



Svendborg
Kommune

Oversigt over indkomne høringsvar vedr. Senior, Social- og Sundhedsudvalgets sparekatalog / Budget 2024-27- sundhedsområdet (pkt. 26-41)

Høringsperiode: 16. – 30. august 2023

Svendborg Kommune

Social og Sundhed
Svinget 14
5700 Svendborg

Telefon: 6223 3000
social@svendborg.dk
www.svendborg.dk

Nr.	Afsender af høringsvar:	Vedr. pkt.:
1	Rikke Thor	40
2	Rikke Thor	29
3	Sundhedsplejersker ansat i Svendborg Kommune	26
4	Sundhedshuset v/Henriette Franke	38+39+ 41
5	Træningsafdelingen v/Maiken Bilde Lauridsen	32-35+ 41
6	LEV Svendborg	30
7	DH Svendborg	30+35
8	Thurø Skole	28
9	Forældrebestyrelsen i Dagplejen	27

Sagsnr.: 23/12306
Dok.nr.: 1

31. august 2023

Spilmo

Nr. 40 Reduktionsforslag

Hørings svar ang. Tilbud om intimitet og seksualitet ved kronisk sygdom og kræft.

Intimitet og seksualitet er stadig et stort tabu i sundhedsvæsenet, selvom over halvdelen af mennesker med kroniske sygdomme og kræft oplever udfordringer mht. dette i forbindelse med sygdom og behandlinger.

Undersøgelser viser, at hvis man er åben overfor at tilbyde vejledning og hjælp på dette område, så ser man faktisk at borgerne er bedre til at passe deres behandlinger fx i forhold til diabetes.

Man ved også, at mennesker, der lever alene og er ensomme bruger mere tid i sundhedssystemet – og seksuelle og intime udfordringer kan i (alt for) mange tilfælde føre til skilsmisse, nedsat livskvalitet og måske en alene tilværelse.

Igennem de seneste 13 år har jeg lavet gruppe oplæg 2 gange årligt for kvinder og 2 gange årligt for mænd i sundhedshuset i Svendborg om udfordringer i forhold til intimitet, krop og kærlighed ved kronisk sygdom og kræft.

De mennesker, der har deltaget gennem årene, har været meget positive over tiltaget og mange har udtalt, at de har fået hjælp til at takle disse udfordringer.

Hvis man sløjfer dette tilbud vil der ikke findes nogen hjælp til disse mennesker.

Undersøgelser viser, at det er så stort et tabu emne, at sundhedspersonalet oftest har svært ved at tale om seksuelle senfølger og bivirkninger, så mange får ikke den viden og hjælp de har brug for.

Igennem mine ligeledes mange år på Dallund slot og senere REHPA i Nyborg (Det nationale forskningscenter i rehabilitering og palliation) hvor jeg afholder lignende oplæg 12-15 gange årligt, - har jeg udviklet mine oplæg og efterhånden fundet frem til hvad der kan hjælpe rigtig mange mennesker med kronisk sygdom og kræft. Jeg kommer også i en del andre kommuner i landet og holder samme oplæg x 2-3 om året.

Jeg synes, at man hjælper rigtig mange på den måde, som det fungerer nu med oplæg om emnet, hvor der er fokus på viden og på hvad man selv kan gøre for at få det bedre i forhold til det intime og kropslige, når man har fået en sygdom. Oplæggene lægger op til at deltagerne kan stille spørgsmål, og mange kommer frem med deres egne udfordringer og får vendt det med mig som fagperson og oplever også, at de ikke er alene med disse udfordringer, som de oftest ikke har talt med andre om.

Jeg håber at I som politikere kan se vigtigheden af, at vi fortsætter med dette meget vigtige tilbud i sundhedshuset til borgere med kroniske sygdomme og/eller kræft.

Med venlig hilsen Rikke Thor

Sygeplejerske og sexolog

Nr. 29 Reduktionsforslag Senior-, Social- og Sundhedsudvalget. Hørings svar ang. ændring af tilbud i Sund Sex Skolen i den kommunale sundhedspleje herunder nedlæggelse af koordinatorfunktionen.

Jeg har været ansat af Svendborg kommune (under sundhedsplejen, men det kunne lige så vel have været under skoleområdet eller området i kommunen for særligt sårbare borgere) som koordinator af Sund Sex Skolen siden januar 2008. Før dette har jeg siden 1999 undervist alle slags unge på "Præventionsskolen" i Svendborg på sygehuset.

Hvis man vælger at sløjfe den funktion, som jeg varetager - koordinatorfunktionen/konsulentfunktionen i Sund Sex Skolen - vil det få mange konsekvenser både for de almindelige skoleelever, men især for alle de elever og unge, der er særligt sårbare, fx elever med autismespekterforstyrrelser, dem med udviklingshæmning på bosteder og skoler som Byhaveskolen og Tåsingskolen centerafdelingen, men også unge mødre i mødre rådgivningen og flere andre grupper.

På Sund Sex Skolen møder eleverne mig eller de 4 sundhedsplejersker (som er specielt oplært og løbende superviseres i at tale med de almindelige elever om seksualitet og lave god og spændende undervisning), og vi laver aktive vurderingsøvelser, diskuterer holdninger, grænser og giver dem desuden viden om prævention, kønssygdomme mv.

Viden og især holdningsbearbejdningen er vigtig i forhold til at have det godt med egen seksualitet og kunne agere overfor andre i dette med respekt for egne og andres grænser.

Dette kan vi, fordi vi har en stor viden om, hvad der virker, når man skal lave sådan undervisning, og fordi vi har en stor og hele tiden opdateret viden om seksualitet og grænser hos unge. I disse år er det desuden rigtig vigtigt, at de unge får sparring omkring brug af digitale medier, nøgen billeddeling grænseoverskridelser på internettet o. lign. Disse emner er i hastig udvikling og kræver at underviserne er godt klædt på og opdaterede.

Udover min løbende oplæring og supervision af de 4 sundhedsplejersker, står jeg for følgende opgaver i Sund Sex Skolen:

Jeg underviser hvert år alle børn med særlige udfordringer i kommunen og har et godt samarbejde med sundhedsplejersken og lærerne. De elever som ikke kan deltage i gruppe undervisning, "når jeg" gennem undervisning og supervision af klassernes lærere, og jeg har også, sammen med sundhedsplejersken på Byhaveskolen, deltaget i/eller selv haft, - individuelle samtaler med elever/forældre, der fx har haft udfordringer med at sætte grænser/overskride andres.

Desuden afholder jeg løbende forældre møder på både Tåsingskolen (centerafdelingen) samt på Byhaveskolen.

Jeg bliver – ofte i samarbejde med sundhedsplejersken - ad hoc kaldt ud på skolerne/i børnehaver mm. til at undervise elever, pædagoger, forældre og lærere, hvis der har været noget "bekymrende" adfærd blandt børnene/de unge. Jeg har fx undervist på Nymarkskolen, både lærere og specielt udvalgte grupper af elever, da der var en sag om nogle grænseoverskridende handlinger, der var blevet politi anmeldt, og jeg har også undervist personale flere steder omkring elever i LGBT området fx personalet på ungdomsskolen.

Desuden har jeg opgaver som eftermiddagsoplæg for forældre om samliv efter fødsel, samt undervisning om unge, seksualitet, krop og grænser på konceptet "Forstå din teenager", som er undervisning for forældre til teenagere, gennem de seneste 10 år.

Jeg holder eftermiddags/aftenoplæg på steder som "På hjørnet" og UFL, som er fritidssteder for unge/voksne, der fx har gået på Byhaveskolen som børn, samt underviser løbende de unge på CSV. Disse unge har særlige udfordringer mht. grænsesætning og viden om prævention mm. og jeg tror at sådanne

oplæg mange steder kan nedsætte antallet af aborter, uønskede fødsler og grænseoverskridende handlinger

Egentlig er der mange flere steder end sundhedsplejen, der benytter tilbuddet, men nu kom det så til at ligge under sundhedsplejen, da Sund Sex Skolen blev oprettet og udviklet, dengang amterne blev nedlagt i 2007 og seksualundervisningen overgik fra amtet ("Præventionskolen" i Svendborg og i Odense) til at skulle ligge i kommunen.

Alle disse opgaver som Sund Sex Skolen varetager nu, bidrager til, at børn og unge i Svendborg kommune – også indenfor specialområdet, får mulighed for at vokse op med et sundt forhold til krop, grænser og seksualitet og derved også kan være bedre til at passe på sig selv, bruge prævention, holde egne og andres grænser, som igen kan have stor betydning for hele trivslen og et sundt ungdoms, kæreste og voksenliv.

Arbejdet med de unge mødre i mødre rådgivningen bidrager til at de får viden om og diskussion af ovenstående emner men også viden om aktuelle præventionsformer, som igen kan gøre, at de er bedre rustet til kun at få de børn, de ønsker. Jeg har oplevet stor interesse dér, i at få viden om samliv efter fødsel og hvilke præventionsformer der er specielt egnede efter en fødsel.

Vi/jeg er et ret billigt tilbud i forhold til alt hvad min funktion indeholder.

