

Strukturreform og ældreomsorg

Strukturreformen har haft betydning for alle borgere i Danmark. Dette gælder også inden for ældreområdet – både for borgere og for medarbejdere

Med sloganet: *Bedre og billigere* har strukturreformen skabt færre, større kommuner, der skal udgøre bæredygtige miljøer. Disse miljøer/kommuner skal "fremtidssikre den decentrale offentlige sektor" (Aftale om strukturreform, 2004: 5). *Bæredygtighed* blevet det brede, dominerende begreb, der har skabt enighed hos politikerne og skal skabe opbakning til reformen på forskellige planer. Bæredygtighed henviser både til et fagligt og økonomisk aspekt. Bæredygtighed i fremtiden er således baseret på en forestilling om behovet for professionalisering af forskellige opgaver og om muligheden af yderligere produktivitetforbedringer i den offentlige sektor. Velfærden er i en overordnet politisk-administrativ logik bl.a. truet af, hvad der opfattes som en problematisk demografisk udvikling, det som nogle har benævnt en *ældrebombe*.

I den overordnede aftale mellem forligspartierne om reformen står der ikke meget om ældreomsorg (Sundhedsministeriet, 2004), så ældreområdet var tilsyneladende ikke et af de områder, som Strukturkommissionen anså for at være et problembarn under udarbejdelsen af reformen (Pedersen, 2006). Det betyder dog ikke, at ældreområdet er uberørt af strukturreformen.

Hvad betyder de overordnede intentioner, den nye lovgivning og de ændrede strukturelle forhold for omsorgen for ældre og for de ansatte? Det er for tidligt ud fra en videnskabelig vinkel at vurdere effekterne af strukturreformen for ældreområdet. Men det er dog muligt at diskutere forskellige sandsynlige effekter af de udførte ændringer og nogle af de mulige, indirekte effekter. De ældrerelaterede områder i aftalen om strukturreformen drejer sig om udskrivning, genoptræning og social- og sundhedsuddannelserne. Her har der

været en klar politisk hensigt med reformen.

Udskrivning

I mange år har der eksisteret et opgave- og byrdefordelingsproblem omkring udskrivningen af ældre fra hospital, og derfor er de udskrevne ældre patienter faldet midt mellem to stole. Uenigheden har vedrørt dels ansvar, dels det finansielle. Hvem skulle varetage hvad? Og hvem skulle betale? I aftalen om strukturreformen tages dette op som et politisk problem, der søges løst både med stok og med gulerod. Stokken udgøres af et lovpligtigt samarbejde, hvor kommunerne skal indgå obligatoriske sundhedsaftaler med regionerne (Sundhedsministeriet, 2004: 36). Endvidere fremgår det, at *kommunerne skal kunne etablere nye løsninger på især forebyggelses- og genoptræningsområdet f.eks. i form af sundhedscentre* (Sundhedsministeriet, 2004: 33). Guleroden udgøres af et svagt, økonomisk incitament for kommunerne til at reducere antal indlæggelser via forebyggelse og genoptræning, hvorved deres kommunale bidrag til sygehusenes drift reduceres. Det vil sige jo færre indlæggelser, desto lavere kommunalt bidrag i kroner og øre til regionen. Fordelen for de ældre patienter er, at der etableres ret til genoptræning i forbindelse med hospitalsindlæggelse. Denne effekt skønnes ikke at være resultatet af selve strukturreformen, men af andre, samtidige politiske beslutninger (Pedersen, 2006: 141).

Via obligatoriske sundhedsaftaler mellem region og kommuner tvinges de forskellige niveauer til et samarbejde og en præcisering af ansvar (Sundhedsministeriet, 2004: 36). Dette sker ved nedsættelse af et regionalt samarbejdsudvalg, der både skal udarbejde sund-

