

Samverkan mellan offentlig och informell äldreomsorg

— En förutsättning för att klara äldre vården

Lars Nygård

Den offentliga vården måste värna om och stötta den informella äldreomsorgen, framhåller Lars Nygård i denna artikel. Genom att beskriva de villkor som karakteriserar den informella- och den offentliga äldreomsorgen, klargör han motiven till ett utvecklat samarbete. Nygård skisserar utifrån detta en "omsorgsmodell", i vilken han anger riktlinjerna för hur en praktisk samverkan mellan den informella- och den offentliga äldreomsorgen skulle kunna etableras. Modellen är baserad på erfarenheter från ett projekt i Nord-Trøndelag, i vilket man bl a prövat att upprätta avtal med brukarna av omsorgstjänster.

Lars Nygård är forskare vid Norsk Institutt for Sykehusforskning og pleije- og omsorgssjef i Trondheims kommun.

En vesentlig målsetting for den offentlige omsorgstjenesten er å satse på og verne om den private omsorgen som er ønsket. Målsettingen kan virke kontroversiell og kan misforståes. For å unngå misforståelser viser jeg til følgende forhold som tilsier forsiktighet ved realiseringen av en slik målsetting.

1. Den private omsorgen som det offentlige skal satse på og verne om *må være ønsket*. Et særmerke ved privat omsorg er ambivalenskonfliktene som springer ut fra ønsket om å dra omsorg for den hjelpetrengende og ønsket om å forfølge egne interesser. *Vi både ønsker å ta på oss omsorg og å bli kvitt omsorgsansvaret på samme tid*. Samme pårørende kan si at "Jeg er så lei av aldri å ha fri at jeg kan rømme til skogs", for like etterpå å si at "Mor skal aldri på institusjon så lenge jeg har helse". Begge utsagnene er

"sanne", fordi de griper fatt i ulike aspekt av en sammensatt situasjon. Konflikten er generell, men styrken varierer mye.

Forutsetningen om at omsorgen skal være *ønsket* er altså en uklar forutsetning. Forutsetningen både er og ikke er oppfylt på samme tid.

2. De hjelpetilbud som overfor en person gjør det mulig å realisere en ønsket omsorg kan overfor en annen person være et stengsel. Dersom det offentlige bygger ut et hjelpeapparat som verner om privat omsorg som er ønsket, kan tilbudene i seg selv representere et forventningspress om å ta på seg omsorg på tvers av egne interesser.
3. Privat omsorg er i dag en billig løsning for det offentlige. En kan ikke verne den private omsorgen uten samtidig å utvide de offentlige forpliktelsene. Argumentene som taler for å verne den private omsorgen kan imidlertid brukes som vikarierende argumenter for å spare offentlige utgifter. En kan tale varmt om omsorgsgivende kjærlighet i familien uten samtidig å trekke de *offentlige* konsekvensene. Det er grunn til å advare mot en slik vikarierende argumentasjon.

Både norske og svenske undersøkelser viser at det private omsorgsarbeidet utgjør den vesentligste delen av samfunnets totale omsorgsarbeid. Samfunnet er grunnleggende avhengig av den private innsatsen. Ble vi den private innsatsen foruten, ville det offentlige omsorgsapparatet bryte sammen. I tillegg har den private omsorgen – under visse forutsetninger – i seg positive kvaliteter som den of-

.....
Anhörigvård är en billig lösning för samhället
.....

fentlige omsorgen vanskelig kan gi. Privat omsorg kan altså være *god* omsorg.

Jeg skal klargjøre målsettingen for en politikk som skal satse på og verne om den private omsorgen ved å karakterisere offentlig og privat omsorg. Siktemålet er å satse både på offentlig omsorg og ønsket privat omsorg slik at styrken ved den ene omsorgsformen kan komme den andre til del.

Generell og spesiell kunnskap

Offentlig omsorg: Hjelperen har mye viten om det generelle mennesket.

Privat omsorg: Hjelperen har mye viten om det spesielle mennesket.

