gennemsnitlig forventet omsorgsbetinget livskvalitet på tværs af domænerne efter forløbet, end den de havde før.
2. At beboernes gennemsnitlige forventede omsorgsbetingede livskvalitet ville være højere inden for domænet kontrol efter ØGM-forløbet sammenlignet med den forventede omsorgsbetingede livskvalitet, de havde før forløbet.
3. At den enkelte beboer ville have en højere forventet omsorgsbetinget livskvalitet efter ØGM-forløbet inden for det eller de domæner, som vedkommendes ØGM-forløb var rettet mod.

I det følgende præsenterer vi resultaterne relateret til beboernes forventede omsorgsbetingede livskvalitet. Vi vil kort opridse det overordnede billede og derefter gå mere i dybden med det, der relaterer sig til ovenstående hypoteser.

FORVENTET OMSORGBETINGET LIVSKVALITET FØR OG EFTER ØGM

Tabel 3.1 viser antallet af beboere, der er ratet til henholdsvis ikke at have nogen uopfyldte behov, at have nogle uopfyldte behov og at have store uopfyldte behov inden for hvert domæne før og efter deres deltagelse i ØGM-forløbet. Tabellen viser desuden beboernes gennemsnitlige forventede omsorgsbetingede livskvalitet, vist som ASCOT-score inden for

hvert domæne, samt deres gennemsnitlige score på tværs af domænerne henholdsvis før og efter ØGM-forløbet. ASCOT-scoren er udregnet på baggrund af ratingen af beboerne og udtrykkes som et decimaltal mellem 0 og 1, hvor 0 er laveste omsorgsbetingede livskvalitet, og 1 er højeste omsorgsbetingede livskvalitet (Rostgaard m.fl., 2012).

Af tabellen fremgår det, at de fleste beboere både før og efter ØGM-forløbet er ratet til at have store uopfyldte behov, og de færreste er ratet til ikke at have nogen uopfyldte behov. Dette giver sig udslag i, at ASCOT-scorerne inden for de forskellige domæner generelt er tættere på 0 end på 1, hvilket understreger, at beboerne generelt er afhængige af pleje og omsorg. Det betyder, at der er et stort potentiale for at løfte beboernes omsorgsbetingede livskvalitet gennem pleje og omsorg. Dette er dog helt forventeligt, da der er fokus på plejeboligbeboere.

TABEL 3.1

Plejecenterbeboere fordelt efter gennemsnitlig forventet omsorgsbetingede livskvalitet samt gennemsnitlig samlet score før og efter ØGM-forløbet. Særskilt for domæner for omsorgsbetinget livskvalitet. Antal, procent og ASCOT-score.

Domæne:		Ingen uopfyldte behov, antal	Nogle uopfyldte behov antal	Store uopfyldte behov antal	Total, antal	Gns. score	Udvikling i gns. score
Kontrol	Før	1	4	10	15	0,2	
	Efter	0	5	10	15	0,17	-0,033
Personlig pleje	Før	0	6	9	15	0,2	
	Efter	1	5	9	15	0,23	0,033
Mad og drikke	Før	0	5	10	15	0,17	
	Efter	0	6	9	15	0,2	0,033
Tryghed	Før	1	4	10	15	0,2	
	Efter	0	7	8	15	0,23	0,033
Social kontakt	Før	7	3	5	15	0,57	
	Efter	4	10	1	15	0,6	0,033
Aktiviteter	Før	4	4	7	15	0,4	
	Efter	5	4	6	15	0,47	0,067
Bolig	Før	0	3	12	15	0,1	
	Efter	0	2	13	15	0,07	-0,033
Samlet	Før	13	29	63	105	0,13	
	Efter	10	39	56	105	0,14	0,017
Andel, pct.		11	32	57	100		

Anm.: ASCOT-scorerne inden for hvert domæne er ikke vægtet. Den samlede gennemsnitlige score er vægtet.

Kilde: Målinger af plejeboligbeboere i Næstved.

Domænerne social kontakt og aktiviteter adskiller sig fra de øvrige domæner, da beboernes gennemsnitlige ASCOT-score inden for social kontakt og aktiviteter er væsentligt højere end den gennemsnitlige ASCOT-score inden for de øvrige domæner. Det betyder, at beboerne i

undersøgelsen generelt har et mindre behov for personalets hjælp til at deltage i meningsfulde aktiviteter og til at have den sociale kontakt, som de ønsker, sammenlignet med deres behov for hjælp til fx at holde deres bolig ren og komfortabel – det domæne, hvor beboerne har den gennemsnitligt laveste ASCOT-score både før og efter ØGM-forløbet.

UDVIKLING INDEN FOR HVERT AF DE OTTE DOMÆNER

I tabel 3.1 kan man også se den gennemsnitlige forventede omsorgsbetingede livskvalitet for hvert af syv⁴ livskvalitetsdomæner.⁵ Her observeres små positive udviklinger inden for livskvalitetsdomænerne personlig pleje, mad og drikke, tryghed, social kontakt og aktiviteter. Inden for domænet aktiviteter er der den største forbedring på 0,067, hvilket er et resultat af, at der efter ØGM-forløbet dels var en beboer ekstra, der blev ratet til ikke at have nogen uopfyldte behov, og at der dels var en beboer mindre, der blev ratet til at have store uopfyldte behov inden for dette domæne. Den gennemsnitlige positive udvikling inden for domænet er således ikke udtryk for en gennemgående tendens på tværs af de fleste beboere.

Der observeres små negative ændringer på -0,033 inden for livskvalitetsdomænerne bolig og kontrol, hvilket afspejler, at en enkelt beboer inden for hvert af de to domæner er blevet ratet et ”trin” dårligere efter ØGM-forløbet sammenlignet med ratingen før. Det er værd at bemærke, at trods det, at de fleste af ØGM-forløbene har til formål at gøre beboerne mere selvhjulpne, observeres der ikke nogen forbedring inden for domænet kontrol. Det kan dog være et udtryk for, at ASCOT-metodens ratingskala, som kun har tre kategorier, måske ikke er detaljeret nok til at kunne spore mindre forbedringer.

UDVIKLING PÅ TVÆRS AF DE OTTE DOMÆNER

I tabel 3.1 kan det aflæses, at den samlede forventede omsorgsbetingede livskvalitet, på tværs af livskvalitetsdomænerne, var ca. 0,13 før ØGM-forløbet og ca. 0,14 efter forløbet. Det betyder en lille stigning på 0,017 (1,7 procentpoint). Stigning er dog ikke statistisk signifikant på 10-procents-signifikansniveau, hvilket vi har testet med en t-test (Malchow-Møller & Würtz, 2003). Den manglende signifikans skyldes bl.a. det lave

4. Det ottende domæne, *værdighed*, bliver ikke målt for den forventede omsorgsbetingede livskvalitet, men kun for den nuværende betingede livskvalitet.

5. Gennemsnitlig score er udregnet som en andel af den højst mulige score (ikke vægtet).

antal beboere i analysen, og at stigningen ikke er markant. Vi kan derfor ikke konkludere, at den lille stigning, vi ser i den forventede omsorgsbetingede livskvalitet, kan tilskrives andet end måleusikkerhed og tilfældig variation.

UDVIKLING FOR DE ENKELTE BEBOERE

I tabel 3.2 kan man se beboernes individuelle mål, hvorvidt de selv mener, at de har haft succes med at nå disse mål, og om der eventuelt har været forhindringer for deres forløb. Desuden kan man se den forventede omsorgsbetingede livskvalitet på tværs af alle otte domæner for hver af beboerne henholdsvis før og efter deres deltagelse i ØGM-forløbet og deres udvikling over tid.

Syv af beboerne har en positiv udvikling i deres forventede omsorgsbetingede livskvalitet, fire af beboerne har den samme forventede omsorgsbetingede livskvalitet før og efter ØGM-forløbet, og de resterende fire har en negativ udvikling.

Bo (øverst i tabellen) har den numerisk største positive udvikling over tid (0,16 point) af alle beboerne i studiet. Han er desuden en af de kun tre beboere, som giver udtryk for, at ØGM-forløbet har været en succes vurderet ud fra, om han selv mener, at han helt eller delvist har nået sit mål. Bo havde bl.a. som mål, at han skulle stå for den personlige pleje selv, og han beskriver ØGM-forløbet som en succes, fordi han efter forløbet kan varetage dele af den personlige pleje, som han ikke kunne før. Efter ØGM-forløbet kan Bo fx bade selv. Vi har set på, hvordan vi har ratet Bo inden for livskvalitetsdomænerne før og efter ØGM-forløbet, og det viser sig, at den positive udvikling i Bos gennemsnitlige forventede omsorgsbetingede livskvalitet baserer sig på, at ratingen er mere positiv ved anden måling inden for domænerne bolig og personlig pleje. Dette kan meget vel være et direkte resultat af ØGM-forløbet, som jo netop havde til hensigt at forbedre Bos forventede omsorgsbetingede livskvalitet inden for domænet personlig pleje. At han også bliver ratet højere inden for domænet bolig, kan være en positiv sideeffekt af, at Bo generelt er blevet mere selvhjulpent.

TABEL 3.2

Plejecenterbeboeres forventede omsorgsbetingede livskvalitet (ASCOT-score) før og efter ØGM-forløbet samt individuelle mål, oplevelse af målopnåelse og eventuelle forhindringer under ØGM-forløbet. Særsomt for beboere. ASCOT-score.

Beboer (pseudo-nym):	Forventet ASCOT-score, før	Forventet ASCOT-score, efter	Udvikling	Mål	Oplevet selv-succes	Forhindringer
Bo	0,42	0,58	0,16	Klare personlig pleje selv og træne hukommelse	Ja	Ingen
Ole	-0,09	0,05	0,14	Klare sig selv, være mere mobil og tabe sig	Husker ikke	Fysioterapeuten stoppede
Tove	0,12	0,24	0,12	Bade selv og mere smertefri	Nej	Fald og indlæggelse
Åge	-0,11	-0,01	0,1	Komme ud og svømme	Husker ikke	Intet mandligt personale til at følge ham i svømmehallen
Nete	-0,1	-0,04	0,06	Tabt sig og ligge en halv time mere på sofaen	Husker ikke	Ikke alle medarbejdere var engageret i forløbet
Hilda	-0,11	-0,05	0,06	Kunne stå selv, komme på biblioteket og læse i sin egen stue	Nej	Beboeren ville nogle gange ikke
Yrsa	0,26	0,29	0,03	Se undertekster på fjernsyn, deltage i små ture ud af huset og øge sin kreativitet	Husker ikke	Har haft det dårligt mentalt
Anna	-0,11	-0,11	0	Køre i kørestolen selv, selv kunne tage tøj af og på, og deltage mere i aktiviteter i huset	Ja	Har haft en smule sygdom, hvilket har ført til mindre træning
Georg	-0,05	-0,05	0	Børste tænder selv, spise uden hjælp, gå mere, kunne stå op og være smertedækket	Nej	Ingen
Jytte	0,2	0,2	0	Bedre gående	Husker ikke	Beboeren ville ikke
Kirsten	0,17	0,17	0	Mere aktiv, mere social, færre smerter og mindre madlede	Nej	Alkoholforbrug er steget, hvilket har ført til øget kvalme
Dora	0,25	0,23	-0,02	Få ekstra træning	Ja	Ingen
Lis	0,29	0,26	-0,03	Skære mad ud selv	Nej	Ingen

(Fortsættes)

TABEL 3.2 FORTSAT

Plejecenterbeboeres forventede omsorgsbetingede livskvalitet (ASCOT-score) før og efter ØGM-forløbet samt individuelle mål, oplevelse af målopnåelse og eventuelle forhindringer under ØGM-forløbet. Særskit for beboere. ASCOT-score.