hedsaftalerne og afgøre uenigheder derom. Sundhedsaftalerne skal bl.a. realiseres ved *aftaler om udskrivningsforløb for svage, ældre patienter*. Disse aftaler vil sandsynligvis rumme en standardisering af et typisk udskrivningsforløb for svage, ældre patienter for det deltagende sygehus og den pågældende kommune. Det vil sige en præcisering af, hvem der har ansvaret for hvad på hvilket tidspunkt i et givet forløb. Det er et ubetinget gode for de ældre patienter, at der er sket en formalisering af ansvar og opgaver. Men spørgsmålet er, hvorvidt sygehus og kommune er enige om kriterierne for denne kategori. Hvad er fx definitionen på *en svag, ældre person*? Et andet spørgsmål er standardiseringens grænser. Hvordan er det muligt i en formaliseret beskrivelse af et typisk udskrivningsforløb at rumme pludseligt opståede omsorgsbehov, der ofte opstår hos svage ældre? Behov, der hverken kan forudses eller beskrives udtømmende.

Genoptræning

Det ekspliciteres, at kommunerne har ansvaret (læs: finansielt) for den genoptræning, der ikke finder sted i sygehus regi. Hvorvidt genoptræningen skal finde sted på sygehus, i kommunalt regi eller et tredje sted afgøres af den behandelende læge. Lægens vurdering afhænger af arten af genoptræningsbehov og den pågældende kommunes kompetence på genoptræningsfeltet. Det kan give uensartethed i genoptræningen i kommunerne, da kommunerne pga. det kommunale selvstyre bestemmer niveauet for serviceydelser. Et klassisk problem mellem frihed og lighed. Samtidig har staten øget sin ret til intervention via Sundhedsstyrelsens kompetence til godkendelse af sundhedsaftaler, der bl.a. præciserer om-



fang og karakter af ydelser. Flere forskere forholder sig skeptiske over for denne øgede statslige styring (Blom-Hansen og Grønnegaard Christensen, 2004), men den kan muligvis benyttes til fastlæggelse af en nedre grænse for niveauet af ydelser og derved minimere udsvingene. Samtidig flyttes en del af den ikke sygehusspecifikke genoptræning ud til kommunerne, hvorved den kommer tættere på borgerens bopæl.

Uddannelse

En af de direkte effekter af struktur-reformen er flytningen af social- og sundhedsskolerne fra amtsligt til statsligt regi, dvs. til Undervisningsministeriets ressortområde. Det begrundes ud fra to hensyn, nemlig integrationen af disse sundhedsmæssige uddannelser i de øvrige erhvervsrettede ungdomsuddannelser og rekrutteringen af tilstrækkeligt med arbejdskraft (Sundhedsministeriet, 2004: 55). Professionalisering og modulopbygningen (læs: overgangen fra assistent- til sygeplejerskeuddannelserne) er et gammelt mål for Undervisningsministeriet. I første omgang er effekterne af dette måske ikke synlige for elever på skolerne, men på lidt længere sigt vil ændringen sikre en hurtigere implementering af den professionaliseringsstrategi for området, som Undervisningsministeriet i en årrække har efterstræbt (note 1). Den opgave-

mæssige overflytning til statsligt plan kan ses som en opprioritering af området foranlediget af en stigende bekymring for feltets fremtidige rekruttering. Det kan bl.a. ses som et forsøg fra de statslige aktørers side på at få mere kontrol med udbuddet af social- og sundhedsmæssigt personale i en tid, hvor de i de nationale medier bliver gjort ansvarlige for rekrutteringsproblemer. Rekruttering er dog en vanskelig proces i en tid med fuld beskæftigelse og en stærkt kønnet, etnisk homogen omsorgssektor med lav status. Der er for det første stærkt kønnede forestillinger om det produktive versus det uproduktive omsorgsmæssige arbejde (Tronto, 1993). For det andet foregår der en socio-kulturel nedvurdering af ældre mennesker (Kirk, 1995). For det tredje er der en senmoderne fokus på det autonome, selvreflekterende og selvrealiserende individ; altså et individ, der ifølge fremtrædende sociologer som Giddens (1991) er relativt løsrevet fra traditionelle normer, traditionelle fællesskaber og anskuer realisering af egne potentialer som det højeste mål. Dette befordrer ikke rekrutteringen til et felt, hvor det at tage vare på andre står centralt i arbejdet. Samtidig bidrager mediebil- leder ikke til en nemmere rekruttering, da de oftest bringer et forsimplet billede af sundhedspersonalets arbejde i form

Strukturreformen er så ny, at der endnu ikke er udført forskning omkring dens effekter på ældreområdet. Reformen har direkte konsekvenser for udskrivning, genoptræning og uddannelse, samt mere indirekte for udbredelsen af udlicitering og frit valg. Organisatoriske forandringer kræver en del tid og energi, hvilket har resulteret i en vis træthed blandt eksempelvis social- og sundhedshjælpere, da reformen indskrives sig i en lang række af dybtgående forandringer på området.