Til seksualundervisningen bruger vi de gratis materialer, der laves af Sex & Samfund og bruger lokaler på ungdomsskolen, så materialemæssigt bruger vi næsten ingen penge. Det er os som mennesker, og vores løn, der er det aktive i Sund Sex Skolen.

Min løn er desuden lav af en konsulentfunktion at være, og har ikke været justeret opad i alle årene.

Jeg håber, at I som politikere kan se vigtigheden af, at Sund Sex Skolens funktion vedbliver med at være af samme gode faglige kvalitet som nu.

Med venlige hilsener fra Rikke Thor

Sygeplejerske og sexolog www.rikkethor.dk

Koordinator af Sund Sex Skolen www.sundsexskolen.dk

Høringssvar fra sundhedsplejersker ansat i Svendborg Kommune

I sparekataloget for Svendborg Kommune er der på Sundhedsområdet, et punkt med besparelse på 386.000 lønkroner pr. år, svarende til en deltidssundhedsplejerske. Dette vil betyde en ændring af sundhedsplejens praksis. Punktet lyder således:

Reduktionsforslag nr 26. Ændring af sundhedsplejens praksis:

Det foreslås at fastholde de fire hjemmebesøg for alle, men i højere grad at tilbyde de mest ressourcestærke familier konsultation frem for hjemmebesøg, ved udvidet behov. Det foreslås derudover at lave flere gruppebaserede indsatser, som erstatning for individuelle behovsbesøg, når emnerne omhandler f.eks. kostvejledning, søvnvejledning, vejledning i sikkerhed i hjemmet osv.

Vi ønsker at gøre opmærksom på følgende konsekvenser ved at gennemføre denne besparelse:

I vejledningen om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge fra Sundhedsstyrelsen, beskrives sundhedsplejerskens fokus og indsatsområder. Sundhedsplejersken tager i sit arbejde udgangspunkt i familiens/barnets ressourcer, understøtter dem og medvirker til at udvikle familiens evne til selv at mestre udfordringer og vanskeligheder forbundet med det at have børn. Udover at sundhedsplejersken skal fremme interessen for og viden om amning samt understøtte mødres amning, skal hun også observere om barnets fysiske, psykiske, motoriske, sproglige og sociale udvikling er alderssvarende, om kontakten og tilknytningen mellem forældre og barn er aktiv og stimulerende, om der er forhold i familiens situation der kræver vejledning eller særlig indsats, om forældrene har en tilstrækkelig viden om barnets behov og udvikling samt om forældrene har tilstrækkelig viden om sygdom, sygdomsrisiko og forebyggelse af sygdom (Poulsen, 2011, s. 27).

Ovenstående funktionsbeskrivelse kræver en individuel kontakt og vejledning og vi må gøre opmærksom på, at en reduktion af hjemmebesøg og individuel vejledning og derved overgang til gruppebaserede indsatser og digitale løsninger vil udfordre sundhedsplejerskens mulighed for at arbejde forebyggende og få sat en tidlig forebyggende indsats i værk. Dette bekræftes ved tidligere undersøgelser, som har vist, at der ved forebyggende samtaler i hjemmet ofte vil komme mange følsomme oplysninger frem, som kan være af betydning i den samlede vurdering af familiens behov for hjælp og støtte (Henriksen, 2006, s. 13).

Det er derudover en udfordring for den enkelte sundhedsplejerske at vurdere, hvornår en familie er i en særlig sårbar og udsat position eller er ressourcestærk, da dette ofte er komplekst og kan ændre sig løbende. Det er derfor vanskeligt fra start at vurdere, hvor mange besøg en familie skal tilbydes, og der er derfor risiko for, at behov bliver overset med negative konsekvenser for barnets udvikling og familiens samlede trivsel. Hvis vi ikke har opbygget en tillidsfuld relation i familien grundet sparsomme kontakter, er der en øget risiko for, at familierne ikke kontakter sundhedsplejen ved behov.

Ved sundhedsplejen i Svendborg kommune fokuseres på at styrke ligestilling i forældreskab, derfor er der behov for at tilbud i sundhedsplejen har mere fokus på begge forældre end tidligere og inddrager fædre mere. I det aktuelle tilbud ved sundhedsplejen, kan arbejdet i vid udtrækning organiseres og tilrettelægges så det er muligt for begge forældre at deltage i besøg/konsultationer. En omlægning af praksis til flere konsultationer vil betyde en mindre fleksibilitet, da der ikke er ubegrænset adgang til konsultationer. Spareforslaget vil således kunne have en negativ betydning for arbejdet med ligestilling i sundhedsplejen.

I reduktionsforslaget beskrives, at sundhedsplejens tilbud kan blive mere gruppebaseret fremfor individorienteret, samt at man ønsker at øge brugen af digitale løsninger frem for fysisk tilstedeværelse. Vi tilslutter os den beskrevne negative forventede effekt for, at der vil være forældre der ikke møder op til

gruppetilbud, samt ikke profiterer af generel vejledning og digitale løsninger. Det kan give en ulighed i sundhed, og vi kan risikere ikke at opspore de familier, der er særligt udfordrede, for eksempel ramt af fødselsdepression. Derudover vil vi gøre opmærksom på at Svendborg er en geografisk stor kommune og der er langt fra yderområder til sundhedsplejens hus. Dette kan udfordre familier der ikke har bil, eller overskud til at møde op i gruppetilbud og konsultationer.

Studier konkluderer, at hjemmebesøg til småbørnsfamilier er associeret med: Positiv forbedring af forælderevne samt positiv ændring af kvaliteten af børnenes omgivelser. Hjemmebesøgene har positiv effekt på uhensigtsmæssige adfærdsmønstre hos barnet for eksempel søvn, mental udvikling og dårlig trivsel. Der er derudover dokumentation for, at hjemmebesøg kan medføre reduktion i antallet af uheld for børnene og ulykker i hjemmet. For forældrene har forebyggende hjemmebesøg en positiv effekt på tidlig diagnosticering og behandling af fødselsdepressioner. Sidst, men ikke mindst, viser litteraturen, at hjemmebesøg er associeret med, at flere mødre vælger at amme (Henriksen, 2006, s. 16). Gennemgangen af litteraturen viser desuden, at socialt udsatte familier og børn, der vurderes at have højere risiko for dårlig trivsel og helbredsproblemer kan profitere mere af hjemmebesøg end familier uden de nævnte belastninger (Henriksen, 2006, s. 16).

Vi konkluderer ud fra ovenstående, at omlægning af hjemmebesøg i barnets første leveår til konsultationer i sundhedsplejens hus, flere gruppeindsatser fremfor individorienterede indsatser, samt øget brug af digitale løsninger fremfor fysisk tilstedeværelse, kan forringe børnene og familiernes sundhed og trivsel samt sundhedsplejerskens mulighed for at opspore familier med særlige behov for ekstra støtte og vejledning i barnets første leveår.

Mvh. Sundhedsplejersker i Svendborg kommune, 25.08.2023.

Pernille Elise Skovhaur

Connie Langberg Nielsen

Cecilie Lund Stoumann, TR

Kilder:

Poulsen, A; Brot, C. Danmark, og sundhedsstyrelsen. (2011). Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge (2. udgave 1. oplæg), kbh: sundhedsstyrelsen

Henriksen, PE; Hendriksen, C, sundhedsstyrelsen. (2006). Hjemmet som arena for forebyggelse – med sundhedsplejerskeordningen og hjemmebesøg til ældre som eksempler. København: viden og dokumentationsenheden, sundhedsstyrelsen, 2005.

Hørings svar:

Senior-, social- og Sundhedsudvalget:

Pol. Org. 005.00.03

<p>Nr. 38. Stratificering og øget anvendelse af digitale tilbud:</p>	<p>Allerede i dag stratificerer vi. Dette sker ved faglig vurdering og i <u>samarbejde</u> med borgeren.</p> <p>Der er enorm forskel på at stratificere <i>sammen med borgeren</i> og at stratificere uden brugerinddragelse og uden faglighed, kun med besparelse for øje.</p> <p>Det er gentagne gange påvist på tværs af sygdomme, at borgere, der er inddraget i beslutninger om behandlingsvalg, målbeskrivelser og tilrettelæggelsen af behandlingsforløb:</p> <ul style="list-style-type: none">• Har mere viden om deres sygdom og stiller flere spørgsmål• Har større selvtillid, styrket tro på egen evne til at håndtere sygdom og øget livskvalitet• Følger behandlingsanvisninger bedre (øget compliance) * <p>1. Skærpet stratificering:</p> <p>Man kender sjældent sine strategier i mødet og forløbet med en potentielt livstruende sygdom. Borgere, der ikke er med til at bestemme forløb, men kun stratificeres (måske til ingenting), kan på et senere tidspunkt få en reaktion, som ingen tager sig af eller ved noget om.</p> <p>Vi oplever ydermere, at der er stor læring på tværs af ressourcer, styrker og overskud i en gruppe – om det er træning eller mestringshold. Dette rykkes der også ved i en skarp stratificering.</p> <p>Konsekvens:</p> <ul style="list-style-type: none">• Borgere får ikke det tilbud, de har brug for, med længere sygdomsforløb (recidiv, dårligere compliance m.v.), dårligere tilknytning til arbejdsmarkedet og lavere livskvalitet til følge. Ligeledes må man forvente familiemæssig konsekvens, merudgifter i plejesektoren, flere indlæggelser på sygehuset mm.• Med en skarpere stratificering går vi fra en bred referenceramme i forhold til sundhed til et snævert fokus på borgerens sygdom. Herved risikerer vi, timing og koordinering med resten af borgers liv ikke matcher – og derved taber vi borgeren på gulvet.• Vi forventer, at de borgere, der ikke tilbydes forløb nu, kommer igen senere og med dårligere helbred.• Det vil være en langvarig og omkostningsfuld proces at udvikle et stratificeringsværktøj til Sundhedshusets personale.• Hvis der stratificeres så skarpt, at de mest ressourcetsvage er alene i en gruppe er der ingen spejling, læring eller motivation fra de ressourcestærke – og omvendt. Konsekvensen af dette er manglende udvikling og effekt af forløb.
--	--