Styrken med offentlig omsorg er at den har eksperter som råder over "all" tilgjengelig kunnskap om det generelle mennesket (cellulær fysiologi, kritesereaksjoner, lungedrenasje, kirurgi osv). Svakheten med denne omsorgen er at enkeltpersonen blir borte.

Den private omsorgen har omfattende kunnskap om enkeltpersonen – ektefellen kjenner makens underlige særtrekk og vet hvordan omsorgen skal vinkles for å utvikle de evner som er intakt etter hjerneslaget. Problemet i den offentlige sfæren er å *individualisere* omsorgen – å nå fram til den unike enkeltpersonen. I det offentlige arrangeres holdningsskapende undervisning for å hjelpe de offentlige tilsatte å finne fram til enkeltpasientens særtrekk.

Svakheten med den private omsorgen er mangelen på spesialisert kunnskap om det generelle mennesket.

Generelle og spesielle retningslinjer

Offentlig omsorg: Generelle retningslinjer styrer samhandlingene mellom hjelper og mottaker.

Privat omsorg: Den spesielle relasjonen mellom hjelper og mottaker styrer samhandlingen dem imellom.

Styrken ved offentlig omsorg er at den har generelle regler for hvordan omsorgen skal ytes. Alle med samme omsorgsbehov er i prinsippet sikret samme omsorg. En del av disse reglene er bygd på generell kunnskap – feks spesifiserte prosedyrer for resuscitering ved hjertestans. Andre regler er grunnet i sedvane – feks tariff-festet arbeidstid, effektiviserings hensyn e.l.

Denne styrken er samtidig svakheten ved offentlig omsorg: reglene er tilpasset behovene til et gjennomsnitt som ikke alltid samsvarer med behovene til konkrete enkeltpersoner. Samtidig som offentlig omsorgspersonell skal *individualisere* omsorgen, skal de heller *ikke gjøre forskjell*.

Styrken ved privat omsorg er at den personlige relasjonen mellom hjelper og mottaker styrer samhandlingene dem imellom. Det er det særegne, emosjonsfylte forholdet mellom datter og mor som styrer samhandlingene og som gir rom for et personlig omsorgsarbeid tilpasset enkeltpersonen. Når mor er tufs og nedfor på grunn av funksjonstap og hjelpsløshet, koker datteren varm honningmelk og leser passasjer fra Bergprekenen – en særegen terapi som best kan utvikles i det private. Den personlige styringen er samtidig den private omsorgens svakhet. Den ene i relasjonen kan bli for sterk – hjelperen eller mottakeren kan styre relasjonen ut fra egne behov uten hensyn til den andre. De to kan gå inn i en kamp om hvem som skal styre relasjonen. Reglene i den offentlige omsorgen sikrer alle den samme gjennomsnittlige omsorg. Fravær av regler i den private er både en risiko for personlig utnytting, men samtidig en mulighet for personlig omsorg skreddersydd tilpasset den enkelte.

Formelt og uformelt ansvar

Offentlig omsorg: Hjelperen er formelt ansvarlig overfor arbeidsgiver.

Privat omsorg: Hjelperen er uformelt ansvarlig overfor mottager.

Når en offentlig omsorgsarbeider, tilsettes, starter første arbeidsdag inne på direktørens kontor, "langt borte" fra den som skal motta omsorgen. Ansvar for at den offentlig tilsatte gir rett omsorg, hviler på arbeidsgiveren eller institusjonseieren.

Styrken ved offentlig omsorg er at den omsorgskrevende slipper å ta personlige hensyn til omsorgsgiveren. Spørsmål om lønnsforhold, kompensasjon fordi en må ha hjelp om natta osv, slipper den omsorgskrevende å tenke på fordi dette er arbeidsgivers ansvar. Omvendt presenterer omsorgsarbeideren sine forhandlingskrav til arbeidsgiveren og

.....
*Inom den offentliga vården finns uttrycket
"Patienten i centrum". Likväl hamnar patienten
längst ner i ett hierarkiskt system*
.....

ikke til pasienten. Det faktum at sykepleieren er i lønnsforhandlinger med arbeidsgiver forstyrrer ikke omsorgsrelasjonen mellom pleier og mottaker.