Beboer (pseudo- nym):	Forventet ASCOT- score, før	Forventet ASCOT- score, ef- ter	Udvikling	Mål	Oplevet selv- succes	Forhindringer
Ida	0,16	0,13	-0,03	Komme mere ud, herunder at kunne handle selv	Husker ikke	Indlæggelse
Richard	0,61	0,28	-0,33	Komme ud på daglige gåture og få mere styr på sin mave	Husker ikke	Indlæggelse

Anm.: ASCOT-scorerne for beboerne er vægtet.

Kilde: Målinger af plejeboligbeboere i Næstved.

Det er imidlertid kun for Bo, at den selvoplevede succes i forhold til at nå sin målsætning også er resulteret i en positiv udvikling i ASCOT-score. Anna og Dora oplever begge, at ØGM-forløbet har været en succes i forhold til, at de i nogen grad har nået deres mål, men dette kan ikke ses på deres udvikling over tid i deres forventede omsorgsbetingede livskvalitet – for Anna er der ingen ændring, og for Dora er der en lille negativ udvikling. Der er således ikke en entydig sammenhæng mellem ændringerne i den forventede omsorgsbetingede livskvalitet over tid og beboernes oplevelse af, at ØGM-forløbet er en succes. Dette forhold kan dels forklares ved, at der kan være forskelle mellem beboerens subjektive, kvalitative oplevelse af sig selv og den ”objektive” kvantificerbare beskrivelse af beboeren udefra, og dels ved, at den grove skala, der ligger til grund for ASCOT-metoden, ikke kan indfange mindre ændringer, som ikke desto mindre kan være meget afgørende for den enkelte beboer.

FAKTORER, DER PÅVIRKER DEN INDIVIDUELLE OBSERVATION

Hvis vi vender blikket mod Richard, der er nederst i tabel 3.2, så ser vi, at han har den største ændring i ASCOT-score over tid, og at denne ændring er negativ på -0,33. Ud fra de beskrivelser, vi har knyttet til ratingen af Richard, kan vi se, at den negative udvikling i hans forventede omsorgsbetingede livskvalitet primært bør tilskrives det sygdoms- og indlæggelsesforløb, som han kom ud for umiddelbart efter første måling, og som svækkede ham mentalt og fysisk. Det er således nogle tragiske omstændigheder, der ikke kan relateres til ØGM-forløbet, som giver udslag i

ASCOT-scoren. Richard er den eneste af de 15 beboere, som blev meget svækket af pludselig sygdom, men han er bestemt ikke den eneste, hvis ØGM-forløb blev påvirket af sygdom eller lignende. Personalet beretter i den sammenhæng, at flere af de 15 forløb blev påvirket af, at beboeren blev ramt af sygdom, kom til skade eller fik en mental downperiode.

Når ovenstående forhold sammenholdes med, at to af de oprindelige beboere udgik af forløbet, da den ene døde, og den anden fik kræft, så tegnes der et billede af, at målgruppen for ØGM er en meget skrøbelig gruppe, hvis tilstand meget hurtigt kan ændre sig, hvilket naturligvis påvirker resultaterne i en evaluering som denne. Det skal understreges, at disse påvirkninger ikke nødvendigvis resulterede i en negativ udvikling i de enkelte beboeres forventede omsorgsbetingede livskvalitet, men de kan meget vel tænkes at have begrænset den positive virkning, ØGM-forløbene måtte have haft. Desuden kan det forhold, at flere af beboerne blev påvirket negativt, være med til at forklare, hvorfor kun tre af beboerne oplever, at de helt eller delvist har nået deres mål.

OPSUMMERING

I dette kapitel har vi sammenlignet beboernes *forventede* omsorgsbetingede livskvalitet uden pleje og omsorg målt som ASCOT-score før og efter ØGM-forløbet.

Der er en lille positiv udvikling i beboernes gennemsnitlige forventede omsorgsbetingede livskvalitet på tværs af livskvalitetsdomænerne. Den lille positive udvikling er dog langt fra statistisk signifikant, og vi kan således ikke konkludere, at der skulle være nogen positiv udvikling i den forventede omsorgsbetingede livskvalitet målt før og efter beboernes deltagelse i ØGM. Det skal dog siges, at resultaterne heller ikke peger på det modsatte. En del af forklaringen på den manglende statistiske signifikans er det relativt lave antal borgere, der indgår i undersøgelsen, og at den positive udvikling kun er ganske lille. Sidstnævnte kan bl.a. skyldes, at udviklingen for den enkelte kan være for begrænset til at kunne identificeres på baggrund af ASCOT-metoden med dens relativt grove 3-punkts-skala.

Hvis der havde været statistisk signifikante resultater, så ville det stadig være problematisk for os på grund af det store frafald blandt beboerne i undersøgelsen at generalisere undersøgelsens resultater. Det skal dog påpeges, at vores resultater vedrørende beboernes gennemsnitlige forventede omsorgsbetingede livskvalitet på tværs af domænerne både

ved første og anden måling ligger på omtrent samme niveau som landsgennemsnittet. Da SFI i 2012 målte den omsorgsbetingede livskvalitet for 300 beboere på 65 år og derover, som boede i plejeboliger, var den forventede omsorgsbetingede livskvalitet således på 0,15 (Rostgaard m.fl., 2012), hvor den her var på 0,13 før ØGM-forløbet og 0,14 efter. Dette peger i retning af, at vores undersøgelsesgruppe, når det handler om ASCOT-målinger, minder om plejeboligbeboere på landsplan i forhold til deres behov for pleje og omsorg.

Når vi ser nærmere på de enkelte beboeres udvikling i deres forventede omsorgsbetingede livskvalitet og sammenholder dette med deres egne oplevelser af ØGM-forløbet, så ses det, at der ikke er en entydig sammenhæng mellem ændringerne i den forventede omsorgsbetingede livskvalitet over tid og beboernes oplevelse af ØGM-forløbet. Dette kan skyldes flere forskellige ting, bl.a. at mange af beboerne er skrøbelige, og at deres forløb er blevet negativt påvirket af fx sygdom og indlæggelse, hvilket bør tages i betragtning, når man kigger på ASCOT-resultaterne.

NUVÆRENDE OMSORGSBETINGEDE LIVSKVALITET

Beboernes nuværende omsorgsbetingede livskvalitet beskriver beboernes livskvalitet *med* pleje og omsorg. I tabel 3.3 kan man se, hvordan beboerne er ratet i henhold til deres nuværende omsorgsbetingede livskvalitet inden for de otte livskvalitetsdomæner henholdsvis før og efter ØGM-forløbet. Desuden viser tabellen beboernes gennemsnitlige ASCOT-score inden for hvert domæne samt deres gennemsnitlige samlede score på tværs af domænerne. Hvis man sammenligner tabel 3.3, der viser den nuværende omsorgsbetingede livskvalitet med tabel 3.1, der viser den forventede omsorgsbetingede livskvalitet, så kan man se, at den gennemsnitlige ASCOT-score inden for hvert domæne i målingen af den nuværende livskvalitet er højere end den gennemsnitlige ASCOT-score inden for hvert domæne i målingen af den forventede livskvalitet, uagtet om vi ser på før- eller eftermålingen. Det viser, at plejecentrene løfter beboernes livskvalitet inden for alle livskvalitetsdomæner. Situationen er således vendt om i forhold til den forventede omsorgsbetingede livskvalitet, og langt hovedparten af beboerne er i henhold til deres nuværende omsorgsbetingede livskvalitet ratet til ikke at have nogen uopfyldte behov, mens kun meget få er ratet til at have store uopfyldte behov.

TABEL 3.3

Plejecenterbeboere fordelt efter gennemsnitlig nuværende omsorgsbetingede livskvalitet samt gennemsnitlig samlet score før og efter ØGM-forløbet. Særskilt for domæner for omsorgsbetinget livskvalitet. Antal, procent og ASCOT-score.

Domæne:		Ingen uopfyldte behov, antal	Nogle uopfyldte behov, antal	Store uopfyldte behov, antal	Total	Gns. score	Udvikling i gns. score
	Før	10	2	3	15	0,73	
Kontrol	Efter	10	4	1	15	0,8	0,067
Personlig pleje	Før	14	1	0	15	0,97	
	Efter	14	1	0	15	0,97	0
Mad og drikke	Før	12	3	0	15	0,9	
	Efter	11	4	0	15	0,87	-0,033
	Før	10	5	0	15	0,83	
Tryghed	Efter	13	2	0	15	0,93	0,1
Social kontakt	Før	7	6	2	15	0,67	
	Efter	12	3	0	15	0,9	0,233
	Før	7	5	3	15	0,63	
Aktiviteter	Efter	11	4	0	15	0,87	0,233
	Før	10	4	1	15	0,8	
Bolig	Efter	14	1	0	15	0,97	0,167
	Før	11	4	0	15	0,87	
Værdighed	Efter	14	1	0	15	0,97	0,1
	Før	81	30	9	120	0,7	
Samlet	Efter	99	20	1	120	0,85	0,153
Andel, pct.		75	21	4	100		

Anm.: ASCOT-scorerne inden for hvert domæne er ikke vægtet. Den samlede gennemsnitlige score er vægtet.

Kilde: Målinger af plejeboligbeboere i Næstved.

UDVIKLING PÅ TVÆRS AF DOMÆNERNE

Den nuværende omsorgsbetingede livskvalitet forventede vi, ville være uændret over tid, da ØGM-forløbet ikke er målrettet at skabe bedre pleje og omsorg. De ændringer, der har været i beboernes forventede omsorgsbetingede livskvalitet, skulle teoretisk set have fået personalet til at justere deres pleje og omsorg, så den nuværende omsorgsbetingede livskvalitet forbliver uændret.

