

Fysisk træning og botilbud

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

Maj 2011

Indholdsfortegnelse

FORORD	2
SAMMENFATNING	3
FORMÅL OG METODE	5
FORMÅL OG MÅLGRUPPE.....	5
METODE OG DATAINDSAMLING.....	5
KORTLÆGNING AF TRÆNINGSSINDSATSEN	7
BOTILBUDENES STØRRELSE, SAMMENSÆTNING OG PERSONALE.....	7
VARETAGELSE AF DEN FYSISKE TRÆNING	8
VURDERING AF BORGERENS FYSISKE FUNKTIONSEVNE	9
DOKUMENTATION AF DEN FYSISKE TRÆNING.....	11
KVALITETEN AF DEN FYSISKE TRÆNINGSSINDSAT.....	14
FAKTORER MED BETYDNING FOR TRÆNINGSSINDSATSEN	16
FAKTORER MED MULIG RELEVANS FOR TRÆNINGSSINDSATSEN	18
BOTILBUDETS STØRRELSE OG TILKNYTNING AF SUNDHEDSFAGLIGT PERSONALE.....	18
TILKNYTNING AF FYSIOTERAPEUT OG VARETAGELSE AF TRÆNING/VURDERING AF FYSISK FUNKTIONSEVNE	18
HANDLEPLANER SOM STYRINGSREDSKAB	20
SAMMENHÆNG MELLEML FAGGRUPPER OG OM BORGERNE FÅR DEN TRÆNING DE HAR BEHOV FOR.....	21
LOVGIVNING OG REGLER VEDR. TRÆNING OG VISITATION TIL TRÆNING	24
§ 108 BOTILBUD: HVAD ER ET § 108 BOTILBUD, OG HVEM VISITERER?	24
HVAD ER MULIGHEDERNE FOR VISITATION TIL FYSISK TRÆNING?	24
TILBUD OM FYSISK TRÆNING EFTER SERVICELOVENS § 86.....	25
TILBUD OM FYSISK TRÆNING EFTER SERVICELOVENS § 85 OG § 102.....	26
TILBUD OM TRÆNING EFTER SUNDHEDSLOVEN.....	26
HVORNÅR HAR EN BORGER I § 108 BOTILBUD BEHOV FOR FYSISK TRÆNING?	27
FORBEHOLD FOR METODE OG UNDERSØGELSENS RESULTATER	29
KONKLUSION OG ANBEFALINGER	31
BILAG	35
SPØRGESKEMAET	35
FØLGE BREV TIL SPØRGESKEMA.....	47

Forord

Danske Handicaporganisationer har gennem flere år haft fokus på træning, genoptræning og rehabilitering, bl.a. ved at lave undersøgelser af genoptræningsindsatsen i kommunerne og i forbindelse med den nylige reform af den vederlagsfri fysioterapi for mennesker med handicap.

Undervejs i dette arbejde har vi flere gange efterspurgt viden om træningsindsatsen for de ca. 17.000 mennesker, der bor i botilbud pga. et handicap og har behov for træning – og hver gang uden nævneværdigt resultat. Vi fandt ud af, at der ikke fandtes nogen samlet eller systematisk viden om træningsindsatsen for denne gruppe borgere, herunder om de får den træning, de har behov for, og hvordan indsatsen evt. kan forbedres. Derfor besluttede vi at lave en spørgeskemaundersøgelse om fysisk træning for personer, der bor i botilbud, som I kan læse mere om i denne afrapportering.

Ifølge Handicapkonventionens artikel 25, som Danmark ratificerede i 2009, har "... personer med handicap... ret til at nyde den højest opnåelige sundhedstilstand uden diskrimination på grund af handicap." Konventionen understreger samtidig, at staterne er forpligtede til at "... give personer med handicap det samme udbud af sundhedsydelser og -ordninger af samme kvalitet og standard gratis eller til en overkommelig pris, som gives til andre..." og til at "... give de sundhedsydelser, som personer med handicap specifikt har brug for på grund af deres handicap, herunder tidlig udredning og indgriben, hvor det er hensigtsmæssigt, samt tilbud med sigte på at minimere og forebygge yderligere handicap...".

Rapporten viser, at der på flere områder er et betydeligt rum for forbedring af træningsindsatsen for borgere, der bor i botilbud. Kort sagt får mange borgere ikke den træning, de har behov for. Dermed svigter Danmark en stor gruppe borgere, der ikke altid er i stand til at råbe højest i medierne, og vi krænker borgernes rettigheder i Handicapkonventionen, der ellers én gang for alle forbyder diskrimination af mennesker med handicap.

Vi håber derfor, at rapporten bliver startskuddet til en bred drøftelse af den nødvendige forbedring af indsatsen. Undersøgelsen giver nogle indledende ideer og forslag til hvor og hvad, der skal forbedres. Der er dog fortsat et stort behov for, at kommuner, faggrupper, handicaporganisationer og forskningsmiljøer går sammen om at drøfte problemerne og udvikle de nødvendige løsninger. Meget tyder nemlig på, at den hidtidige praksis og de traditionelle organiseringsformer og metoder trænger til en revision. Bolden er hermed givet op.

Afslutningsvis vil vi gerne benytte lejligheden til at takke de mange botilbud, der har taget sig tid til at besvare og returnere de mange spørgeskemaer. Vi vil også gerne takke for den faglige sparring, som vi har fået fra både faglige ressourcepersoner og handicaporganisationerne i forbindelse med udarbejdelsen af spørgeskemaet. Endelig vil vi også rette en stor tak til Danske Fysioterapeuter, der har ydet økonomisk støtte til udsendelse og registrering af de mange spørgeskemaer.

Med venlig hilsen



Stig Langvad

Formand for 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 tilbudenenes 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.

Formål og metode

Formål og målgruppe

Formålet med spørgeskemaundersøgelsen har været at få viden om tilbudene om fysisk træning for mennesker, der bor i botilbud efter serviceloven eller almen boliglovgivning på grund af en betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne.

Undersøgelsens hypotese var, at de eksisterende tilbud om træning ikke altid imødekommer – eller omfatter – disse borgeres behov for træning, og at dette har sundhedsmæssige konsekvenser for den enkelte. Baggrunden for hypotesen var flere anekdotiske eksempler på, at de eksisterende tilbud om træning var mangelfulde, bl.a. fordi der ofte ikke bliver foretaget en tilstrækkelig vurdering af borgernes fysiske funktionsevne og behov for træning.

Herudover viser nyligt gennemførte undersøgelser fra Norge og Sverige, at mennesker med funktionsnedsættelse oplever en generelt lavere sundhedsstatus sammenlignet med den øvrige befolkning. Den lavere sundhedsstatus skyldes ikke kun borgernes funktionsnedsættelse, men også at mennesker med handicap er en socialt udsat gruppe, der derfor ofte er udsat for flere risikofaktorer og samtidig har ringere adgang til sundhedsvæsenets ydelser end resten af befolkningen. Derfor har mennesker med handicap i gennemsnit en 'unødvendig' lavere sundhedsstatus, som altså ligger udover de direkte sundhedsmæssige problemer, der evt. måtte følge af selve funktionsnedsættelsen. Set i dette lys er det derfor vigtigt at kortlægge behovet for og tilbudene om bl.a. fysisk træning, så vi fremadrettet kan arbejde for at sikre lige adgang til sundhed og sundhedsydelser – også for mennesker med handicap.

Målgruppen for undersøgelsen er voksne borgere, der bor i botilbud, og som forventes at kunne have behov for fysisk træning. For at nå ud til målgruppen har vi brugt en række søgekriterier på tilbudsportalen.dk. Vi har bl.a. søgt efter botilbud med fokus på fysisk funktionsnedsættelse, herunder hørelse, mobilitet og syn, og psykisk funktionsnedsættelse, herunder intellektuel og kognitiv forstyrrelse, som fx medfødt eller erhvervet hjerneskade og udviklingsforstyrrelser. Botilbud med fokus på bl.a. sociale problemer samt midlertidige botilbud og plejehjem er ikke omfattet af undersøgelsen.

Metode og dataindsamling

Forud for udarbejdelsen af spørgeskemaet blev der gennemført en litteratursøgning for at finde dokumentation i form af tidligere undersøgelser og rapporter samt lovgivning og vejledninger, som arbejdet kunne tage udgangspunkt i. Herudover blev relevante faglige netværk, resourcepersoner og handicaporganisationer på området kontaktet og spurgt ind til hvilke områder og problemstillinger, det ville være særligt relevant at fokusere på i en undersøgelse.

Således er spørgsmålene udviklet med afsæt i den eksisterende viden om problemstillingerne på området samt gældende lovgivning og vejledninger, hvor vi især har fokuseret på Sundhedslovens og Servicelovens bestemmelser vedrørende genoptræning, træning og botilbud samt FN's Handicapkonvention. Spørgsmålene fokuserer specifikt på træning rettet mod borgerens fysiske funktionsevne uafhængigt af, om borgeren måtte have en psykisk eller fysisk funktionsnedsættelse. Botilbudene er derfor blevet bedt om ikke at forholde sig til træning og udvikling vedrørende kommunikative og kognitive færdigheder.

Det første udkast til spørgeskemaet blev i efteråret 2009 elektronisk pilottestet på 40 tilfældigt udvalgte og anonyme botilbud. Pilotundersøgelsen blev brugt til validering af spørgeskemaet for at sikre, at

spørgsmålene var klart forståelige, relevante og indholdsmæssigt dækkende. Herudover bekræftede tilbagemeldingerne fra de udvalgte botilbud behovet for en større, landsdækkende undersøgelse af, om borgere, der bor i botilbud, får den træning, de har behov for.

Spørgeskemaerne i den landsdækkende undersøgelse var papirbaserede. Denne løsning blev valgt frem for et elektronisk spørgeskema som i pilotundersøgelsen, fordi vi ikke havde e-mail adresser på alle landets botilbud. For at sikre, at alle botilbud modtog spørgeskemaet, valgte vi derfor en papirbaseret løsning.

I foråret 2010 blev spørgeskemaerne med følgebrev sendt ud til i alt 565 botilbud efter Servicelovens § 108 (spørgeskemaet er vedlagt som bilag), der blev bedt om at deltage i den anonyme undersøgelse. De 565 botilbud blev identificeret gennem www.tilbudsportalen.dk, hvor der blev søgt efter botilbud for mennesker med betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne. Spørgeskemaerne var stilet til afdelingslederen eller afdelingslederne i botilbudet ud fra en forventning om, at afdelingslederen typisk har et bredt overblik over træningsindsatsen for borgerne. Spørgeskemaerne gav samtidig mulighed for, at en anden ansat i stedet kunne udfylde skemaet, hvis denne person havde bedre forudsætninger for det. Data i Tilbudsportalen var ofte forkerte (fx forkert adresse eller forkert angivelse af målgruppe), hvorfor botilbudene blev bedt om ikke at svare, hvis de vurderede, at de lå udenfor målgruppen. Dermed er det udelukkende botilbud for undersøgelsens målgrupper, der har deltaget i undersøgelsen.

