

Fysisk træning og botilbud

*Afrapportering af undersøgelse om fysisk
træning for personer der bor i botilbud pga.
et handicap*

Maj 2011

Sammenfatning og konklusion



Danske Handicaporganisationer

Sammenfatning

Denne rapport bygger på en undersøgelse af træningsindsatsen for mennesker, der bor i botilbud på grund af en varig fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse. Rapporten fokuserer på begrebet 'fysisk træning', og der skelnes ikke mellem genoptræning, vedligeholdende træning eller såkaldt vederlagsfri fysioterapi. Rapporten har dermed ikke fokus på almindelig idræt og motion eller træning og udvikling af kommunikative og kognitive færdigheder. I undersøgelsen har vi bedt de ansatte på botilbudene om at besvare spørgsmålene. Undersøgelsen viser dermed ikke noget om, hvordan borgerne selv eller pårørende til borgerne oplever tilbudene om fysisk træning.

Undersøgelsen er en spørgeskemaundersøgelse, og vi har henvendt os til alle botilbud i landet, hvor der bor personer med en varig fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse. Dette gjaldt 565 botilbud, og svarprocenten var 52,8 %.

Formålet med undersøgelsen har været at få mere viden om indsatsen, idet der hidtil kun har været ringe dokumentation af tilbudenens kvalitet og omfang. I undersøgelsen har vi derfor bl.a. spurgt ind til behovet for fysisk træning, hvilke tilbud om fysisk træning borgerne gør brug af samt rammerne for indsatsen.

Undersøgelsen viser, at mange mennesker, der bor i botilbud, ikke får den fysiske træning, de har behov for. På hvert tiende botilbud (9,4 %) får borgerne 'næsten aldrig/på intet tidspunkt' den træning, de har behov for, mens hele 31,7 % af botilbudene har svaret, at borgerne kun 'indimellem' får den træning, de har behov for. Knap halvdelen (49,1 %) af botilbudene svarer, at borgerne 'for det meste' får, hvad de har behov for.

En vurdering af borgerens behov for fysisk træning forudsætter en vurdering af borgerens fysiske funktionsevne. Undersøgelsen viser, at mange borgere ikke får foretaget en vurdering af deres fysiske funktionsevne, og at den i så fald kun sjældent revideres. I 22,3 % af botilbudene får borgere med et vurderet træningsbehov 'aldrig' eller 'næsten aldrig' udarbejdet en skriftlig redegørelse af behovet. Besvarelserne viser endvidere, at selvom borgerne får lavet en skriftligt vurdering af behovet for fysisk træning, så bliver vurderingen revideret 'sjældnere end 1 gang om året' i 13,7 % af botilbudene. Hele 41,4 % af botilbudene modtager 'næsten aldrig' eller 'aldrig' en skriftlig redegørelse af borgerens fysiske funktionsevne fra den visiterende kommune, når en ny person flytter ind i botilbudet. Dette er på trods af, at kommunerne skal tilbyde at udarbejde en handleplan, når der ydes hjælp til mennesker med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne (jf. § 141 stk. 2 Lov om social service).

Undersøgelsen viser også, at når der sker en planlægning af den fysiske træningsindsats, tager den i 64,4 % af botilbudene 'i høj grad' afsæt i den enkelte borgers forudsætninger. Dette sker kun i 'nogen' eller 'ringe' grad i 34,7 % af botilbudene. I 43,4 % af botilbudene sker planlægningen af træningsindsatsen blot i 'nogen' eller 'ringe' grad i samarbejde med borgeren. Tallene viser i forlængelse heraf, at i 94,6 % af botilbudene har borgerne mulighed for at frabede sig fysisk træning – hvilket der naturligtvis skal være mulighed for.