Svakheten er at omsorgsmottakeren blir plassert lavest på rangstigen. Alle krav, ønsker og bestemmelser blir rettet mot toppen av systemet. Omsorgsmottakeren har liten, oftest ingen innflytelse. "Pasienten i sentrum" er et slagord for offentlig omsorg. Likevel er det styrer, overlege og direktør som har størst, den omsorgskrevende tilnærmet ingen innflytelse.

I den private omsorgen finnes lite organisert ansvar. Ansvar er i hovedsak uformelt. Ektefellen har ikke noe lovhjemlet ansvar for å dra omsorg for sin make. Det er "bare" et uformelt ansvar med rot i det personlige samhandlingsmønster de to har skapt i samlivet sitt. Styrken er at det gir stort rom for personlig omsorg – det gir rom for en *vi-følelse* mellom omsorgsgiver og mottaker.

Svakheten med uformelt ansvar er at personlige forhold forstyrrer og direkte ødelegger omsorgsrelasjonen. Rammevilkårene for den private omsorgen må utformes i direkte samspill mellom hjelper og mottaker. Dette er en styrke – men også en svakhet. I den offentlige omsorgen forhandler hjelper og arbeidsgiver seg fram til regelstyrte arbeidsforhold uten pasientens medvirkning. I den private omsorgen mangler ordnede arbeidsforhold der "forhandlinger" om plikter og retter for hjelper og mottaker ofte er tabubelagt.

Private omsorgsytere drømmer om å få den hjelpetrengende plassert på institusjon for så å ta seg arbeid på institusjonen. De kunne da fortsette å gi sin hjelpetrengende personlig, tilpasset omsorg, samtidig som de fikk lønn for dette – og ikke minst – ordnet fritid.

Indirekte og direkte belønning

Offentlig omsorg: Omsorgsyteren får belønning fra andre enn mottakeren.

Privat omsorg: Omsorgsyteren får sin belønning direkte fra mottakeren.

I offentlig omsorg får omsorgsyteren belønning for arbeidet sitt fra personer som står fjernt fra omsorgsmottakeren. Status, prestisje og anerkjennelse kommer i hovedsak fra kolleger og samarbeidspartner, i liten grad fra den hjelpetrengende. Professorene og redaktørene av fagtidsskriftet har viktigere belønning å dele ut enn den som trenger omsorg. Mottakerens viktigste mulighet til å gi belønning er å sende signal om at omsorgspersonen er flink. Slike signal er gode å få, men langt fra avgjørende. Når pasienten har en tilstand som er utfordrende, interessant, underlig eller faglig meritterende, har også omsorgsmottakeren viktig belønning å gi – ikke som subjekt, men som objekt – som det råstoffet som skal foredles.

I privat omsorg er belønningen knyttet direkte til omsorgsmottakeren – til den emosjonelle relasjonen mellom omsorgsgiver og omsorgskrevende. Bare i liten grad er privat omsorg lønnet, og gir ingen mulighet til avansement. Privat omsorg gir lite prestisje og anerkjennelse. Dersom en mann tar på seg omsorgsansvar av et visst omfang, kan han til og med bli sett på som dum og tuslete med mistanke om psykiatri.

Svakheten med offentlig omsorg er at det er omsorgsmottakeren – som subjekt – som er det minst interessante. Det er pasienten som står lavest på rangstigen. I offentlig omsorg kan en få eksamen eller lønnspålegg selv om mottakeren av omsorgen dør. Samtidig er offentlig omsorg kanskje største styrke nettopp at omsorgen er frigjort fra omsorgsmottakerens even til å gi belønning. Om du er rik eller fattig, kjendis eller sosialt uinteressant, grinebiter eller innsmigrer, er du likevel sikret den skandinaviske offentlige omsorgsstandarden – som i global sammenheng ligger på et svært høyt kvalitetsnivå. En av de vesentligste utjevningstaktorene i samfunnet er at vi alle bruker samme helsetjeneste – direktøren og fangen ligger på samme salen og blir stelt av samme pleierne når de våkner etter anestesen.