2. Flere digitale tilbud

Epinion har i 2023 for Ældre Sagen gennemført en undersøgelse om befolkningens oplevelser i et digitalt samfund. I denne fandt man bl.a.: 35 pct. af befolkningen oplever i nogen, høj eller meget høj grad at have udfordringer digitalt. Heraf oplever hele 10 pct., svarende til ca. en halv million personer i Danmark, at de i høj eller meget høj grad er udfordret digitalt.

Digitalkompetence er uafhængig af alder, køn, indkomst**

Vi kan IKKE sidestille en digital løsning med et tilbud med fysisk fremmøde.

Den faglige vurdering, justering og kvalitetssikring kan ikke ses gennem en skærm, til dette kræves faglig personlig ansigt-til-ansigt opfølgning.

Eksempelvis oplyser Kræftens Bekæmpelse at 70% med kræft oplever kognitive forstyrrelser***, hvilket vil udelukke mange fra et digitalt tilbud.

En forudsætning for, at et digitalt forløb lykkes er, at der skal være en personlig kontakt, så borger har tillid til det, der skal ske. Det har også stor betydning med kontakt for motivation og fastholdelse i en sårbar periode. Ens sundhedskompetence stimuleres af at kunne se sig selv i de valgte løsninger.

Omkostning:

Det er tids- og personalemæssigt ressourcekrævende at udvikle, opdatere og vedligeholde de digitale platforme vi bruger. Desuden skal der være ressourcer til et tilbud når det digitale tilbud ikke virker – for det sker!

Personalet:

Vi er den største og vigtigste ressource med vores faglighed, tilgang, nærvær og håndværk, hvilket bruges til at hjælpe borgeren igennem forløbet.

Med den øgede digitalisering risikerer vi at skulle fokusere på noget, der IKKE er et område, hvor vi har de nødvendige kompetencer. Det er langt fra alle, der har kvalifikationer og interesse, hvilket fører til mindre arbejdsglæde og mindre trivsel ved at arbejde via digitale løsninger.

Det kan mærkes hos borgerne, hvis vi ikke brænder for disse løsninger.

Konsekvens:

- Nedsat compliance, manglende deltagelse og længerevarende forløb.
- At borger "dropper ud" af tilbuddet.
- At borger ikke får et tilbud (hvis de siger nej tak – hvad så?). Kommer igen senere med dårligere helbred.
- Øget udgift til uddannelse af personale i IT-færdigheder.
- Øget antal sygemeldinger fra personalet pga. mistrivsel.

<p>Nr. 39 Kvalitetskrav til kommunens tilbud til borgere med kronisk sygdom</p>	<p>Vi ønsker at påpege, at Svendborg kommune risikerer ikke at kunne leve op til - de endnu ikke kendte -kvalitetskrav med et reduceret budget og et stigende behov for rehabilitering. Den demografiske udvikling tilsiger, at antallet af ældre stiger og det er kendt viden, at der er en direkte sammenhæng mellem stigende alder og andelen af mennesker med kronisk sygdom. Det samme gælder andelen af mennesker med multisygdom (https://www.regioner.dk/services/nyheder/2023/januar/flere-danskere-bliver-multisyge).</p> <p><i>"Flere ældre og kronikere sætter allerede nu sundhedsvæsenet under pres og den demografiske udvikling viser, at udfordringerne kun bliver større fremover. Frem til 2030 vil antallet af 80+årige stige med knap 150.000 til i alt omkring 431.000. Og ser man på de ældste kronikere er der fra 2010 til 2021 sket over en fordobling af antallet 80+årige med knogleskørhed, mens knap dobbelt så mange har type 2-diabetes og leddegigt, og henholdsvis 41 og 24 procent flere har KOL og demens. Samtidig oplever kommunerne, at der er flere af borgerne, der modtager mindst tre forskellige sygeplejeydelser på en gang.</i></p> <p><i>Udfordringerne for det danske sundhedsvæsen fra de praktiserende læger og kommuner til sygehuse er store og bliver kun større i årene fremover..."</i> (https://www.kl.dk/nyheder/momentum/2022/2022-6/sundhedsreform-mangler-svar-paa-stigende-antal-kronikere-og-aeldre/)</p> <p>Henvisninger til diabetes sygdomsmestring er stødt stigende, og målgruppen omfatter en del borgere med bostøtte. Disse håndteres overvejende med holdtilbud.</p> <p><i>Opdateret april 2023</i></p> <p>I Danmark var der i 2022 mindst 356.000 danskere med diabetes.</p> <ul style="list-style-type: none">• Cirka 322.000 med type 2-diabetes• Cirka 34.000 med type 1-diabetes <p>Antallet af danskere med type 2-diabetes er stærkt stigende og vil stige i årene fremover. Det estimeres, at der vil være 467.000 personer med diabetes i 2030, heraf minimum 420.000 med type 2-diabetes.</p> <p>I 2023 er der i Sundhedshus Svendborg suppleret med 2 onlinekursusforløb om året. Ressourcerne er ikke siden 2019 tilpasset dette, selvom tilpasningen samlet betyder ekstra hold og 7 ekstra mødegange om året. En besparelse vil betyde, at antal forløb må rettes tilbage til det oprindelige estimat.</p> <p>Allerede nu afvikler vi et ekstra diabetes sygdomsmestrings fremmøde hold pr år for at imødekomme henvisninger/nedbringe ventetid/sikre timing for borgeren.</p>
--	--

	<p>Man ved, at relevant og rettidig rehabilitering kan øge muligheden for, at det enkelte menneske med en kronisk sygdom kan få hjælp og støtte til forebyggelse af yderligere forværring af den kroniske sygdom. I sidste ende reducerer dette antallet af genindlæggelser.</p> <p>Eks: vi underviser mennesker med KOL i bl.a. optimal vejrtrækning, motion, evt. rygestop, psykologisk støtte til angst ved vejrtrækningsbesvær m.m... Alt sammen med mulighed for at mindske risikoen for forværring af sygdommen og indlæggelser.</p> <p>Hvis flere borgere med kronisk sygdom afvises i Sundhedshus Svendborg eller ikke kan få det nødvendige omfang af støtte til fastholdelse af livsstilsændringer, vil de risikere dels en forværring af den kroniske sygdom og dels kan det medføre at opgaven flytter sig endnu mere over på andre faggrupper i kommunen. Fx hjemmeplejen og hjemmesygepleje. Dette kan give merudgifter samt nedsætte borgernes livskvalitet, funktionsevne og mulighed for at fastholde livsstilsændringer.</p>
<p>41. Reduktion i administrationen Sundhedsafdelingen</p>	<p>Da det administrative team i Sundhedshuset også varetager en væsentlig del praktiske opgaver i og uden for huset, vil reduktionen af timer i dette team kunne mærkes af det sundhedsfaglige personale, der vil skulle varetage opgaver – f.eks.: ordne vasketøj, handle, vaske bil, bestille brochurer, merarbejde for fagpersoner omkring afvikling af holdforløb på sygdomsmestring, det være sig lokalefordeling, opsætning af platform for onlineforløb, sende information ud inden start, samle materiale mm.</p> <p>Det betyder, at borgerne i et eller andet omfang vil blive berørt af reduktionen af timer i det administrative team, da det sundhedsfaglige personale vil skulle bruge tid på praktiske opgaver i stedet for at varetage opgaver, der vedrører borgerne. Borgerne kan opleve at få et ringere tilbud/en ringere behandling.</p>

* Coulter A (2012) Patient Engagement – What Works?. The Journal of Ambulatory Care Management, 35(2):80-89.

Stacey D et al (2014) Decision aids for people facing health treatment or screening decisions (Review).

The Cochrane Collaboration

**<https://www.aeldresagen.dk/presse/viden-om-aeldre/analyser-og-undersogelser/2023-oplevelser-udfordringer-digitalt-samfund>

*** Bobby Zachariae og Mimi Yung Mehlsen (red.) Livet efter kræft, senfølger og andre udfordringer efter afsluttet kræftbehandling, s. 84.

