

NOU

Norges offentlige utredninger 2011:17

Når sant skal sies om pårørendeomsorg

Fra usynlig til verdsatt og inkludert



Norges offentlige utredninger 2011

Seriens redaksjon:
Departementenes servicesenter
Informasjonsforvaltning

1. Bedre rustet mot finanskriser.
Finansdepartementet.
2. Mellomlagerløsning for brukt reaktorbrensel og langlivet mellomaktivt avfall.
Nærings- og handelsdepartementet.
3. Kompetansearbeidsplasser – drivkraft for vekst i hele landet.
Kommunal- og regionaldepartementet.
4. Mat, makt og avmakt.
Landbruks- og matdepartementet.
5. Grunnlaget for inntektsoppgjørene 2011.
Arbeidsdepartementet.
6. Et åpnere forskningssystem.
Kunnskapsdepartementet.
7. Velferd og migrasjon.
Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet.
8. Ny finanslovgivning.
Finansdepartementet.
9. Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet.
Helse- og omsorgsdepartementet.
10. I velferdsstatens venterom.
Justis- og politidepartementet.
11. Innovasjon i omsorg.
Helse- og omsorgsdepartementet.
12. Ytringsfrihet og ansvar i en ny mediehverdag.
Kulturdepartementet.
13. Juryutvalget.
Justis- og politidepartementet.
14. Bedre integrering.
Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet.
15. Rom for alle.
Kommunal- og regionaldepartementet.
16. Standardisert personskadeerstatning.
Justis- og politidepartementet.
17. Når sant skal sies om pårørendeomsorg.
Helse- og omsorgsdepartementet.

Omslagsillustrasjoner:

Forside:

Per Krohg: Utkast til utsmykningene ved Sjømannsskolen i Oslo, 1925.

© Per Krohg / BONO 2011

Foto: © Anne Birgit Aga

Bakside:

Per Krohg: Runddans, 1926/Fra ABC.

© Per Krohg / BONO 2011

NOU

Norges offentlige utredninger **2011:17**

Når sant skal sies om pårørendeomsorg

Fra usynlig til verdsatt og inkludert

Utredning fra utvalg oppnevnt ved Kongelig resolusjon 25. juni 2010

Avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet 17. oktober 2011

ISSN 0333-2306
ISBN 978-82-583-1111-6

07 Aurskog AS

Til Helse- og omsorgsdepartementet

Kaasa-utvalget ble oppnevnt ved Kongelig resolusjon 25. juni 2010.

Utvalget er bedt om å utrede i hvilken grad og på hvilken måte familier med omfattende omsorgsoppgaver kan økonomisk kompenseres. Videre skal det tas hensyn til likestilling, integrering av innvandrere, forsvarlighet og det skal vurderes om det bør gjelde særlige regler for barn inntil 18 år.

Det er lagt vekt på løsninger for de pårørende med omfattende omsorgsoppgaver som verdsetter og inkluderer dem både i yrkeslivet og i kommunenes helse- og omsorgstjenester.

Utvalget har på bakgrunn av oppdraget forslag som også henvender seg til Arbeidsdepartementet og forutsetter samarbeid på tvers av departementene for å følges opp.

Utvalget legger med dette fram sin innstilling. Innstillingen er enstemmig.

Oslo 17. oktober 2011

Karen Kaasa
leder

Bente Wold Wigum

Odd Arvid Ryan

Snorre Kverndokk

Helene Holand

Shahbaz Tariq

Tone Elin Mekki

Sigrun Skåland Brun

Inger Elsa Lømo

Innhold

1	Sammendrag og utvalgets anbefalinger	7	4.6	Den nye tidsklemma – jobb og omsorg for gamle foreldre	26
2	Utvalgets mandat, sammensetning og arbeidsmåte	12	5	Fremskriving av befolkningsutvikling og av omsorgsbehovet	28
2.1	Utvalgets mandat og sammensetning	12	6	Hovedtrekkene ved dagens ordninger som støtter opp om familieomsorg	31
2.2	Utvalgets forståelse av mandatet ..	13	6.1	Kommunale ordninger	31
2.3	Begreper som benyttes i dokumentet	14	6.1.1	Omsorgslønn. Gjeldende rett og praksis	32
2.4	Utvalgets arbeidsmåte	16	6.1.2	Klager og klagebehandling	34
3	Hovedtrekk og praksis ved dagens ordning og tilstøtende ordninger	17	6.1.3	Andre kommunale tjenester og tiltak. Forholdet til omsorgslønn ..	35
3.1	Dagens omsorgslønnsordning	17	6.1.4	Pårørendeopplæring	36
3.1.1	Hvem omfattes av dagens ordning	18	6.2	Statlige ordninger	39
3.1.2	Momenter ved tildeling	18	6.2.1	Grunnstønad og hjelpestønad	39
3.1.3	Tilgrensende ordninger	18	6.2.2	Omsorgspenger. Gjeldende rett og dagens praksis	42
3.2	Kommunenes praktisering av omsorgslønnsordningen	18	6.2.3	Pleiepenger og Opplæringspenger	44
3.2.1	Hvem er brukerne	18	6.3	Velferdsteknologi	47
3.2.2	Hvem mottar omsorgslønn	19	6.4	Arbeidslivets ordninger	49
3.2.3	Lønns- og ansettelsesforhold for mottakere av omsorgslønn	19	6.4.1	Arbeidsmiljøloven	49
3.2.4	Kommunenes praksis mht. tildeling	20	6.4.2	Tariffavtaler i kommunal og statlig sektor	51
3.2.5	Kommunenes evaluering av ordningen	20	6.4.3	Ordninger i det private næringsliv	51
3.2.6	Bruk av andre kommunale tjenester	21	6.5	Frivillighet	52
3.3	Yrkesdeltakelse og erfaringer med kommunale støtteordninger hos familier med funksjonshemmede barn	21	6.5.1	Frivilligsentraler	53
3.3.1	Yrkesdeltakelse	21	6.5.2	Likemannsarbeid og selvhjelp	53
3.3.2	Preferanser for bruk av kontantytelser vs tjenester	22	6.6	Det private marked	54
3.4	Oppsummering	22	7	Formelle grenser mellom det offentliges ansvar for å gi pleie og omsorg og privat ansvar for familieomsorg. Kvalitet og forsvarlighet	56
4	Historisk perspektiv	24	7.1	Plikten til å hjelpe personer med behov for pleie, omsorg og praktisk bistand	56
4.1	Familien som hovedprodusent av omsorg 1945 fram til 1965	24	7.1.1	Brukere under 18 år	56
4.2	Den offentlige revolusjon, 1965 fram til 1990	24	7.1.2	Brukere over 18 år	57
4.3	Holdningene til å motta offentlig omsorg i endring	24	7.2	Arbeidstakerrettigheter for henholdsvis kommunalt ansatte tjenesteytere og omsorgslønns-mottakere	58
4.4	Barn som trenger ekstra omsorg sett i et historisk perspektiv	25	7.2.1	Kommunale arbeidstakere	58
4.5	Familieomsorg i endring	25	7.2.2	Mottakere av omsorgslønn	58