Offentlig omsorg har et spektrum av belønninger – lønn, avansement, prestisje, sosialt samvær, faglig opplæring osv, mens privat omsorg som regel har

bare den ene formen for belønning – emosjonell og praktisk nærhet til en person en er glad i. Privat omsorg er dessuten svært egosentrisk ved utelukkende å gi hjelp til de som har belønning å gi. Av denne grunn er det mange mottakere av privat omsorg som utsletter seg selv i takknemlighet for slik å kunne yte en viss belønning.

Delansvar og totalansvar

Offentlig omsorg: Profesjonell arbeidsdeling der hver enkelt hjelper utfører en deloppgave overfor mottaker.

Privat omsorg: Hjelperen har et totalansvar.

Offentlig omsorg praktiserer streng arbeidsfordeling. Hver arbeidstaker har ansvar for bestemte deloppgaver. Styrken ved dette er at oppgavene kan organiseres. Dessuten krever avanserte omsorgsregime arbeidsdeling slik at hver enkelt kan fordype seg i sitt spesialfelt. Arbeidsfordelingen gir også psykisk vern for hjelperen – hjelperen kan konsentrere seg om et delproblem og ikke emosjonelt bli overveldet av enkeltpersonens livssituasjon. Og ikke minst, arbeidsdelingen gjelder i tid slik at den offentlige tilsatte har garantert fritid.

Svakheten med arbeidsfordelingen er at de sær-
 egne, personlige behov vanskelig kan møtes. Legen
 forordner medisiner, sykepleieren setter sprøyte,
 hjelpepleieren vasker pasienten, avdelingshjelperen
 golvet, fysioterapeuten gir kontrakturprofylakse,
 sosionomen ordner pensjonen og presten snakker
 om det hinsidige. Ingen har ansvar for hvordan den
 personlige helheten har det.

I privat omsorg tar hjelperen langt på vei på seg et totalansvar for mottakeren. Det globale ansvaret for mottakeren sikrer at de personlige behovene blir tilfredsstilt. Samtidig er dette globale ansvaret slittende og direkte ødeleggende. Fremdeles i dag kan privat ansvar bety at en låser seg fast i et totalansvar en ikke kan frigjøre seg fra.

Arbeid og privatliv

Offentlig omsorg: Hjelperens offentlige arbeidssted er arena for mottakerens privatliv.

Privat omsorg: Hjelper og mottaker har felles arena for felles privatliv.

Når den offentlige hjelperen forlater privatlivet for å gå på sitt offentlige arbeidssted, går hun samtidig inn i mottakerens privatliv. Omsorgsyteren må utføre offentlige, rutinemessige oppgaver i sentrum av mottakerens private sfære.

Mange mottakere foretrekker profesjonelle omsorgsytere til det personlige stedet. I "pinlige" omsorgssituasjoner er det bedre å forholde seg til en abstrakt rolle – pleieren – enn det er å forholde seg til kjente personer en også har et forhold til *utenfor* omsorgssituasjonen. Svakheten med den offentlige omsorgen er at den ofte unødig tramper inn på eller begrenser mottakerens privatliv. Samtidig – og kanskje til synelatende paradoksalt – oppleves den offentlige omsorgens tramp på mottakerens privatliv som sårende nettopp fordi det skjer på en upersonlig måte.

I privat omsorg har hjelper og mottaker felles arena for felles privatliv. Skillet mellom offentlig og privat omsorg er opphevet fordi de begge gjensidig er en del av hverandres privatliv. En unngår ved dette mange av det offentliges sårende overtramp. Men samtidig er dette felles privatlivet en sterk psykisk slitasje – ofte uholdbar dersom hjelperen er yngre, friskere, har andre interesser enn mottakeren. Private omsorgsytere blir nedslitt av det psykiske presset fra den hjelpetrengendes konstante nærvær. En ønsker å ha den hjelpetrengende med som likeverdig samhandler, men der en like fullt lengter etter fritt samspill med andre uten stadig å måtte styre og hemme egen adferd for slik å ta hensyn til mottakerens funksjonstap.