Hørings svar fra Træningsafdelingen vedr. besparelser i Sundhedsafdelingen.

Punkt 32: Optimering af arbejds gange i Træningsafdelingen.

- **Der lægges op til mødeaktiviteten reduceres og/ eller effektiviseres via online møde.**

Vi bekymrer os om, hvordan det vil påvirke trivslen i Træningsafdelingen, hvis vi ikke har møder med fysisk fremmøde. Det var tydeligt i tiden med Corona, hvor vi netop afholdt online møder, at personalegruppen blev distanceret fra hinanden og det gav en oplevelse af mindre tilknytning til arbejdspladsen og kollegaerne. I Træningsafdelingen er vi stolte af, at vi har høj psykologisk tryghed og frygter at dette vil ændre sig negativt, hvis vi reducerer mængden af møder og afholde dem online. Det vil også bevirke at nyansatte i Træningsafdelingen tager længere tid om at falde til, når de ikke får et fysisk kendskab til deres kollegaer i andre teams. Det kan få indflydelse på evnen til at arbejde tværfagligt, at vi ikke mødes.

- **Der lægges op til at visiteringsenheder sammenlægges.**

Vi bekymrer os om, det kan få betydning for graden af tværfaglighed i de 4 teams, som Træningsafdelingen repræsenterer, hvis ikke alle teams er repræsenteret i visitationsarbejdet. Forventes det, at det er få medarbejdere der visiterer og som ikke er i driften, kommer de langt væk fra hverdagen og mister grebet om arbejds gangene. I forbindelse med visitationsarbejdet er der også andre arbejds gange som udføres, bl.a. at tjekke advis/ kommunikation mellem plejen, træning, egen læge og evt. andre instanser. Det er tid som også skal tænkes ind i visitationsarbejdet.

Punkt 33: Stigning af antal studerende til Træningsafdelingen.

- **Der peges på en øget indtjening ved at Træningsafdelingen vil kunne tage betydeligt flere studerende fra UCL i praktikforløb.**

Under punktet: Påvirkning af andre områder, er der beskrevet et øget behov for kontorpladser på Svinget. Det er vigtigt at de har mulighed for at sidde sammen på tværs af faggrupper, da de har mulighed for sparring og det giver en synergieffekt i fht. deres læring. Aktuelt vil det være en udfordring med antal kontorpladser ved et større antal studerende. Vi er i høj grad presset på kontorpladser i hverdagen, hvor vi sidder op til 5 på små kontorer, og der er på nuværende, ikke en kontorplads til hver terapeut. Derfor vil øget antal studerende forværre arbejdsmiljøet for den enkle terapeut og forringe den psykisk trivsel i hverdagen.

Vi har ude på træningscentrene allerede et omfattende arbejde med at sikre lokaler/undersøgelses rum til at genoptræne borger. En øget mængde studerende forværrer lokalemangel, samt øger tiden der skal bruges på logistik, samt presse de enkle terapeuter i at udføre deres arbejde.

Under punktet Personalemæssige konsekvenser er der beskrevet at terapeuterne i højere grad skal inddrage de studerende i deres arbejde. De vil i højere grad blive involveret i planlægningen omkring den studerende herunder logistik, koordinering af kalendere og ikke mindst den studerendes læringsperspektiv, hvilket er en udvidet opgave, der skal håndteres udover borgerens genoptræning. Der bliver behov for at

terapeuterne følger den studerende tættere i praktikforløbet, idet der ikke er tale om opnormering for de kliniske vejledere.

Ved et øget antal studerende stiller det større krav til de kliniske undervisere, som fortsat skal levere kvalificerede praktikforløb og leve op til kravene fra UCL indenfor den samme tid. Det indebærer højere grad af planlægning, koordinering med de andre terapeuter. Med et øget antal studerende er der behov for flere vejledende samtaler, læse og rette opgaver samt til eksamen, øget tid til at udarbejde feedbackskema, som der er krav til fra UCL.

Da der samtidig bla. peges på en reduktion af antal terapeuter, vil det samlet give et øget pres på hele afdelingen og dermed en øget risiko for stresspåvirkning.

Der kunne peges på at den øgede indtjening delvist kunne medtænkes i at finansiere ekstra timer for at begrænse presset på såvel kliniske vejledere som terapeuter.

Nr. 34: Stratificering af borgere til genoptræningsindsatser.

Alt i alt er der et stort potentiale i genoptræning i relation til at understøtte den enkeltes livskvalitet, adressere den øgede ældrebefolkning og samfundets stigende udgifter til sundhedsområdet.

En reduktion på genoptræningsområdet vil få betydelige konsekvenser for borgere i Svendborg Kommune på kort og lang sigt.

- "Jørgen og Gretes" selvstændighed og livskvalitet vil blive vanskeligere at understøtte
- Stigende sundhedsudgifter ved sygehusindlæggelser og efterfølgende hjemmepleje.

- I Træningsafdelingen tilbydes indsatser på mange områder, f.eks. genoptræning til borgere med udfordringer efter hjerneskade, ortopædiske problemstillinger, medicinske sygdomme, psykisk sygdom, og sygdomme som hører ældrelivet til.

- Vi understøtter borgere i at opnå bedst mulig funktionsevne efter indlæggelse på sygehus mhp. at borgerne opnår selvstændighed og øget livskvalitet. Citat fra Ugeskrift for Læger 2022: Fysisk funktionsevne er "en stærk prædiktor for indlæggelsestid, komplikationer, genindlæggelse og overlevelse hos en lang række patienter på tværs af diagnoser".

- En meget stor del af borgere i genoptræning er 60 + og den demografiske udvikling er en kendt faktor. Dog synes genoptræningsområdet ikke tænkt ind, når der fordeles midler til compensation herfor. Herudover har der de senere år generelt været en øget aktivitet på genoptræningsområdet, og ikke mindst når Regionen Syddanmark har skulle nedbringe ventelister. Der ses samtidigt flere og flere komplekse genoptræningsforløb indenfor alle områder. Uligheden i sundhed spiller en større og større rolle og borgerne udskrives hurtigere.

Mulighederne for at imødekomme denne udvikling vil blive vanskeligere ved en reduktion.

- I Træningsafdelingen er optimering og stratificering af indsatserne en naturlig del af praksis, og borgerne tilbydes i stort omfang ydelser efter deres behov og kompetencer.

En højere grad af selvtræning hos borgerne og flere digitale løsninger, vil ikke kunne opveje reduktioner i terapeutstillinger, og resultatet vil betyde dårligere tilbud til den enkelte.

Arbejdet med tidlig opsporing og nedbringelse af indlæggelser er aktuelt vanskeligt at tilgodese i nødvendigt omfang, da Træningsafdelingen i overvejende grad skal honorere et stort antal genoptræningsplaner fra Sygehus.

I forhold til de faglige standarder vil Svendborg Kommune kunne komme ud i en situation, hvor der ikke kan leves op til seneste forskning på området og Sundhedsstyrelsens anbefalinger for genoptræning.

- I forhold til ældre borgere ses aktuelt og på sigt store sundhedsmæssige udfordringer i forhold til den stigende ældrebefolkning og i forhold til den faglige udvikling, hvor der stilles højere og nye krav til undersøgelse og genoptræning.

Et eksempel er sarcopeni som er et fokusområde både regionalt og kommunalt. Sarcopeni betyder aldersrelateret- eller sygdomsrelateret tab af muskelstyrke, muskelmasse og funktion. Diagnosen er forbundet med **øget risiko for fald, frakturer, tab af selvstændighed, dysfagi (synkebesvær), og i sidste ende dødelighed**. Den vigtigste indsats til borgere med sarcopeni vil være tung, progressiv styrketræning. Hovedparten af de borgere som ses i Træningsafdelingen har få erfaringer med denne træningsform og har behov for løbende tæt vejledning og instruktion. Udfordringen med denne træningsform udvides, når borgere f.eks. har kvalme, knæ smerter ved træning og ikke tidligere har været så interesseret i fysisk aktivitet. ”Forskning peger på, at godt 5 % af alle over 40 år har sarcopeni eller tegn på dette, og op imod halvdelen af alle 80-årige er påvirket af sarcopeni.¹

¹ Sarkopeni — opsporing og behandling: Niklas Grundt Hansen, Morten Tange Kristensen og Anders Vinther - 14.10.2022

En reduktion på genoptræningsområdet vil vanskeliggøre mulighederne for at adressere borgernes nuværende og kommende udfordringer.

- I træningsafdelingen er vi meget afhængige af samarbejde og rehabiliterende indsatser som understøtter genoptræningen.

Fra forordet til Hvidbog om Rehabilitering 2022: "Der er en markant stigning i antallet af ældre, flere oplever psykisk lidelse og flere lever længere med kroniske, langvarige og/eller uhelbredelige sygdomme, som påvirker hverdagslivet, livskvaliteten og funktionsevnen. Derfor er der behov for at styrke rehabiliteringsområdet". Tankerne i Hvidbogen understøttes af Sundhedsstyrelsen, KL og Regionerne mf.