Hanne Marlene Dahl er ph.d. i statskundskab fra Aarhus Universitet. Hun er lektor og leder af forskeruddannelsesprogrammet Velfærdsstat og forskellighed. Institut for Samfund og globalisering, RUC.

hmdahl@ruc.dk

Det er tydeligt, at der er ved at brede sig en reaktion på for mange organisatoriske forandringer i løbet af for kort tid. Fælles sprog, Bestiller – Udfører – Model (BUM), kvalitetsstandarder og strukturreform, for blot at nævne nogle få tiltag. Dette giver en relativt omfattende træthed blandt hjælperne

af rengøring, kaffedrikning og bleskift (Dahl, under publicering).

I reformen ligger et ønske om, at dimensioneringen (note 2) også bør indbefatte private aktørers behov for arbejdskraft (Sundhedsministeriet, 2004: 55). Det vil sige, at statens mål for uddannelserne også indregner private firmaers behov for arbejdskraft. Man må så blot håbe, at det også har en effekt på de private aktørers uddannelsesmæssige forpligtigelser i forhold til praktikperioderne i uddannelsen. Det betyder, at de private firmaers ret til uddannet arbejdskraft også hænger sammen med overtagelse af en undervisningsmæssig forpligtigelse. Det vil sige, at de ikke agerer *free riders*, men påtager sig en uddannelsesmæssig forpligtigelse som praktiksted for eksempelvis social- og sundhedshjælpere. Dette leder os over i nogle af de indirekte effekter for bl.a. private aktører inden for ældreomsorgen.

Indirekte effekter

Ligesom fiskene i akvariet generelt påvirkes, hvis der fjernes planter eller dyr, påvirker det naturligvis også social- og sundhedshjælperne, hvis der sker forandringer i organisationens umiddelbare omgivelser.

Organisationsforandringer skaber oftest usikkerhed, og fusioner kan skabe problemer omkring harmoniseringen af forskellige organisationskulturer både administrativt, ledelses- og omsorgsmæssigt. Det kan fx være, hvis kommunerne har markant forskellige ledelses- og omsorgsidealer og forskellige forestillinger om *den gode* social- og sundhedshjælper. Typisk er mange små kommuner blevet sammenlagt med tre-fire andre landkommuner og en bykommune, mens nogle kommunegrænser er uforandrede. Skabelsen af større kommuner skaber mulighed for udnyttelse af stordriftsfordele og øget konkurrence imellem private og offentlige leverandører. Kritikere af reformen har hævdet, at reformen skabte muligheder for øget udlicitering ad bagvejen, da det med reformen blev mere rentabelt for private firmaer at operere på markedet for bl.a. praktisk hjælp. Udlicitering har i Danmark ikke været særlig fremher-

skende og med stor varians. Mens 15 % af den praktiske hjælp udføres af private leverandører, er deres markedsandel for personlig pleje kun 4 %. Mens nogle kommuner slet ikke har udliciteret noget ældreomsorg overhovedet, varetages én kommunes ældreomsorg udelukkende af private firmaer (Danmarks Statistik, 2005). Udliciteringens ringe gennemslag i Danmark har været relateret dels til folkelig modstand, dels til den typiske, lille kommunestørrelse. Samtidig har nogle forskere opereret med en afsmitningseffekt fra det øvrige sociale område, hvor positive erfaringer med markedsudsætning og de nye større markeder kan gøre det interessant at opsoge markedet for ældreydelse (Pedersen, 2006: 146).

Eksempelvis ændres frit valg ordningens betingelser i større kommuner, hvorfor det måske bliver mere attraktivt, og det kan tænkes at have en afsmittende effekt på udbuddet og brugen af disse ydelser.