7.3	Kvalitetssikring, kompetanse, internkontroll og tilsyn	59	11.5	Utfordringer	84
7.3.1	Kommunens ansvar for tjenestenes kvalitet	59	12	Utvalgets anbefaling og alternative modeller	86
7.3.2	Internkontroll og tilsyn	60	12.1	Anbefalt modell	86
7.4	Oppsummering.	62	12.1.1	Innledning	86
8	Relevante ordninger for ytelser til pårørende i andre land	63	12.1.2	Beskrivelse av anbefalt modell	87
8.1	Hovedtrender og kontekst	63	12.2	Alternative modellforslag	93
8.2	Variasjoner i den nordiske modellen	66	12.2.1	Modell 1 Ordning innenfor dagens økonomiske ramme	93
8.3	Oppsummering	68	12.2.2	Modell 2 Omsorgsgiver ansettes ..	94
9	Særlige forhold knyttet til innbyggere med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn	70	12.2.3	Modell 3 Kommunal kontantytelse	95
10	Særlige forhold knyttet til kjønnsforskjeller	76	13	Økonomiske og administrative konsekvenser	96
11	Dilemmaer knyttet til kompensasjon for pårørende-omsorg	78	13.1	Anbefalinger for pårørendestøtte og omlegging til ny omsorgstønad	96
11.1	Fordeler og ulemper for brukeren	78	13.1.1	Konsekvenser for folketrygden	98
11.1.1	Fordeler for brukeren	78	13.1.2	Administrative konsekvenser for NAV	100
11.1.2	Økonomisk motivasjon	79	13.2	Alternativ modell 1: Ordning innenfor dagens økonomiske ramme	100
11.1.3	Kvalitet på tjenestene	79	13.3	Alternativ modell 2: Omsorgsgiver ansettes	100
11.1.4	Forholdet mellom bruker og omsorgsgiver	79	13.4	Alternativ modell 3: Kommunal kontantytelse	101
11.2	Fordeler og ulemper for omsorgsgiver	80	13.5	Forholdet mellom kommuneøkonomien og den statlige økonomien	101
11.2.1	Sosiale konsekvenser og arbeidsmarkedsdeltakelse	80	Referanser	102	
11.2.2	Omsorgsgivers helse	82	Vedlegg		
11.2.3	Omsorgsgivers arbeidsrettslige stilling	82	1	Kommunanes bruk av omsorgslønn 2010	106
11.3	Fordeler og ulemper for kommunenes helse- og omsorgstjenester	83	2	Yrkesdeltaking og erfaringar med kommunale støtteordningar og hjelpetilbod hos mødrer med funksjonshemma barn	116
11.4	Virkninger for samfunnet	84			

Kapittel 1

Sammendrag og utvalgets anbefalinger

Utvalget har fått i oppdrag å utrede i hvilken grad og på hvilken måte familier med omfattende omsorgsoppgaver kan gis økonomisk kompensasjon når de utøver pleie og omsorg som kommunen ellers plikter å tilby etter den kommunale helse- og omsorgstjenesteloven. Mandatet beskriver sentrale hensyn, som brukermedvirkning, yrkesdeltagelse hos omsorgsgiver, lik behandling uavhengig av bosted, likestilling mellom menn og kvinner, særlige forhold knyttet til situasjonen for innvandrere med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn og arbeidsmiljø.

Utvalget har hatt en bred faglig kompetanse og har innenfor den tidsrammen som har vært til disposisjon innhentet kunnskap og erfaringer fra mange kilder. Det er bestilt to forskningsrapporter (Finnvold 2011 a og b) om praktisering av omsorgslønn og arbeidstilknytning for foreldre med omsorgslønn. Utvalget har hentet inspirasjon fra den finske ordningen for pårørendestøtte. I tillegg til fakta fra forskning og tilgjengelig statistikk, har utvalget arrangert to innspillskonferanser hvor brukerorganisasjoner, arbeidstaker- og arbeidsgiverorganisasjoner og forskningsmiljøer har vært representert. Mange brukere og fagfolk har tatt direkte kontakt og gitt viktige eksempler på hvordan dagens ordning slår ut for enkeltmennesker, mennesker i særlig sårbare og vanskelige situasjoner. Utvalget har blitt kjent med historiene til mange pårørende som sliter tungt med alt for lite støtte og hjelp med sine omsorgsoppgaver. Videre har utvalget fått innblikk i alvorlig svikt på grunn av mangelfull oppfølging og kontroll, der bruker er blitt rammet av omsorgssvikt eller direkte overgrep. Helhetsbildet er imidlertid at pårørende som gir omsorg opplever det som meningsfylt, men at situasjonen også er ensom og at mange betaler med redusert helse.

Utvalget har lett etter løsninger som vil være bærekraftige i et lengre perspektiv med tanke på de demografiske endringene og fremtidens behov for arbeidskraft i helse- og omsorgssektoren. Grunnet fordeling av begrensede midler må det prioriteres innenfor pårørendeomsorg. Utvalget vil prioritere målgrupper hvor det oppfattes å

være størst behov. Utvalget ønsker å styrke familier hvor det er barn med alvorlige varige lidelser og pårørende med særlig krevende omsorgsoppgaver. Det er en målsetting å sikre livsgrunnlaget.

Kunnskapen og erfaringene utvalget har tilegnet seg om dagens ordning har vært førende for de endringene som foreslås. Det har utkrystallisert seg fire sentrale hensyn som legges til grunn for utvalgets forslag:

- Forsvarlige tjenester for bruker
- Ordningen skal bidra til likestilling og integrering og hindre utstøting fra arbeidslivet
- Ressursene skal prioriteres mot tjenester som faktisk ytes og ikke generelle kontantytelser
- Forenklet byråkrati

I tråd med mandatet har utvalget foreslått ulike modeller hvorav den ene modellen er innenfor dagens økonomiske rammer.