Stiladset omkring de mest udsatte borgere bliver mere og mere udfordret ved:

- Reduktioner på genoptræningsområdet (Seneste reduktion på demenshold).
- Reduktioner i forhold til plejepersonale.
- Reduktioner i forhold til rehabiliteringsterapeuter.
- Reduktioner på dagcentre. Udslusningsmuligheder, til f.eks. dagcenter forringes.
- Infrastruktur mht. transport er over årene forringet og borgere har vanskeligere ved at komme rundt til relaterede træningstilbud.
- Reduktioner på hjælpemiddelområdet.

Løbende reduktioner på andre områder og samtidig reduktion i genoptræningsindsatsen, gør det mere sårbart for den enkelte borger i genoptræning og rehabiliteringsmulighederne bremses.

Punkt 35: Brugerbetaling for selvtræner.

- **Der ligger op til en brugerbetaling på 200kr. årligt til Selvtræner der benytter kommunens træningscentre**

Vi har længe ønsket en brugerbetaling på selvtræner i vores centre, da ordning aldrig har været udgift neutral, og det har altid krævet ekstra administrativt arbejde, samt terapeuter timer at have tilbuddet.

Vi forventer at brugerbetalingen vil fremme følelsen af medansvar hos selvtrænerne, over de lokaler de benytter. Der vil forventes at vi får et mere retvisende billede af hvor mange der benytter tilbuddet, når der kommer en brugerbetaling. Dette vil også retfærdiggøre tilbuddet, over for det private træningsmarked, at tilbuddet ikke længere er gratis.

Vi forslår dog at prisen sættes til 250kr årligt, da det svarer til 25kr pr. mdr., som stadig er en god pris i forhold til tilbuddet, og vil kunne understøtte det øget administrative arbejde.

Punkt 41: Reduktion i administration i sundhedsafdelingen.

- **Optimering af samarbejdet på tværs af sundhedsplejen, sundhedshuset og træningsafdelingen.**

Det er positivt der sættes fokus på samarbejdet mellem afdelingerne, da dette vil skabe en bedre synergi. Vi forventer dog ikke, at det vil kunne spare 4 timer fra det administrere arbejde i træningsafdelingen. Derfor vil reduktionen medfører at kontorpersonalet vil skulle lade terapeuterne udføre mere af deres administrative arbejde selv, og derved tage terapeut timer væk fra borgerne. Der er allerede lagt op til terapeut timer skal reduceres i dette sparekatalog, så dette tiltag vil yderlig forringe genoptræningstilbuddet til borgerne.

Høringssvar fra Lev Svendborg-Langeland

Ældreforvaltningen

Punkt 9 - Plejecenter Christinehøj omlægges til "frit valg" – MEGET VIGTIGT!

Hvorfor ændre på noget der fungerer godt – her er lav sygefravær, god økonomi og stor arbejdsglæde. Tilmed vil I fyre lederen, som faktisk har arbejdet for at få en god og sund arbejdsplads. På Christinehøj er der mange psykiatriske patienter, hvor nogle er vores målgruppe? Lev stiller sig derfor uforstående overfor dette forslag?

Punkt 12 – Lukning af to dagcentre? MEGET VIGTIGT!

Vi er her bekymret for da den øgede afstand, som kan betyde en masse for trivsel hos både borger og plejer. Der bliver meget mere kørsel og er den regnet med i budgetterne?

Punkt 16 – Udbringning af vare?

Mange ældre er ikke fortrolige med it og får derfor svært ved at selv bestille. Dette er meget uhensigtsmæssigt og ikke værdig.

Punkt 17 – Afløsning af pårørende i Hjemmet.

Borgere skal behandles ens – man kan ikke være bekendt ikke at give de pårørende et pusterum – det er der man tanker op og får "Luft". Og hvis I tilmed ændre aktivitetsdag ud – vil de pårørende miste muligheden for pauser

Socialforvaltningen

Punkt 18 - § 85 og § 82 A og b

Forslaget indebærer at der ikke er klagemuligheder og der kan ikke ankes. Dette er en markant forringelse.

Hvis det skal gå hurtigt, så kan der søges en §83a eller b, men disse kan IKKE ankes – det kan kun § 83, som er vedtaget af myndighedsafdelingen – denne forringelse ønskes derfor ikke.

Punkt 19 – Omlægning af støttecentret til døgntilbud.

Vi mangler oplysninger om hvordan (det er jo almene boliger)?

Og I hvor I vil flytte borgerne hen?

Kærvejen og Storkehavevej skal også laves om – hvad er planen med borgerne her?

Der er jo en del omkostninger ved at flytte folk og personale?

Punkt 20 – Ændringer af kvalitetsstandarder og serviceniveauer.

Her ligger markante forringelser i teksten, som giver udfordringer for borgerne. Hvorfor er det altid handicapområdet, der skal opleve forringelser?

Punkt 21 – Ændringer i kostordninger.

Igen en forringelse – hvorfor må borgerne ikke hjælpe til mere, hvilket forringer glæde og livskvalitet for borgerne. Desuden er der udfordringer med priserne – for nogle vil det betyde en stor merudgift.

Hjemløs-og misbrugsområdet

Punkt 23 og 24 – Hvor flytter I dem hen og hvorfor?

Er der plads til dem andre steder, er der mulighed for at personalet har den sikkerhed, de skal have, og har I tænkt på andre borgerkonsekvenser som fx naboer?

Hvor vil I flytte dem hen? Hvad er planen? VIGTIGT at tænke trivsel og omgivelser ind her, da der er mange udadreagerende borgere her.

Punkt 25 - Generel reduktion af socialområdet

Hvad er en generel reduktion af socialområdet? Indhold og tanker?

Og hvad skal pengene bruges til?

Sundhedshuset

Punkt 30 - Øvrige driftsomkostninger? VIGTIGT!

Der er uhensigtsmæssigt at lukketandplejen hele sommerferien, da der kan være akutte tandlægebehov og det er det eneste sted, der er handicapvenligt?

Optimeringer af arbejdsgange i træningsafdelingen. Prisen har været 100 kr. pr. sæson – Hvordan kan man så pludselig hæve det til 500 kr.?

Børn og unge forvaltningen

Her er en besparelse på 10.000.000 kr. uden grund – hvad ligger der bag?

På vegne af Lev Svendborg-Langeland

Frank Edelberg Jensen

24. aug. 2023

Til Senior-, Social- og Sundhedsudvalget, Svendborg kommune

Høringssvar fra DH-Svendborg vedr. budgetreduktioner til budget 2024

Generel bemærkning:

DH har i dette høringssvar alene søgt at forholde sig til områder, der har mest relevans i forhold til de målgrupper af borgere, der er omfattet af DH's 35 medlemsorganisationer. Der er således i de fremlagte besparelsesforslag emner, der ikke eller kun i begrænset omfang vil betyde serviceforringelser for medlemmer af DH's medlemsorganisationer. I disse tilfælde er der ikke udarbejdet bemærkninger.

DH's høringssvar er en sammenskrivning af input fra flere af de organisationer, der er tilknyttet DH. Høringssvaret er tiltrådt af Bedre Psykiatris medlem af Handicaprådet i Svendborg kommune.

Prioritering:

Økonomiudvalget har bedt om, at det i høringssvar mv angives, hvilke bemærkninger, der er højt prioriterede såfremt der skulle opstå mulighed for at "købe en besparelse tilbage".

På Senior-, Social- og Sundhedsudvalgets område prioriteres følgende forslag (i nævnte rækkefølge):

- Nr. 17 Aflastning af pårørende i hjemmet ophører
- Nr. 18 Hurtig og fleksibel støtte
- Nr. 20.1 Ændring af muligheder for ledsagelse til borgere, der bor på botilbud.
- Nr. 25. Generel reduktion på socialområdet.

Ældreområdet

Nr	Emne	Bemærkning
1	Besparelser på hjælpemidler og kørsel vedr. syn og ikt-området	<p>Den aktuelle rådgivning fra Center for Kommunikation og Velfærdsteknologi (CKV) om hjælpemidler tager afsæt i Servicelovens bestemmelser, bl.a. om bedst og billigst. Hjælpemidler kan tildeles i henhold til § 112 og § 113 (forbrugsgoder). Her gælder forskellige regler, som CKV efterlever, således også reglerne om egenbetaling på 500 kr for forbrugsgoder iht § 113. Derudover rådgiver CKV generelt om produkter, materialer og genstande, som <i>borgere og pårørende selv kan anskaffe</i> til at kompensere funktionsnedsættelse og understøtte kommunikationsevnen. Eksempler, som CKV rådgiver borgerne om selv at anskaffe: Tastaturer og mus, der kan fås i alm. handel. Kikkerter og lupper, som også kan anvendes til andre formål (her er en hårfin grænse, da borgerne sjældent anvender dem til andet end compensation). Lamper og belysning.</p> <p>Det forventes således ikke, at der vil være et væsentligt besparelspotentiale vedr. indkøb af hjælpemidler, hvorimod det er korrekt at der vil være mulighed for at reducere omkostningerne vedr. transport.</p>