Tabel 3.3 viser dog, at der har været en positiv udvikling. Den samlede nuværende omsorgsbetingede livskvalitet er således steget ganske markant med 0,153 fra første måling, hvor det samlede gennemsnit var på 0,70 til anden måling, hvor det er på 0,85. Den observerede stigning er statistisk signifikant på et 10-procents-signifikansniveau, hvilket vi har testet med en t-test, som resulterede i en p-værdi på 0,072.

Inden for domænet mad og drikke er der en lille forværring, og inden for domænet personlig pleje er der ingen ændring. I alle andre do-

måner er der forbedringer. Specielt inden for domænerne social kontakt og aktiviteter er der store forbedringer på 0,23 (23 procentpoint).

En del af forklaringen på den sandsynlige forbedring i beboernes gennemsnitlige nuværende omsorgsbetingede livskvalitet kan være, at ØGM-forløbet i sig selv virker som en ekstra plejeindsats i dagligdagen – specielt i forhold til at være en meningsfuld aktivitet og noget, der skaber bedre social kontakt for beboerne. Det forklarer i så fald de markante forbedringer inden for domænerne aktiviteter og social kontakt. At dette skulle være tilfældet, understøttes af, at syv af de ni beboere, der i særlig grad forholder sig til, hvad ØGM har betydet for dem, fortæller, at de har en positiv oplevelse af deres deltagelse i forløbet. De udtrykker, at det har været rart og godt at deltage i forløbet, og at de gerne vil fortsætte, uanset om de har nået deres målsætning eller ej. Det er tydeligt, at ØGM-forløbet fungerer som en meningsfuld og glædesgivende aktivitet i sig selv for disse beboere. Flere fortæller, at det er rart at deltage i træningsøvelserne. En beboer fortæller i den sammenhæng, at hun synes, det er sjovt at deltage, og at hun vil få for megen tid tilovers, hvis hun ikke deltager. En anden beboer fik, som en del af sit forløb, massage og fortæller, at det var dejligt at få, og hun oplever, at behandlingen har været et dejligt afbræk i hendes hverdag. ØGM har sandsynligvis haft den afledte konsekvens, at den har givet deltagerne nogle meningsfulde, glædesgivende aktiviteter, som ligger ud over de almindelige dagligdags aktiviteter.

Træningsøvelserne i ØGM-forløbet har foruden at være meningsfulde aktiviteter også været sociale aktiviteter for en del af beboerne. Noget af det, beboerne lægger vægt på, når de snakker positivt om at deltage i forløbet, er, at personalet er sødt og omsorgsfuldt. Beboerne taler gennemgående meget positivt om personalet, og i flere tilfælde virker det også, som om personalet er beboernes primære sociale kontakt. Beboerne har rig mulighed for at interagere med hinanden, men flere af dem fortæller eksplicit, at de ikke orker at være sammen med de andre beboere. De foretrækker deres familie og ellers nogle bestemte fra personalet. Det er tydeligt, at en del af beboerne er tæt knyttet til nogle bestemte personalemedlemmer, og ØGM-forløbet har muligvis øget den tid, som beboerne kan være sammen med deres ”favoritter” blandt personalet. Desuden fik en del af beboerne også en ny social kontakt i fysioterapeuten eller ergoterapeuten, som var knyttet til de fleste ØGM-forløb, og som nogle af beboerne derfor havde ugentlig kontakt med. De beboe-

re, der havde ugentlig kontakt med disse terapeuter gennem forløbet, fortæller i den sammenhæng, at de sætter stor pris på terapeuterne, og de beskriver dem som ”søde” og ”rare”.

Det kan derfor tyde på, at ØGM har nogle positive sideeffekter, som giver sig udslag i en positiv udvikling i beboernes nuværende omsorgsbetingede livskvalitet – specielt inden for domænerne aktiviteter og social kontakt.

Teoretisk set burde aktiviteterne og træningsøvelserne i ØGM-forløbet i sig selv ikke have nogen virkning på beboernes nuværende omsorgsbetingede livskvalitet, når vi måler beboerne, efter at ØGM-forløbet er afsluttet. Da ØGM-forløbet blev afsluttet, sluttede jo samtidig aktiviteterne og træningsøvelserne, som loftede beboernes omsorgsbetingede livskvalitet. Således burde beboernes glæde ved at deltage i ØGM-forløbets aktiviteter og træningsøvelser ikke være noget, vi kan indfange i vores ASCOT-måling, efter at ØGM-forløbet er afsluttet. Der er dog to forklaringer på, hvorfor vi alligevel kan registrere en positiv udvikling i beboernes nuværende omsorgsbetingede livskvalitet. For det første er en del af beboernes ØGM-forløb kun afsluttet officielt, men ikke i praksis, da både personale og beboere har været så glade for forløbet, at de i større eller mindre grad har fortsat det. For det andet står ØGM-forløbet – for de beboere, hvor forløbet i praksis er afsluttet – formentlig relativt friskt i hukommelsen og bliver taget med i deres oplevelse af egen hverdag. Ud fra vores interview med beboerne efter ØGM-forløbets (officielle) afslutning tyder det på, at beboerne inddrager ØGM-forløbets glædesgivende aktiviteter og sociale kontakt, når de vurderer, hvordan deres nuværende omsorgsbetingede livskvalitet er. Havde vi spurgt dem meget lang tid efter ØGM-forløbets afslutning, kan man således forestille sig, at resultatet havde været et andet.

Tabel 3.4 viser beboernes udvikling i deres nuværende omsorgsbetingede livskvalitet over ØGM-forløbet, og af tabellen fremgår det, at 9 beboere, svarende til 60 pct., har en positiv udvikling. 6 af disse har endda en stor positive udvikling på over 0,15, hvilket viser, at beboernes gennemsnitlige stigning i nuværende omsorgsbetingede livskvalitet fra første til anden måling ikke blot er et resultat af store forbedringer for enkelte beboere.

TABEL 3.4

Plejecenterbeboere fordelt efter udvikling i deres nuværende omsorgsbetingede livskvalitet. Antal og procent.

	Positiv udvikling	Uændret	Negativ udvikling	I alt
Antal	9	4	2	15
Procent	60	27	13	100

Kilde: Målinger af plejeboligbeboere i Næstved.

OPSUMMERING

Beboernes gennemsnitlige nuværende omsorgsbetingede livskvalitet lå inden ØGM-forløbet på 0,70, hvilket er under landsgennemsnittet på 0,84 (Rostgaard m.fl., 2012). Efter ØGM-forløbet er beboernes nuværende omsorgsbetingede livskvalitet dog steget relativt meget, til 0,85, og denne stigning er også statistisk signifikant ($p = 0,072$) på et 10-procents-signifikansniveau.

Vi kan se, at 9 af beboerne har haft en positiv udvikling, men da der ikke er tale om en egentlig effektmåling, kan vi ikke konkludere, at det alene skyldes deltagelse i ØGM. Ud fra vores interview med beboerne, så tyder det dog på, at ØGM-forløbet har haft nogle positive afledte effekter, som kan have resulteret i en positiv udvikling i beboernes gennemsnitlige nuværende omsorgsbetingede livskvalitet. I den sammenhæng tyder det på, at ØGM-forløbet har været en meningsfuld aktivitet for beboerne og i øvrigt har givet dem mere social kontakt med personalet, og det er netop også inden for domænerne aktiviteter og social kontakt, at den positive udvikling i den gennemsnitlige nuværende omsorgsbetingede livskvalitet er størst.

Figur 3.1 illustrerer med to figurer beboernes forventede og nuværende omsorgsbetingede livskvalitet samt forbedringen af den omsorgsbetingede livskvalitet og forbedringskapaciteten før (øverste del af figur 3.1) og efter ØGM-forløbet (nederste del af figur 3.1).

I figurerne illustrerer det grønne felt den nuværende omsorgsbetingede livskvalitet, når beboerne modtager pleje og omsorg.

Det lilla felt i midten af figurerne illustrerer den forventede omsorgsbetingede livskvalitet, hvis beboerne ikke fik den nuværende pleje og omsorg.

Differencen mellem arealet af det lilla og det grønne felt illustrerer livskvalitetsforbedringen som følge af pleje og omsorg.

Differencen mellem det lille areal (forventet omsorgsbetinget livskvalitet) og den yderste kant i figuren illustrerer den samlede forbedringskapacitet, dvs. hvor meget plejecenterets pleje og omsorg i udgangspunktet er i stand til at forbedre beboerens omsorgsbetingede livskvalitet.

Begge figurer i figur 3.1 viser, at den pleje og omsorg, som beboerne får, forbedrer deres omsorgsbetingede livskvalitet betydeligt, hvilket er illustreret ved, at det grønne felt i begge figurer er væsentligt større end det lille felt i midten af figurerne.

Hvis man sammenligner de to figurer i figur 3.1, kan man dog se, at den nuværende omsorgsbetingede livskvalitet i figuren efter ØGM-forløbet er endnu større end i figuren før ØGM-forløbet, hvilket illustrerer den positive udvikling i den nuværende omsorgsbetingede livskvalitet fra første til anden måling. Det er særligt tydeligt, at det grønne felt er udvidet ved domænerne aktiviteter og social kontakt, hvilket viser, at det særligt er inden for disse domæner, at der er en positiv udvikling over tid i den nuværende omsorgsbetingede livskvalitet. Således viser resultaterne fra ASCOT-metoden, at beboerne fik øget deres omsorgsbetingede livskvalitet.