Undersøgelsen belyser derudover hvilke faggrupper, der er involverede i den fysiske træning, og hvorvidt den faglige personalesammensætning har en betydning for, om borgerne får den fysiske træning, de har behov for. Undersøgelsens resultater tyder på, at der er en sammenhæng mellem, hvorvidt en fysioterapeut henholdsvis foretager vurderingen af den fysiske funktionsevne og/eller varetager træningen, og hvorvidt borgerne får den træning, de har behov for. Såfremt en fysioterapeut er involveret i enten vurderingen af behovet eller varetagelsen af selve træningen, øges sandsynligheden for, at borgerne får den træning, de har behov for. Det spiller tilsyneladende ingen

rolle, om fysioterapeuten er fast tilknyttet eller ansat i botilbudet, eller om fysioterapeuten kommer fra eksempelvis kommunen eller egen praksis. Det afgørende synes at være, om der er fysioterapeutisk faglighed involveret i træningen.

Undersøgelsens deltagere blev desuden bedt om at vurdere, hvilke faktorer der har størst betydning for, om borgerne får den træning, de har behov for. De blev her bedt om at prioritere syv mulige faktorer. Det viste sig, at henholdsvis personalemæssig normering, viden om udredning/behov og viden om planlægning/varetagelse af træningen blev vurderet som de vigtigste faktorer. Borgerens egen motivation blev herudover hyppigt beskrevet som en vigtig barriere. Da de fleste af kategorierne blev prioriteret omtrent lige højt, er det nærliggende at konkludere, at der både er behov for mere viden og flere ressourcer for at forbedre træningen.

Undersøgelsen viser mulige tendenser og sammenhænge, men den giver ikke sikkerhed for årsagerne hertil. Resultaterne skal derfor tolkes med forbehold herfor. Samlet set viser undersøgelsen dermed også et stort behov for mere viden om kvaliteten i træningsindsatsen for mennesker, der bor i botilbud. Der efterlyses i den forbindelse især forskning og viden, der tager udgangspunkt i et borgerperspektiv samt sætter fokus på, hvordan personer, der bor i botilbud, kan få adgang til sundhedsvæsenets ydelser på lige fod med alle andre – og bl.a. herigennem også få mulighed for at nyde den højst opnåelige sundhedstilstand.

Med baggrund i undersøgelsens resultater afrundes rapporten med en række konkrete anbefalinger til, hvordan indsatsen kan forbedres.

Konklusion og anbefalinger

Som tidligere nævnt, ser vi denne undersøgelse som en indledende kortlægning af området. Vi håber, at resultaterne vil medføre en fremadrettet drøftelse af de beskrevne problemstillinger samt mulige løsninger herpå. I det følgende vil vi opsummere rapportens vigtigste konklusioner og komme med en række konkrete anbefalinger til, hvordan indsatsen kan forbedres.

Konklusion 1: Borgere, der bor i botilbud, får ikke den fysiske træning, som de har behov for – og ret til.

Næsten halvdelen af botilbudene angiver, at borgerne ikke får den fysiske træning, de har behov for. Dermed viser undersøgelsen, at de senere års store politiske fokus på genoptræning og vederlagsfri fysioterapi i vidt omfang er forbigået de borgere, der bor i botilbud pga. et handicap.

Den manglende træning betyder først og fremmest ringere livskvalitet for borgerne. Dernæst kan den manglende fysiske træning også være dårligt for kommunens økonomi. For de borgere, som ikke har adgang til genoptræning, vil deres fysiske funktionsevne forringes, og de vil i større grad have behov for personlig og praktisk hjælp til at klare hverdagens aktiviteter. Modsat må det forventes, at såfremt den rette træningsindsats tilbydes til dem, der har behov for det, vil den enkelte borger i højere grad blive selvhjulpne og dermed have mindre behov for støtte, personlig og praktisk hjælp. Den rette indsats, som er tilpasset den enkelte borgers ønsker, forudsætninger og behov, kan derfor både være med til at gøre borgerne mere selvhjulpne, mindske uligheden i sundhed og gavne kommunens økonomi.