Det er klart, at stordriftsfordelene kun indtræder, når der er tale om rimeligt standardiserbare ydelser, og så længe de kommunikationsmæssige omkostninger er mindre end de økonomiske gevinster ved større enheder (Williamson, 1975). Med kommunikationsmæssige omkostninger menes de tidsmæssige omkostninger, der er ved selve præciseringen i kraft af hvilke opgaver og funktioner, der forventes udført. Et eksempel på kommunikationsmæssige omkostninger er udlicitering, hvor opgavens art og begrænsninger på dens opgaveløsning skal beskrives i et udbudsmateriale. Udarbejdelsen af et sådant materiale tager tid. Det er en del af de kommunikationsmæssige omkostninger, ligesom den tid der løbende benyttes til koordination mellem en kommunes visitationsenhed og en privat leverandør.

Samtidig er det soleklart, at sammenlægninger allerede har kostet tid i forhold til planlægning og koordination af udmøntningen af reformen. Tid, der er blevet taget fra enten drift eller udviklingsopgaver. Og endelig skal det ikke undervurderes, at organisatoriske for-

andringer skaber usikkerhed blandt social- og sundhedshjælperne. Eksempelvis er det tydeligt, at der er ved at brede sig en reaktion på for mange organisatoriske forandringer i løbet af for kort tid. *Fælles sprog, Bestiller – Udfører – Model* (BUM), kvalitetsstandarder og strukturreform, for blot at nævne nogle få tiltag. Dette giver en relativt omfattende træthed blandt hjælperne (Dahl, under publicering). Mere generelt ses det, at sammenlægningerne nogle steder skaber mere hierarkiske strukturer, eksempelvis når der indføres nye mellemledere i organisationen. Større enheder skulle skabe mere bæredygtige og dermed mere professionelle organisationer. Men er det nødvendigvis sådan? Og hvad er en professionel organisation på ældreområdet? Er det en hierarkisk organisation med mange ledelsesniveauer og driftsplanlæggere eller en fladere organisation, hvor selvstyrende grupper med en leder med stor professionel autonomi planlægger håndtering af personalets sygdom, ændringer i ældres tilstand m.m.?

Note 1

Undervisningsministeriet har i årevis søgt at øge uddannelseskravene for social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter i modstrid med finansministeriets strategi om de-professionalisering. Finansministeriet har med sin New Public Management (NPM) tilgang generelt søgt en standardisering af ældreomsorgen og dermed reduceret omfanget af et professionelt element, nemlig den professionelle viden, autonomi og dømmekraft. Kommunerne har dog implementeret den overordnede tænkning i NPM vidt forskelligt (Dahl, under publicering).

Note 2

Dimensionering er den proces, hvorved behovet for uddannelsespladser på landsplan beregnes og fastlægges.

Referencer

Blom-Hansen, Jens og Jørgen Grønnegaard Christensen (2004). Staten styrket ved strukturreform, *Politiken*. Kronik 03.08.

Dahl, Hanne Marlene (under publicering):
*Disciplining Care: Recognition, Misrecognition
and the Politics of Time.*

Danmarks statistik (2005): Flere vælger privat
hjemmehjælp
([www.dst.dk/0mDS/BagTal/Arkiv/30-11-05-hjem-
mehjaelp-frit-valg.aspx](http://www.dst.dk/0mDS/BagTal/Arkiv/30-11-05-hjem-
mehjaelp-frit-valg.aspx)) Last access 25.09.07.

Giddens, Anthony (1991). *Modernity and Self-
Identity.* Stanford: Stanford University Press.

Kirk, Henning (1995). *Da alderen blev en diag-
nose. Konstruktionen af "alderdom" i 1800-tal-
lets lægelitteratur.* En medicinsk-idehistorisk
analyse. København: Munksgaard.