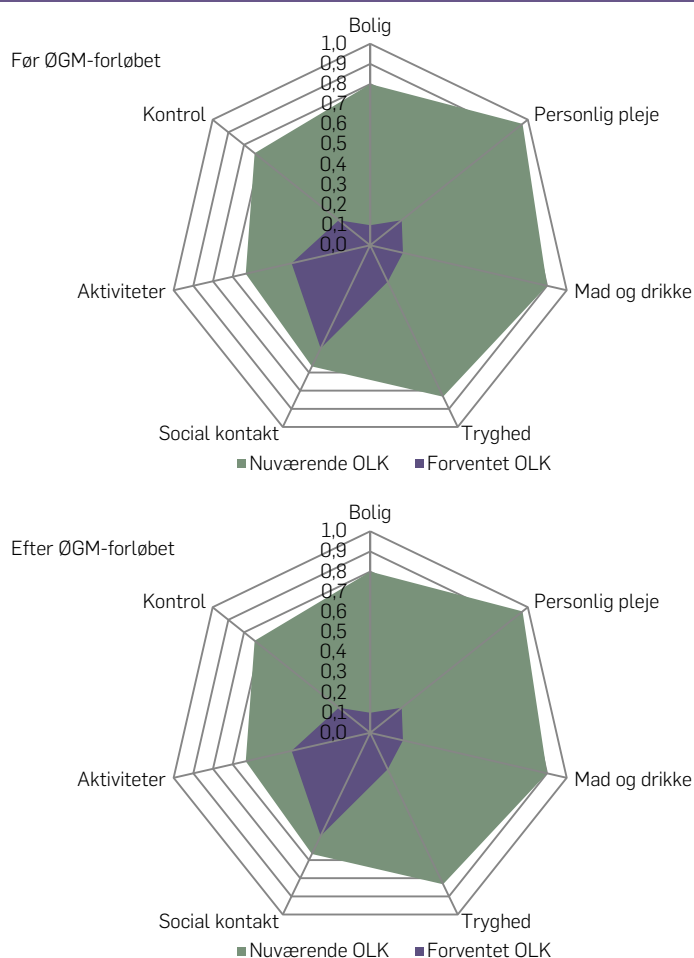
I bilagstabel B1.1 i bilag 1 præsenteres resultaterne af ASCOT-målingen inden for alle otte domæner for hver enkelte af 22 beboere, som blev målt *før* ØGM-forløbet både med og uden pleje og omsorg. I bilag 2 kan man se beboernes rating inden for hvert livskvalitetsdomæne henholdsvis med og uden hjælp for de 15 beboere, der både er målt før (bilagstabel B2.1) og efter deres deltagelse i ØGM (bilagstabel B2.2).

FIGUR 3.1

Den øverste figur viser plejecenterbeboeres forventede og nuværende omsorgsbetingede livskvalitet samt forbedringen af den omsorgsbetingede livskvalitet og forbedringskapacitet før ØGM-forløbet.

Den nederste figur viser plejecenterbeboeres forventede og nuværende omsorgsbetingede livskvalitet samt forbedringen af den omsorgsbetingede livskvalitet og forbedringskapacitet efter ØGM-forløbet.

Begge illustreret ved ASCOT-score.



Anm.: Nuværende OLK er den nuværende omsorgsbetingede livskvalitet. Forventet OLK er den forventede omsorgsbetingede livskvalitet.

Kilde: Målinger af plejeboligbeboere i Næstved.

METODOLOGISKE FORBEHOLD

Vi kan på baggrund af denne evaluering ikke konkludere noget definitivt om ØGM-forløbets generelle virkning på livskvalitet for alle de beboere, der har været gennem forløbet, hvilket skyldes en række forhold, som vi kort vil skitsere i det følgende. Evalueringen er behæftet med nogle måleusikkerheder, og vores resultater er snævert knyttet til de 15 beboere, som vi undersøger. Evalueringen afdækker dog nogle mekanismer, som meget vel kan tænkes også at gøre sig gældende for øvrige ØGM-forløb.

LILLE UNDERSØGELSESGRUPPE

Vi har en meget lille undersøgelsesgruppe (stikprøve) bestående af 15 beboere, hvilket bl.a. gør det svært at identificere resultater, der er statistisk signifikante. Det er således svært at konkludere andet, end at de tendenser, vi observerer, skyldes tilfældigheder og måleusikkerhed. Endvidere skyldes de gennemsnitlige udviklinger, vi observerer samlet for alle beboerne, i virkeligheden primært ændringer i ratingen af én eller få beboere fra første til anden måling. Små forskelle i ratingen af de enkelte beboere henholdsvis før og efter ØGM-forløbet har således vist sig som ændringer i de gennemsnitlige værdier. Det er problematisk, da de enkelte målinger meget vel kan være influeret af forhold, som ikke relaterer sig til ØGM-forløbet, men af helt andre forhold. Sidst, men ikke mindst er undersøgelsesgruppens størrelse en udfordring i forhold til at kunne generalisere undersøgelsens resultater til at gælde for plejeboligbeboere generelt. Såfremt vi skulle udtale os repræsentativt, ville det have krævet en langt større undersøgelsesgruppe.

STORT FRAFALD

Vi udtrak 25 beboere til undersøgelsen, men det er kun 15 af beboerne, som indgår i analysen. Der har således været et stort frafald, og det er problematisk i forhold til gruppens repræsentativitet. Hvis det er en bestemt type personer, som frafalder analysen, så vil denne type af personer være underrepræsenteret. I denne undersøgelse er alle omsorgsboligbeboerne faldet fra, hvilket betyder, at kun plejeboligbeboere indgår i undersøgelsen. De resultater, vi har fundet, og de mekanismer, vi har afdækket, fortæller således kun noget om virkningerne af ØGM-forløb for plejeboligbeboere og sandsynligvis om virkningerne for en speciel gruppe af plejeboligbeboere – nemlig dem, der ikke falder fra undervejs.

Hvorvidt de 15 plejeboligbeboere, der indgår i undersøgelsen her, er repræsentative for plejeboligbeboere generelt, kan vi ikke vide med sikkerhed, men vi kan se på, hvorvidt vores gruppe ligner plejeboligbeboere generelt på en række punkter. Vi sammenligner vores undersøgelsesgruppe med de 300 plejeboligbeboere, som var tilfældigt udtrukket til at indgå i SFT's undersøgelse af omsorg og livskvalitet i plejeboligen i 2012 (Rostgaard m.fl., 2012), og som repræsenterer plejeboligbeboere generelt i Danmark. Beboerne i denne undersøgelse havde ca. samme forventede omsorgsbetingede livskvalitet ved første måling som plejeboligbeboerne generelt. Således havde beboerne i denne undersøgelse en gennemsnitlig ASCOT-score på 0,13, hvor plejeboligbeboernes landsgennemsnit er på 0,15. Hvad angår kønsfordelingen, så er der på landsgennemsnit 67 pct. kvinder i plejeboligerne. I vores undersøgelse er 6 ud af 15 kvinder (60 pct.), hvilket vores stikprøvestørrelse taget i betragtning er tæt på den generelle fordeling. Gennemsnitsalderen i vores undersøgelsesgruppe er lidt over 84, hvilket er tæt på landsgennemsnittet på 85 år. Således afviger vores undersøgelsesgruppe ikke væsentligt på de helt overordnede parametre fra plejeboligbeboere i resten af landet. Således er det muligt, at det store frafald ikke er så stort et problem, som man kunne have frygtet, uden at vi dog kan komme det nærmere. Vi skal dog stadig være forsigtige i forhold til generelle og vidtrækkende konklusioner.

MANGLENDE KONTROLGRUPPE

Den gruppe af beboere, som har deltaget i ØGM-forløbet, kan man kalde en "indsatsgruppe", da den har modtaget indsatsen. Når man gerne vil måle virkningen eller effekten af en indsats, så vil man i den ideelle situation gennemføre et randomiseret kontrolleret forsøg, hvor man sammenligner udviklingen i en tilfældigt udtrukket indsatsgruppe med udviklingen i en tilsvarende tilfældigt udtrukket kontrolgruppe, som består af personer, der ikke har modtaget indsatsen, men som ellers ligner indsatsgruppen. Ideelt set skal det eneste, der statistisk adskiller de to grupper, være, at den ene gruppe har fået indsatsen, mens den anden ikke har. Tanken er, at kontrolgruppen giver viden om, hvordan indsatsgruppen havde udviklet sig, hvis ikke den havde fået indsatsen. Den forskel, man finder mellem de to grupper, vil i så fald kunne tilskrives effekten af indsatsen.⁶

6. Se SFT's hjemmeside for yderligere information:

<http://www.sft.dk/lodtr%C3%A6kningsfors%C3%B8g-11206.aspx>.

Vi er umiddelbart kun interesserede i at se, om deltagerne i ØGM-forløbet har højnet deres (omsorgsbetingede) livskvalitet over tid, og således ikke i at finde en egentlig effekt, hvorfor vi bevidst har valgt at lave et metodisk design uden kontrolgruppe. Det betyder dog, at vi ikke har nogen viden om den kontrafaktiske situation, hvis vores undersøgelsesgruppe ikke havde deltaget i ØGM-forløbet. Det kan potentielt have den konsekvens, at vi undervurderer, hvilken rehabiliterende virkning ØGM-forløbet har i forhold til beboernes forventede omsorgsbetingede livskvalitet. Plejeboligen er oftest plejeboligbeboernes sidste hjem, og på landsplan lever plejeboligbeboerne i gennemsnit lidt under 30 måneder i deres plejebolig, inden de dør (Eldrekommissionen, 2012). Over 30 pct. dør inden for det første år, efter at de kommer i plejeboligen (ibid.). Det tegner et billede af, at plejeboligbeboere er meget skrøbelige, og deres helbred er formentligt for stærkt nedadgående i den periode, hvor de bor i plejebolig. Man kan derfor forestille sig, at beboerne bliver mindre og mindre selvhjulpne over tid, og uden nogen rehabiliterende indsats kan man forvente, at beboerne vil få lavere og lavere forventet omsorgsbetinget livskvalitet. I det perspektiv kan selv 16 uger være lang tid. I den forstand kan en uændret udvikling i beboernes forventede omsorgsbetingede livskvalitet over de 16 ugers ØGM-forløb potentielt være udtryk for en succesfuld indsats. Hvis de ikke havde haft indsatsen, havde de måske haft en negativ udvikling. Dette kan vi dog ikke vide, da vi ikke har en kontrolgruppe.

ASCOT-METODENS MÅLEUSIKKERHED

Der er også nogle udfordringer, som knytter sig til ASCOT-metoden og til de endelige ratings. Ratingen skal foretages ud fra saglig argumentation og objektive kriterier, men det er i sidste ende interviewerens, der skal rate, hvilket uundgåeligt indebærer subjektive indfald og dermed fejlkilder. I en undersøgelse som denne er det afgørende, at alle beboere bliver ratet ens, hvorfor det kan være fordelagtigt at anvende den samme interviewer hele vejen igennem. Dette er dog sjældent muligt i praksis, og det har det heller ikke været i denne evaluering. Vi var seks forskellige interviewere til at indsamle data gennem de to målinger, og de forskellige interviewere kan have haft en smule forskellige måder at rate på, hvilket kan have resulteret i forskellige ratings af beboerne. Vi blev alle grundigt indført i ASCOT-metoden, og vi anvendte buddy-systemet (jf. kapitel 2) for at

minimere denne fejlkilde. At gøre det på denne måde er ressourcekrævende, men vi har gjort det for at reducere betydningen af denne fejlkilde.

En anden fejlkilde vedrørende ratingen af beboerne knytter sig til beboerne selv og deres mentale tilstand, da vi var ude og interviewe og observere dem. Hvis beboeren fx havde en downperiode, hvor han eller hun var umotiveret og opgivende, ville det muligvis afspejle sig i en dårligere rating, end hvis beboeren havde haft en god periode. Personalet fortalte, at en del af beboerne havde store humørsvingninger, og disse kan have influeret på resultaterne.