3	Den kommunale sygepleje	<p><u>Akutfunktionen</u></p> <p>Det må anses for betænkeligt at lave en reduktion, der medfører risiko for (yderligere?) ventetid på besøg.</p> <p><u>Sygeplejeklinik</u></p> <p>DH kan – for så vidt – tilslutte sig målet om at sygeplejeydelser som udgangspunkt ydes i sygeplejeklinikker under forudsætning af at der sikres mulighed for at stærkt handicappede og andre med tilsvarende problemstillinger, der kan have svært ved at transportere sig til en sygeplejeklinik, fortsat vil kunne få støtte i eget hjem. Dette bør sikres via de udarbejdede servicebeskrivelser.</p>
9	Plejecenter Christinehaven omlægges til frit valg.	<p>Forslagets konsekvenser er svære at gennemskue, da beboersammensætningen ikke er kendt. Iflg Christinehavens hjemmeside er der et antal stærkt handicappede tilknyttet boligerne. Hvad vil konsekvenserne for disse beboere være, såfremt der ikke er natdækning, men hvor hjælpen skal tilkaldes via hjemmeplejens nathold.</p> <p>Generelt bør det ift ”ordinære” ældreboliger / ældrevenlige boliger kunne være muligt at blive betjent via hjemmeplejens nathold, men såfremt der er plejkrævende eller stærkt handicappede, herunder evt psykiatriske beboere, så er forslaget yderst betænkeligt.</p> <p>Det kan – evt på sigt – være muligt at justere beboersammensætning, men der er tale om beboere med lejekontrakt, hvorfor ændring af beboersammensætning formentlig kun vil skulle ske over tid.</p>
12	Lukning af to dagcentre	<p>Uheldigt, såfremt forslaget får vedvarende negative konsekvenser i forhold til kommunens hjerneskadeindsats.</p> <p>Henvisning til aktiviteter i foreningslivet:</p> <p>Med servicelovens § 82 d kan kommunalbestyrelsen tilbyde tidlig, forebyggende indsats i form af gruppebaserede tilbud om hjælp og støtte samt individuelle tilbud om hjælp og støtte i en tidsbegrænset periode på op til seks måneder i samarbejde med frivillige sociale organisationer og foreninger. Tilbuddene kan gives til alle borgere med funktionsnedsættelse eller sociale problemer, men de er målrettet borgere med let nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller lettere sociale problemer eller borgere, som er i risiko for at udvikle funktionsnedsættelser eller sociale problemer.</p> <p>Kommunalbestyrelsen kan efter § 82 d således vælge at afhjælpe en borgers behov for støtte ved at anvise et tilbud i den frivillige sektor, herunder også tilbud etableret af selvejende organisationer, som udfører frivilligt arbejde. Samtidig gives kommunalbestyrelsen mulighed for yderligere at opdyrke samarbejdet med civilsamfundet og den frivillige sektor.</p> <p>Dette risikerer at være et skråplan. De frivillige kræfter i foreningslivet vil alene i et vist begrænset omfang kunne indgå i en indsats, der må anses for at være kommunalt ”pligtområde”. De frivillige indsatser er ofte organiseret fx eftermiddage/aften og kan ikke forventes at kompensere for et eller flere nedlagt kommunale dagcentre. De frivillige organisationer er samtidig ofte stærkt begrænsede i forhold til aktiviteter som følge af begrænsede midler og herunder evt manglende kommunale tilskud.</p>

		Såfremt dette skal være en farbar mulighed anbefales, at der nedsættes en arbejdsgruppe med repræsentanter for foreningslivet og dagcenterområdet mfl mhp at undersøge konkrete behov og mulige samarbejdsflader.
14	Serviceniveau på udvalgte hjælpemidler, låse og nødkald	<p>DH har ikke betænkeligheder ved omlægning af serviceniveauet som sådan, men finder at følgende elementer er betænkelige:</p> <p>At borgere som udgangspunkt selv skal hente hjælpemidler på depotet. Det er behov for mulighed for hjælp til transport for ældre og handicappede borgere, der ikke selv har transportmuligheder eller hvor der er tale om et større, tungt hjælpemiddel. Det er ikke alle borgere, der har pårørende og som derfor er overladt til sig selv.</p>
17	Aflastning af pårørende i hjemmet ophører	<p>Der tages i høringssvaret udgangspunkt i, at besparelsesforslaget <u>alene</u> omfatter aflastning af pårørende i hjemmet. Dette vurderes at være inden for lovgivningens rammer <u>under forudsætning af</u>, at der ikke samtidig hermed sker reduktion i muligheden for, at der kan ske <u>afløsning</u> af pårørende i hjemmet i medfør af servicelovens §84.</p> <p>Der henvises til Ankestyrelsens principmeddelelse 0-3-18, hvor det bl.a hedder:</p> <p><i>Om reglerne – servicelovens § 84</i> <i>En ægtefælle, forældre eller andre nære pårørende, der i hjemmet passer en person med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, skal tilbydes afløsning i hjemmet. Hjælpen kan bestå af hjælp eller støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet, og af personlig hjælp, pleje og omsorg.</i> <i>Afløsning kan gives uafhængigt af, om betingelserne for at få midlertidig eller varig hjælp efter servicelovens § 83, om personlig hjælp og pleje og hjælp eller støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet, er opfyldt.</i></p> <p><i>Kommunen har pligt til at sørge for tilbud om afløsning eller aflastning til ægtefælle, forældre eller andre nære pårørende, der passer en person med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne.</i> <i>Det kan være en stor belastning - både fysisk og psykisk - at passe en plejekrævende person i hjemmet. En familie eller en person, der passer en pårørende med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne i hjemmet, kan derfor - efter en konkret, individuel vurdering af behovet - tilbydes afløsning eller aflastning. Hjælpen kan være en forudsætning for, at den plejekrævende person kan blive boende i hjemmet.</i> <i>Afløsning foregår i hjemmet, mens aflastning foregår uden for hjemmet, fx i form af tilbud om dag-, nat- eller døgnophold i plejehjem eller plejebolig.</i></p> <p>Vi er i DH stærkt bekymrede for den effekt, det kan have for familier med en alvorlig sygdomsramt ægtefælle, som den pårørende støtter i hjemmet i det daglige. Der er ofte tale om situationer, hvor den pårørendes indsats betyder, at en ellers nødvendig plejehjemsplacering kan udskydes. Vi ved ydermere, at det i mange familier kan være vanskeligt at motivere den sygdomsramte til at komme i aflastning – og hvis den pårørende ikke – i de få nødvendige tilfælde, hvor der opstår behov – ikke kan få afløsning i hjemmet, kan det føre til at den pårørende må opgive at forsætte med at støtte den sygdomsramte ægtefælle i hjemmet, hvilket kan betyde et øget pres på hjemmeplejen og øget efterspørgsel på placering i plejehjem</p>

Socialområdet

Nr	Emne	Bemærkning
18	Hurtig og fleksibel støtte	<p>Som udgangspunkt synes vi i DH, at der er positive tanker i forslaget om at udvikle anvendelsen af servicelovens §82a og §82b. Tillige er det positivt, at fokus er på den hjælp og støtte, som borgeren selv oplever, er den vigtigste.</p> <p>Vi er således enige i, at der <u>kan</u> være grupper af borgere, der vil kunne profitere af den forenkede og smidigere sagsbehandling som vil være mulig ved anvendelse af §82a og §82b og at dette i et vist omfang vil kunne betyde reducerede administrative opgaver.</p> <p>Imidlertid er det vigtigt at være opmærksom på, at §82a og §82b som udgangspunkt omhandler en anden og mindre ”skadet” målgruppe end den gruppe borgere, der har behov for tilbud efter §85 – uanset at borgere, der er omfattet af §85 også kan profitere af tilbud efter §82a og § 82b.</p> <p>Målgruppen for tidlig, forebyggende indsats jvf §82a og §82b er borgere med <u>let nedsat</u> fysisk eller psykisk funktionsevne eller lettere sociale problemer eller borgere, som er i risiko for at udvikle funktionsnedsættelser eller sociale problemer. Desuden er målgruppen borgere, hvor risikoen for forværring af funktionsnedsættelsen/de sociale problemer eller risikoen for at udvikle sådanne vil kunne forebygges med en tidlig, forebyggende indsats. Der er tale om en målgruppe, som ikke kan modtage visiterede ydelser efter serviceloven, da målgruppen omfatter borgere, hvor funktionsnedsættelsen eller de sociale problemer endnu ikke har et sådant omfang, som kræves i de øvrige bestemmelser i serviceloven om hjælp og støtte.</p> <p>Målgruppen for §85 er derimod personer, der har behov herfor på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer. Det vil sige, at der ikke tale om personer, der er i risiko for at udvikle en funktionsnedsættelse, men personer, hvis problematikker er så omfattende, at de har behov for hjælp, omsorg eller støtte samt optræning og hjælp til udvikling af færdigheder.</p> <p>Det udarbejdede reduktionsforslag indeholder en beskrivelse af at ”Tilbuddet indebærer ikke myndighedsmæssig sagsbehandling, udredning og visitation, men alene en umiddelbar vurdering og en simpel afgørelse ift. målgruppen. En afgørelse der ikke kan indbringes for anden administrativ myndighed.”</p> <p>Dette er ikke en korrekt gengivelse af lovgivningen på området, idet borgere, der søger bevilling af tilbud efter §85, men som følge af den påtænkte omlægning af tilbud i medfør af §82a og §82b vil få afslag på støtte iht §85 fortsat vil have mulighed for at anke et sådant afslag. Det vil sige, at som udgangspunkt vil der være en retssikkerhedsmæssig garanti for at personer, hvis problemstilling er så omfattende, at der er tale om <i>betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne</i>, vil være berettiget til at få fortaget en sagsbehandlingsvurdering i medfør af §85.</p> <p>Der henvises her til Børne- og Socialministeriets skrivelse nr. 10344 af 22/12 2017, hvor der bl.a står: ” <i>Det bemærkes i forhold til klageadgangen,</i></p>