Tre uger efter udsending af de papirbaserede spørgeskemaer udsendte vi en elektronisk påmindelse til de botilbud, der endnu ikke havde returneret et udfyldt spørgeskema. I de tilfælde, hvor oplysningerne om e-mail adresse fra Tilbudsportalen.dk viste sig ikke at være korrekte, forsøgte vi at finde den rigtige e-mail adresse på internettet. Tre uger efter den første påmindelse udsendte vi endnu en elektronisk påmindelse. Herefter blev de botilbud, hvorfra spørgeskemaet var kommet retur med posten, og som heller ikke havde en fungerende e-mail adresse, slettet fra undersøgelsen, idet det blev antaget, at de ikke havde modtaget spørgeskemaet. Efter en nærmere gennemgang af botilbudene via søgning på internettet viste det sig, at 46 af de botilbud, som ikke havde svaret på skemaet, faldt uden for målgruppen. Disse blev derfor slettet fra undersøgelsen. Det drejede sig eksempelvis om plejehjem, højskoler, socialpædagogiske opholdsteder o.l., som tilsyneladende var forkert kategoriseret i Tilbudsportalen.dk. Herudover meldte 47 botilbud selv tilbage, at de faldt udenfor målgruppen, hvorfor de også blev slettet fra undersøgelsen.

Af de 565 adspurgte botilbud viste det sig således, at 93 botilbud (46 + 47) faldt udenfor målgruppen, hvilket resulterede i 472 mulige respondenter. Af disse deltog 249 botilbud i undersøgelsen, mens 24 botilbud meldte tilbage, at de ikke ønskede at deltage. Dette giver en samlet svarprocent på 52,8 %. Svarprocenten skal dog tages med et vist forbehold, idet det ikke er muligt at sige præcist, hvor mange botilbud i målgruppen, der har modtaget spørgeskemaet. Det skyldes, som nævnt ovenfor, dels usikkerhed omkring oplysningerne på Tilbudsportalen.dk (blandt andet fejlagtig angivelse af målgruppe samt manglende opdatering omkring udvidelser, sammenlægninger eller lukninger af botilbud) og dels, at en del botilbud har kopieret og/eller videresendt skemaet til selvstændige 'botilbud' eller afdelinger i botilbudet. Vi forventer dog, at disse usikkerheder er nogenlunde tilfældigt fordelt, så svarprocenten på 52,8 % er troværdig og vurderes som tilstrækkelig til at give statistisk valide resultater.

Indtastning af data og den statistiske databehandling er foregået i databehandlingsprogrammet SPSS.

Kortlægning af træningsindsatsen

Indeværende kapitel består af en afrapportering af undersøgelsens resultater. Først præsenteres resultater, der giver en karakteristik af de botilbud, der har deltaget i undersøgelsen, herunder botilbudenes størrelse, borgersammensætning og personalesammensætning. Herefter følger en beskrivelse af, hvordan den fysiske træning bliver varetaget, hvordan borgernes fysiske funktionsevne bliver vurderet, og hvordan træningen dokumenteres.

Botilbudenes størrelse, sammensætning og personale

Der er stor variation i botilbudenes størrelse målt på antallet af borgere. I et enkelt botilbud bor der, ifølge besvarelsen, således kun én borger, mens der bor 90 borgere i det største botilbud i undersøgelsen. Fordelingen er angivet i tabel 1.

Tabel 1: Antal borgere med bopæl på botilbudet

Antal borgere	Hyppighed
1 - 10 borgere	68 botilbud
11 – 20 borgere	62 botilbud
21-30 borgere	49 botilbud
31-91 borgere	44 botilbud

Det enkelte botilbud kan være rettet mod flere målgrupper. Ved at koble besvarelsene med botilbudenes egne angivelser af målgrupper Tilbudsportalen.dk ses det, at borgerne har såvel kognitive, fysiske som udviklingsmæssige funktionsnedsættelser. Eksempelvis angiver 41 botilbud via Tilbudsportalen.dk, at borgerne kan have en kognitiv, fysisk eller udviklingsmæssig funktionsnedsættelse. Fordelingen fremgår af nedenstående tabel 2.

Tabel 2: Botilbudenes sammensætning af målgrupper

Type af funktionsnedsættelse	Hyppighed	Hyppighed i %
Kognitiv	72	29,4 %
Fysisk	22	9,0 %
Udvikling	18	7,3 %
Kognitiv og fysisk	70	28,6 %
Kognitiv og udvikling	15	6,1 %
Fysisk og udvikling	3	1,2 %
Kognitiv, fysisk og udvikling	41	16,7 %

Botilbudene kan have tilknyttet en lang række forskellige faggrupper. I spørgeskemaet omfatter begrebet 'tilknyttet', at den enkelte faggruppe enten er ansat af botilbudet eller tilknyttet via en

samarbejdsarbejdsaftale. I nedenstående tabel 3 præsenteres antallet af botilbud, der har tilknyttet en pågældende faggruppe.

Tabel 3: Hvilke faggrupper er tilknyttet botilbudet?

	Antal botilbud	Antal botilbud i %
Pædagog	220	96,1 %
Læge	24	10,5 %
Fysioterapeut	73	31,9 %
Ergoterapeut	61	26,6 %
Sygeplejerske	57	24,9 %
Fodterapeut	39	17,0 %
Musikterapeut	14	6,1 %
Social- og sundhedsassistent	116	50,7 %
Social- og sundhedshjælper	88	38,4 %
Sygehjælper	36	15,7 %
Plekehjemsassistent	30	13,1 %
Ufaglært	146	63,8 %
Handicapkonsulent	6	2,6 %
Uddannet hjemmevejleder	21	9,2 %
Psykiater	53	23,1 %
Socialrådgiver	48	21,0 %

Det har været muligt at sætte mere end ét kryds.

Det fremgår af tabellen, at de fem hyppigst repræsenterede faggrupper er pædagog (96,1 %), ufaglært (63,8 %), social- og sundhedsassistent (50,7 %), social- og sundhedshjælper (38,4 %) og fysioterapeut (31,9 %).

Varetagelse af den fysiske træning

217 botilbud har svaret på hvilke faglige personer, der typisk varetager den fysiske træning. Fordelingen fremgår af nedenstående tabel 4.

Tabel 4: Hvilken faglig person varetager typisk den fysiske træning for borgeren?

	Hyppighed	Hyppighed i %
Pædagog	108	49,8 %
Fysioterapeut	132	60,8 %

Ergoterapeut	29	13,4 %
Ufaglært	30	13,8 %
Anden	34	15,7 %

Det har været muligt at sætte mere end ét kryds

60,8 % af botilbudene har svaret, at en fysioterapeut typisk varetager den fysiske træning, 49,8 % har svaret, at en pædagog typisk varetager træningen, og 13,4 % af botilbudene har svaret, at en ergoterapeut oftest varetager den fysiske træning. Fysioterapeuter og pædagoger er altså angivet som de to faggrupper, der oftest varetager den fysiske træning for borgeren.

Det fremgår af tabel 5, at den fysiske træning oftest foregår som en integreret del af det daglige liv. Herefter følger træning i dagtilbud eller aktivitetstilbud, i et lokale i eller i forbindelse med botilbudet, hos privatpraktiserende fysioterapeuter, kommunens egne lokaler og andet sted.

Tabel 5: I hvilke rammer foregår den fysiske træning?

	Hyppighed	Hyppighed i %	Total
Kommunens egne lokaler	41	18,3 %	224
Hos privatpraktiserende fysioterapeuter	96	42,9 %	224
Et lokale i – eller ifbm. Botilbudet	104	46,4 %	224
Integreret del af det daglige liv	127	56,7 %	224
Dagtilbud eller aktivitetstilbud	109	48,7 %	224
Andet sted	29	12,9 %	224

Det har været muligt at sætte mere end ét kryds

Vurdering af borgerens fysiske funktionsevne

Inden en borger påbegynder fysisk træning, vil der i nogle tilfælde blive foretaget en vurdering af borgerens fysiske funktionsevne. For at undersøge omfanget og indholdet af disse vurderinger har vi i undersøgelsen spurgt ind til dette område.

Tabel 6 viser, hvor ofte botilbudene modtager en skriftlig redegørelse af borgerens fysiske funktionsevne fra den visiterende kommune, når en ny person flytter ind i botilbudet.

Tabel 6: Hvor ofte modtages en skriftlig redegørelse af borgerens fysiske funktionsevne fra den visiterende kommune, når en ny person flytter ind i botilbudet?

	Hyppighed	Hyppighed i %
For alle borgerne	72	33,5 %
For mere end 75 % af borgerne	19	8,8 %
For 50-75 % af borgerne	10	4,7 %
For færre end 50 % af borgerne	25	11,6 %

Næsten aldrig eller aldrig	89	41,4 %
Total	215	100 %

Det har kun været muligt at sætte ét kryds

Tabellen viser, at en stor del af botilbudene (41,4 %) næsten aldrig eller aldrig modtager en skriftlig redegørelse fra kommunen, mens 11,6 % modtager en redegørelse for færre end 50 % af de nytilflyttede borgere. En tredjedel af botilbudene (33,5 %) modtager altid en skriftlig redegørelse af borgerens fysiske funktionsevne fra den visiterende kommune. Selvom det er lovpligtigt for kommunerne at udarbejde en handleplan for personer med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, er det således langt fra alle botilbud, der modtager en handleplan fra den visiterende kommune. I forlængelse heraf viser nedenstående tabel 7, at når der foretages en vurdering af den enkelte borgers fysiske funktionsevne, så foretages den oftest af personalet i botilbudet (77,8 %).

Tabel 7: Hvem står oftest for, at der sker en vurdering af den enkelte borgers fysiske funktionsevne?

	Hyppighed	Hyppighed i %
Det gør vi i botilbudet	161	77,8 %
Sagsbehandler/myndighedsansvarlig i kommunen	16	7,7 %
Borgeren får aldrig/næsten aldrig foretaget en vurdering	20	9,7 %
Anden	10	4,8 %
Total	207	100 %

Det har kun været muligt at sætte ét kryds

Tabel 8 viser, at vurderingen af borgernes fysiske funktionsevne ofte foretages af enten en pædagog (59,2 %) eller af en fysioterapeut (42,2 %).

Tabel 8: Hvilken faglig person foretager typisk vurderingen af borgerens fysiske funktionsevne?

	Hyppighed	Hyppighed i %	Total
En fysioterapeut	92	42,2 %	218
En ergoterapeut	25	11,5 %	218
En læge	37	17,0 %	218
En pædagog	129	59,2 %	218
Anden	35	16,1 %	218

Det har været muligt at sætte mere end ét kryds.

Flere respondenter har svaret 'Fysioterapeut' og tilføjet en kommentar om, at det sker 'efter henvisning fra læge eller pædagog'. Det kan således tyde på, at spørgsmålet i nogle tilfælde er blevet tolket anderledes end tilsigtet. Spørgsmålet er tænkt som en kortlægning af, hvem der foretager den første vurdering. Hvis det er fysioterapeuten, der foretager en vurdering efter henvisning fra pædagogen, er det i realiteten pædagogen, der foretager en indledende vurdering af behovet for en udredning af borgerens fysiske funktionsevne. Pædagogen kommer på den måde til at fungere som en form for 'gate-keeper' for hvilke borgere, der får vurderet sin fysiske funktionsevne med henblik på

iværksættelse af et træningsforløb. I det lys kan andelen af pædagoger, der foretager den indledende vurdering være højere, mens andelen af vurderinger foretaget af fysioterapeuter og ergoterapeuter kan være lavere.