Det er et enstemmig utvalg som står bak den anbefalte modellen som etter utvalgets vurdering best ivaretar de sentrale hensynene. Modellen består av tre hovedgrep:

1. Utvidet pleiepengeordning med inntil 20–50 % pleiepenger til foreldre med barn under 18 år som har alvorlige varige lidelser.
2. Ny og forsterket kommunal omsorgsstønad med nasjonale satser. Den foreslåtte ordningen skal erstatte dagens hjelpestønad og omsorgslønn.
3. Lovfestet pårørendestøtte i kommunene med tiltak som verdsetter og inkluderer de pårørende og kvalitetssikrer tjenestene.

Utvidet pleiepengeordning med inntil 50 % pleiepenger til foreldre med barn under 18 år som har alvorlige varige lidelser

Utvalget foreslår ny utvidet pleiepengeordning for å gi en sikker økonomisk ytelse til foreldre som må redusere arbeidstilknytningen på grunn av store omsorgsoppgaver. Dersom det foreligger rett til pleiepenger, vil foreldrene ikke ha rett til kommunal omsorgsstønad.

Foreldre har omsorgsplikt for barn til de er 18 år. Dersom barnet har livstruende og kritisk sykdom har foreldrene mulighet til å få pleiepenger. Noen foreldre med barn med alvorlig varig sykdom har fått pleiepenger i ustabile perioder, men pleiepengene bortfaller når situasjonen blir stabil. Bortfall av pleiepenger har bidratt til en stor tilleggsbyrde for foreldre med alvorlig syke barn med varige lidelser. Mange mødre med barn som har omfattende hjelpebehov ønsker løsninger som gjør det mulig å kombinere omsorg og deltagelse i arbeidslivet (Finnvoll 2011b). Foreldre og barn har et spesielt forhold som det vil være vanskelig for andre omsorgspersoner å kompensere for. For barn vil det være en fordel å kunne bli pleiet i trygge omgivelser av sine nære, for eksempel foreldre. Dette vil gi trygghet og stabilitet i oppveksten, samtidig som foreldrene ofte er dem som kjenner barnas behov best.

Utvalget har spesielt ønsket å styrke familier med barn som har alvorlig varig sykdom eller funksjonshemming. Familiene er bekymret for den økonomiske tryggheten i tillegg til ansvaret med å ta omsorg for det syke barnet og også for eventuelle friske barn. Utvalget ønsker at disse skal kunne kombinere arbeidstilørighet og omsorgsoppgaver.

Barn har behov for en barndom som ikke bare inkluderer foreldrene og søsken. Et barn vil ha godt av samvær med andre barn for å utvikle gode sosiale egenskaper. Et tilbud i en tilrettelagt avdeling i en barnehage kan derfor for enkelte være gunstig, og vil samtidig redusere behovet for pårørendeomsorg. Når pårørende får avlastning og andre former for støtte i kommunene vil en pleiepengeordning fra 20–50 % gi et insentiv til å kombinere omsorg for barnet med deltagelse i yrkeslivet. I familier med mindreårige barn har foreldre mange år foran seg i arbeidslivet. Et barns oppvekst har betydning for livskvaliteten gjennom hele livet, og for yngre omsorgsgivere vil et lengre fravær fra arbeidslivet kunne få store negative konsekvenser. En utvidet pleiepengeordning vil kunne gi større økonomisk sikkerhet for barnefamilier samtidig som det vil gi et større insentiv for arbeidsmarkedsdeltakelse. Det vil være viktig å beholde arbeidstilknytning med tanke på egne karrieremuligheter når omsorgen går over i en ny fase ved at barnet flytter i egen bolig. Tilknytning til arbeidslivet vil også virke gunstig ved at det hinder isolasjon og bidrar til inkludering i samfunnslivet generelt. Likestillingsaspektet ivaretas også best med en pleiepengeordning. Mens det bare er 18 % menn blant dagens omsorgslønnsnettverk, benyttes pleiepenger i større

grad av menn. Når det gjelder for eksempel pleiepenger etter § 9-11 utgjorde menn 42 %, se kapittel 6.2. Foreldrene kan skifte på å gå i redusert stilling og dermed lettere opprettholde en god tilknytning til arbeidsplassen. Pleiepenger i ny ordning kan ikke gis til begge foreldrene samtidig eller sammen med omsorgsstønad. Pleiepenger kan imidlertid deles mellom foreldre med inntil 50 % totalt. Når det gjelder mulige uheldige konsekvenser for foreldre som i utgangspunktet har reduserte stillinger bør dette utredes nærmere.

Ny og forsterket omsorgsstønad på kommunalt nivå som erstatter dagens hjelpestønad og omsorgslønn

Dagens ordning fremstår som fragmentert og byråkratisk. Pårørende som ønsker å søke omsorgslønn må først søke NAV om hjelpestønad og deretter kommunen om omsorgslønn. Pårørende kan lett føle seg som kasteballer mellom stat og kommune.

Dagens hjelpestønad ytes for å kompensere der det foreligger et særskilt behov for tilsyn og pleie utover det som dekkes av offentlig hjelpeordning. Det er et vilkår at det foreligger et *privat pleieforhold* eller det må være slik at hjelpestønden vil sette den pleietrengende i stand til å etablere et privat pleieforhold. Stønad til uføre for å dekke utgifter til tilsyn og pleie ble videreført som hjelpestønad i folketrygdloven av 1966. Siden den gang har det skjedd en stor utbygging av kommunale helse- og omsorgstjenester som har endret grunnlaget for denne kontantytelsen.

Man har ingen oversikt over hvorvidt hjelpestønden benyttes til formålet. Det betales årlig ca. 1,7 milliarder kroner i hjelpestønad som fordeles til omlag 85 000 personer, over halvparten mottar den laveste satsen, sats 1 som utgjør 1 113 kr per måned.

Utbetalinger til omsorgslønn ligger rundt 689 millioner i året og fordeles på om lag 9 000 omsorgsyttere, gjennomsnittlig får de 10 timer omsorgslønn per uke. Ved å utvikle hjelpestønad og styrke kommunene tilsvarende vil man kunne gi en betydelig mer målrettet omsorgsstønad i kombinasjon med kommunale tjenester.