		<p><i>at hvis borgeren specifikt har søgt om en ydelse, der ikke er en ydelse i form af tidlig, forebyggende indsats, og får afslag med henvisning til, at borgeren i stedet kan benytte et gruppebaseret tilbud efter § 82 a, eller en af de øvrige ydelser i servicelovens kapitel 15 a, vil borgeren kunne klage over afslaget.”</i></p> <p>Det er DH's opfattelse, at – uanset at der vil være borgere, der i en indledende fase vil kunne være omfattet og kunne profitere af eventuelle gruppebaserede og midlertidige tilbud jvf §82a og §82b, vil den overvejende del af den gruppe borgere, der i dag får støtte i medfør af §85 fortsat skulle sagsbehandles i medfør af det regelsæt, der gælder for dette område. Det vil derfor, efter DH's opfattelse være betænkeligt, at reducere antallet af administrative sagsbehandlere på området før det er opnået tilstrækkelige erfaringer af effekten af at oprette de midlertidige forebyggende tilbud. Hvis byrådet ønsker at anvende dette reduktionsforslag, bør reduktionen af sagsbehandlere derfor udskydes til 2025 og ud i overslagsårene formentlig reduceres.</p> <p>Der gør i sammenhæng hermed opmærksom på, at Ankestyrelsen er i færd med at undersøge retssikkerheden på handicapområdet og har i den forbindelse henvendt sig til patientforeninger for at høre om borgeres oplevelse af kommunernes arbejde med socialpædagogisk støtte. Formålet er at undersøge hvilke retssikkerhedsmæssige udfordringer, kommunerne har på handicapområdet, og indhente perspektiver på, om der er behov for regelforenklinger, der kan medvirke til at styrke borgernes retssikkerhed.</p> <p>Et forslag som dette, der indebærer en reduktion af borgernes retssikkerhed kan således ikke anbefales.</p>
19	Styrke boområdet som leverandør	<p>Fordelen er besparelser på købsbudgettet i Socialafdelingen Myndighed, da eksterne sammenlignelige tilbud oftest er dyrere end interne pladser.</p> <p>Ulemperne er, at det koster udgifter til ombygning, ansættelser af yderligere personale. Der kan også være en risiko for, at et internt botilbud ikke kan tilbyde den faglige specialkompetence hos medarbejderne, som et givent handicap påkræver, og som vil kunne opfyldes i et eksternt tilbud.</p> <p>Pårørende har også udtrykt bekymring for, hvordan beboersammensætningen vil blive, når støttecentre omlægges til botilbud. Hvordan sikrer man det rigtige match af beboerne?</p> <p>En problematik, der i forvejen ses på f.eks. Ryttervej, hvor beboersammensætningen på 40 beboere dækker over et bredt spektrum af diagnoser/funktionsevnedesættelser - fra det lette til det svære.</p> <p>Over de senere år har vi set en udvikling, hvor medarbejdernes faglige kompetencer i stigende grad vanskeligt kan matche og tilgodese beboernes meget forskelligartede behov. Hyppige personaleudskiftninger er med til at gøre det endnu sværere, når der også sker tab af relationer og tab af faglighed bliver en konsekvens.</p> <p>Personalenormeringen i botilbud beskæres tillige år efter år på grund af den årlige reduktionspct. På 0,35 %. En fast, årlig besparelse - der for længst er afskaffet for ældre og børn/unge området – men helt urimeligt fortsat pålægges socialområdet.</p>

		<p>Behovet for løbende kompetenceudvikling bliver derved et endnu vigtigere behov, som bør have stort fokus. Det er en problematik, som man bør overveje, når man etablerer nye botilbud.</p> <p>Driftsfællesskaberne på tværs af støttecentre kan resultere i en dårligere personaledekning, da de skal dække over flere adresser og forskellige handicaps.</p>
20	<p>Ændring af kvalitetsstandarder og serviceniveauer på socialområdet</p>	<p>Ad 1. Ændring af muligheder for ledsagelse til borgere, der bor på botilbud.</p> <p>DH kan ikke anbefale forslaget, der i væsentlig grad vil risikere at reducere borgernes livskvalitet og oplevelse af værdighed. DH finder, at det er en væsentlig del af det at kunne trives som menneske, hvilket også beboere i botilbud har krav på, at man har mulighed for at gå i butikker (fx købe tøj og sko fremfor at vælge via et katalog eller hvem, der vil komme ud på bostedet), kunne deltage i selvvalgte fritidstilbud, selv vælge frisør og ikke skulle affinde sig med hvem alle på samlebånd skulle klippes af.</p> <p>Hvem skal sondre og hvordan vil man skelne, hvilke aktiviteter der er ”kan” og hvilke der er ”skal” aktiviteter? Hvad er definitionen på ”skal” og ”kan”?</p> <p>Her er man inde og røre ved den basale livskvalitet for nogle borgere, nemlig muligheden for at komme ud i samfundet og se andre omgivelser end det botilbud, de bor på. Tendensen har over de senere år været – især for de beboere, der har de sværeste handicap – at dagtilbud foregår på botilbuddet. Det vil sige, at deres muligheder for at se andre omgivelser end botilbuddet ligger i aktiviteter udenfor botilbuddets rammer.</p> <p>Det giver forringet livskvalitet, når man ikke kan komme til frisør, eller handle sammen med en ledsager eller komme til fritidsaktiviteter. I yderste konsekvens kan et gøremål ikke længere finde sted !!!!!.(Citat fra reduktionsforslaget).</p> <p>Hvilke andre borgere i Svendborg bliver mødt med et sådant vilkår?</p> <p>Opgaverne foreslås fra udvalgets side lagt ud til de pårørende, men nogle borgere har INGEN pårørende eller har pårørende, som ikke magter opgaven. Der kan være lang afstand til Svendborg eller måske på grund af alder.</p> <p>Er Senior, Social- og Sundhedsudvalget mon vidende om, hvor meget de pårørende i forvejen løfter af opgaver? I hverdage? I weekender?</p> <p>På grund af de senere års forringelser og besparelser - år efter år - løfter mange pårørende allerede nu flere og flere opgaver – på botilbud og støttecentre. Det er plejeopgaver, aktiviteter, praktiske opgaver m.v., som de bruger mange timer på. Fordi man som forældre/pårørende til mennesker med handicap gerne vil gøre det, man magter og kan overkomme, når man konstant må iagttage forringelser. I håb om, at man derved kan løfte niveauet af livskvalitet – lidt eller meget – for ens pårørende, så de kan leve et værdigt og meningsfuldt liv. Hvilket de i lighed med alle andre mennesker har en grundlovssikret ret til og Servicelovens og Retssikkerhedslovens paragraffer gælder også fortsat.</p> <p>Det forventes, at flere af botilbuddene kan undvære et af deres køretøjer!!! (Citat fra reduktionsforslaget).</p>