Ligeledes kan det have haft betydning, hvilken dag vi var ude og observere beboeren. Ratingen kan tænkes at være influeret af, hvorvidt den enkelte beboer havde en travl dag med mange aktiviteter, eller om beboeren havde en rolig dag uden aktiviteter. Det er klart, at vores interview med beboerne selv eller deres pårørende og med personalet jo også tages i betragtning i ratingen, hvorfor fejlkilder vedrørende observationer, der ikke er repræsentative for den ældres hverdag, minimeres. De kan dog potentielt have en indvirkning, hvis en beboer fx placerer sig mellem to trin på ratingskalaen.

I store undersøgelser med mange beboere betyder ovenstående fejlkilder ikke så meget som i en lille undersøgelse som denne, hvor små ændringer i ratingen af enkelte beboere giver udslag i de samlede resultater.

ASCOT-METODENS MANGLENDE SENSITIVITET

En sidste metodologisk problematik knytter sig til ASCOT-metoden i denne undersøgelseskontekst, hvor vi måler udvikling over tid. ASCOT-metoden gør det muligt at kvantificere beboernes omsorgsbetingede livskvalitet, hvilket gør det muligt at sætte talværdier på beboernes udvikling fra første til anden måling. I den forstand er ASCOT-metoden en udmærket metode i en undersøgelse som denne. Det er dog en metode, som baserer sig på en meget grov 3-punkts-skala, hvilket betyder, at metoden har svært ved at indfange mindre ændringer. Således vil små forbedringer i den enkelte beboers evne til at udføre en given handling muligvis ikke blive indfanget af ASCOT-metoden, selvom den lille ændring kan være af stor betydning for beboeren selv. Hvis ASCOT skal anvendes til at måle udviklingen i omsorgsbetinget livskvalitet over tid, så vil det være en fordel, hvis tidsintervallet er længere, da det – alt andet lige – vil øge chancen for, at en større ændring realiseres og dermed kan op-

fanges af ASCOT-metodens relativt grove 3-punkts-skala. Alternativt vil det efter vores vurdering være fornuftigt at supplere ASCOT-metoden med kvalitative interview, der i højere grad kan indfange de mindre ændringer og de ændringer, som undersøgelsessubjekterne selv oplever. Sidstnævnte er også, hvad vi har valgt at gøre i denne undersøgelse.

Undersøgelsens resultater skal ses i lyset af disse ovenstående metodiske forbehold, men det betyder ikke, at resultaterne ikke kan anvendes konstruktivt i det videre arbejde med ØGM eller andre rehabiliterende indsatser.

KONKLUSION OG PERSPEKTIVER

Vi har undersøgt livskvaliteten, målt på baggrund af ASCOT-metoden, før og efter deltagelse i ØGM blandt en undersøgelsesgruppe bestående af 15 plejeboligbeboere i Næstved Kommune. Vi har evalueret ØGM-forløbet ud fra kommunens succeskriterie om, at minimum 50 pct. af beboerne, der deltager i et ØGM-forløb, får øget deres livskvalitet.

Da der har været et stort frafald af beboere gennem undersøgelsesperioden, kan det ikke med sikkerhed konkluderes, at undersøgelsesgruppen i denne undersøgelse er repræsentativ for alle de beboere i Næstved Kommune, som har været igennem et ØGM-forløb, og vi kan derfor ikke konkludere noget endeligt for alle dem, der har været gennem forløbet. Vi kan dog konkludere, hvilken udvikling vores undersøgelsesgruppe har undergået, og vi kan pege på, hvilke sammenhænge der er mellem ØGM-forløbet og ændringerne i beboernes livskvalitet i vores undersøgelsesgruppe. I forlængelse heraf kan vi fremhæve nogle virksomme mekanismer ved ØGM-forløbet, som formentlig også gælder mere generelt for deltagere i ØGM-forløb generelt.

BEGRÆNSET VIRKNING PÅ LIVSKVALITET

ØGM er et hverdagsrehabiliteringsprojekt, der har til hensigt at gøre beboerne mere selvhjulpne og mindre afhængige af pleje og omsorg. Man kan således forvente, at ØGM-forløbet vil forbedre beboernes *forventede* omsorgsbetingede livskvalitet – den livskvalitet, de forventes at have, hvis de ikke modtager pleje og omsorg.

Resultaterne i vores undersøgelse viser, at undersøgelsesgruppen gennemsnitligt har højere forventet omsorgsbetinget livskvalitet uden pleje og omsorg efter ØGM-forløbet på tværs af livskvalitetsdomænerne (1,7 procentpoint). Denne gennemsnitlige forbedring for alle beboerne er således positiv, men begrænset og langt fra statistisk signifikant, hvilket gør det meget usikkert at tolke på. Vi kan altså ikke konkludere, at ØGM-forløbet har haft den ønskede virkning i forhold til at forbedre den *forventede* omsorgsbetingede livskvalitet uden pleje og omsorg for minimum 50 pct. af beboerne. Det betyder dog ikke nødvendigvis, at den forandringsteori, der ligger bag ØGM, er forkert. Den manglende virkning af ØGM-forløbene på beboernes forventede omsorgsbetingede livskvalitet kan derimod bl.a. være et resultat af, at flere beboeres forløb er blevet påvirket undervejs, da de er blevet syge, er kommet til skade eller lignende. Beboerne på plejecentrene har nærmest pr. definition et skrøbeligt helbred, hvilket ofte vil vanskeliggøre et rehabiliteringsforløb som ØGM. I forlængelse heraf kan det faktum, at beboernes forventede omsorgsbetingede livskvalitet over de 16 ugers ØGM-forløb statistisk set er uændret, potentielt ses som en succes. Dette forhold kan vi dog ikke udtale os om med sikkerhed, da vi ikke har en kontrolgruppe at sammenligne med.

ØGM-FORLØBET BESTÅR AF MENINGSFYLDTE SOCIALE AKTIVITETER

Resultaterne fra vores målinger af beboernes *nuværende* omsorgsbetingede livskvalitet, hvor de modtager pleje og omsorg, viser, at der er en relativt stor gennemsnitlig forbedring for beboerne på 15,3 procentpoint, der også er statistisk signifikant. Ni af beboerne har en positiv udvikling i deres nuværende omsorgsbetingede livskvalitet, og kun to har en negativ udvikling.

Det er specielt inden for livskvalitetsdomænerne *social kontakt* og *aktiviteter*, at der er markante positive gennemsnitlige forbedringer på 23 procentpoint for hvert domæne. Dette indikerer, at beboerne har fået flere meningsfyldte aktiviteter i deres hverdag, og at de har fået mere social kontakt, hvilket understøttes af beboernes fortællinger i de kvalitative interview, hvor denne forbedring knyttes til ØGM-forløbet. Beboerne fortæller således, at træningsøvelserne i sig selv har været rare afbræk i deres dagligdag. I forlængelse af dette fortæller de, at samværet med personalet under disse aktiviteter har været rart. Det kan således tyde på, at ØGM-forløbet har nogle positive afledte effekter, som ikke nødvendigvis er indtænkt på forhånd. ØGM-forløbet ser altså ud til at have højnet en del af beboernes nuværende omsorgsbetingede livskvalitet ved at give dem nogle meningsfyldte og sociale aktiviteter. Det gør sig umiddelbart gældende for flere end 50 pct. af beboerne, at de har fået højnet deres *nuværende* omsorgsbetingede livskvalitet med pleje og omsorg.

BILAG

BILAG 1 BEBOERNES RATING FOR ALLE 22 BEBOERE MÅLT FØR ØGM-FORLØBET

BILAGSTABEL B1.1

Beboernes rating for alle 22 beboere, der blev målt før ØGM for hvert livskvalitetsdomæne med og uden hjælp. Antal og procent.

	Antal	Procent		Antal	Procent
<i>Kontrol (med hjælp)</i>			<i>Kontrol (uden hjælp)</i>		
Ingen udækkede behov	16	72,7	Ingen udækkede behov	3	13,6
Nogle udækkede behov	3	13,6	Nogle udækkede behov	7	31,8
Store udækkede behov	3	13,6	Store udækkede behov	12	54,5
Antal beboere i alt	22	100,0	Antal beboere i alt	22	100,0
<i>Personlig pleje (med hjælp)</i>			<i>Personlig pleje (uden hjælp)</i>		
Ingen udækkede behov	20	90,9	Ingen udækkede behov	1	4,5
Nogle udækkede behov	2	9,1	Nogle udækkede behov	10	45,5
Store udækkede behov	0	0,0	Store udækkede behov	11	50,0
Antal beboere i alt	22	100,0	Antal beboere i alt	22	100,0
<i>Mad og drikke (med hjælp)</i>			<i>Mad og drikke (uden hjælp)</i>		
Ingen udækkede behov	16	72,7	Ingen udækkede behov	2	9,1
Nogle udækkede behov	5	22,7	Nogle udækkede behov	8	36,4
Store udækkede behov	1	4,5	Store udækkede behov	12	54,5
Antal beboere i alt	22	100,0	Antal beboere i alt	22	100,0

(Fortsættes)

BILAGSTABEL B1.1 FORTSAT

Beboernes rating for alle 22 beboere, der blev målt før ØGM for hvert livskvalitetsdomæne med og uden hjælp. Antal og procent.

	Antal	Procent		Antal	Procent
<i>Tryghed (med hjælp)</i>			<i>Tryghed (uden hjælp)</i>		
Ingen udækkede behov	16	72,7	Ingen udækkede behov	2	9,1
Nogle udækkede behov	5	22,7	Nogle udækkede behov	5	22,7
Store udækkede behov	1	4,5	Store udækkede behov	15	68,2
Antal beboere i alt	22	100,0	Antal beboere i alt	22	100,0
<i>Social kontakt (med hjælp)</i>			<i>Social kontakt (uden hjælp)</i>		
Ingen udækkede behov	9	40,9	Ingen udækkede behov	8	36,4
Nogle udækkede behov	10	45,5	Nogle udækkede behov	7	31,8
Store udækkede behov	3	13,6	Store udækkede behov	7	31,8
Antal beboere i alt	22	100,0	Antal beboere i alt	22	100,0
<i>Aktiviteter (med hjælp)</i>			<i>Aktiviteter (uden hjælp)</i>		
Ingen udækkede behov	10	45,5	Ingen udækkede behov	4	18,2
Nogle udækkede behov	8	36,4	Nogle udækkede behov	9	40,9
Store udækkede behov	4	18,2	Store udækkede behov	9	40,9
Antal beboere i alt	22	100,0	Antal beboere i alt	22	100,0
<i>Boligen (med hjælp)</i>			<i>Boligen (uden hjælp)</i>		
Ingen udækkede behov	13	59,1	Ingen udækkede behov	1	4,5
Nogle udækkede behov	8	36,4	Nogle udækkede behov	4	18,2
Store udækkede behov	1	4,5	Store udækkede behov	17	77,3
Antal beboere i alt	22	100,0	Antal beboere i alt	22	100,0
<i>Værdighed (med hjælp)</i>					
Ingen udækkede behov	18	81,8			
Nogle udækkede behov	4	18,2			
Store udækkede behov	0	0,0			
Antal beboere i alt	22	100,0			

Kilde: Målinger af plejeboligbeboere i Næstved.