I undersøgelsen angiver svarpersonerne, at personalemæssig normering i botilbudene udgør den største barriere for, om borgerne får den fysiske træning, som de har behov for. Det angives eksempelvis, at normeringen kan være en barriere, hvis der ikke er personalemæssige ressourcer til at ledsage borgeren til et kommunalt tilbud om træning hos en praktiserende fysioterapeut eller et kommunalt genoptræningscenter.

Det er i den forbindelse helt afgørende at slå fast, at borgernes boform – og herunder normeringen på botilbudene – aldrig må være afgørende for, om hun/han får adgang til de nødvendige sundhedsydelse. Institutionsbegrebet blev afskaffet helt tilbage i 1998 med Servicelovens indførelse. Det indebærer bl.a., at offentlige ydelser og borgernes bolig er adskilt i lovgivningen, som dermed selvfølgelig også skal være adskilt i praksis. Hjælpen skal derfor altid ydes på baggrund af en individuel behovsvurdering og med respekt for den enkeltes selvbestemmelsesret. Det må aldrig være en del af en 'institutionel pakkelse'. Er det tilfældet strider det både imod gældende lovgivning og er en krænkelse af borgerens rettigheder, som de er beskrevet i Handicapkonventionens artikel 25 vedr. sundhed.

DH anbefaler:

- At alle kommuner foretager en kritisk gennemgang af deres nuværende praksis og organisering for at sikre, at borgere, der bor i botilbud, også reelt har adgang til de træningstilbud, som de har behov for – og ret til.
- At adgangen til sundhedsydelser, og herunder fysisk træning, aldrig må være afhængig af borgerens boform og personalenormering. Kommunerne har myndighedsansvaret for træningsområdet, og det er derfor kommunens ansvar – og ikke det enkelte botilbuds – at træningstilbudene også er tilgængelige for de borgere, der bor i botilbud, og har behov for træning.

Konklusion 2: Borgerne får ikke vurderet deres behov for fysisk træning, og i de tilfælde, hvor det sker, bliver behovene kun sjældent revurderet efterfølgende.

Undersøgelsen viser, at mange borgere ikke får foretaget en vurdering af deres fysiske funktionsevne. Når en borger får foretaget en vurdering, er det endvidere sjældent, at denne revideres. Undersøgelsen viser også, at der i mange tilfælde ikke medfølger en skriftlig vurdering af borgerens fysiske funktionsevne fra den visiterende kommune. Desuden er det ofte ansatte på botilbudene, der står for vurderingen af borgerens fysiske funktionsevne. Derudover er det langt fra i alle tilfælde, at der udarbejdes en skriftlig plan for den fysiske træningsindsats. Samlet set giver de ofte mangelfulde vurderinger af borgernes behov for træning ringe forudsætninger for en træningsindsats, der er rettet mod og tilpasset den enkelte borgers behov.

DH anbefaler:

- At kommunerne lever op til deres myndighedsansvar på træningsområdet. Dette myndighedsansvar gælder også overfor borgere, der bor i botilbud. Det indebærer konkret, at kommunen i forbindelse med visitation til et botilbud og som del af de lovpligtige § 141 handleplaner skal udarbejde en skriftlig vurdering af den enkelte borgers fysiske funktionsevne samt – hvor det er relevant – en plan for træningsindsatsen. Vurderingen og planen skal udarbejdes i samarbejde med borgeren og personalet på botilbudet.
- At vurderingen af borgernes fysiske funktionsevne og herunder et eventuelt behov for fysisk træning altid foretages af fagligt kvalificeret personale, hvilket ofte vil være fysio- eller ergoterapeutisk personale. Det pædagogiske personale på botilbudene skal se evt. behov for fysisk træning som et løbende opmærksomhedspunkt, men kan ikke alene vurdere det samlede behov for fysisk træning. Hvis det pædagogiske personale på botilbudene foretager den første vurdering af den fysiske funktionsevne er der risiko for, at de kommer til at fungere som såkaldte 'gate keepers' for adgangen til fysio- og ergoterapeutisk personale og det nødvendige fagligt kvalificerede tilbud om træning.
- At alle borgere, der bor i botilbud, får tilbud om en kvalificeret sundhedsfaglig vurdering af deres behov for træning mindst én gang om året, eller når det af forskellige andre årsager måtte være relevant, fx ifm. flytning, sygdom o.l. I forhold til vurdering af behovet for træning vil en kvalificeret sundhedsfaglig vurdering betyde, at den foretages af enten en fysio- eller ergoterapeut eller en læge. Vurderingen af behovet for træning kan evt. tænkes sammen med et årligt "sundhedstjek", som også kan omfatte andre sundhedsydelse og sundhedsrelaterede behov, fx en medicingennemgang, kost og ernæring samt forebyggende og sundhedsfremmende initiativer.