Udover hvem, der foretager vurderingen af den fysiske funktionsevne, er det også vigtigt, hvor ofte vurderingen foretages, idet funktionsevnen udvikler sig over tid. Det vil således ofte være en forudsætning for kvalitetssikring af træningsindsatsen, at borgerens eksisterende funktionsevne er vurderet og dokumenteret.

Det fremgår af tabel 9, at borgerne i hvert tiende botilbud 'næsten aldrig/aldrig' får vurderet deres fysiske funktionsevne, mens det i 12,8 % af botilbudene sker 'sjældnere end én gang om året'. Kun i knap en tredjedel af botilbudene bliver den fysiske funktionsevne vurderet 'min. én gang hvert halve år'.

Tabel 9: Hvor ofte sker der en vurdering af den fysiske funktionsevne hos den enkelte borger

Hvor ofte der sker en vurdering	Hyppighed
Min. Én gang hvert halve år	29,7 % (65)
Én gang om året	47,5 % (104)
Sjældnere end én gang om året	12,8 % (28)
Næsten aldrig/aldrig	10,0 % (22)
Total	100 % (219)

Det har kun været muligt at sætte ét kryds

Dokumentation af den fysiske træning

De obligatoriske og individuelle handleplaner (jf. § 141 i Lov om social service) skal indgå som et led i opfyldelsen af Servicelovens bestemmelser om den særlige indsats, der skal ydes til mennesker med psykisk eller fysisk funktionsnedsættelse. Handleplanen skal endvidere bidrage til at sikre en koordineret indsats mellem blandt andet kommune og botilbud. Det er ikke klart defineret, hvad en individuel handleplan konkret skal indeholde, når det omhandler en borger, der har behov for fysisk træning. Derfor spørger undersøgelsen ind til, i hvilket omfang borgeren får udarbejdet en skriftlig redegørelse af behovet for fysisk træning til brug for det videre individuelle træningsforløb samt karakteren heraf.

Nedenstående tabel viser for hvor mange af borgerne, der udarbejdes en skriftlig redegørelse af den enkelte borgers behov for fysisk træning.

Tabel 10: For hvor mange af borgerne i botilbudet udarbejdes der en skriftlig redegørelse af den enkeltes behov for fysisk træning i en individuel handleplan?

	Hyppighed	Hyppighed i %
For alle borgere med behov for fysisk træning	108	49,1 %
For mere end 75 % af borgerne med behov	23	10,5 %
For 50-75 % af borgerne med behov	14	6,4 %

Hos færre end 50 % af borgerne med behov	26	11,8 %
Næsten aldrig eller aldrig	49	22,3 %
Total	220	100 %

Det har kun været muligt at sætte ét kryds

Tabel 10 viser, at for de borgere, der har behov for fysisk træning, bliver der i 22,3 % af botilbudene 'næsten aldrig' eller 'aldrig' udarbejdet en skriftlig redegørelse af den enkeltes behov for fysisk træning. Kun i ca. halvdelen (49,1 %) af botilbudene udarbejdes en skriftlig redegørelse af den enkeltes behov for fysisk træning for de borgere, der forventes at have et behov for fysisk træning. Ved tolkning af denne tabel er det vigtigt at være opmærksom på, at botilbudenes besvarelser vil afhænge af, hvorvidt behovet for træning er kendt. Hvis en borgers behov for fysisk træning ikke er vurderet og kendt, er det således heller ikke muligt at svare retvisende på spørgsmålet.

Undersøgelsen kommer endvidere ind på en række elementer, som de skriftlige redegørelser kan indeholde. Formålet hermed er at få en indsigt i, hvilke elementer der vægtes, når der udarbejdes handleplaner. Dette fremgår af tabel 11.

Tabel 11: Den individuelle plan for fysisk træning indeholder en beskrivelse af følgende elementer.

	Hyppighed	Hyppighed i %	Total
Borgerens funktionsevne på aktivitets- og deltagelsesniveau	125	66,1 %	189
Et klart defineret formål med den fysiske træning	116	61,1 %	190
Omfanget af den fysiske træning	118	62,1 %	190
Borgerens træningsindsats	65	34,2 %	190
Hvilken form for støtte, borgeren har behov for	143	75,7 %	189
Varigheden af støtten	59	31,1 %	190
Hvilke hjælpemidler, borgeren har behov for	133	70,0 %	190
Hvilken behandling, borgeren har behov for	95	50,0 %	190

Det har været muligt at sætte mere end ét kryds.

Tabellen viser, at hos 66,1 % af botilbudene indeholder handleplanen en beskrivelse af borgerens funktionsevne på aktivitets- og deltagelsesniveau. Med aktivitets- og deltagelsesniveau tænker vi på de aktiviteter eller former for deltagelse, som beboeren er i stand til – evt. i begrænset omfang – at udføre med sit fysiske funktionsniveau. Tabellen viser også, at kun 61,1 % definerer et klart mål med den fysiske træning, og at blot 62,1 % beskriver omfanget af den fysiske træning.

Spørgsmålet handlede om hvilke elementer, den skriftlige redegørelse af borgerens fysiske funktionsevne indeholder, når der udarbejdes en sådan. Tabellen viser ikke den individuelle sammensætning, men det er alligevel bemærkelsesværdigt, at procentsatserne ikke er højere. Derfor kan det undre, hvad beskrivelsen så indeholder, hvis ikke det er ovenstående elementer, og hvordan den så kan fungere som et koordinerende redskab for den fysiske træning. En skriftlig redegørelse af fysisk funktionsevne er blot et delement i den obligatoriske handleplan. Derfor er det muligt, at mange har svaret på spørgsmålet, fordi de udarbejder de obligatoriske handleplaner uden dog at

udarbejde en skriftlig redegørelse af fysisk funktionsevne. Dette kan bidrage til forklaringen af fundene som præsenteret i tabel 11.

Nedenstående tabel viser, hvor ofte der sker en revidering af den enkelte borgers skriftlige plan for fysisk træning i de obligatoriske handleplaner. Lovgivningen indeholder ikke krav til, hvor ofte planerne skal revideres. Det er blot angivet, at handleplanen skal bidrage til at sikre en koordineret indsats – også med behandlingssystemet. For at sikre en koordineret indsats, der tager afsæt i den eksisterende funktionsevne, må det forventes at være nødvendigt med en revidering af en vis hyppighed. På baggrund af de tidligere lovpligtige kvalitetsstandarder på området samt diverse kommunale vejledninger er 'løbende vurdering', 'min. én gang hvert halve år' og 'en gang om året' forekommende anbefalinger. Derfor har vi inddelt tabel 12 på baggrund af disse anbefalinger.

Tabel 12: Hvor ofte der sker en revidering af den enkelte borgers plan for fysisk træning

	Hyppighed	Hyppighed i %
Min. én gang hvert halve år	36	18,3 %
En gang hvert halve år	34	17,3 %
Én gang om året	98	49,7 %
Sjældnere end en gang om året	27	13,7 %
Udarbejdes ved indflytning og revideres ikke	2	1,0 %
Total	197	100 %

Det har kun været muligt at sætte ét kryds

Flertallet af botilbudene (49,7 %) svarer, at borgernes plan blot bliver revideret én gang om året. Dette tal stemmer således overens med tabel 9, der viste, at der hos 47,5 % af botilbudene sker en vurdering af den fysiske funktionsevne én gang om året. Igen er det muligt, at botilbudene har svaret på, hvor hyppigt de reviderer den obligatoriske handleplan, uden at denne nødvendigvis indeholder en beskrivelse af borgerens fysiske funktionsevne.

Som beskrevet er det hensigten, at handleplanen skal bidrage til at sikre koordinering af den særlige indsats blandt andet mellem kommune, botilbud og behandlingssystem. Derfor har vi i undersøgelsen også spurgt ind til botilbudenes indtryk af, hvorvidt de obligatoriske handleplaner fungerer som det tiltænkte styringsredskab for den fysiske træningsindsats. Resultatet ses i tabel 13.

Tabel 13: Vurdering af i hvilket omfang handleplanerne i det daglige arbejde fungerer som et styringsredskab for den fysiske træningsindsats for den enkelte borger

	Hyppighed	Hyppighed i %
I høj grad	66	30,6 %
I nogen grad	97	44,9 %
I ringe grad	31	14,4 %
Overhovedet ikke	9	4,2 %
Ved ikke	13	6,0 %

Total	216	100 %
-------	-----	-------

Det har kun været muligt at sætte ét kryds

Tabellen viser, at 18,6 % af botilbudene finder, at handleplanerne kun 'i ringe grad' eller 'overhovedet ikke' fungerer som styringsredskab for træningsindsatsen, mens 44,9 % af botilbudene finder, at de 'i nogen grad' fungerer som styringsredskab.

Kvaliteten af den fysiske træningsindsats

Sidst i spørgeskemaerne har vi stillet spørgsmål, der kan sige noget om kvaliteten i indsatsen. Vi har blandt andet spurgt ind til i hvilken grad, at planlægningen af den fysiske træning sker med udgangspunkt i den enkelte borgers eksisterende funktionsevne. Resultatet ses i nedenstående tabel 14.

Tabel 14: I hvilken grad sker planlægningen af den fysiske træning med udgangspunkt i den enkelte borgers eksisterende funktionsevne

	Hyppighed	Hyppighed i %
I høj grad	127	57,7 %
I nogen grad	70	31,8 %
I ringe grad	13	5,9 %
Overhovedet ikke	6	2,7 %
Ved ikke	4	1,8 %
Total	220	100 %

Det har kun været muligt at sætte ét kryds

Tabellen viser, at planlægningen af den fysiske træning hos 57,7 % af botilbudene 'i høj grad' sker med udgangspunkt i borgerens eksisterende funktionsevne, mens det hos 31,8 % blot sker 'i nogen grad'. I 8,6 % af botilbudene sker planlægning kun 'i ringe grad' eller 'overhovedet ikke' med udgangspunkt i den eksisterende funktionsevne. På samme måde viser nedenstående tabel 15, at planlægningen af den fysiske træning i 27,9 % af botilbudene kun i nogen grad tager afsæt i den enkelte borgers forudsætninger, mens det kun sker 'i ringe grad' i 6,8 % af besvarelserne.

Tabel 15: I hvilket omfang tager planlægningen af den fysiske træning tager afsæt i den enkelte borgers forudsætninger. Med forudsætninger menes en inddragelse af den enkelte borgers hele livssituation og ikke blot fysisk funktionsevne

	Hyppighed	Hyppighed i %
I høj grad	141	64,4 %
I nogen grad	61	27,9 %
I ringe grad	15	6,8 %
Overhovedet ikke	1	0,5 %
Ved ikke	1	0,5 %

Total	219	100 %
-------	-----	-------

Det har kun været muligt at sætte ét kryds

Nedenstående tabel 16 viser, at i 39,3 % af botilbudene sker planlægningen af den fysiske træning i 'nogen grad' i samarbejde med borgeren, mens det hos 6,4 % kun sker i 'i ringe grad' eller 'overhovedet ikke'.