Denne omleggingen vil sikre bedre de som trenger det mest, redusere byråkratiet og kasteballproblematikken. Det anbefales at omsorgsstønden utbetales i satser. Det anbefales fem satser hvor den laveste satsen anbefales satt til ½ G (39 608 kr per år) og den høyeste sats (sats 5) til 2,5 G (198 040 kr pr år). Innslaget for satsene settes i forhold til antall timer i vedtak om kommunale tjenester, der pårørendeomsorgen helt eller

delvis erstatter kommunale tjenester. Det anbefales at sats 1 utløses ved vedtak på mer enn 10 timer pr. uke og sats 5 ved vedtak om heldøgns omsorg. Det anbefales at omsorgsstønaden fortrinnsvis gis i kombinasjon med kommunale tjenester som avlastning og andre tjenester etter lov om helse- og omsorgstjenester i kommunene. Det skal inngås en oppdragsavtale. Omsorgsstønad skal være pensjonsgivende inntekt.

Mange som i dag får en lav kontantytelse vil med dette forslaget få mindre å rutte med. Dette er et prioriteringshensyn, der man vil sikre de som har størst behov og pårørende som har store omsorgsoppgaver. Forslaget tar sikte på at disse pårørende vil få en bedre økonomisk kompensasjon med de anbefalte omsorgsstønadssatsene.

Utvalget mener dette er en nødvendig prioritering med tanke på de økende behovene for tjenester i årene fremover og for å gi pårørende som yter omsorg en bedre økonomisk kompensasjon enn dagens ordning gir rom for.

Pårørendeomsorg bør først og fremst baseres på et ønske om å gi omsorg til sin nærmeste og er av en annen karakter enn ordinært lønnsarbeid. Omsorgen er basert på en nær relasjon og er således ulikt et arbeidstakerforhold som betales time for time.

Ved å benytte nasjonale satser kompenseres pårørende for omsorgsoppgavene ut i fra hvor tyngende oppgavene er uten at det lønnes time for time. Det må være en forutsetning at den pårørende har tilstrekkelig god helse til å utføre oppgavene. Omsorgsstønad er aktuell når pårørende yter omsorg som erstatter kommunale tjenester og hvor det ikke foreligger grunnlag for pleiepenger.

Det vil ikke være mulig å kombinere omsorgsstønad med 100 % lønn. Utvalget er av den oppfatning at økonomisk stønad skal sikre livsgrunnlaget. Det må prioriteres om knappe ressurser og de som har full lønn blir derfor ikke prioritert i forhold til økonomisk kompensasjon. For denne gruppen bør kommunale tjenester være i fokus for å sikre forsvarlige tjenester til bruker og forebygge helseskader hos pårørende.

Pårørendestøtte, tiltak som verdsetter og inkluderer pårørende

Utvalget anbefaler lovfestet pårørendestøtte i kommunene med tiltak som verdsetter og inkluderer de pårørende og kvalitetssikrer tjenestene. Ny pårørendestøtte skal omfatte mer enn økonomisk kompensasjon for ytelse som erstatter kommunale tjenester. Pårørende er mer utsatt for kro-

niske lidelser, angst og depresjoner som beskrevet i kapittel 11. Anbefalt ordning har til hensikt å fange opp pårørende som er utsatt for slitasje og forebygge skader og problemer.

Pårørende yter ca. 50 % av all omsorg i hjemmet i Norge i dag, men på tross av det store omfanget er de et nesten usynlig pleiekorps. Forskning viser at pårørende er særlig utsatt for fysiske og psykiske helseplager, jf. kap. 11.2.2.

Følgende sitat er fra en far med en voksen sønn med omfattende hjelpebehov;

«Siden vår sønn ble født har det vært naturlig for «hjelpeapparatet» å spørre hvordan det går med han. Det er satt inn masse hjelpetiltak som fysioterapi, medisinske aktiviteter, skoletiltak, hjelpemidler av alle slag, og etter hvert mer og bedre avlastningstiltak. Det er aldri blitt spurt om hvordan det går med oss foreldre/familie.

Det er aldri blitt spurt om hvordan vi klarer å løse de daglige omsorgsoppgavene og hvilken betydning det måtte ha for familieliv, ferie, daglige gjøremål og ikke minst vår/min økonomi.»

En mor skrev til utvalget og fortalte sin historie. Hun skrev;

«Vi er slitne nok for hele verden».

Det er svært få tiltak som er rettet mot pårørende for å sikre at de gir forsvarlig omsorg, vet hvordan de kan forebygge skader og unngå passiviserende omsorg. Målet med omsorgen må være å bidra til at brukeren eller barnet oppnår størst mulig grad av livskvalitet, selvstendighet og mestring ut i fra sine forutsetninger. For å oppnå dette må pårørende få opplæring og veiledning. Det er også viktig for deres egen helse at de får tilbud om forebyggende helsetiltak (friskvern).

Arbeidsmarkedsdeltakelse, sosiale nettverk for pårørende og mulighet til å delta i fritidsaktiviteter er viktig for å motvirke isolasjon og ensomhet.

Tiltak for pårørende er viktig og kommunen må sikres virkemidler til dette, samt til å kvalitetssikre at de tjenester som utføres er faglig forsvarlig.

Utvalget anbefaler en helhetlig pårørendestøtte som består av følgende elementer:

1. Pårørendekontrakt, en avtale mellom kommunen og den pårørende som bygger på et samlet vedtak og omsorgsplan for brukeren
2. Koordinator for familien i tråd med helse- og omsorgstjenesteloven
3. Opplæring/veiledning til de som mottar omsorgsstønad

4. Økte og mer fleksible permisjonsrettigheter fra arbeidslivet
5. Omsorgsstønad som gis fortrinnsvis i kombinasjon med kommunale tjenester
6. Rett til fridager og vikar ved sykdom
7. Forsikringsordning
8. Virkemidler for kvalitetssikring, oppfølging og evaluering

Punktene er forklart og utdypet i kapittel 12.

Utvalget anbefaler i tillegg at det avsettes midler til å utvikle læremidler og læringsprogram for pårørende.

Frisklivssentralene må få kunnskap om pårørendes sårbarhet i forhold til fysisk og psykisk helse for å målrette forebyggende tiltak.

Alternative modeller

I kapittel 12 er det skissert alternative modeller

1. Modell innenfor dagens økonomiske rammer der pleiepengeordningen forblir uendret, hjelpestønnen avvikles og den kommunale omsorgslønnsordningen styrkes tilsvarende og omlegges til satser
2. Pårørende ansettes og hjelpestønnen avvikles
3. Kontantstøtte erstatter omsorgslønn og hjelpestønnen

Disse modellene er forklart og vurdert i kapittel 12.

Økonomiske konsekvenser

De økonomiske konsekvensene er beskrevet i kapittel 13 så langt utvalget har hatt tid og ressurser til. Det er tatt med kostnader på kort og lang sikt. I en overgangsfase vil det være omleggingskostnader. På sikt mener utvalget at den anbefalte modellen er bærekraftig på grunn av bedre arbeidstilknytning og ressurser rettet mot tjenester som faktiske ytes i stedet for kontantytelse til mange.