Konklusion 3: Når fysioterapeuter har ansvaret for vurdering af behovet for og/eller varetagelsen af den fysiske træning, er der større sandsynlighed for, at borgeren får den træning, som hun/han har behov for.

Undersøgelsen bekræfter, ikke overraskende, at de rette faglige kompetencer øger sandsynligheden for, at borgerne får den fysiske træning, de har behov for. Såfremt der er tilknyttet fysioterapeutisk personale øges sandsynligheden for, at borgerne får den træning, de har behov for. Herudover sker der både en hyppigere vurdering af borgernes funktionsevne samt revidering af den enkelte borgers plan for fysisk træning, når der er en fysioterapeut involveret i træningen.

Det er i den forbindelse vigtigt at understrege, at det tilsyneladende ikke har nogen betydning, om det fysioterapeutiske personale er en integreret del af botilbudet, eller om de er ansat andetsteds og blot

er 'tilknyttet' botilbudet. Undersøgelsen viser altså, at ansættelsesstedet ikke er afgørende. Det afgørende synes at være, hvorvidt det er personer med fysioterapeutfaglige kompetencer, der foretager vurderingen af den fysiske funktionsevne og varetager den fysiske træning.

Nogle af tilbagemeldingerne i undersøgelsen viser endvidere, at kompetencer og ressourcer ofte hænger nært sammen. Der synes således at være markant forskel på omfanget af terapeutressourcer, som de enkelte kommuner har afsat til at yde behandling til de borgere, der bor i botilbud. Nogle steder tyder det på, at der i mange år har været afsat alt for få ressourcer ift. behovet for fysisk træning.

DH anbefaler:

- At kvalificeret sundhedsfagligt personale altid indgår i såvel vurderingen af behovet for samt varetagelsen af fysisk træning. Anbefalingen skal naturligvis ikke ses som en modsætning til den nødvendige tværfaglige og rehabiliterende indsats, idet den fysiske træning selvfølgelig altid skal foregå i overensstemmelse med borgerens samlede individuelle behov og ønsker. Det er i den forbindelse også vigtigt at understrege, at fysisk træning, i form af eksempelvis genoptræning eller vedligeholdende træning, kun udgør et enkelt element i den samlede rehabiliteringsindsats.
- At alle kommuner sikrer tilstrækkelige sundhedsfaglige ressourcer til, at borgere, der bor i botilbud kan få den fysiske træning, som de har behov for – og ret til.

Konklusion 4: Mange borgere betaler tilsyneladende selv for fysisk træning.

Undersøgelsen viser, at borgere, der bor i botilbud, ofte selv betaler for den fysiske træning. Det kan tyde på, at ikke alle borgere har adgang til de relevante vederlagsfri tilbud om fysisk træning, hvilket understøttes af undersøgelsens øvrige resultater.

DH anbefaler:

- At borgere, der bor i botilbud, får samme adgang til de forskellige vederlagsfri tilbud om fysisk træning, som de har behov for, på lige fod med alle andre.
- At relevante ansatte, både i botilbudene, de kommunale social- og sundhedsforvaltninger samt læger på sygehuse og i almen praksis, bliver bekendt med mulighederne for fysisk træning i gældende lovgivning.