Tabel 16: I hvilken grad sker planlægningen af den fysiske træning i samarbejde med borgeren

	Hyppighed	Hyppighed i %
I høj grad	118	53,9 %
I nogen grad	86	39,3 %
I ringe grad	9	4,1 %
Overhovedet ikke	5	2,3 %
Ved ikke	1	0,5 %
Total	219	100 %

Det har kun været muligt at sætte ét kryds

Det fremgår endvidere af tabel 17, at borgerne i langt de fleste botilbud (94,6 %) har mulighed for at frasige sig træning, hvis de ikke ønsker det.

Tabel 17: Har borgeren mulighed for at frabede sig fysisk træning, selvom det er vurderet, at han/hun har behov for fysisk træning?

	Hyppighed	Hyppighed i %
Ja	210	94,6 %
Nej	12	5,4 %
Total	222	100 %

For at få et billede af den generelle vurdering af træningsindsatsen er der også spurgt ind til, i hvilket omfang den enkelte borger får den fysiske træning, hun/han har behov for.

Tabel 18: Vurdering af hvorvidt den enkelte borger i botilbudet får den fysiske træning, som han/hun har behov for

	Hyppighed
Altid	9,8 % (22)
For det meste	49,1 % (110)
Indimellem	31,7 % (71)
Næsten aldrig/på intet tidspunkt	9,4 % (21)
Total	100 % (224)

Det har kun været muligt at sætte ét kryds

Det er bemærkelsesværdigt og bekymrende, at i 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 fysiske træning, de har behov for. 49,1 % af botilbudene svarer, at borgerne 'for det meste' får, hvad de har behov for. I blot 9,8 % af botilbudene får borgerne 'altid' den fysiske træning, de har behov for.

Det er vigtigt at gøre opmærksom på, at besvarelserne kan dække over flere forskellige årsager til, at borgerne ikke altid får den træning, de har behov for. Det kan eksempelvis skyldes en utilstrækkelig udredning af borgerens behov for træning eller, at de kommunale træningstilbud ikke er tilgængelige for de borgere, der bor i botilbud pga. et handicap. En mulig forklaring kan desuden være, at borgerne ikke ønsker at tage imod de eksisterende tilbud, eksempelvis fordi de ikke er tilstrækkeligt målrettet de særlige behov hos denne gruppe.

Faktorer med betydning for træningsindsatsen

For at komme tættere på hvad der udgør de vigtigste barrierer for, at borgerne får den træning, de har behov for, blev botilbudene også bedt om at tage stilling til en række faktorer, som vi havde en forventning om kunne have betydning for træningsindsatsen. Disse faktorer var 'økonomiske ressourcer', 'viden om hvordan den rette træning planlægges og varetages løbende', 'viden om udredning og behov for træning', 'de rette socialpædagogiske værktøjer', 'personalemæssig normering i botilbudet', tilstedeværelse af fysioterapeutisk og ergoterapeutisk personale' og 'manglende opmærksomhed på behov fra egen læge'. Respondenterne blev bedt om at vælge i prioriteret rækkefølge, hvilke der havde den største betydning for, om borgeren får den fysiske træning, som de har behov for.

I tabellen ses den prioriterede rækkefølge af faktorerens betydning for træningsindsatsen. Denne er fremkommet ved beregning af middelværdien, som er en form for gennemsnit af de angivne scores for de enkelte faktorer. På den måde tæller alle svar med, lige fra 1. til 7. prioritet, og det har ingen betydning, hvor mange, der har svaret. Derfor er det også muligt at sammenligne tallene indbyrdes.

Tabel 19: Hvilke faktorer der i botilbudene vurderes at have den største betydning for, om borgerne får den træning, som de har behov for.

Prioritet	Antal besvarelser	Middelværdi
1. Personalemæssig normering	131	2,77
2. Viden om udredning og behov	121	3,11
3. Viden om planlægning og varetagelse	119	3,34
4. Økonomiske ressourcer	121	3,55
5. Fysio- og ergoterapeutisk personale	114	3,67
6. De rette socialpædagogiske værktøjer	115	3,82
7. Opmærksomhed fra egen læge	94	5,68

Det fremgår af tabellen, at de tre vigtigste faktorer for, om borgerne får den træning, de har behov for, er 'personalemæssige normering', viden om udredning og behov' og 'viden om planlægning af varetagelse'. Middelværdierne er dog af nogenlunde samme størrelsesorden, og samtidig kan

kategorierne rent indholdsmæssigt være svære at adskille fra hinanden. Derfor vurderer vi, at alle de nævnte faktorer er vigtige, og at det kun er 'opmærksomhed fra egen læge', der vurderes som mindre relevant. Grundlæggende handler det altså om, at de rette værktøjer, viden og ressourcer skal være til stede for, at borgerne kan få den træning, som de har behov for.

I kommentarfeltet havde respondenterne desuden mulighed for at beskrive andre faktorer, som de mente har betydning for, om borgeren får den nødvendige fysiske træning. Her handlede 18 af 32 kommentarer om forhold relateret til borgerens egen motivation, ønsker, interesse og selvdindsigt. Herudover handlede mange af kommentarerne også om personalets faglighed og kompetencer i forhold til at varetage fysisk træning.

I spørgeskemaet blev der også spurgt ind til lovgrundlaget for visitation til træning. Kun få botilbud har svaret på hvilken lovparagraf, der anvendes i forbindelse med den fysiske træning. Ca. 25 % af botilbudene angiver dog, at de visiterer til vederlagsfri fysioterapi.

Endelig viser tabel 20 andelen, der har angivet, at der er egenbetaling for borgerne i forbindelse med deres fysiske træning.

Tabel 20: Egenbetaling for borgerne i botilbudet i forbindelse med deres fysiske træning

Egenbetaling	Hyppeghed
Ja	35,5 % (78)
Nej	59,5 % (131)
Ved ikke	5 % (11)
Total	100 % (220)

Det ses i tabellen, at i mere end en tredjedel (35,5 %) af botilbudene betaler borgerne selv for hele eller dele af deres træning. Undersøgelsen giver ikke svar på præcist hvilke former for fysisk træning, borgerne selv betaler for. Den høje andel med egenbetaling kunne dog tyde på, at nogle borgere ikke har adgang til de offentlige vederlagsfri tilbud om fysisk træning, selvom de egentligt er berettigede til det.

Faktorer med mulig relevans for træningsindsatsen

Dette kapitel indeholder en analyse af de faktorer, der er belyst i undersøgelsen, og som tyder på at have relevans for træningsindsatsen. Ved at lave såkaldte krydstabeller og statistiske analyser på besvarelserne er det muligt at sige noget om sammenhængen mellem forskellige spørgsmål. De forskellige sammenhænge kan være med til at give en større forståelse for træningsindsatsen i dag, og hvordan den evt. kan forbedres.

Botilbudets størrelse og tilknytning af sundhedsfagligt personale

Tabel 21 viser sammenhængen mellem botilbudets størrelse (målt ved antallet af borgere), og hvorvidt botilbudene har tilknyttet en eller flere fysioterapeuter.

Tabel 21: Sammenhæng mellem botilbudets størrelse og tilknytning af fysioterapeuter

Botilbudets størrelse	Fysioterapeuter er en faggruppe i botilbudet	I alt
1 til 10 borgere	23,5 % (16)	68
11 til 20 borgere	22,6 % (14)	62
21 til 30 borgere	38,8 % (19)	49
31 til 91 borgere	45,5 % (20)	44
Total	30,9 % (69)	223

Chi²-test = 0,023

Tallene tyder på, at jo større botilbudet er (angivet ved antallet af borgere), jo større er sandsynligheden for, at botilbudet har tilknyttet én eller flere fysioterapeuter. Den samme tendens har vi ikke fundet for ergoterapeuter.

Tilknytning af fysioterapeut og varetagelse af træning/vurdering af fysisk funktionsevne

Ikke overraskende er der en sammenhæng mellem tilknytningen af fysioterapeuter til botilbudet og tendensen til, at den fysiske træning varetages af en fysioterapeut. Denne sammenhæng ses i tabel 22.

Tabel 22: Sammenhæng mellem fysioterapeutisk tilknytning og varetagelse af træning

	Fysioterapeut varetager træning	Fysioterapeut varetager ikke træning	Total
Fysioterapeut + faggruppe	81,9 % (59)	18,1 % (13)	72
Fysioterapeut ÷ faggruppe	50,3 % (73)	49,7 % (72)	145

I 81,9 % af de botilbud, der har en fysioterapeut tilknyttet, er det således også fysioterapeuten, der typisk varetager træningen. Tallene viser imidlertid også, at ud af de 145 botilbud, der ikke har angivet fysioterapeuter som en tilknyttet faggruppe, varetages træningen alligevel typisk af en fysioterapeut på

halvdelen af botilbudene (50,3 %). Resultaterne viser altså, at fysioterapeuter ikke behøver at være direkte tilknyttet til det enkelte botilbud for at varetage den fysiske træning.

Den samme tendens gør sig gældende i forhold til vurderingen af borgernes fysiske funktionsevne. Sammenhængen mellem fysioterapeutisk tilknytning, og hvorvidt en fysioterapeut foretager vurderingen, fremgår af tabel 23.

Tabel 23: Sammenhæng mellem fysioterapeutisk tilknytning og vurdering af fysisk funktionsevne

	Fysioterapeut foretager vurdering	Fysioterapeut foretager ikke vurdering	Total
Fysioterapeut + faggruppe	66,2 % (47)	33,8 % (24)	71
Fysioterapeut - faggruppe	30,6 % (45)	69,4 % (102)	147

Tabellen viser, at når botilbudene har en eller flere fysioterapeuter tilknyttet, foretager de også typisk vurderingen af behovet for fysisk træning (66,2 %). Tallene viser imidlertid, at det i 30,6 % af botilbudene uden fast fysioterapeutisk tilknytning rent faktisk også er fysioterapeuter, der foretager vurderingen.

Endelig ser der også ud til at være en vis sammenhæng mellem tilknytningen af fysioterapeuter som faggruppe, og hvor ofte der sker henholdsvis en vurdering af borgerens fysiske funktionsevne og en revidering af borgernes plan for fysisk træning. Dette ses af henholdsvis tabel 24 og tabel 25.