Faglig og personlig engasjement

Offentlig omsorg: Verdigrunnet foreskriver emosjonell distanse og faglig engasjement.

Privat omsorg: Det personlige, emosjonelle engasjementet i mottakeren er selve grunnlaget for hjelprens omsorgsyting.

Den private hjelpen går inn i omsorgen fordi en

En professionell hållning inom den offentliga vården innebär bla att inte engagera sig personligt i den äldres situation

.....
Frågan gäller inte vilken vårdform som är bäst. Frågan är i stället hur den ena vårdformen kan ta till sig fördelar från den andra
.....

emosjonelt er knytt til mottakeren. Den offentlige går inn i omsorgen for å utføre et profesjonelt, betalt arbeid. En vesentlig del av profesjonaliteten består i ikke å engasjere seg personlig i mottakerens situasjon. En oppfordring om å "ta det profesjonelt" er synonymt med ikke å engasjere seg emosjonelt og personlig. Den distanserte holdningen er nødvendig som psykisk vern for den offentlig tilsatte. Skulle den tilsatte på sykehjemmet eller intensivavdelingen engasjere seg emosjonelt i den daglige hjelpe-løshet, vanskaping og død, ville hjelperen brenne ut etter kort tid.

Samtidig savner mange omsorgstrengende den "personlige snerten" – engasjement og innlevelse i omsorgen. Et personlig engasjement i mottakeren gir omsorg som kan tenne en livsgnist. Men det personlige engasjementet gjør også hjelperen sårbar fordi en tolker mottakerens situasjon emosjonelt. For omsorgsyteren har det svært ulike konsekvenser om det er pasienten eller "min mor" som har smerter. Den offentlig tilsatte skal – og bør – kunne forlate smertene til den døende pasienten for sammen med ektefellen og more seg kostelig over en fin teaterforestilling.

Når det personlige engasjementet er styrt av psykiske konflikter, ønske om hevn eller psykiatrisk problematikk har privat omsorg destruktive konsekvenser både for hjelper og mottaker. Samtidig som den offentlige omsorgen er spart for et destruktivt engasjement mellom hjelper og mottaker, savnes også det personlige engasjement.

En modell for offentlig omsorg

Spørsmålet er ikke hvilken omsorg som er best. Spørsmålet er hvordan den ene omsorgsformen skal kunne bygge inn i seg styrken ved den andre.

Dagens tildeling av offentlig hjelp og omsorg har i seg latente virkninger som undergraver den private omsorgsyterens vilje og evne til innsats. Forbruksanalyser av offentlige omsorgstjenester viser at de

som bor alene har et langt større forbruk enn de som bor i flerpersonshushold. Den vesentligste årsaken til dette er at den offentlige omsorgstildeleren prioriterer hjelpetrengende med de største *udekte* hjelpebehov. Dette vil ofte være hjelpetrengende som bor alene. Denne prioriteringen av offentlige ressurser har imidlertid som resultat at pårørende opplever at deres omsorgsinnsats blir "straffet". Når pårørende gjør en stor innsats, blir "deres" hjelpetrengende lavt prioritert fordi det offentlige da kan kanalisere sine knappe ressurser til andre. Volumet på hjelp og omsorg som den enkelte får blir ikke bare fastsatt ut fra den hjelpetrengendes behov, men er også basert på en vurdering av pårørendes behov. Dette medfører at pårørende som er så sterk at hun kan hjelpe den svake, må framstille seg selv som svak for slik å få hjelp fra det offentlige til fortsatt å være sterk nok til å hjelpe den svake. Enkelte pårørende nekter å *prøve* et omsorgsansvar de selv ønsker. Årsaken kan være at pårørende mangler en avtale der det offentlige reelt forplikter seg til å realisere sitt formelle ansvar for den omsorgstrengende dersom pårørende ikke lenger makter eller ønsker å holde fram med omsorgsarbeidet.