BILAG 2 BEBOERNES RATING FOR DE 15 BEBOERE, DER BÅDE ER MÅLT FØR OG EFTER ØGM-FORLØBET

BILAGSTABEL B2.1

Beboernes rating for de 15 beboere, der både er målt før og efter ØGM-forløbet.

Første måling før ØGM-forløbet for hvert livskvalitetsdomæne med og uden hjælp. Antal og procent.

	Antal	Procent		Antal	Procent
<i>Kontrol (med hjælp)</i>			<i>Kontrol (uden hjælp)</i>		
Ingen udækkede behov	10	66,7	Ingen udækkede behov	1	6,7
Nogle udækkede behov	2	13,3	Nogle udækkede behov	4	26,7
Store udækkede behov	3	20,0	Store udækkede behov	10	66,7
Antal beboere i alt	15	100,0	Antal beboere i alt	15	100,0
<i>Personlig pleje (med hjælp)</i>			<i>Personlig pleje (uden hjælp)</i>		
Ingen udækkede behov	14	93,3	Ingen udækkede behov	0	0,0
Nogle udækkede behov	1	6,7	Nogle udækkede behov	6	40,0
Store udækkede behov	0	0,0	Store udækkede behov	9	60,0
Antal beboere i alt	15	100,0	Antal beboere i alt	15	100,0
<i>Mad og drikke (med hjælp)</i>			<i>Mad og drikke (uden hjælp)</i>		
Ingen udækkede behov	12	80,0	Ingen udækkede behov	0	0,0
Nogle udækkede behov	3	20,0	Nogle udækkede behov	5	33,3
Store udækkede behov	0	0,0	Store udækkede behov	10	66,7
Antal beboere i alt	15	100,0	Antal beboere i alt	15	100,0
<i>Tryghed (med hjælp)</i>			<i>Tryghed (uden hjælp)</i>		
Ingen udækkede behov	10	66,7	Ingen udækkede behov	1	6,7
Nogle udækkede behov	5	33,3	Nogle udækkede behov	4	26,7
Store udækkede behov	0	0,0	Store udækkede behov	10	66,7
Antal beboere i alt	15	100,0	Antal beboere i alt	15	100,0
<i>Social kontakt (med hjælp)</i>			<i>Social kontakt (uden hjælp)</i>		
Ingen udækkede behov	7	46,7	Ingen udækkede behov	7	46,7
Nogle udækkede behov	6	40,0	Nogle udækkede behov	3	20,0
Store udækkede behov	2	13,3	Store udækkede behov	5	33,3
Antal beboere i alt	15	100,0	Antal beboere i alt	15	100,0
<i>Aktiviteter (med hjælp)</i>			<i>Aktiviteter (uden hjælp)</i>		
Ingen udækkede behov	7	46,7	Ingen udækkede behov	4	26,7
Nogle udækkede behov	5	33,3	Nogle udækkede behov	4	26,7
Store udækkede behov	3	20,0	Store udækkede behov	7	46,7
Antal beboere i alt	15	100,0	Antal beboere i alt	15	100,0
<i>Boligen (med hjælp)</i>			<i>Boligen (uden hjælp)</i>		
Ingen udækkede behov	10	66,7	Ingen udækkede behov	0	0,0
Nogle udækkede behov	4	26,7	Nogle udækkede behov	3	20,0
Store udækkede behov	1	6,7	Store udækkede behov	12	80,0
Antal beboere i alt	15	100,0	Antal beboere i alt	15	100,0

(Fortsættes)

BILAGSTABEL B2.1 FORTSAT

Beboernes rating for de 15 beboere, der både er målt før og efter ØGM-forløbet.

Første måling før ØGM-forløbet for hvert livskvalitetsdomæne med og uden hjælp. Antal og procent.

	Antal	Procent		Antal	Procent
<i>Værdighed (med hjælp)</i>					
Ingen udækkede behov	11	73,3			
Nogle udækkede behov	4	26,7			
Store udækkede behov	0	0,0			
Antal beboere i alt	15	100,0			

Kilde: Målinger af plejeboligbeboere i Næstved.

BILAGSTABEL B2.2

Beboernes rating for de 15 beboere, der både er målt før og efter ØGM-forløbet.

Anden måling efter ØGM-forløbet for hvert livskvalitetsdomæne med og uden hjælp. Antal og procent.

	Antal	Procent		Antal	Procent
<i>Kontrol (med hjælp)</i>					
Ingen udækkede behov	10	66,7	<i>Kontrol (uden hjælp)</i>		
Nogle udækkede behov	4	26,7	Ingen udækkede behov	0	0,0
Store udækkede behov	1	6,7	Nogle udækkede behov	5	33,3
Antal beboere i alt	15	100,0	Store udækkede behov	10	66,7
			Antal beboere i alt	15	100,0
<i>Personlig pleje (med hjælp)</i>					
Ingen udækkede behov	14	93,3	<i>Personlig pleje (uden hjælp)</i>		
Nogle udækkede behov	1	6,7	Ingen udækkede behov	1	6,7
Store udækkede behov	0	0,0	Nogle udækkede behov	5	33,3
Antal beboere i alt	15	100,0	Store udækkede behov	9	60,0
			Antal beboere i alt	15	100,0
<i>Mad og drikke (med hjælp)</i>					
Ingen udækkede behov	11	73,3	<i>Mad og drikke (uden hjælp)</i>		
Nogle udækkede behov	4	26,7	Ingen udækkede behov	0	0,0
Store udækkede behov	0	0,0	Nogle udækkede behov	6	40,0
Antal beboere i alt	15	100,0	Store udækkede behov	9	60,0
			Antal beboere i alt	15	100,0
<i>Tryghed (med hjælp)</i>					
Ingen udækkede behov	13	86,7	<i>Tryghed (uden hjælp)</i>		
Nogle udækkede behov	2	13,3	Ingen udækkede behov	0	0,0
Store udækkede behov	0	0,0	Nogle udækkede behov	7	46,7
Antal beboere i alt	15	100,0	Store udækkede behov	8	53,3
			Antal beboere i alt	15	100,0
<i>Social kontakt (med hjælp)</i>					
Ingen udækkede behov	12	80,0	<i>Social kontakt (uden hjælp)</i>		
Nogle udækkede behov	3	20,0	Ingen udækkede behov	4	26,7
Store udækkede behov	0	0,0	Nogle udækkede behov	10	66,7
Antal beboere i alt	15	100,0	Store udækkede behov	1	6,7
			Antal beboere i alt	15	100,0

(Fortsættes)

BILAGSTABEL B2.2 FORTSAT

Beboernes rating for de 15 beboere, der både er målt før og efter ØGM-forløbet.

Anden måling efter ØGM-forløbet for hvert livskvalitetsdomæne med og uden hjælp. Antal og procent.

	Antal	Procent		Antal	Procent
<i>Aktiviteter (med hjælp)</i>			<i>Aktiviteter (uden hjælp)</i>		
Ingen udækkede behov	11	73,3	Ingen udækkede behov	5	33,3
Nogle udækkede behov	4	26,7	Nogle udækkede behov	4	26,7
Store udækkede behov	0	0,0	Store udækkede behov	6	40,0
Antal beboere i alt	15	100,0	Antal beboere i alt	15	100,0
<i>Boligen (med hjælp)</i>			<i>Boligen (uden hjælp)</i>		
Ingen udækkede behov	14	93,3	Ingen udækkede behov	0	0,0
Nogle udækkede behov	1	6,7	Nogle udækkede behov	2	13,3
Store udækkede behov	0	0,0	Store udækkede behov	13	86,7
Antal beboere i alt	15	100,0	Antal beboere i alt	15	100,0
<i>Værdighed (med hjælp)</i>					
Ingen udækkede behov	14	93,3			
Nogle udækkede behov	1	6,7			
Store udækkede behov	0	0,0			
Antal beboere i alt	15	100,0			

Kilde: Målinger af plejeboligbeboere i Næstved.

LITTERATUR

- Bowling, A. (2004): "A Taxonomy and Overview of Quality of Life". I: Brown J., A. Bowling & T. Flynn (red.): *Models of Quality of Life: a Taxonomy and Systematic Review of the Literature*. FORUM Projekt. Sheffield: University of Sheffield.
- Bundgaard, K.M. & B.T. Christensen (1999): *En bid af aldres hverdag*. Ergoterapeut- og Fysioterapeutskolen i Odense.
- Christophersen, J. (1999): *Levskvalitet hos de svageste ældre*. København: Ældre Sagen.
- Forder J., A.M. Towers, J. Caiels, J. Beadle-Brown & A. Netten (2008): "Measuring Outcomes in Social Care: Second Interim Report Quality Measurement Framework Project". PSSRU Discussion Paper 2542. London: London School of Economics and Political Science.
- Gabriel, Z. & A. Bowling (2004): "Quality of Life From the Perspectives of Older People". *Ageing and Society*, 24(5), s. 675-691.
- Gottschalk, G., B. Foerlev, K. Damkjær, K. Kholy, E. Nielsen, S. Thysen & M. Aasborg (1997): *Boligforhold, pleje og omsorg i ti københavnske plejehjem*. Hørsholm: SBI Forlag.
- Malchow-Møller, N. & A. Würtz (2003): *Indblik i statistik – en grundbog for videregående uddannelser*. København: Gyldendal.

- Netten, A., J. Beadle-Brown, B. Trukeschitz, A.-M. Towers, E. Welch, J. Forder, J. Smith & E. Alden (2010): *Measuring the Outcomes of Care Homes: Final Report*. Tilgængelig på: http://www.pssru.ac.uk/pdf/dp2696_2.pdf. Besøgt d. 01-06-2015.
- Næstved Kommune (2014): *Dataindsamling, registrering og evaluering – "Øvelse gør mester" på centrene*.
- Rostgaard, T., R. Brünner & T. Fridberg (2012): *Omsorg og livskvalitet i plejeboligen*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 12:03.
- Rostgaard T. & C.H. Thorgaard (2007): *God Kvalitet i Ældreplejen*. København: Socialforskningsinstituttet.
- Sen, A. (1993): "Capability and Well-Being". I: M. Nusbaum & A. Sen: *The Quality of Life*. Oxford: Clarendon Press.
- Sen, A. (1985): *Commodities and Capabilities*. Amsterdam: Elsevier Science Ltd.
- Ældrekommissionen – kommissionen om livskvalitet og selvbestemmelse i plejebolig og plejehjem (2012): *Livskvalitet og selvbestemmelse på plejehjem*. Social- og Integrationsministeriet. Tilgængelig på: <http://sm.dk/nyheder/2012/livskvalitet-og-selvbestemmelse-pa-plejehjem-aeldrekommissionen.pdf>. Besøgt d. 01-06-2015.