Ny pleiepengeordning

Det er mange usikkerhetsfaktorer ved å anslå hvor mange som eventuelt vil benytte seg av en ny pleiepengeordning. Arbeids- og velferdsdirektoratet har utarbeidet et utgiftsanslag for ny pleiepengeordning. Det er beregnet til minimum 180 mill. kroner og maksimum 4 560 mill. kroner. se tabell 13.2.

Det antas at en bedret situasjon for familier med barn som har alvorlige og varige lidelser vil

forebygge helsesvikt på sikt og hindre utstøting fra arbeidslivet. Ordningen kan sees som en investering i fremtiden.

Avvikling av hjelpestønnen

I 2010 ble det utbetalt 1 714 mill. kroner i hjelpestønnen for i alt 84 925 personer.

Det benyttes i dag 49 årsverk for å administrere ordningen. Dette er sentralisert i forvaltningsenhetene. Ved en avvikling av hjelpestønnen vil man på sikt spare inn 49 årsverk hvert år og tilsvarende kostnader til kontor og personaladministrasjon. Arbeids- og velferdsdirektoratet har anslått et behov på 121 stillinger i ett år for å gjennomføre en avvikling av ordningen relatert til informasjon til brukerne, det er beregnet 2 timer pr. bruker, i tillegg kommer saksbehandlingstid i forbindelse med avviklingen. Utvalget mener at det bør gås nærmere igjennom hvordan avviklingen kan gjennomføres og peker på at avviklingen må samordnes med etableringen av omsorgsstønnen og sees i sammenheng med en langsiktig innsparing av 49 stillinger.

Kostnader for kommunene

Kommunene må få økte rammer for å iverksette en mer omfattende omsorgsstønnen og for å legge til rette for tiltak til pårørende som økt avlastning, opplæring og nettverksgrupper. Omsorgsstønnen må styrkes tilsvarende dagens hjelpestønnen. Kommunene må få styrket sin økonomi for å øke tilbudet om avlastning i størrelsesorden 200–300 mill. kroner. Dette er nærmere beskrevet i kap. 13. Utvalget anbefaler at det settes av midler til utvikling av undervisningsmaterieell med pårørende som målgruppe.

Dette vil være investeringer som gir langsiktige effekter. Endringene vil sette kommunene bedre i stand til å møte omsorgsutfordringene som vil komme som følge av de demografiske utfordringer. Ved å spille på lag med de pårørende, ved at disse er inkludert i kommunens tjenesteapparat og har nødvendig kunnskap og opplæring vil helsesituasjonen forbedres og presset på sykehjem vil reduseres.

Videre utfordringer

I dag har vi ikke data for mottakere av omsorgslønn. For å kunne se konsekvensene av omsorgslønn og eventuelt den nye omsorgsstønnen for blant annet arbeidsmarkedsdeltakelse, foreslår

utvalget at det opprettes registre for mottakere av dette.

Videre er det spesielt behov for forskning på hvordan pårørendeomsorgen best kan innrettes

slik at den fremmer integrering av ikke-vestlige innvandrere.

Kapittel 2

Utvalgets mandat, sammensetning og arbeidsmåte

2.1 Utvalgets mandat og sammensetning

Etter forslag fra Helse- og omsorgsdepartementet ble et utvalg oppnevnt ved Kongelig resolusjon 25. juni 2010. Utvalget skal se på ytelser til pårørende med særlig tyngende omsorgsoppgaver.

Utvalget fikk følgende sammensetning:

- Karen Kaasa, Sandefjord (leder)
- Odd Arvid Ryan, Tromsø
- Bente Wold Wigum, Trondheim
- Tone Elin Mekki, Bergen
- Helene Holand, Gol
- Snorre Kverndokk, Oslo
- Shahbaz Tariq, Oslo

Sekretariatet har hatt følgende sammensetning:

Seniorrådgiver Sigrun Skåland Brun, Helsedirektoratet (sekretariatsleder)

Rådgiver Inger Elsa Lømo, Arbeidsdepartementet (sekretær)

I tillegg har seniorforsker Heidi Gautun og forsker Reidun Ingebretsen bidratt med tekster.

Utvalget fikk følgende mandat:

Plattform

Stortingsmeldingen om fremtidens omsorgstjenester, St.meld. nr. 25 (2005–2006) Mestring, muligheter og mening, legger til grunn at vi skal videreutvikle ordninger som gjør det enklere å kombinere yrkesaktivitet med omsorg for barn og pleietrengende voksne og eldre.

Formål – oppdrag

Hovedformålet er å utrede i hvilken grad og på hvilken måte familier med omfattende omsorgsoppgaver kan gis økonomisk kompensasjon når de utøver pleie og omsorg som kommunen ellers plikter å tilby etter den kommunale helse- og sosiallovgivningen.

Problembeskrivelse

Det er nødvendig å vurdere hvilke utfordringer omsorgslønnsordningen står overfor i en situasjon der pårørendes omsorgsinnsats er en viktig ressurs samtidig som at samfunnet har behov for tilgang på arbeidskraft.

Statens helsetilsyn og Sivilombudsmannen har påpekt at omsorgslønnsordningen fremstår som uklar, og bidrar til svekket rettssikkerhet for personer med omfattende omsorgsbehov og for deres pårørende.

Fra brukerhold etterspørres det for omsorgslønnsordningen klarere rettigheter, lik behandling, bedre betaling, mer langsiktighet og bedre informasjon. I den forbindelse er det bl.a. tatt til orde for ulike former for økt rettighetsfesting.

Videre er omsorgslønnsordningen kritisert bl.a. pga. dilemmaer som oppstår ved kompensasjon for privat omsorg. For det første fordi ordningen hevdes å bidra til å tilsløre det kommunale ansvaret for tjenestene. For det andre fordi den skaper press og forventninger for nærstående om å stille opp eller ta i mot omsorg. Det kan være vanskelig å bryte ut av en uønsket omsorgsrelasjon når det er knyttet inntekt til forholdet. For personer som over flere år har vært ute av arbeidslivet, kan det videre være vanskelig å komme inn i/tilbake til arbeidsmarkedet.

I og med den skjeve kjønnsfordelingen blant mottakerne, rammer disse problemene kvinner i særlig grad.