Konklusion 5: Der er behov for kompetence- og metodeudvikling samt mere viden om sundhed generelt – og herunder fysisk træning

Undersøgelsen viser et stort behov for både faglige og administrative kompetencer samt metodeudvikling i forhold til at sikre lige adgang til de træningsindsatser, som borgerne har behov for. 'Lige adgang' betyder i denne sammenhæng både, at der rent faktisk findes tilbud, som borgerne kan gøre brug af, og, at de pågældende tilbud også imødekommer borgernes konkrete behov, fx ift. fysisk tilgængelighed, kommunikation, inddragelse og kontinuitet i træningen.

Udviklingen kan blandt andet ske i form af konferencer, tværfaglige temadage, kurser med fokus på træning og de behov blandt målgruppen, som kræver specialiserede kompetencer. I forbindelse med undersøgelsen er vi desuden blevet gjort opmærksomme på flere forskellige måder, der kan arbejdes med handleplaner på, og som på nogle botilbud bidrager til at sikre og højne kvaliteten. Dette gælder eksempelvis udarbejdelse af delplaner på det enkelte botilbud, der understøtter § 141-

handlerplanerne. Andre steder har der været særligt fokus på den motiverende træning og inddragelse af borgerne. Den slags erfaringer skal i langt højere grad indsamles og deles, så alle kan få gavn af dem.

Besvarelserne tyder samtidig på, at de ansatte på nogle botilbud mangler viden om, hvordan de bedst kan tilbyde borgerne de samme muligheder for at leve et aktivt og sundt liv på lige fod med alle andre og samtidig understøtte borgernes autonomi og selvbestemmelsesret. For at sikre kvalitet og sammenhæng bør disse tilbud om forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatser sammentænkes og koordineres med tilbudene om egentlig fysisk træning, som denne rapport handler om.

DH anbefaler:

- At kommunerne sikrer, at det pædagogiske personale på de botilbud, hvor det er relevant, får mulighed for at deltage i efteruddannelse med fokus på sundhed og sundhedsfremme og herunder på fysisk funktionsevne og vurdering af behov for træning samt borgernes rettigheder i gældende lovgivning på området. En sådan opkvalificering kan både være med til at klæde personalet på, så det kan hjælpe den enkelte borger med opfølgende selvtræning, hvis der er behov for og ønske om det, og være med til at sikre den nødvendige, løbende opmærksomhed på borgernes behov og rettigheder.
- At alle kommuner sikrer, at fysio- og ergoterapeutisk personale samt evt. andre sundhedsfaglige personer på de kommunale træningssteder har den nødvendige viden og kompetencer til at varetage den fysiske træning for alle målgrupper, herunder også specifikke handicapmålgrupper. På samme måde skal de kommunale visitatorer også klædes på til at kunne foretage en individuel vurdering af de forskellige målgruppers behov – og ikke kun tilbyde "pakkeløsninger" i henhold til kommunernes kvalitetsstandarder.
- Faglig og administrativ erfaringsudveksling blandt kommuner og botilbud. Dette kan eksempelvis ske i form af konferencer, temadage o.l.
- Flere undersøgelser på området og bedre dokumentation af kvaliteten. Denne undersøgelse er blot en indledende afdækning af området, og derfor er der et yderligere behov for, at området og kvaliteten bliver fulgt og udviklet fremover. Det er nødvendigt, at der fremadrettet gennemføres flere undersøgelser samt foretages løbende dokumentation for at sikre kvaliteten i indsatsen. Disse undersøgelser kan eksempelvis have et fokus på organisering og visitationsprocedurer eller værktøjer til brugerinddragelse. Endeligt er der et særligt stort behov for flere undersøgelser og erfaringer med udgangspunkt i borgerperspektivet og herunder, hvordan borgernes selvbestemmelsesret og autonomi bedst muligt understøttes i det sundhedspædagogiske arbejde i såvel det enkelte botilbud og i forhold til sundhedsvæsenet mere generelt.