Selv om den offisielle målsettingen til offentlig organisert hjelp og omsorg er å gi pårørende hjelp og støtte, og selv om den offentlige innsatsen i stor grad også gjør dette, er det likevel sider ved dagens tildelingsgrunnlag som medfører at pårørendes vilje og evne til private omsorgstiltak blir undergravet og "straffet". Det synes behov for å utvikle et tildelingsgrunnlag som i større grad bygger opp under, frigjør og oppmuntrer den private omsorgen *som er ønsket*. Samtidig må støtten til det private omsorgsarbeidet ikke skje på bekostning av – "ikke straffe" – de enslige som i stor grad mangler privat hjelp og derfor har det offentlige hjelpeapparatet som sin viktigste – ofte eneste – hjelperkilde.

.....
När en anhörig gör stora insatser betyder inte det att den offentliga vården kan dra ned sina insatser. Istället bör man ställa sig frågan – hur kan vi stötta?
.....

En "ideell" arbeidsmodell for omsorgstjenesten kan generelt skisseres gjennom følgende tre faser eller prinsipper:

1. Avklaring av det offentliges ansvar ved å kartlegge omsorgsbehovet. I den grad et omsorgsbehov er tilstede, i samme grad bør også det offentlige formelt sett ha det praktiske ansvaret for vedkommende. Ansvaret bør fastsettes gjennom en kostnadsramme som omsorgstildeleren, den hjelpetrequende og eventuelle pårørende har å holde seg til i det videre arbeidet. Ut fra en synsvinkel bør kostnadsrammen knyttes direkte til størrelsen på den enkeltes funksjonssvikt uavhengig av eventuell tilgang på privat omsorgsarbeid. Ved å knytte den offentlige innsatsen direkte til behovet, sikrer vi at den private innsatsen ikke blir straffet ved at det offentlige reduserer sin innsats når pårørende gjør mye. Imidlertid kan en slik tildeling representere uheldige omfordelinger mellom ulike grupper av hjelpetrequende ved at enslige vil få urimelig lite omsorg. Dette viser at vi tildels bør fastsette kostnadsrammen ut fra en vurdering av brukerens livssituasjon, og ikke utelukkende ut fra størrelsen på den enkeltes funksjonssvikt.

Spørsmålet om hvordan kostnadsrammen konkret skal fastsettes for den enkelte er det samme som å stille det grunnleggende spørsmålet om hvordan offentlige omsorgsressurser skal fordeles mellom ulike grupper av omsorgstrequende. Selv om spørsmålet aktualiserer vanskelige vurderinger, er det likevel en målsetting at fastsettingen blir gjort ut fra så eksplisitt og bevisste avveininger som mulig.

2. Den omsorgstrequende og eventuelle pårørende må ha størst mulig innvirkning på den konkrete utformingen av hjelpen.

Den offentlige omsorg som bli gitt er ikke alltid tilpasset brukernes særegne behov. En kan for eksempel få hjemmehjelp på dagtid når pårørende må eller ønsker å være hjemme, men der en er uten tilsynshjelp når en ønsker å besøke kjenninger på kveldstid. Det er behov for en omsorgstjeneste som kan utvikle samordnede omsorgspakker som skreddersydd er tilpasset den særegne situasjon den enkelte omsorgstren-

.....
"Avtal" mellan anhöriga och den offentliga
vården kan leda till att fler anhöriga skulle
våga ta på sig ett större ansvar
.....

gende og vedkommendes eventuelle pårørende lever under. Det offentliges oppgave er å tilby nettopp det den enkelte familien trenger. For å realisere dette, må den offentlig tilsatte omsorgsformidleren, den hjelpetrequende og eventuelle pårørende ha de videst mulige rammer til å utforme de tilbud som best tilfredsstiller behovene. I den grad en bygger inn regler og forskrifter som styrer tildelingen, i samme grad blir det etablert rammer som hindrer at offentlige tilbud fleksibelt kan tilpasses enkeltfamiliens behov.

Konkret betyr dette at den omsorgstrequende og eventuelle pårørende i samarbeid med den offentlig tilsatte fagpersonen utarbeider en plan for hvordan kostnadsrammen skal brukes. Dette krever mellom annet at vi bryter med *likhet* som det ideologiske utgangspunkt. Målsettingen er å skape *rettferdighet* ved at den enkelte får dekt sine behov. Med dette utgangspunktet blir omsorgsapparatets oppgave enten å gi den omsorg den trengende trenger eller å gi de tilbud pårørende trenger slik at de fortsatt kan ta på seg ønskete omsorgsoppgaver og utfører disse på en tilfredsstillende måte.