Tabel 24: Sammenhæng mellem hvor ofte der sker en vurdering af borgerens fysiske funktionsevne, og hvorvidt en bestemt faggruppe er tilknyttet

	Vurdering min. én gang hvert halve år	Vurdering sjældnere end én gang hvert halve år	I alt
Fysioterapeut + faggruppe	37,5 % (27)	62,5 % (45)	72
Fysioterapeut - faggruppe	25,9 % (38)	74,1 % (109)	147

Tabel 25: sammenhæng mellem hvor ofte der sker en revidering af borgerens plan for fysisk træning, og hvorvidt fysioterapeuter er en tilknyttet faggruppe

	Revidering min. én gang hvert halve år	Revidering sjældnere end én gang hvert halve år	Total
Fysioterapeut + faggruppe	46,3 % (31)	53,7 % (36)	67
Fysioterapeut - faggruppe	30,0 % (39)	70,0 % (91)	130

Tabel 24 viser, at såfremt fysioterapeuter er en tilknyttet faggruppe, er der 37,5 % sandsynlighed for, at der sker en vurdering min. én gang hvert halve år, mens denne sandsynlighed blot er 25,9 %, hvis der ikke er fysioterapeuter tilknyttet botilbudet. En lignende tendens ses i tabel 25. Såfremt fysioterapeuter er en tilknyttet faggruppe, er der 46,3 % sandsynlighed for, at der sker en revidering af borgerens plan for fysisk træning min. én gang hvert halve år, mens sandsynligheden kun er 30 %, hvis der ikke er fysioterapeuter tilknyttet botilbudet.

Handleplaner som styringsredskab

Tallene tyder på, at de botilbud, der oftest reviderer borgernes planer for fysisk træning, også finder handleplanerne mest anvendelige som styringsredskab i det daglige. Forklaringen kan være logisk og ikke videre overraskende: De botilbud, der jævnligt laver planer for borgernes træning, finder dem også anvendelige. Denne tendens ses i tabel 26.

Tabel 26: Sammenhæng mellem hvor hyppigt der sker en revidering og i hvilket omfang handleplanerne fungerer som et styringsredskab

	I høj grad	I nogen grad	I ringe grad	Overhovedet ikke
Min. én gang hvert halve år	42,0 % (29)	47,8 % (33)	5,8 % (4)	1,4 % (1)
Sjældnere end én gang hvert halve år	25,2 % (32)	46,5 % (59)	18,1 % (23)	4,7 % (6)

Tendensen er således, at hvis der udarbejdes en handleplan minimum én gang hvert halve år, så er der også større sandsynlighed for, at den fungerer som et styringsredskab sammenlignet med, hvis den udarbejdes sjældnere end én gang hvert halve år.

Tabel 27 viser, at de botilbud, hvor fysioterapeuter typisk varetager den fysiske træning, også typisk finder handleplanerne anvendelige som styringsredskab.

Tabel 27: sammenhæng mellem faggrupper der varetager den fysiske træning og i hvilket omfang handleplanerne fungerer som et styringsredskab

	I høj grad	I nogen grad	I ringe grad	Overhovedet ikke
Fysioterapeut varetager typisk den fysiske træning	38,5 % (50)	40,0 % (52)	11,5 % (15)	3,8 % (5)
Fysioterapeut varetager ikke typisk den fysiske træning	18,2 % (14)	55,8 % (43)	20,8 % (16)	2,6 % (2)

Tabellen viser, at blandt de botilbud, hvor en fysioterapeut typisk varetager træningen, svarer hele 38,5 %, at handleplanen 'i høj grad' fungerer som styringsredskab. Modsat angiver blot 18,2 % dette svar, når det er en anden end fysioterapeuten, der typisk varetager den fysiske træning.

Resultatet skal tages med det forbehold, at botilbudene kan have angivet mere end ét svar angående hvem, der typisk varetager træningen, eksempelvis både pædagog, fysioterapeut og social- og

sundhedshjælper. Tendensen kan også være udtryk for en tværfaglig indsats, hvilket synes at være tilfældet blandt flere svar. Det er ikke undersøgt nærmere, hvordan resultatet evt. kan være påvirket af en tværfaglig indsats.

Sammenhæng mellem faggrupper og om borgerne får den træning de har behov for

I det følgende har vi undersøgt sammenhængen mellem, hvorvidt borgeren får den fysiske træning, de har behov for, og nedenstående 3 variable:

- Hvorvidt en bestemt faggruppe er tilknyttet botilbudet
- Hvorvidt en bestemt faggruppe varetager den fysiske træning
- Hvilken faggruppe der typisk foretager en vurdering af fysisk funktionsevne

Formålet har været at belyse faktorer, der kan være medstemmende for, om borgerne får den fysiske træning, de har behov for. Dette har vi søgt at belyse gennem såkaldte Chi²-tests på graden af statistisk usikkerhed på de parvise sammenhænge. Vi har anvendt et 5 % testniveau, hvilket er den normalt accepterede usikkerhed. Den statistiske sikkerhed for, at der reelt er en sammenhæng mellem de to variable er større, jo tættere signifikansniveauet er på nul. Hvis signifikansniveauet er større end 0,05, er der ikke tilstrækkeligt statistisk belæg for, at der er en sammenhæng, og jo mindre datagrundlaget er, jo sværere er det også at opnå statistisk signifikans. Det betyder også, at hvis vi havde haft et større datagrundlag, ville vi muligvis have observeret flere signifikante sammenhænge på det krævede 5 % testniveau.

Vi har testet alle de mulige parvise sammenhænge, som vi havde en formodning om kunne have en betydning for træningsindsatsen for mennesker, der bor i botilbud. I det følgende præsenterer vi kun de sammenhænge, som viste signifikans ved den statistiske databehandling.

Tabel 28 viser resultatet af Chi²-testen af, om der er en statistisk sammenhæng mellem, hvorvidt borgerne får den træning, de har behov for, og hvorvidt en bestemt faggruppe er tilknyttet botilbudet.

Tabel 28: Sammenhæng mellem hvorvidt den enkelte borger får den fysiske træning, han/hun har behov for, og hvorvidt en bestemt faggruppe er tilknyttet.

Faggruppe	Chi ² -test
Fysioterapeuter	0,814
Ergoterapeut	0,419
Pædagog	0,614
Læge	0,886

Det fremgår af tabellen, at der ikke er nogen statistisk signifikante sammenhænge på det normalt krævede 0,05 niveau. Der synes således ikke at være en sammenhæng mellem ansættelsesmæssig tilknytning af nogen bestemt faggruppe til botilbudet, og hvorvidt borgerne får den fysiske træning, de har behov for. Tabel 29, tabel 30, tabel 31 og tabel 32 tyder på, at der snarere synes at være en sammenhæng mellem, hvorvidt borgerne får den træning, de har behov for, og hvilke faggrupper, der henholdsvis varetager den fysiske træning og foretager vurderingen af den fysiske funktionsevne.

Der synes således at være en tendens til, at involvering af en fysioterapeut i træningen øger sandsynligheden for, at borgeren får den træning, hun/han har behov for. Værdien er dog ikke signifikant (0,063), hvilket ses i tabel 29. Den er dog så tæt på 5 % test-niveauet, at et større datagrundlag formentlig ville have vist en statistisk signifikant sammenhæng. Denne forventning understøttes af, at fysioterapeutisk uddannelse og erfaringer giver faglig indsigt i og viden om netop fysisk træning og funktionsnedsættelse.

Tabel 29: Sammenhæng mellem hvorvidt den enkelte borger får den fysisk træning, han/hun har behov for, og hvorvidt en bestemt faggruppe varetager den fysiske træning.

Faggruppe	Chi ² -test
Fysioterapeut	0,063
Ergoterapeut	0,880
Pædagog	0,725

I nedenstående tabel 30 ses sammenhængen mellem, hvorvidt en fysioterapeut varetager træningen eller ej, og hvorvidt borgeren som følge heraf vurderes at få den træning, som han/hun har behov. Det fremgår, at såfremt en fysioterapeut varetager den fysiske træning, er der større sandsynlighed for, at borgeren 'altid' eller 'for det meste' får den træning, denne har behov for, sammenlignet med, hvis en fysioterapeut ikke varetager den fysiske træning. Ligesådan er der større risiko for, at borgeren ikke får den nødvendige træning, såfremt det ikke er en fysioterapeut, der varetager den fysiske træning.

Tabel 30: Sammenhæng mellem hvorvidt den enkelte borger får den fysiske træning, hun/han har behov for, og om en fysioterapeut typisk varetager den fysiske træning

	Altid	For det meste	Indimellem	Næsten aldrig/på intet tidspunkt
Fysioterapeut varetager typisk den fysiske træning	11,5 % (15)	55,7 % (73)	26,0 % (34)	6,9 % (9)
Fysioterapeut er varetager ikke typisk den fysiske træning	7,1 % (6)	41,7 % (35)	40,5 % (34)	10,7 % (9)

Som det fremgår af tabel 31, er der en statistisk signifikant sammenhæng mellem, om det er en fysioterapeut, der foretager en vurdering af fysisk funktionsevne, og om borgeren får den træning, hun/han har behov for. Essensen af denne sammenhæng er, at i de botilbud, hvor det oftest er en fysioterapeut, der foretager en vurdering af den fysiske funktionsevne, får borgerne oftere den fysiske træning, de har behov for. Denne positive sammenhæng mellem, om en fysioterapeut oftest foretager vurderingen, og hvorvidt borgeren får den træning, som han/hun har behov for, fremgår også af tabel 32.

Tabel 31: Sammenhæng mellem hvilken faggruppe der oftest foretager vurdering og om den enkelte borger får den fysiske træning, som han/hun har behov for

Faggruppe	Chi ² -test
-----------	------------------------

Fysioterapeuter	0,005
Ergoterapeut	0,959
Pædagog	0,049
Læge	0,815

Tablet 32: Sammenhæng mellem om en fysioterapeut oftest foretager vurderingen, og hvorvidt borgeren får den træning, som han/hun har behov for.

	Altid	For det meste	Indimellem	Næsten aldrig/På intet tidspunkt	Total
Fysioterapeut foretager oftest vurderingen	14,3 % (13)	58,2 % (53)	23,1 % (21)	4,4 % (4)	100 % (91)
Fysioterapeut foretager ikke vurderingen	6,4 % (8)	44,0 % (55)	36,8 % (46)	12,8 % (16)	100 % (125)

Tallene tyder altså på, at hvis fysioterapeuter har ansvaret for vurdering af den fysiske funktionsevne, så øges sandsynligheden for, at borgerne enten 'altid' eller 'for det meste' får den træning, som de har behov for. I tråd hermed er det oftere tilfældet, at borgeren blot 'indimellem' eller 'næsten aldrig/på intet tidspunkt' får den træning, de har behov for, hvis det oftest er en anden person end fysioterapeuten, der foretager vurderingen af den fysiske funktionsevne. I de botilbud, hvor det oftest er en fysioterapeut, der foretager vurderingen, svarer 14,3 % og 58,2 %, at borgeren henholdsvis 'altid' eller 'for det meste' får den træning, som han eller hun har behov for. Dette tal står i modsætning til blot 50,4 % af de botilbud, hvor det er en anden faggruppe, der oftest foretager vurderingen.

Lovgivning og regler vedr. træning og visitation til træning

Undersøgelsens resultater viser, at mange mennesker, der bor i botilbud på grund af et handicap, ikke får den træning, de har behov for. Undersøgelsen viser også, at mange af landets botilbud enten ikke er opmærksomme på, eller har kendskab til, de forskellige muligheder for fysisk træning, som kan være relevante for borgerne. Det er problematisk, fordi manglende kendskab kan være en barriere for, at borgerne får adgang til de tilbud, de har behov for. Dette kapitel beskriver derfor gældende lovgivning, der har relevans for fysisk træning for borgere, der bor i botilbud på grund af et handicap.