Landets innbyggere må være innstilt på at de enkelte i perioder – sammen med den kommunale omsorgstjenesten – skal bistå pårørende som ikke er i stand til å mestre dagliglivets oppgaver. Stat eller kommune skal ikke gi kompensasjon for slik «vanlig familieomsorg», dvs. tjenester og oppfølging som supplerer lovregulerte offentlige tjenester.

Fortsatt er det slik at noen pårørende kommer i en situasjon der de i lengre tid har særlig tyngende omsorgsarbeid fordi de i tillegg til vanlig familieomsorg utfører oppgaver kommunen etter

regelverket skulle tatt hånd om. Dette er målgruppa for denne utredningen.

Valg av framtidige ytelser vil måtte forene hensyn til sentrale utfordringer i dagens og framtidens omsorgsbehov slik disse utfordringene er beskrevet i St.meld. nr. 25 (2005–2006), herunder særlig mangel på arbeidskraft, behov for omsorgsinnsats fra pårørende og muligheten for pårørende til å kombinere omsorg og yrkesaktivitet. I den grad kompensasjon for omsorgsoppgaver utført av personer i yrkesaktiv alder medfører en reduksjon i tilgangen til arbeidskraft, vil disse hensynene måtte balanseres.

Avgrensing

Det legges til grunn for utredningen at statens ansvar ikke skal økes, og at finansieringsansvar for kommunale oppgaver ikke skal overføres til staten. Forslag til tiltak skal ikke omfatte omsorgsoppgaver av kortvarig karakter eller omsorgsoppgaver som bør karakteriseres som «rimelig familiehjelp».

Konkretisering av oppdraget

På denne bakgrunn skal utvalget:

- Beskrive og vurdere hovedtrekk ved dagens ordning for omsorgslønn og tilstøtende ordninger i folketrygden (pleiepengar og hjelpestønad).
- Se på grensene for offentlig vs. privat ansvar slik det er lovregulert, og vurdere betydningen av de dilemmaer som oppstår ved kompensasjon for privatomsorg.
- Vurdere relevante ordninger i andre land.
- Foreslå modeller for framtidige ytelser som svarer til hovedformålet. Minst ett forslag skal gjelde forbedringer innenfor rammen av dagens omsorgslønnsordning.
- Skille klart mellom ytelser som tilstås bruker og ytelser som tilstås omsorgsyter.
- Klargjøre og drøfte personkretsen ved dagens ytelser og mulige framtidige endringer i personkrets. Utvalget skal i den forbindelse skille mellom dem som reelt taper lønnsinntekt og dem som opprettholder lønn/ pensjonsinntekt.
- Vurdere om det bør gjelde særlige regler ved pleie og omsorg for barn inntil 18 år, jf. f. eks. pleiepengar og hjelpestønadsordningen i folketrygden.
- Vurdere overgangsordninger for; overgang barn-voksen, ved tjenestemottakers død, og når kommunen overtar omsorgsoppgaver.

- Utrede og beskrive økonomiske og administrative konsekvenser ved hvert av forslagene som presenteres. Minst ett forslag skal baseres på uendret ressursbruk innenfor sektoren.

Sentrale hensyn

Både dagens omsorgslønnsordning og de foreslåtte utvalget presenterer skal vurderes ut fra følgende hensyn:

- Kommunalt sørge –for –ansvar for nødvendige omsorgstjenester skal opprettholdes.
- Vanlig familieomsorg skal fortsatt være et privat ansvar, dvs. oppgaver som utfyller lovregulerte offentlige tjenester.
- Rettssikkerhet for den som har hjelpebehovet.
- Stimulering både av uformell omsorgsinnsats og deltakelse på arbeidsmarkedet.
- Forsvarlig og god ivaretagelse av behov.
- Brukerstyring/brukermedvirkning.
- Lik oppgavefordeling mellom kvinner og menn.
- Godt arbeidsmiljø for de som utfører omfattende omsorgsoppgaver (særlig når det gjelder hjelpemidler, veiledning, fritid, forutsigbar oppgavefordeling).
- Likebehandling både mellom brukere og mellom omsorgsytere.
- Særlige forhold knyttet til situasjonen for innbyggere med innvandrerbakgrunn.
- Sikre kontrollsystem (er).

Administrative og økonomiske konsekvenser

Utvalget skal utrede forslagenes økonomiske, administrative og eventuelle andre vesentlige konsekvenser på kort og lang sikt, og peke på eventuelle ytterligere utredningsbehov. Minst ett forslag skal baseres på uendret ressursbruk innenfor sektoren, jf. Utredningsinstruksen.

2.2 Utvalgets forståelse av mandatet

Utvalget har fått et fyldig og detaljert mandat. Under arbeidet har det skjedd endringer i lovgivningen; det er vedtatt en ny Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Hagen-utvalget har levert sin innstilling og begrepet ny pårørendepolitikk er lansert. Utvalget har tatt hensyn til dette i sitt arbeid.

Gjennom faktainnhenting har utvalget nådd en ny forståelse av pårørendeomsorgen på godt og vondt. Pårørende står for om lag halvparten av omsorgen i hjemmet, men de er et usynlig hjelpe-

korps. Det er svært få fagbøker som har pårørende som målgruppe, og det er et udekket behov for veiledning, opplæring og nettverkverksbygging for pårørende.

Pårørendes egen helse er i liten grad viet oppmerksomhet. Mange pårørende strekker seg lenger enn hva som er godt for helsen, og mange ofrer både deltagelse i yrkeslivet og sosialt fellesskap for å yte pårørend omsorg. Det viser seg at bruk av hjemmetjenester i kombinasjon med omsorgslønn er blitt mindre vanlig de senere år (Finnvoll 2011a). Pårørend omsorgens pris er ofte redusert helse, angst og depresjoner (Nordtug 2011). En mor skrev det slik «vi er slitne nok for hele verden».

Utvalget har lagt tre hovedmomenter til grunn for tolkningen av mandatet:

1. Faglig forsvarlige tjenester, mestring og selvbestemmelse for bruker uavhengig av hvem som yter tjenesten. Kommunen må ha virkemidler for å sikre faglig forsvarlighet, etterlevelse av kvalitetsforskriften og verdighetsgarantien også når pårørende yter tjenesten.
2. En forsvarlig totalsituasjon for den pårørende og resten av familien; pårørendes behov for økonomisk sikkerhet, deltagelse i arbeidslivet, god helse og sosialt nettverk skal ivaretas.
3. Forenklet byråkrati.

Utvalget vektlegger i sin forståelse av mandatet at løsninger skal bidra til å aktivisere bruker. Pårørende må få veiledning og oppfølging slik at man hindrer passiviserende omsorg og unødvendig reduksjon i brukers funksjonsevne.