3. Pårørende og det offentlige må konkludere med en *avtale* om hvilke tilbud i hvilket omfang og til hvilken tid det offentlige skal ta ansvar. Det er psykologisk mye enklere å kunne ta på seg omsorgsansvar dersom en i utgangspunktet vet hva en kan forvente fra det offentlige. Det er også viktig at avtalen garanterer at det offentlige realiserer sitt formelle omsorgsansvar dersom oppgavene overstiger pårørendes fysiske eller psykiske evne. Jeg tror flere pårørende i dag sier nei til et omsorgsansvar de egentlig ønsker å prøve fordi de er redde for å bli alene om omsorgsansvaret.

Lovregler fordeler i dag det offentliges omsorgsansvar på ulike forvaltningsnivå – et statlig, et fylkeskommunalt og et primærkommunalt.

Imidlertid kan vi også snakke om et fjerde forvaltningsnivå — nemlig pårørende. Mens stat, fylke og kommune er pålagt et formelt ansvar, er pårørende formelt ansvarsfri. *De facto* fungerer pårørende likevel som forvaltere av offentlige oppgaver. Imidlertid finnes få regler som styrer arbeidet på dette "forvaltningsnivået". Det formelle regelverket tar med andre ord ikke hensyn til den reelle ansvarsfordelingen.

En avtale mellom det offentlige, den omsorgstrequende og eventuelle pårørende vil sikre at pårørende som frivillig tar på seg et omsorgsansvar, får innfridd sine formelle rettigheter. I avtalen er det kun to parter som *må* være med: det offentlige som har et omsorgsansvar så sant et omsorgsbehov er tilstede, og den *omsorgskrevende*. Pårørendes deltakelse i avtalen er imidlertid frivillig: pårørende tar på seg omsorgsansvar dersom kjærlighet, nærhet, eller andre posi-

tive emosjoner i forhold til den omsorgskrevende medfører at pårørende *ønsker* å ta på seg et omsorgsansvar. Det offentlige inviterer pårørende som ønsker å gå inn i et privat omsorgsansvar til å ta del i utformingen av avtalen ut fra en erkjennelse av at privat omsorg under gitte forutsetninger har i seg positive, livsgnist-tennende elementer som offentlig omsorg vanskelig kan gi.

REFERENSER

Denna artikel är i huvudsak baserad på följande två arbeten:

Nygård, Lars. — Omsorgsressursar hos nære pårørende. Trondheim: Norsk Institutt for Sykeshusforskning, 1982. (NIS-rapport 1982: 2).

Nygård, Lars. — Korleis bør det offentlie dra omsorg for privat omsorg? (I:) Lorentzen, H (Red). Privat eller offentlig velferd? Oslo: Universitetsforlaget, 1984.

dsf Delegationen för social forskning

DELEGATIONEN FÖR SOCIAL FORSKNING ledigförklarar stipendier för FORSKARE, FORSKARASSISTENTER och DOKTORANDER avseende

- forskning om socialt arbete med speciell inriktning på relationen socialarbetare-klient
- handikappforskningsområdet

Som underlag för delegationens insatser och prioriteringar inom dessa områden har två rapporter utarbetats.

Behörig till forskarstipendium är den som har minst docentkompetens. Behörig till stipendium som forskarassistent är den som avlagt doktorsexamen eller har motsvarande kompetens. Den som vill komma i fråga för doktorandstipendium skall vara antagen till forskarutbildning.

Stipendierna inrättas fr. o. m. den 1 januari 1987.

Ansökan skall ställas till Delegationen för social forskning och vara delegationen till handa senast måndagen den 1 september 1986 kl 17.00 under adress DSF, Socialdepartementet, 103 33 Stockholm. Ansökningshandlingar och de ovan nämnda rapporterna kan rekvireras från ovanstående adress.