§ 108 botilbud: Hvad er et § 108 botilbud, og hvem visiterer?

Undersøgelsens målgruppe er borgere, der bor i botilbud efter Servicelovens § 108. Boliger efter § 108 omfatter boformer for personer med behov for et længerevarende boophold, og som på grund af betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne har et særligt behov for omfattende hjælp i almindelige daglige funktioner, eller pleje, omsorg og behandling. Der er tale om et døgntilbud, hvilket vil sige, at der er personale døgnet rundt.

Det er kommunen, der visiterer til længerevarende ophold efter § 108, og det er kommunens forpligtigelse at sørge for de fornødne tilbud ifm. længerevarende ophold til målgruppen for § 108 botilbud. Når kommunen visiterer, skal der indgå en vurdering af, om tilbudet efter § 108 er en egnet og hensigtsmæssig foranstaltning for den pågældende. Der bør endvidere tages hensyn til beboerens funktionsevne og behov for hjælp.

Hvad er mulighederne for visitation til fysisk træning?

En borger med bopæl i et § 108 botilbud kan modtage fysisk træning efter både Sundhedsloven og Serviceloven. Denne undersøgelse handler om mennesker med varigt nedsat fysisk/psykisk funktionsevne, og beskrivelsen vil derfor fokusere på lovgivning, der er særligt relevant i forbindelse med fysisk træning for netop denne gruppe borgere. Serviceloven dækker borgerens ret til fysisk træning med sigte på at genoptræne eller vedligeholde fysisk funktionsevne. Sundhedsloven omfatter borgerens ret til fysisk træning, hvilket gælder reglerne om genoptræning efter udskrivning og reglerne om vederlagsfri fysioterapi. Fælles for de forskellige lovgivninger er, at de sikrer borgerens ret til vederlagsfri fysisk træning.

Tilbud om fysisk træning efter Servicelovens § 83

Kommunen er forpligtiget til at tilbyde personlig hjælp og pleje eller støtte til personer, som på grund af midlertidigt eller varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsniveau ikke selv kan udføre disse opgaver. Det gælder også borgere, der bor i botilbud efter § 108. Det fremgår af 'Vejledning om personlig og praktisk hjælp, træning, forebyggelse mv.', at formålet med hjælpen efter § 83 er, at den skal bidrage til at afhjælpe væsentlige følger af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne. I afgørelser om tilbud om hjælp, skal der bl.a. også tages stilling til fysisk træning. Hjælpen skal gives og tilrettelægges i nært samarbejde med borgeren og støtte borgeren i at vedligeholde eller genvinde et fysisk eller psykisk funktionsniveau. Det primære mål for indsatsen er, at borgeren sættes i stand til at klare sig selv eller klare så mange opgaver som muligt.

Er der tale om en varig nedsættelse af funktionsniveauet, og dermed et varigt behov for fysisk træning, kan der som udgangspunkt ikke opkræves betaling for hjælpen. Det samme gælder, hvis behovet for hjælp for en kortere periode justeres op eller ned på baggrund af en ændring i funktionsniveauet. Der kan kun opkræves betaling i det tilfælde, at en midlertidig forværring i funktionsniveauet med sikkerhed

kan fastslås at være uden sammenhæng med den generelle svækkelse, som ligger til grund for den varige hjælp.

Serviceovens § 83 fastlægger altså kommunes forpligtelse til at sikre borgere med midlertidig eller varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne den hjælp, som de behøver for at kunne blive i stand til at klare sig selv så godt som muligt. Der er således tale om en generel forpligtelse, som også omfatter tilbud om fysisk træning. Det fremgår af lovgivningen, at tilbud om træning efter § 83 skal koordineres med tilbud om træning efter § 86. Serviceovens § 86 omhandler kommunens forpligtelse specifikt på træningsområdet.

Tilbud om fysisk træning efter serviceovens § 86

Serviceovens § 86 beskriver kommunens forpligtelse til at tilvejebringe tilbud om:

- genoptræning med henblik på at afhjælpe fysisk funktionsnedsættelse forårsaget af sygdom, der ikke behandles i tilknytning til sygehusindlæggelse
- hjælp til at vedligeholde fysiske eller psykiske færdigheder til personer, som på grund af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne (eller særlige sociale problemer) har behov herfor.

Tilbud om genoptræning

Det fremgår af 'Vejledning om træning til voksne i kommunerne', at genoptræning efter serviceoven omfatter målrettet træning, som har til formål, at borgeren opnår samme grad af, eller bedst mulig, funktionsevne som tidligere, og herunder træning i de færdigheder som borgeren har brug for med henblik på at kunne udføre 'hverdags-aktiviteter'. Genoptræning efter § 86 er tidsmæssigt afgrænset til den periode, hvor det stadig er muligt at forbedre funktionsniveauet gennem yderligere træning. Derudover gives tilbudet med henblik på at undgå vedvarende eller yderligere svækkelse og for at forebygge, at der opstår behov for øget hjælp, eksempelvis i form af personlig og praktisk hjælp (§ 83).

Tilbud om vedligeholdende træning

Tilbud om vedligeholdende træning skal bidrage til at afhjælpe væsentlige følger af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne. Tilbud gives til personer, som har behov for en individuel træningsindsats med henblik på at kunne vedligeholde fysiske eller psykiske færdigheder. Målgruppen for vedligeholdelsestræning er alle personer, som på grund af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer vurderes at have behov herfor.

Den grundlæggende forskel på genoptræning og vedligeholdende træning efter Serviceoven er, at genoptræning er et midlertidigt tilbud om fysisk træning i den periode, hvor det stadig er muligt at forbedre fysisk funktionsevne gennem yderligere træning. Tilbud om vedligeholdende træning gives derimod, når det ikke længere er muligt at forbedre fysisk funktionsevne gennem yderligere træning. Således er genoptræning relevant, når borgeren oplever en midlertidig svækkelse i funktionsevnen. Vedligeholdelsestræning er relevant, når borgeren har behov for hjælp til at vedligeholde færdigheder. Derfor vil tilbud om vedligeholdende træning i de fleste tilfælde være relevante for mennesker, der bor i botilbud pga. varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsniveau.

For både tilbud om genoptræning og tilbud om vedligeholdende træning gælder det som udgangspunkt, at en afgørelse om et kommunalt træningstilbud giver borgeren ret til et vederlagsfrit tilbud om fysisk træning. Kommunens afgørelse om træning skal altid bero på en konkret individuel helhedsvurdering af borgerens træningsbehov og indeholde en beskrivelse af, hvilken form for genoptræning/vedligeholdelsestræning, der skal iværksættes. Derudover skal afgørelsen meddeles skriftligt og være ledsaget af en skriftlig begrundelse. Den skal desuden forholde sig konkret til, hvad

formålet med træningsindsatsen er, samt hvad omfanget og indholdet af træningsindsatsen mere konkret skal være. Der er ikke krav om en lægefaglig vurdering af behovet for genoptræning efter Serviceloven. Det vil dog ofte være den praktiserende læge eller personalet, der konstaterer et behov for træning. I forhold til vedligeholdelsestræning, vil det ofte være personalet, der bliver opmærksom på ændringer i funktionsniveauet, som kan føre til en afgørelse om genoptræning.

Tilbud om fysisk træning efter servicelovens § 85 og § 102

Når det ikke er relevant at visitere borgeren til fysisk træning efter Servicelovens § 83 og § 86, kan Servicelovens § 85 og § 102 i nogle tilfælde finde anvendelse.

Tilbud efter Servicelovens § 85

Det fremgår af Servicelovens § 85, at kommunen skal give tilbud om hjælp, omsorg eller støtte samt optræning og hjælp til udvikling af færdigheder til personer, der har behov herfor på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne. § 85 retter sig særligt mod voksne med betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, der har behov for et rehabiliteringsforløb af længere varighed og ofte i forskellige faser.

Tilbud efter Servicelovens § 102

Tilbud på baggrund af Servicelovens § 102 omfatter tilbud af behandlingsmæssig karakter, når det er nødvendigt for at bevare eller forbedre borgerens fysiske eller psykiske funktionsevne, og når det ikke kan dækkes af anden lovgivning eller tilbydes i det sædvanlige behandlingssystem. Det kan eksempelvis skyldes, at borgeren har behov for en særlig indsats eller en særlig indretning af behandlingen i form af eksempelvis fysio - og ergoterapeutisk behandling.

Tilbud om træning efter Sundhedsloven

Sundhedsloven beskriver flere forskellige former for træning. Der findes dels den såkaldte specialiserede og ambulante genoptræning, som finder sted i sygehusregi i forbindelse med en sygehusbehandling. Herudover har patienter, der bliver udskrevet fra sygehusbehandling ifølge Sundhedslovens § 84, ret til en genoptræningsplan, der beskriver et evt. behov for genoptræning. Kommunerne er i Sundhedslovens § 140 forpligtiget til efterfølgende at levere den nødvendige træning. Endelig findes der også mulighed for såkaldt vederlagsfri fysioterapi, der beskrives mere detaljeret i det følgende.

Tilbud om vederlagsfri fysioterapi efter sundhedslovens § 140

Ifølge Sundhedslovens § 140a skal kommunen tilbyde vederlagsfri behandling hos en fysioterapeut i praksissektoren efter lægehenvielse. Kommunen kan også etablere tilbuddet på egne institutioner eller ved indgåelse af aftaler med andre kommuner eller private institutioner. Formålet med indsatsen er at give adgang til fysioterapi for at forbedre funktioner, vedligeholde funktioner eller forhale forringelse af funktioner hos voksne og børn med et varigt fysisk handicap eller en funktionsnedsættelse som følge af progressiv sygdom.

Sundhedsstyrelsens vejledning om adgang til vederlagsfri fysioterapi definerer den personkreds, der er omfattet af ordningen:

Vederlagsfri fysioterapi til mennesker med svært fysisk handicap. Følgende henvisningskriterier skal være opfyldt:

- Man har et svært fysisk handicap. En person, som kan klare sig selv indendørs i 24 timer uden hjælp eller hjælpemidler til den daglige personlige livsførelse, har ikke et svært fysisk handicap.
- Tilstanden er varig. En tilstand defineres som varig, når der er udsigt til, at den vil vare mindst 5 år.
- Man har en diagnose, som er omfattet af diagnoselisten.

Vederlagsfri fysioterapi til mennesker med funktionsnedsættelse som følge af progressiv sygdom. Følgende henvisningskriterier skal være opfyldt:

- Man har en funktionsnedsættelse som følge af progressiv sygdom.
- Tilstanden er varig.
- Man har en diagnose, som på diagnoselisten er klassificeret som en progressiv sygdom.
- Diagnosen er stillet af en sygehusafdeling eller speciallæge i neurologi, reumatologi eller andet relevant speciale.