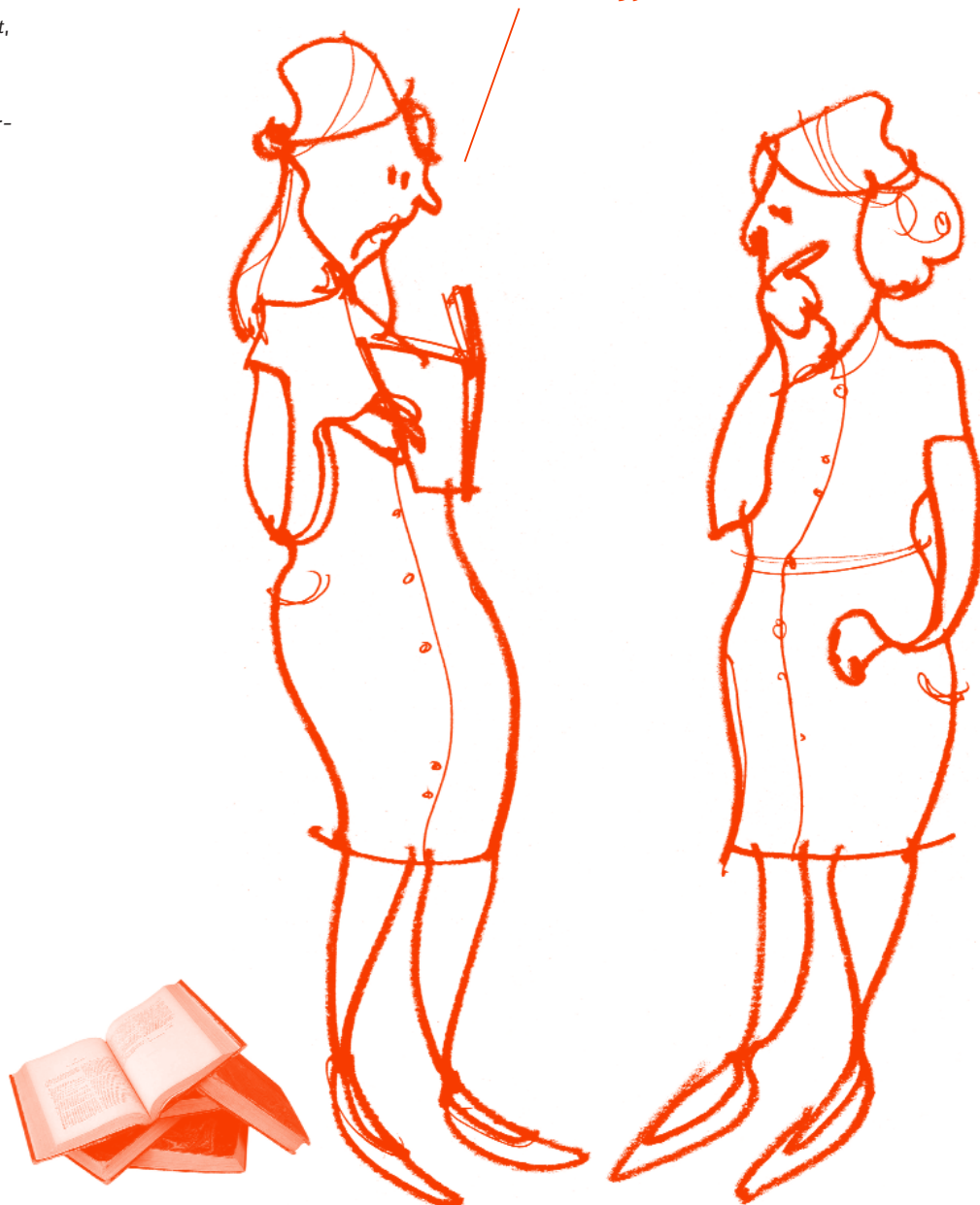
Pedersen, John Storm (2006). Strukturreform &
Succeskriterier, *Nordisk Administrativ Tidsskrift*,
87 (2): 137-158

Sundhedsministeriet (2004). *Aftale om struktur-
reform.* København.

Tronto, Joan (1993). *Moral Boundaries –
A Political Argument for an Ethic of Care.*
Routledge: New York.

Williamson, Oliver E. (1975). *Markets and
Hierarchies.* New York: The Free Press.

STÅR REGLERNE FOR
STØVSUGNING PÅ SIDE 23
ELLER SIDE 259?



Ændringer i organisationen er trættende for medarbejderne