Barn er særlig sårbare, og det må rettes ekstra oppmerksomhet mot deres behov og rettigheter. For å sikre kvalitet og trygghet har utvalget derfor lagt vekt på at omsorgsgiver skal motta opplæring, veiledning og oppfølging. Pårørende skal bli trygge i omsorgsoppgavene de påtar seg, og det skal være enkelt å søke hjelp og veiledning.

Utvalget er bedt om å vurdere om det bør gjelde særlige regler for barn inntil 18 år og utvalget mener på bakgrunn av kunnskapsinnhenting at det bør det. Utvalget har tolket mandatet slik at hensynet til mandatets punkt om særlige regler for barn under 18 år er et viktigere hensyn enn mandatets avgrensning når det gjelder å ikke øke statens ansvar.

For å oppnå en forsvarlig totalsituasjon for den pårørende som yter omsorg og for resten av familien må pårørende sikres avlastning og støttetiltak.

Utvalget har særlig fokusert på mandatets punkt om å hindre frafall fra arbeidslivet.

Dagens omsorgslønnsordning er fragmentarisk, og ytelser til pårørende skjer fra ulike etater og forvaltningsnivåer. Dette er belastende for de som trenger hjelp, og reduserer mulighet for at omsorgslønnsordningen vurderes i sammenheng med øvrige tjenestetilbud/velferdstjenester. Da omsorgslønnsordningen er liten i omfang utfordrer dette saksbehandlingskompetansen. Ordningen har flest klager som omgjøres, og utvalget har søkt å finne løsninger som kan forenkle situasjonen for pårørende og omsorgsmottaker, og for de som skal forvalte ordningen og følge opp at tjenestene er faglig forsvarlige og tjener intensjonene.

2.3 Begreper som benyttes i dokumentet

Det har blitt vedtatt en ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester:

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester med mer ble vedtatt 14. juni 2011 ved Stortingets lovvedtak 63 (2010–2011). Det er ikke truffet vedtak om ikrafttredelsestidspunkt i medhold av lovens § 13-1. Etter det utvalget erfarer, vil loven etter planen tre i kraft 1. januar 2012.

Loven opphever skillet mellom helsetjenester og omsorgstjenester, og etablerer en felles helse- og omsorgstjeneste med felles regelverk, herunder felles klage- og tilsynsinstitusjon. Ved ikrafttredelsen vil loven erstatte henholdsvis lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester mv og lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene.

Den nye helse- og omsorgstjenesteloven tydeliggjør kommunenes overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester, uten at kommunene samtidig pålegges bestemte måter å organisere tjenestene på. Utvalget henviser til den nye loven i utredningen.

Utvalget ønsker å klargjøre noen begrep som utvalget har brukt i utredningen. Det nevnes også noen allerede kjente begrep.

Bruker:

Utvalget omtaler mottaker av tjenester som bruker.

Brukerinnflytelse:

Voksne brukere skal selv kunne fastsette hvem som skal være omsorgsgiver. Dette er i tråd med overordnede politiske føringer om brukermedvirkning. Samme prinsipp følges i forhold til fast-

settelse av nærmeste pårørende i Pasientrettighetsloven § 1-3 b. Tilsvarende prinsipp er også lagt til grunn i helse- og omsorgstjenestelovens § 3-10 hvor kommunen skal sørge for at representanter for pasienter og brukere blir hørt ved utføringen av kommunens helse- og omsorgstjeneste. Kommunen skal også legge til rette for samarbeid med brukergruppernes organisasjoner og frivillige organisasjoner som arbeider med de samme oppgaver som helse- og omsorgstjenesten.

Grunnbeløpet:

Grunnbeløpet (G) fastsettes av Kongen i statsråd og har betydning for størrelsen på ytelser etter folketryktdloven. G beregnes etter lønnsutviklingen og reguleres årlig med virkning fra 1. mai. G utgjør per 1. mai 2011 kroner 79.216.

Koordinator:

Utvalget påpeker behov for en koordinator for familier med omsorgsoppgaver. Ifølge den nye helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 skal kommunen tilby koordinator for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte bruker, samt sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan.

Koordinerende enhet:

Kommunen skal også ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet (helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3). Enheten skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator.

Nasjonal veileder:

Utvalget foreslår at det utarbeides en mal for hvordan utforme pårørendekontrakt, vilkår og satser for utmåling av stønad, kontroll og tilsyn.

Nærmeste pårørende:

I Pasientrettighetsloven § 1-3 er nær pårørende definert som den pasienten oppgir som nærmeste pårørende. Dersom pasienten er ute av stand til å oppgi pårørende, skal nærmeste pårørende være den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten, likevel slik at det tas

utgangspunkt i følgende rekkefølge: Ektefelle, registrert partner, personer som lever i ekteskapslignende eller partnerskapslignende samboerskap med pasienten, myndige barn, foreldre eller andre med foreldreansvaret, myndige søsken, besteforeldre, andre familiemedlemmer som står pasienten nær, verge eller hjelpeverge.

Omsorgslønn og særlig tyngende omsorgsarbeid:

I helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6 videreføres at kommunen skal ha tilbud om omsorgslønn til personer med særlig tyngende omsorgsarbeid. Dette vurderes etter omfang, regelmessighet og varighet av omsorgsarbeidet. Det tas hensyn til om omsorgsgiver har omsorgsplikt og inntektstap.

Omsorgsgiver:

Den som gir omsorg til brukeren.

Omsorgsplikt:

Foreldre har omsorgsplikt for barn under 18 år. Familie har ikke omsorgsplikt for familiemedlemmer over 18 år, dersom de ikke selv ønsker å påta seg oppgaven.

Personkretsen i pårørendeomsorgen:

Personkretsen i pårørendeomsorg er alle frivillige omsorgsgivere, både foreldre som har omsorgsplikt og pårørende uten omsorgsplikt. Det er ingen øvre aldersgrense for mottakere av ordningen. Kommunene må i hvert tilfelle vurdere om eldre omsorgsgivere fortsatt er i stand til å gi forsvarlig omsorg. Omsorgsgiverne vil være i ulike livssituasjon og ha ulikt livsgrunnlag. Det kan være studenter, hjemmeværende, fulltidsarbeidende, pensjonister eller andre som mottar ulike trykdeordninger.

Pårørendeomsorg:

Utvalget omtaler pårørendeomsorg som omsorg pårørende gir som erstatter oppgaver kommunen ellers måtte ha utført og som kommunen yter vederlag for.