Diagnoselisten kan findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside. Følgende hovedgrupper af diagnoser og tilstande er omfattet af ordningen:

- medfødte eller arvelige sygdomme
- erhvervede neurologiske sygdomme
- nedsat led og/eller muskelfunktion som følge af inflammatoriske gigtsygdomme
- fysisk handicap som følge af ulykke (er ikke relevant for mennesker med funktionsnedsættelse som følge af progressiv sygdom)

Sundhedsstyrelsens vejledning gør specifikt opmærksom på, at funktionsnedsættelse som følge af generel udviklingshæmning ikke er omfattet af ordningen. Det er i den forbindelse vigtigt at understrege, at personens boform naturligvis ikke er afgørende for, om vedkommende har ret til vederlagsfri fysioterapi.

Borgeren afholder selv udgifter til befording til fysioterapi. Botilbudet afholder dog befodringsudgifter til træning eller behandling efter servicelovens § 86 og § 102.

Hvornår har en borger i § 108 botilbud behov for fysisk træning?

Kommunen har ansvaret for at foretage en vurdering af borgerens træningsbehov og for efterfølgende at iværksætte et tilbud, hvis der er behov for det. Det kræver altså, at kommunen ved, at der er et behov.

Personalet i botilbudet har den daglige kontakt til og dialog med borgerne og vil derfor også have gode forudsætninger for løbende at følge med i, om der sker ændringer i borgerens funktionsniveau, der kan have betydning for den fysiske træning. I mange tilfælde kan borgerens støttepersoner, og herunder personalet på botilbudet, derfor spille en vigtig rolle for, om borgerne får adgang til de kommunale træningstilbud.

§ 141 Handleplaner

Udarbejdelse af handleplaner er et obligatorisk tilbud til borgerne og omfatter både mennesker med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne og mennesker med alvorlige sociale problemer. Når der ydes hjælp til personer under 65 år med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, skal kommunen således tilbyde at udarbejde en handleplan. Handleplanen skal angive formålet med indsatsen, hvilken indsats der er nødvendig for at nå formålet, den forventede varighed af indsatsen og

andre særlige forhold vedrørende boform, beskæftigelse, personlig hjælp, behandling, hjælpemidler m.v. Handleplanen bør udarbejdes ud fra borgerens forudsætninger og så vidt muligt i samarbejde med borgeren.

Handleplaner vedrører den samlede sociale indsats for borgeren, herunder hvis borgeren har et træningsbehov. Derfor omtales de også 'sociale handleplaner'. De pædagogiske planer, som gælder for indsatsen i forbindelse med selve botilbudet, kan ikke erstatte en handleplan efter § 141. Til gengæld kan den evt. indgå som et delelement i § 141 handleplanen.

Baggrunden for kravet om handleplaner er, at den skal udgøre en fælles plan for borgeren og kommunen om indsatsen for den enkelte og derigennem danne rammen om en samarbejdsproces med borgeren: Den skal klargøre målet med indsatsen, medvirke til at sikre en sammenhængende og helhedsorienteret indsats, tydeliggøre forpligtelsen for alle involverede personer, instanser og forvaltningsgrene (botilbudsområdet, behandlingssystemet m.v.) samt styrke borgerens indflydelse på sagsbehandlingen.

Forbehold for metode og undersøgelsens resultater

Formålet med spørgeskemaundersøgelsen har været at tilvejebringe et systematisk, dækkende og retvisende grundlag for vurdering af træningsindsatsen for personer, der bor i botilbud. Det er imidlertid nødvendigt at tage en række metodiske forbehold for de opnåede resultater.

For det første er det vanskeligt at måle praksis på dette område ved hjælp af et spørgeskema. Ideelt set er hvert træningsforløb individuelt skræddersyet til den enkelte borgers ønsker, behov og forudsætninger. Vi har imidlertid spurgt til respondenternes vurdering af den typiske forekomst. På den måde kan gennemsnitsvurderingen i besvarelserne altså godt dække over en betydelig variation på de enkelte botilbud, hvilket igen giver en usikkerhed på resultaterne.

For det andet har det været nødvendigt at afgrænse nogle af begreberne for at få respondenterne til at besvare spørgeskemaerne. En af udfordringerne har således været, at den langt overvejende del af personalet har en pædagogisk og ikke en sundhedsfaglig baggrund og/eller tilgang og derfor ikke nødvendigvis kan forventes at kende til de mange forskellige ordninger og lovparagraffer på træningsområdet. Dette bekræftes af, at kun få botilbud har svaret på hvilken lovparagraf, der anvendes i forbindelse med den fysiske træning, som borgerne i botilbudet modtager. For at komme omkring denne problemstilling skelnes der i spørgeskemaet eksempelvis ikke mellem vederlagsfri fysioterapi, genoptræning og vedligeholdende træning, og botilbudene er blot blevet bedt om at forholde sig til begrebet fysisk træning. Denne afgrænsning giver imidlertid en risiko for, at nogle respondenter også har tænkt på almindelig motion og bevægelse, når de har udfyldt spørgeskemaerne.

Undersøgelsen skal, for det tredje, ses som en indledende afdækning af området. På grund af den begrænsede viden om området er det muligt, at vi har overset faktorer, der i praksis også har en betydning for træningsindsats. Herudover skal resultaterne naturligvis tolkes med de sædvanlige forbehold for statistiske fejlslutninger. I afrapporteringen beskriver vi fx en række statistisk signifikante sammenhænge, der kan bruges til at tolke resultaterne. Strengt taget er sammenhængene imidlertid alene udtryk for statistiske sammenhænge i svarmønstrene og ikke nødvendigvis udtryk for en 'virkelig' sammenhæng. Det skyldes, at de observerede sammenhænge kan være udtryk for en sammenhæng mellem nogle helt andre variable, som vi ikke har spurgt ind til.

Der skal også tages forbehold for undersøgelsens repræsentativitet. Næsten 50 % af de ellers formodet relevante botilbud har ikke deltaget i undersøgelsen. Vi ved ikke, om særlige forhold gør sig gældende på disse botilbud, som kan være med til at forklare, hvorfor de ikke har svaret. Baseret på flere kommentarer i besvarelserne, er der fx grund til at tro, at svarprocenten har været lavest blandt de botilbud, hvor der ikke er tilstrækkeligt fokus på borgernes behov for fysisk træning. Hvis det er tilfældet, vil det naturligvis påvirke resultaterne i en mere positiv retning. Det vil i så fald betyde, at træningsindsatsen for denne målgruppe er endnu mere mangelfuld, end det ellers nedtrykkende billede, som rapporten tegner.

Herudover er det vigtigt at nævne, at svarene afspejler en vurdering eller holdning hos den person, som har udfyldt spørgeskemaet. I de fleste tilfælde er det formentligt lederen af botilbudet eller en afdelingsleder, der har besvaret spørgeskemaet. Resultaterne ville givetvis have været anderledes, hvis borgerne selv, evt. pårørende eller en terapeut havde udfyldt skemaerne. Rapporten viser dermed også et stort behov for kommende undersøgelser, der inddrager såvel borgernes som terapeutfaglige perspektiver.

Undersøgelsens resultater skal altså tolkes med en hel række forbehold. Samlet set mener vi dog, at undersøgelsen giver et validt billede af tilbudene om fysisk træning for borgerne i landets botilbud.

Resultaterne tegner således et billede af et område med betydeligt rum for forbedringer. Undersøgelsen giver imidlertid kun få svar på, hvordan problemerne bedst løses. Sammen med de metodologiske forbehold peger det på et stort behov for yderligere undersøgelser af området.

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 sundhedsydelser. 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 pakkedløsning'. 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.

Bilag

Spørgeskemaet

Om undersøgelsen

Undersøgelsen har fokus på borgere, der bor i botilbud på grund af en betydelig og varig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne.

Spørgsmålene handler om mennesker, der har behov for fysisk træning, hvad enten der er tale om genoptræning eller vedligeholdende træning. Således skelnes der i spørgeskemaet ikke mellem vederlagsfri fysioterapi, genoptræning og vedligeholdende træning, og du vil blot skulle forholde dig til fysisk træning.

Når vi beder dig om at forholde dig til fysisk træning, er det for at understrege, at du skal forholde dig til træning rettet mod borgerens fysiske funktionsevne, uafhængigt af om borgeren måtte have en psykisk eller fysisk funktionsnedsættelse. Dermed skal du eksempelvis ikke forholde dig til træning vedrørende kommunikation og kognitive færdigheder rettet mod træning af en psykisk funktionsnedsættelse.

Vi er bevidste om, at træningsindsatsen er individuel og derfor ofte forskellig fra borger til borger. Derfor vil vi i en del af spørgsmålene bede om din vurdering af, hvilke af svarmulighederne der forekommer hyppigst blandt borgerne i botilbudet.

For at få pålidelige resultater er det vigtigt, at så mange som muligt udfylder skemaet. Derfor vil vi efter to uger udsende en påmindelse til alle, vi endnu ikke har modtaget svar fra. Spørgeskemaet er nummereret på forsiden, for at vi kan holde rede på, hvem der har svaret.

Når du udfylder skemaet bedes du skrive med blokbogstaver for et klart og læsevenligt svar. På spørgeskemaets sidste side har du mulighed for at skrive eventuelle kommentarer.

Alle besvarelser vil blive behandlet fortroligt.

Vi takker på forhånd for din deltagelse og ser frem til at modtage dit svar!

Om Danske Handicaporganisationer og undersøgelsen:

Danske Handicaporganisationer er en paraplyorganisation bestående af 32 medlemsorganisationer, der beskæftiger sig med handicappolitik indenfor alle sektorer i samfundet. Undersøgelsen er endvidere støttet af Danske Fysioterapeuter.

Læs eventuelt mere på www.handicap.dk og www.fysio.dk.

Spørgsmål eller kommentarer til undersøgelsen kan stilles til Jeppe Sørensen på tlf. 3638 8505 eller på js@handicap.dk

Rammerne for den fysiske træning

Indledningsvist ønsker vi at danne os et indtryk af rammerne for de tilbud, borgeren får om fysisk træning. Derfor vil du i de kommende spørgsmål blive bedt om at svare på spørgsmål, der skal belyse vilkårene for dette.

1. Hvor mange borgere er der i botilbudet?

--	--

2. Hvor mange fuldtidsstillinger er botilbudet normeret til?

--	--

3. Hvilke faggrupper er tilknyttet botilbudet? Tilknyttet betyder her, at de er ansat af botilbudet eller tilknyttet via en samarbejdsaftale. (Gerne flere X'er)

Pædagog

Læge

Fysioterapeut

Ergoterapeut

Sygeplejerske

Fodterapeut

Musikterapeut

Social- og sundhedsassistent

Social- og sundhedshjælper

Sygehjælper

Plejhjemsassistenter

Anden ufaglært

Handicapkonsulent

Uuddannede hjemmevejledere

Svarmuligheder fortsættes næste side

Psykiater

Socialrådgiver

4. Hvor mange fysioterapeuter er tilknyttet botilbudet?

5. Hvor mange ergoterapeuter er tilknyttet botilbudet?

6. Hvilken faglig person varetager typisk den fysiske træning for borgeren? (Kun ét X)

Fysioterapeut

Ergoterapeut

Pædagog

Ufaglært

Anden

Hvis anden, beskriv:

7. Hvis en eller flere personer i botilbudet modtager fysisk træning, i hvilke rammer foregår det så? (Gerne flere X'er)

Træningen foregår i kommunens egne lokaler

Træningen foregår hos privatpraktiserende fysioterapeuter

Træningen foregår i et lokale i - eller i forbindelse med - botilbudet

Træningen foregår som en integreret del af det daglige liv i botilbudet

Træningen foregår i dagtilbud eller aktivitetstilbud

Andet

Hvis andet, beskriv:

Borgerens fysiske funktionsevne

Forud for, at en person i botilbudet påbegynder fysisk træning, vil der i nogle tilfælde blive foretaget en vurdering af borgerens fysiske funktionsevne. De næste spørgsmål vil derfor handle om, i hvilket omfang og hvordan en vurdering af borgerens fysiske funktionsevne finder sted.