SFI-RAPPORTER SIDEN 2014

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

- 14:01 Bach, H.B. & M.R. Larsen: *Dagpengemodtageres situation omkring dagpengeophør*. 135 sider. e-ISBN: 978-87-7119-223-0. Netpublikation.
- 14:02 Loft, L.T.G.: *Parinterventioner og samlivsbrud. En systematisk forskningsoversigt*. 81 sider. e-ISBN: 978-87-7119-225-4. Netpublikation.
- 14:03 Aner, L.G. & H.K. Hansen: *Flytninger fra byer til land- og yderområder. Højtuddannede og socialt udsatte gruppers flytninger fra bykommuner til land- og yderkommuner – Mønstre og motiver*. 169 sider. e-ISBN: 978-87-7119-226-1. Netpublikation.
- 14:04 Christensen, E.: *2 år efter starten på Nakuusa*. 57 sider. e-ISBN: 978-87-7119-228-5. Netpublikation.
- 14:05 Christensen, E.: *NAKUUSAP aallartimmalli ukiut marluk qaangi-unneri*. 61 sider. e-ISBN: 978-87-7119-230-8. Netpublikation.
- 14:06 Bengtsson, S., L.B. Larsen & M.L. Sommer: *Dødfødte børn og deres livsbetingelser*. 147 sider. ISBN: 978-87-7119-232-2. e-ISBN: 978-87-7119-233-9. Vejledende pris: 140,00 kr.

- 14:07 Larsen, L.B., S. Bengtsson & M.L. Sommer: *Døve og døvblevne mennesker. Hverdagsliv og levevilkår*. 169 sider. ISBN: 978-87-7119-234-6. e-ISBN: 978-87-7119-235-3. Vejledende pris: 160,00 kr.
- 14:08 Oldrup, H. & A.-K. Højen-Sørensen: *De aldersopdelte fokusområder i ICS. Kvalificeringen af den socialfaglige metode*. 189 sider. e-ISBN: 978-87-7119-236-0. Netpublikation.
- 14:09 Fridberg, T. & L.S. Henriksen: *Udviklingen i frivilligt arbejde 2004-2012*. 304 sider. ISBN: 978-87-7119-237-7. e-ISBN: 978-87-7119-238-4. Vejledende pris: 300,00 kr.
- 14:10 Lauritzen, H.H.: *Ældres ressourcer og behov i perioden 1997-2012. Nyeste viden på baggrund af ældredatabasen*. 142 sider. ISBN: 978-87-7119-239-1. e-ISBN: 978-87-7119-240-7. Vejledende pris: 140,00 kr.
- 14:11 Larsen, M.R. & J. Høgelund: *Litteraturstudie af handicap og beskæftigelse*. 202 sider. ISBN: 978-87-7119-241-4. e-ISBN: 978-87-7119-242-1. Vejledende pris: 200,00 kr.
- 14:12 Bille, R. & H. Holt: *Kommunal praksis på arbejdsskadeområdet. En kvalitativ analyse af fire jobcentres håndtering af arbejdsskader*. 102 sider. e-ISBN: 978-87-7119-244-5. Netpublikation.
- 14:13 Rosdahl, A.: *Fra 15 år til 27 år. PISA 2000-eleverne i 2011/12*. 160 sider. ISBN: 978-87-7119-245-2. e-ISBN: 978-87-7119-246-9. Vejledende pris: 160,00 kr.
- 14:14 Bengtsson, S., K. Bengtsson, A.A. Kjær, M. Damgaard & C. Kolding-Sørensen: *Hvilken forskel gør en tilkendelse af førtidspension?* 144 sider. ISBN: 978-87-7119-247-6. e-ISBN: 978-87-7119-248-3. Vejledende pris: 140,00 kr.
- 14:15 Bach, H.B.: *Skadelidtes reaktion på en verserende arbejdsskadesag*. e-ISBN: 978-87-7119-249-0. Netpublikation.
- 14:16 Weatherall, C.D., H.H. Lauritzen, A.T. Hansen & T. Termansen: *Evaluerings af "Fast tilknyttede læger på plejecentre". Et pilotprojekt*. 160 sider. ISBN: 978-87-7119-250-6. e-ISBN: 978-87-7119-251-3. Vejledende pris: 160,00 kr.
- 14:17 Pontoppidan, M., N.K. Niss: *Instrumenter til at måle små børns trivsel*. 78 sider. e-ISBN: 978-87-7119-252-0. Netpublikation
- 14:18 Ottosen, M.H., A. Liversage & R.F. Olsen: *Skilsmissebørn med etnisk minoritetsbaggrund*. 256 sider. ISBN: 978-87-7119-253-7. e-ISBN: 978-87-7119-254-4. Vejledende pris: 250,00 kr.

- 14:19 *Antidemokratiske og ekstremistiske miljøer i Danmark. En kortlægning.* 86 sider. E-ISBN: 978-87-7119-255-1, Netpublikation
- 14:20 Amilon, A.G., P. Rotger & A.G. Jeppesen: *Danskernes pensionsopsparinger og indkomster 2000-2011.* 160 sider. ISBN: 978-87-7119-256-8. e-ISBN: 978-87-7119-257-5. Vejledende pris: 160,00 kr.
- 14:21 Jonasson, A.B.: *Konsekvenser af dagpengeperiodens halvering.* 112 sider. ISBN: 978-87-7119-258-2. e-ISBN: 978-87-7119- 259-9. Vejledende pris: 100,00 kr.
- 14:22 Siren, A. & S.G. Knudsen: *Ældre og digitalisering. Holdninger og erfaringer blandt ældre i Danmark.* 128 sider. ISBN: 978-87-7119-260-5. e-ISBN: 978-87-7119-262-2. Vejledende pris: 120,00 kr.
- 14:23 Christoffersen, M.N., A.-K. Højen-Sørensen & L. Laugesen: *Daginstitutionens betydning for børns udvikling. En forskningsoversigt.* 192 sider. ISBN: 978-87-7119-266-7. e-ISBN: 978-87-7119- 262-9. Vejledende pris: 190,00 kr.
- 14:24 Keilow, M., A. Holm, S. Bagger & S. Henze-Pedersen: *Udvikling af trivselsmålinger i folkeskolen. En pilotundersøgelse.* 180 sider. e-ISBN: 978-87-7119-263-6. Netpublikation.
- 14:25 Christensen, C.P., I.G. Andersen, P. Bingley & C.S. Sonne-Schmidt: *Effekten af It-støtte på elevers læsefærdigheder.* 80 sider. ISBN: 978-87-7119-264-3. e-ISBN: 978-87-7119-265-0. Vejledende pris: 80,00 kr.
- 14:26 Larsen, M.R. & J. Høgelund: *Handicap, uddannelse og beskæftigelse.* 78 sider. e-ISBN: 978-87-7119- 267-4. Netpublikation
- 14:27 Jakobsen, V., S. Jensen, H. Holt & M. Larsen: *Virksomheders sociale engagement. Årbog 2014.* 208 sider, ISBN: 978-87-7119-268-1. e-ISBN: 978-87-7119- 269-8. Pris: 200,00 kr.
- 14:28 Pejtersen, J.H. & T. Dyrvig: *Forebyggelse af udadreagerende adfærd hos ældre med demens.* 96 sider. ISBN: 978-87-7119-270-4. e-ISBN: 978-87-7119- 271-1. Pris: 90,00 kr.
- 14:29 Bengtsson, S., L.N. Johansen & C.E. Andersen: *Hjemmetræning. Evaluering af regelsættet om hjælp og støtte efter Servicelovens § 32 st. 6-9.* 102 sider. e-ISBN: 978-87-7119-272-8. Netpublikation.
- 14:30 Ottosen, M.H., D. Andersen, K.M. Dahl, A.T. Hansen, M. Lau-
sten & S.V. Østergaard: *Børn og unge i Danmark. Velfærd og trivsel 2014.* 248 sider. ISBN: 978-87-7119-274-2. e-ISBN: 978-87-7119-275-9. Pris: 250.00 kr.

- 15:01 Ottosen, M.H., M. Lausten, S. Frederiksen & D. Andersen: *Anbragte børn og unges trivsel 2014*. 122 sider. ISBN: 978-87-7119-276-6. e-ISBN: 978-87-7119-277-3. Pris: 120,00 kr.
- 15:02 Benjaminsen, L., T. Dyrvig & T. Gliese: *Livet på hjemløseboformer*. 144 sider. ISBN: 978-87-7119-278-0. e-ISBN: 978-87-7119- 279-7. Pris: 140,00 kr.
- 15:03 Gorinas, C. & V. Jakobsen: *Indvandreres og efterkommeres placering på det danske arbejdsmarked*. 176 sider. ISBN: 978-87-7119-280-3. e-ISBN: 978-87-7119- 281-0. Pris: 170,00 kr.
- 15:04 Niss, N.K., A. Kierkgård, A.-K. Højen-Sørensen & A.Aa. Hansen: *Barrierer for tidlig opsporing af alkoholproblemer i børnefamilier. En analyse af barrierer for frontpersonalet*. 145 sider. e-ISBN: 978-87-7119-282-7. Netpublikation
- 15:05 Bengtsson, S., A.L. Rasmussen & S. Gregersen: *Metoder i botilbud*. 208 sider. ISBN: 978-87-7119-283-4. e-ISBN: 978-87-7119- 284-1. Pris: 200,00 kr.
- 15:06 Larsen, M.R. & J. Høgelund: *Handicap og beskæftigelse. Udviklingen mellem 2002 og 2014*. 240 sider. ISBN: 978-87-7119-285-8. e-ISBN: 978-87-7119- 286-5. Pris: 240,00 kr.
- 15:07 Dietrichson, J., M. Bøg, T. Filges & A.-M.K. Jørgensen. *Skolerettede indsatser for elever med svag socioøkonomisk baggrund*. 144 sider. ISBN: 978-87-7119-287-2. e-ISBN: 978-87-7119-288-9. Pris: 140,00 kr.
- 15:08 Østergaard, S.V., A.B. Steensgaard, A.T. Hansen, S. Henze-Pedersen & J. Østergaard: *På vej mod ungdomskriminalitet. Hvilke faktorer i barndommen gør en forskel?*. 100 sider. e-ISBN: 978-87-7119- 289-6. Netpublikation.
- 15:09 Keilow, M. & A. Holm: *Udvikling af måleinstrument for elevadfærd og -holdninger. Basalinedata fra evaluering af folkeskolereformen*. 56 sider. e-ISBN: 978-87-7119-290-2. Netpublikation.
- 15:10 Albæk, K., H.B. Bach, R. Bille, B.K. Graversen, H. Holt, S. Jensen & A.B. Jonassen: *Evaluerings af mentorordningen*. 144 sider. e-ISBN: 978-87-7119-291-9. Netpublikation.
- 15:12 Christensen, E. & S. Baviskar: *Unge i Grønland. Med fokus på seksualitet og seksuelle overgreb*. 128 sider. ISBN: 978-87-7119-293-3. e-ISBN: 978-87-7119- 294-0. Pris: 120,00 kr.