		<p>Hvilke beregninger beror en sådan forventning på? Her savner vi faktuelle oplysninger på, hvordan man er kommet frem til en sådan forventning. Alle ”skal” opgaver, der indebærer kørsel med basis i §85 bevillinger, skal fortsat løses af botilbuddene. I forvejen er der et stor pres på de køretøjer, der har en rimelig standard til at køre med f.eks. kørestolsbrugere, så der er snarere brug for flere end færre køretøjer.</p> <p>Vi finder derfor et sådant forslag helt urimeligt og det rammer de mest sårbare. I lighed med ovenstående, så påtænker man også her at røre ved det mest basale af disse menneskers livskvalitet.</p> <p>Serviceleven må fortsat forventes at yde disse mennesker en vis beskyttelse og sikre deres rettigheder.</p>
21	<p>Ændring i kostordninger</p>	<p>Ad Punkt 1)</p> <p>Hvis borgeren selv kan deltage i madproduktionen, vil det være en fordel at købe lokalt i stedet for evt. præfabrikerede råvarer fra Hørkram. Når købsaftalen med Hørkram udløber (Der er igangværende undersøgelse af, hvornår nuværende aftale udløber), bør man indgående undersøge mulighederne for at lave aftaler med lokale leverandører. Dette med henblik på at sikre bedst mulig kvalitet og økonomi i produktionskøkkenerne, da tvungne indkøb hos Hørkram er medvirkende til forhøjede indkøbspriser på botilbuddene.</p> <p>På nuværende tidspunkt er man også forpligtet til at lade 60% af indkøb være økologiske. Dette krav er også medvirkende til, at indkøbspriserne på råvarer forøges og køkkenpersonalets arbejds gange med indkøb er både tidskrævende, bureaukratisk og besværlig.</p> <p>Med fordel kunne man enten fjerne kravet om økologi - eller i det mindste gøre den tvungne andel af økologi mindre. Man kan få masser af kvalitetsråvarer, som ikke er økologiske.</p> <p>Køkkenpersonalet er med deres ernæringsfaglighed fuldt ud i stand til at vurdere, hvilke indkøb der er hensigtsmæssige ud fra en afvejning af både ernæringsfaglighed, sundhed og økonomi.</p> <p>Beboerne i botilbud bor i egen bolig, har lejekontrakt og har rettigheder i forhold til at bestemme over deres eget liv og over den økonomi, de har til rådighed. Enten ved egen kraft eller ved hjælp af mennesker, der hjælper og støtter dem. Ud fra det perspektiv bør man overveje, om det overhovedet er i orden at lade sådanne bindinger og påtvungne krav have højeste prioritet i deres liv, når den gælder den mad, de bliver tilbudt? Når sådanne krav ikke gælder for andre borgere?</p> <p>Ad Punkt 2)</p> <p>Ved at foreslå reduktion af køkkenmedarbejdere påtænker man at ramme noget af den mest basale livskvalitet for denne borgergruppe, for hvem et veltilberedt måltid kan betyde alverden. Det er et helt uigennem tænkt forslag og uden perspektiv.</p> <p>Køkkenpersonalet på Ryttervej og de andre botilbud udgør kun en meget lille del af den samlede medarbejdergruppe. Men disse medarbejdere har til gengæld en meget stor betydning! De har meget travlt og udfører et vigtigt og stort arbejde med tilberedning af god og ernæringsrigtig mad til</p>

		<p>beboerne. Ud fra et perspektiv om forebyggelse og lighed i sundhed kunne de med fordel tværtimod være endnu flere medarbejdere, da det kan give gode helbredsmæssige gevinster.</p> <p>En del beboere får individuelle kosthensyn, hvad angår arten af madvarer, smag og konsistens. Det er begrundet i de meget forskelligartede diagnoser og handicap, som beboerne har. Deraf afledte forskellige behov for diæter, blød kost, kalorielette retter eller det modsatte behov for kalorierige måltider. Dette stiller store krav til køkkenmedarbejderne på f.eks. Ryttervej, hvor der bor 40 voksne beboere med meget forskelligartede handicap.</p> <p>Et forslag om at reducere i timer til medarbejderne, beskære i måltiderne og øge graden af præfabrikerede måltider, vil resultere i markant dårligere livskvalitet og samtidig betyde dyrere og mere usunde indkøb, da der er evidens for, at præfabrikerede måltider har ringere næringsværdi. Når der bliver ringere muligheder for individuelle kosthensyn, risikerer man derfor meget nemt negative helbredsmæssige konsekvenser.</p> <p>Sådanne negative helbredskonsekvenser vil give øgede udgifter på andre områder. Tillige vil det øge uligheden i sundhed, som der er meget politisk fokus på netop at reducere. Forslaget er derfor meget kontraproduktivt og har kun ulemper.</p>
22	Reduktion af ledelse og koordinatorfunktioner	<p>Dette forslag giver fordele, men der ligger ikke den store besparelse i det foreslåede. Man burde derudover tillige kigge på nøgletal for sammenlignelige kommuner som f.eks. Fåborg/Midtfyn Kommune eller hos Vejle Kommune, som er én af Danmarks mest effektivt drevne kommuner. Herved kunne man måske finde yderligere besparelser på dette område.</p>
25	Generel reduktion på socialområdet	<p>DH er meget betænkelig ved en så stor ikke-beskrevet reduktionsramme.</p> <p>En så stor budgetreduktion bør ikke gennemføres ved en administrativ generel nedskrivning af alle udgiftsbudgetter, men være politisk prioriteret og med mulighed for indsigt fra høringsberettigede parter. Vi efterlyser således en langt større gennemsigtighed i forhold til at få viden om, hvor og hvordan udvalget påtænker at finde 3.325 mill. kr. i besparelser i 2024?</p> <p>Og bemærker samtidig at Socialområdet stadig er pålagt et effektiviseringsbidrag på 0,35% som efter det oplyste udgør ca. 1 mill. kr. Dette effektiviseringsbidrag er for længst fjernet for børne/ungeområdet og fra ældreområdet.</p>

Sundhedsområdet

Nr	Emne	Bemærkning
30	Personale og driftsreduktioner i tandplejen	<p>DH finder det betænkeligt, at der – i en situation, hvor der aktuelt er flere patienter i tandplejen end sundhedsstyrelsens anbefalinger – alligevel planlægges en personalereduktion på området.</p> <p>Forslaget påvirker handicappede fordi omsorgs- og specialtandplejen deler klinikker og personale med børnetandplejen og det er et område der i forvejen er</p>

		presset til det yderste og derfor har denne borgergruppe ikke det samme serviceniveau, som hvis de selv kunne vælge en selvbetalt privat tandlæge.
35	Brugerbetaling for selvtræning	DH kan anbefale, at forslaget gennemføres, men at brugerbetalingen fastlægges med et højere beløb, evt to gange årligt.

Med venlig hilsen

Christian Ditlev Reventlow
 Formand, DH-Svendborg
 Medlem af Handicaprådet, Svendborg
 Formand for Parkinsonforeningen, Kreds Fyn
 Medlem af bestyrelsen for CKV.
 Tlf.: 2967 5724
 Mail: dh-svendborg@handicap.dk

Estrid Heldager
 Formand for Handicaprådet, Svendborg kommune
 Medlem af Frivilligrådet, Svendborg kommune
 Medlem af forretningsudvalget DH-Svendborg
 Muskelsvindfonden

Birgit Jensen
 Medlem af Handicaprådet, Svendborg kommune
 Medlem af forretningsudvalget DH-Svendborg
 ADHD-foreningen

Frank Edelberg
 Medlem af Handicaprådet, Svendborg kommune
 Medlem af forretningsudvalget DH-Svendborg
 LEV

Poul Larsen
 Medlem af Handicaprådet, Svendborg kommune
 Medlem af forretningsudvalget DH-Svendborg
 Danske Døvblinde

Kirsten Clausen
 Medlem af Pårørenderådet, Svendborg kommune
 Medlem af forretningsudvalget DH-Svendborg
 Epilepsiforeningen

Jesper Overgaard
 Medlem af forretningsudvalget DH-Svendborg
 Dansk Handicap Forbund

Lilli Jørgensen
 Suppleant til Handicaprådet, Svendborg kommune
 Suppleant i DH-Svendborg.
 Kredsformand Autisforeningen, Fyn

Anne Carøe
 Medlem af Handicaprådet, Svendborg kommune
 Bedre Psykiatri

Svendborg Kommune - Byrådet
Høring af reduktionsforslag budget 2024
Senior-, Social- og Sundhedsudvalget

Høringssvar sendes senest d. 31. august kl. 10.00 til: bu@svendborg.dk mrk. Høringssvar budget 2024

Høringssvar afgivet af	
Thurø Skole	MED x
	Bestyrelse
	Andet
Evt. generelle bemærkninger	
Skriv her – tekstfeltet udvider sig efter behov	
Reduktionsforslag	
Konkrete bemærkninger til de enkelte spareforslag	(udfyldes efter behov)
1. Reduktion af konsulentfunktion ift. Dagtilbud	
2. Reduktion af sundhedsundersøgelser 2.kl.	
Skoleområdet vil eventuelt opleve flere elever med oversete sundhedsrelateret problemstillinger og deraf dalende trivsel. Ved at spare på tidlig forebyggelse og mulighed for tidlig indsats, vil der være risiko for at eventuelle sundhedsrelaterede problemstillinger vokser sig større, med øget indsats til følge.	
3. Ændring af tilbud Sund Sex Skolen	

Svendborg Kommune - Byrådet
Høring af reduktionsforslag budget 2024
Senior-, Social- og Sundhedsudvalget

Høringssvar sendes senest d. 31. august kl. 10.00 til: bu@svendborg.dk mrk. Høringssvar budget 2024

Høringssvar afgivet af	
	MED
Forældrebestyrelsen i Dagplejen	Bestyrelse
	Andet
Evt. generelle bemærkninger	
Skriv her – tekstfeltet udvider sig efter behov	
Reduktionsforslag	
Konkrete bemærkninger til de enkelte spareforslag	(udfyldes efter behov)
1. Reduktion af konsulentfunktion ift. Dagtilbud	
Vi vil gerne gøre brug af konsulentfunktionen én gang årligt. Dagplejen har i forvejen alene brug det én gang årligt. – og det har været rigtigt godt og givet et fælles kompetenceløft.	
2. Reduktion af sundhedsundersøgelser 2.kl.	
3. Ændring af tilbud Sund Sex Skolen	