8. Hvor ofte modtager I en skriftlig redegørelse af borgerens fysiske funktionsevne fra den visiterende kommune, når en ny person flytter ind i botilbudet? (Kun ét X)

Det gør vi for alle borgere

For mere end 75 % af borgere

For 50 % til 75 % af borgerne

Hos færre end 50 % af borgerne

Næsten aldrig eller aldrig

9. Hvem står oftest for, at der sker en vurdering af den enkelte borgers fysiske funktionsevne? (Kun ét X)

Det gør vi i botilbudet

Det gør en sagsbehandler/myndighedsansvarlig i kommunen

Den enkelte borger får aldrig eller næsten aldrig foretaget en vurdering af hans/hendes fysiske funktionsevne

Anden

Hvis anden, beskriv:

10. Hvor ofte sker der en vurdering af den fysiske funktionsevne hos den enkelte borger?

(Kun ét X)

Mere end én gang hvert halve år

Én gang hvert halve år

Én gang om året

Sjældnere end én gang om året

Borgeren får aldrig eller næsten aldrig foretaget en vurdering

11. Hvilken faglig person foretager typisk vurderingen af borgerens fysiske funktionsevne?

(Kun ét X)

En fysioterapeut

En ergoterapeut

En læge

En pædagog

Anden

Hvis anden, beskriv:

Dokumentation af fysisk træning i individuelle handleplaner

De individuelle handleplaner er ment som et redskab, der skal indgå som et led i at opfylde servicelovens bestemmelser om den særlige indsats, der skal ydes til mennesker med psykisk eller fysisk funktionsnedsættelse. Det er ikke klart defineret, hvad en individuel handleplan konkret skal indeholde, når det omhandler en borger, der har behov for fysisk træning. Derfor vil de næste spørgsmål handle om, hvordan og i hvilket omfang borgeren får udarbejdet en skriftlig redegørelse af hans/hendes behov for fysisk træning til brug for det videre individuelle træningsforløb.

12. For hvor mange af borgerne i botilbudet vil du vurdere, at der udarbejdes en skriftlig redegørelse af den enkeltes behov for fysisk træning i en individuel handleplan til brug for borgerens individuelle træningsforløb? (Kun ét X)

For alle borgere, der har behov for fysisk træning	<input type="checkbox"/>
For mere end 75 % af de borgere, der har behov for fysisk træning	<input type="checkbox"/>
For 50 % til 75 % af de borgere, der har behov for fysisk træning	<input type="checkbox"/>
Hos færre end 50 % af de borgere, der har behov for fysisk træning	<input type="checkbox"/>
Næsten aldrig eller aldrig	<input type="checkbox"/>

13. Når den enkelte borger får udarbejdet en skriftlig plan for fysisk træning, indeholder denne en beskrivelse af følgende elementer? (Gerne flere X'er)

Borgerens funktionsevne på aktivitets- og deltagelsesniveau	<input type="checkbox"/>
Et klart defineret formål med den fysiske træning for den enkelte borger	<input type="checkbox"/>
Omfanget af den fysiske træning for den enkelte borger	<input type="checkbox"/>
Borgerens træningsindsats	<input type="checkbox"/>
Hvilken form for støtte borgeren har behov for	<input type="checkbox"/>
Varigheden af støtten	<input type="checkbox"/>
Hvilke hjælpemidler borgeren har behov for	<input type="checkbox"/>
Hvilken behandling borgeren har behov for	<input type="checkbox"/>

Evt. andet kan skrives her:

14. Hvor hyppigt sker der en revidering af den enkelte borgers plan for fysisk træning som en del af den individuelle handleplan? (Kun ét X)

Hyppigere end én gang hvert halve år

Én gang hvert halve år

Én gang om året

Sjældnere end én gang om året

Planen udarbejdes ved indflytning, og der sker ikke en efterfølgende revidering

15. I dette spørgsmål vil vi bede dig angive din vurdering af, i hvilket omfang handleplanerne i det daglige arbejde fungerer som et styringsredskab for den fysiske træningsindsats for den enkelte borger? (Kun ét X)

I høj grad

I nogen grad

I ringe grad

Overhovedet ikke

Ved det ikke, da den fysiske træning sker i dagtilbudet eller i aktivitetscenteret

Den fysiske træningsindsats

Slutteligt vil vi bede dig give din vurdering af, hvorvidt tilbud om fysisk træning lever op til den enkelte borgers behov for træning – uanset om I i botilbudet selv varetager den fysiske træning, eller om træningen varetages uden for botilbudet.

16. I hvilken grad vil du vurdere, at planlægningen af den fysiske træning sker med udgangspunkt i den enkelte borgers eksisterende funktionsevne? (Kun ét X)

I høj grad	<input type="checkbox"/>
I nogen grad	<input type="checkbox"/>
I ringe grad	<input type="checkbox"/>
Overhovedet ikke	<input type="checkbox"/>
Ved det ikke, da den fysiske træning sker i dagtilbudet eller i aktivitetscenteret	<input type="checkbox"/>

17. I hvilket omfang vil du vurdere, at planlægningen af den fysiske træning tager afsæt i den enkelte borgers forudsætninger? Med forudsætninger mener vi en inddragelse af den enkelte borgers hele livssituation og ikke blot fysisk funktionsevne (Kun ét X)

I høj grad	<input type="checkbox"/>
I nogen grad	<input type="checkbox"/>
I ringe grad	<input type="checkbox"/>
Overhovedet ikke	<input type="checkbox"/>
Ved det ikke, da den fysiske træning sker i dagtilbudet eller i aktivitetscenteret	<input type="checkbox"/>

18. I hvilken grad vil du vurdere, at planlægningen af den fysiske træning sker i samarbejde med borgeren? I de tilfælde, hvor borgeren ikke er i stand hertil, kan planlægningen af den fysiske træning også ske i samarbejde med en stedfortræder for borgeren (Kun ét X)

I høj grad	<input type="checkbox"/>
I nogen grad	<input type="checkbox"/>

Ringe grad

Overhovedet ikke

Ved det ikke, da den fysiske træning sker i dagtilbudet eller i aktivitetscenteret

19. Er det din generelle vurdering, at den enkelte borger i botilbudet får den fysiske træning, som han/hun har behov for? (Kun ét X)

Ja, det gør de altid

For det meste

Indimellem

Næsten aldrig

Nej, det gør de på intet tidspunkt

20. Hvor mange minutter i gennemsnit pr. dag vil du skønne, at borgerne i jeres botilbud er fysisk aktive på motionsniveau? Her skal fysisk aktivitet forstås som ethvert muskelarbejde, der øger energiomsætningen. Dette kan både være ustrukturerede aktiviteter, såsom havearbejde, cykelture og trappegang, og aktiviteter kendetegnede ved mere bevidst regelmæssig træning. (Kun ét X)

Mellem 0 min. og 15 min.

Mellem 15 min. og 30 min.

Ca. 30 min.

Mellem 30 min. og 60 min.

Mere end 60 min.

Ved ikke

21. Er det dit indtryk, at en borger har mulighed for at frabede sig fysisk træning, selvom det er vurderet, at han/hun har behov for fysisk træning? (Kun ét X)

Ja, borgeren har altid mulighed for at frabede sig fysisk træning

Nej, hvis der er et vurderet behov for fysisk træning, har borgeren ikke mulighed for at frabede sig den

Eventuelle kommentarer:

22. Hvilke faktorer, mener du, har den største betydning for, om borgerne får den træning, som de har behov for? Sæt venligst i prioriteret rækkefølge med tallet 1 som den faktor, du mener, har størst betydning.

Økonomiske ressourcer

Viden om hvordan den rette træning planlægges og varetages løbende

Viden om udredning og behov for træning

De rette socialpædagogiske værktøjer

Personalemæssig normering i botilbudet

Tilstedeværelse af fysioterapeutisk eller ergoterapeutisk personale

Manglende opmærksomhed på behov fra egen læge

Andre faktorer, du mener, har stor betydning for, om borgerne får den træning de har behov for:

23. Efter hvilke(n) lovparagraf(fer) modtager borgerne i botilbudet tilbud om fysisk træning?

Følgebrev til spørgeskema

Følgebrev til spørgeskemaundersøgelsen:

Fysisk træning for mennesker der bor i botilbud pga. nedsat funktionsevne

Kære botilbud,

Formålet med denne spørgeskemaundersøgelse er at skabe et billede af den fysiske træningsindsats for mennesker, der bor i botilbud efter serviceloven eller almen boliglovgivning på grund af en betydelig og varig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne.

Vi har forsøgt at identificere relevante botilbud for mennesker med betydelig og varig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne ved hjælp af www.tilbudsportalen.dk. Hvis I vurderer, at I falder udenfor målgruppen, behøver I ikke udfylde spørgeskemaet – men vi håber i så fald, at I vil bruge et kort øjeblik på at beskrive på bagsiden af dette brev, hvilke borgergrupper botilbudet er rettet mod, samt hvilken paragraf i lovgivningen borgerne evt. er visiterede efter, og efterfølgende returnere beskrivelsen i vedlagte svarkuvert. Såfremt botilbudet passer til målgruppen, håber vi meget, at I vil udfylde spørgeskemaet og returnere det i vedlagte svarkuvert. Det tager ca. 15-20 minutter at udfylde spørgeskemaet.

Spørgeskemaet er stilet til afdelingslederen eller afdelingslederne i botilbudet (afhængigt af hvor mange afdelinger der er), idet vi forventer, at en afdelingsleder har det brede overblik over træningsindsatsen. Har en afdelingsleder ikke mulighed for at besvare spørgsmålene, eller har en anden ansat bedre forudsætninger for at udfylde skemaet, er I velkomne til at lade den mest relevante person besvare spørgsmålene. Såfremt I mener, det er relevant, at mere end én afdelingsleder besvarer spørgeskemaet, er I meget velkomne til at bestille flere kopier hos mn@handicap.dk.

Vi håber meget, at I vil deltage i undersøgelsen og på den måde hjælpe os med at belyse, om mennesker, der bor i botilbud, får den træning de har behov for, og hvordan træningen evt. kan forbedres.

Alle besvarelser vil blive behandlet fortroligt.

Med venlig hilsen,

Jeppe Sørensen, sundhedspolitisk konsulent og

Malene Nielsen, studentermedhjælp

Danske Handicaporganisationer