- 15:13 Christensen, E. & S. Baviskar: *Kalaallit nunaanni inuusuttut. Kinguaassiutitut tunngasut kinguaasiutitigullu innarliisarnirit qitiunneqarlutik*. 144 sider. ISBN: 978-87-7119-295-7. e-ISBN: 978-87-7119-296-4. Pris: 140,00 kr.
- 15:14 Rangvid, B.S., V.M. Jensen & S.S. Nielsen. *Forberedende tilbud og overgang til ungdomsuddannelse*. 99 sider. e-ISBN: 978-87-7119- 297-1. Netpublikation.
- 15:15 Amilon, A. (red.): *Inkluderende skolemiljøer – elevernes roller*. 288 sider. ISBN: 978-87-7119-304-6. e-ISBN: 978-87-7119- 300-8. Pris: 280,00 kr.
- 15:16 Amilon, A.: *Evaluerings af lokale initiativer for førtidspensionister*. 96 sider. e-ISBN: 978-87-7119- 301-5. Netpublikation
- 15:17 Jakobsen, V.: *Uddannelses- og beskæftigelsesmønstre i årene efter grundskolen. En sammenligning af indvandrere og efterkommere fra ikke-vestlige lande og etniske danskere*. 144 sider. ISBN: 978-87-7119-305-3. e-ISBN: 978-87-7119- 306-0. Pris: 140,00 kr.
- 15:18 Christensen, G., A.G. Jeppesen, A.A. Kjær & K. Markwardt: *Udsættelser af lejere – Udvikling og benchmarking. Lejere berørt af fogedsager og udsættelser i perioden 2007-13*. 178 sider, e-ISBN: 978-87-7119-307-7. Netpublikation
- 15:19 Christensen, C.P. & C. Scavenius: *Et felteksperiment med Kærlighed i Kaos. Et forældretræningsprogram til familier med ADHD eller ADHD-lignende vanskeligheder*. 96 sider. ISBN: 978-87-7119-308-4. e-ISBN: 978-87-7119- 309-1. Pris: 90,00 kr.
- 15:20 Larsen, M.R. & J. Høgelund: *Handicap og beskæftigelse i 2014. Regionale forskelle*. 96 sider. ISBN: 978-87-7119-310-7. e-ISBN: 978-87-7119- 311-4. Pris: 90,00 kr.
- 15:21 Nielsen, C.P., M.D. Munk, M.T. Jensen, K. Karmsteen & A.-M.K. Jørgensen: *Mønsterbryderindsatser på de videregående uddannelser. En forskningskortlægning*. 168 sider. e-ISBN: 978-87-7119- 312-1. Netpublikation.
- 15:22 Sievertsen, H.H. & C.J. de Montgomery: *Børn i lavindkomstfamilier*. 105 sider. e-ISBN: 978-87-7119-313-8. Netpublikation.
- 15:23 Wendt, R.E. & A.-M.K. Jørgensen: *Forskningskortlægning, kvalitetsvurdering og analyse af udviklingen i skandinaviske dagtilbudsforskning for 0-6-årige i året 2013*. 98 sider. E-ISBN:978-87-7119-314-5. Netpublikation.

- 15:24 Termansen, T., T. Dyrvig, N.K. Niss, J.H. Pejtersen: *Unge i misbrugsbehandling*. 176 sider. ISBN: 978-87-7119-315-2. e-ISBN: 978-87-7119-316-9. Pris: 170,00 kr.
- 15:25 Christensen, E.: *Det har vi lært af NAKUUSA*. 56 sider. e-ISBN: 978-87-7119-317-6. Netpublikation.
- 15:26 Christensen, E.: *Nakuusamit makku ilikkarpavut. NAKuusap meeqqanut isummorsorfiani ilaasortanik apersuineq*. 62 sider. e-ISBN: 978-87-7119-318-3. Netpublikation.
- 15:27 Keilow, M. & A. Holm: *Skalaer til måling af elevtrivsel på erhvervsuddannelserne. En analyse af data fra tidligere trivselsmålinger. Bidrag til Undervisningsministeriets udvikling af elevtrivselsmålinger på erhvervsuddannelserne*. 92 sider. e-ISBN: 978-87-7119-319-0. Netpublikation.
- 15:28 Andersen, D. & B.S. Rangvid: *Skoleudvikling med fokus på sprog i al undervisning. Implementering og elevresultater af udviklingsprogram til styrkelse af tosprogede elevers faglighed i de 2 første år*. 116 sider. e-ISBN: 978-87-7119-320-6. Netpublikation.
- 15:29 Baviskar, S: *Grønlandere i Danmark. En registerbaseret kortlægning*. 102 sider. e-ISBN: 978-87-7119-321-3. Netpublikation.
- 15:30 Siren, A., R.N. Brunner, R.C.H. Jørgensen: *"Øvelse gør mester" i Næstved Kommune. Evaluering af livs kvalitet i forbindelse med et rehabiliteringsforløb på plejecentre*. 71 sider. e-ISBN: 978-87-7119-322-0. Netpublikation.
- 15:31 Holt, H., M. Larsen, H.B. Bach & S. Jensen: *Borgere I fleksjob efter reformen*. 208 sider. ISBN: 978-87-7119-323-7. e-ISBN: 978-87-7119-324-4. Pris: 200,00 kr.
- 15:32 Keilow, M., M. Friis-Hansen, R.M. Kristensen & A. Holm: *Effekter af klasseledelse på elevers læring og trivsel*. 176 sider. ISBN: 978-87-7119-325-1. e-ISBN: 978-87-7119-326-8. Pris: 170,00 kr.
- 15:33 Christensen, E: *3-5 år efter ophold i Mælkebøtten – en opfølgning af 26 børn og unge*. 64 sider. ISBN: 978-87-7119-327-5. e-ISBN: 978-87-7119-328-2. Pris: 60,00 kr.
- 15:34 Christensen, E: *Meeqqanik inuusuttunillu 26-nik malinnaaqinneq - Mælkebøttenimit nuunnerinit ukiut 3-5 kingorna*. 64 sider. ISBN: 978-87-7119-329-9. e-ISBN: 978-87-7119-330-5. Pris: 60,00 kr.
- 15:35 Benjaminsen, L. & H.H. Lauritzen: *Hjemløshed i Danmark 2015. National kortlægning*. 208 sider. ISBN: 978-87-7119-333-6. e-ISBN: 978-87-7119-334-3. Pris: 200,00 kr.

- 15:36 Nielsen, C.P., A.T. Hansen, V.M. Jensen & K.S. Arendt: *Folkeskolereformen. Beskrivelse af 2. dataindsamling blandt elever*. 137 sider. E-ISBN: 978-87-7119-335-0. Netpublikation.
- 15:37 Jensen, M.T., K. Karmsteen, A.-M.K. Jørgensen & S.B. Rayce: *Psychosocial function and health in veteran families - A gap map of publications within the field*. 220 sider. e-ISBN: 978-87-7119-336-7. Netpublikation.
- 15:38 Sievertsen, H.H: *En god start – betydningen af alder ved skolestart for barnets udvikling*. 83 sider. e-ISBN: 978-87-7119- 337-4. Netpublikation.
- 15:39 Mehlsen, L., H. Holt, H.B. Bach & C. Törnfeldt: *Ressourceforløb. Koordinerende sagsbehandlere og borgeres erfaringer*. 108 sider. ISBN: 978-87-7119-338-1. Pris: 200,00 kr.
- 15:40 Kjer, M.G., S. Baviskar & Winter S.C.: *Skoleledelse I folkeskolereformens første år. En kortlægning*. 140 sider. e-ISBN: 978-87-7119-340-4. Netpublikation.
- 15:41 Benjaminsen, L., S.B. Andrade, D. Andersen, M.H. Enemark, J.F. Birkelund: *Familiebaggrund og social marginalisering i Danmark. En registerbaseret kortlægning*. 336 sider. ISBN: 978-87-7119-341-1. e-ISBN: 978-87-7119- 342-8. Pris: 330,00 kr.
- 15:43 Niss, N.K., I.S. Rasmussen: *Evaluering af satspuljen forebyggende indsatser for overvægtige børn og unge*. 129 sider. e-ISBN: 978-87-7119-345-9. Netpublikation.
- 15:44 Jakobsen, V., M. Larsen, S. Jensen: *Virksomheders sociale engagement. Årbog 2015*. 272 sider. ISBN: 978-87-7119-346-6. e-ISBN: 978-87-7119- 347-3. Pris: 270,00 kr.

"ØVELSE GØR MESTER" I NÆSTVED KOMMUNE

EVALUERING AF LIVSKVALITET I FORBINDELSE MED ET REHABILITERINGSFORLØB PÅ PLEJECENTRE

I januar 2012 iværksatte Næstved Kommune rehabiliteringsprojektet "Øvelse gør mester" på alle kommunens plejecentre. Målet var at gøre beboerne mere selvhjulpne og derigennem øge deres livskvalitet. Denne rapport er en evaluering af projektet.

"Øvelse gør mester" består af individuelt tilrettelagte træningsforløb på højst 16 uger, hvor den ældre træner de færdigheder, som vedkommende selv har ønsket at mestre. Det kan fx være at bade selv eller spise uden hjælp.

I evalueringen bruges metoden ASCOT (Adult Social Care Outcomes Toolkit) til at evaluere projektet. Fokus i evalueringen er med udgangspunkt i ASCOT, hvordan projektet har påvirket beboernes omsorgsbetingede livskvalitet.

Evalueringen bygger på strukturerede interviews og observationer af 15 deltagende beboere før og efter "Øvelse gør mester", og på kvalitative interviews med en række beboere, personale og pårørende på de deltagende plejecentre.