Samlet vedtak:

En helhetsvurdering som gis ett vedtak på kommunalt nivå for bruker.

Varig sykdom:

I NAV er utgangspunktet for å tilstå for eksempel hjelpestønad at hjelpebehovet må vare i 2–3 år eller mer for å kunne betraktes som langvarig. Varig sykdom har varighet utover 2–3 år.

2.4 Utvalgets arbeidsmåte

Utvalget hadde sitt første møte den 6. september 2010 og har hatt 11 utvalgssamlinger. Fire av samlingene var endags møter, de øvrige var todagers møter. Utvalget har invitert eksterne forskere og fagpersoner til å holde innlegg på samlingene. Foreldre har deltatt og delt sine erfaringer omkring pårørendestøtte.

Utvalget har vært på studietur til Finland og besøkt det finske helseministeriet og Helsingfors kommune. Det ble gitt en bred gjennomgang av hvordan den finske omsorgslønnsordningen fungerer, og utvalget lot seg inspirere av deres tenkning rundt støtte til pårørende.

Det har vært to innspillskonferanser hvor det har kommet frem nyttige forslag og synspunkter. På den første var brukerorganisasjoner og aktuelle fagmiljø invitert, mens på den andre samlingen var arbeidstaker- og arbeidsgiverorganisasjoner invitert sammen med brukerorganisasjoner og fagmiljø.

I tillegg har utvalgsleder, sekretariat og utvalgsmedlemmer møtt dem som har kontaktet utvalget for å legge frem sine synspunkter, deriblant Norsk epilepsiforbund, Foreningen FISH – Foreningen For Intensiv Stimulering av Hjerne-skadde og foreldrerepresentanter til barn og unge med ME. Sekretariatet har mottatt skriftlig materiale fra organisasjoner og privatpersoner med synspunkter på dagens ordning, problemer tilknyttet denne og forslag til moment som bør inngå i nye modeller for familieomsorg. Disse kontaktene har gitt mange nyttige impulser til utvalgets arbeid.

Kaasa-utvalget har nyttiggjort seg kunnskap fra Helsetilsynets kunnskapsoppsummering (2009). NOVA har på bestilling skrevet to rapporter for utvalget om dagens omsorgslønnsordning. En om kommunens bruk av omsorgslønn, en oppfølging av tidligere undersøkelser fra 1997 og 2003. Den andre rapporten er en undersøkelse av hvordan omsorgslønn påvirker omsorgslønnsmot-takernes deltakelse i arbeidslivet. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har gjennomført et kunnskapssøk om omsorgslønn med fokus på ulike effekter av omsorgslønn. Utvalget har bestilt utredning som et grunnlag til kapittel 10, «Særlige forhold knyttet til innbyggere med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn» av NOVA. Seniorforsker Heidi Gautun fra Fafø har deltatt i skrivearbeidet, sammen med flere av utvalgets medlemmer.

Kapittel 3

Hovedtrekk og praksis ved dagens ordning og tilstøtende ordninger

Dagens omsorgslønnsordning er gjentatte ganger blitt drøftet, blant annet ved interpellasjon og spørsmål i stortingets spørretime. Det er blitt påpekt at omsorgslønn må praktiseres likt i kommunene, ordningen med omsorgslønn må ses i sammenheng med tilstøtende ordninger, og virkemidler må settes inn som gjør det lettere å kombinere omsorgsoppgaver med yrkesaktivitet.

Kunnskapsoppsummering om omsorgslønnsordningen (Helsetilsynet 2009) konkluderte med store kommunale variasjoner i hvordan ordningen ble praktisert; både omfang, kriterier for tildeling av omsorgslønn, antall timer som tildeles og avlønning av omsorgslønsmottakerne varierte. Ordningen fremstår lite tilgjengelig for brukerne. Det svekker mulighetene for medvirkning og individuell tilrettelegging.

Det etterspørres hva omsorgslønn er kompensasjon for, om det er en støtte til pårørende som utfører store omsorgsoppgaver, eller om det er kompensasjon for tapt arbeidsfortjeneste. Eller er det betaling for utført arbeid på vegne av kommunen? Det etterspørres en avklaring. (Eriksen, Andersen, Askheim 2003)

Utydelig lovverk stiller store krav til forvalter av lovverket i kommunene. Som Helsetilsynet peker på har mange kommuner liten erfaring med omsorgslønn. Det stilles store krav til den frie skjønnsvurderingen. Denne kombinasjonen skaper utrygghet med hensyn til om bruker får det vedkommende har krav på av tjenester. Dette dreier seg om omsorgslønn, men også om å se tjenestebildet i sin helhet og informere bruker om hva vedkommende faktisk har rett på.

I sentrale føringer presiseres at omfanget av frivillig omsorg må opprettholdes. Bedre rammevilkår samt andre tiltak for å lette omsorgsbyrden for omsorgsgiver må virke sammen slik at arbeidstilhørigheten ikke svekkes. Velferdssamfunnet trenger høy grad av sysselsetting, St.meld. nr. 25 (2005–2006).

Ved Omsorgsplan 2015 følges regjeringens målsetting opp ved konkretisering i fem langsiktige strategier. Disse strategiene er

- Kvalitetsutvikling, forskning og planlegging
- Kapasitet og kompetanseheving
- Samhandling og medisinsk oppfølging
- Aktiv omsorg
- Partnerskap med familie og lokalsamfunn

I strategiplan for Partnerskap med familie og samfunn legges det vekt på økt deltakelse i frivillig sektor.

3.1 Dagens omsorgslønnsordning

Omsorgslønnsordningen ble innført i 1988 i sammenheng med overføring av ansvaret for ulike helsetjenester til kommunene. Senere ble ordningen flyttet til sosialtjenesteloven, og reguleres nå i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-6. Omsorgslønn er en kommunal betaling til pårørende eller frivillige omsorgsgivere med omsorg for personer som har særlig stort omsorgsbehov på grunn av alder, funksjonshemming eller sykdom. Myndighetenes hovedformål med omsorgslønnsordningen har vært å bidra til best mulig omsorg for de som trenger hjelp i dagliglivet og å gjøre det mulig for private omsorgsgivere å fortsette omsorgsarbeidet¹. Ordningen er uten statlige bevilgninger eller øremerking. Å få omsorgslønn innebærer at kommunen engasjerer pårørende som oppdragstakere, ikke som ansatte i kommunen. Lønnen er skattepliktig og gir pensjonspoeng. Det er ikke andre arbeidstakerrettigheter knyttet til ordningen, som feriepenger, ubetinget krav på ferie, og heller ikke sykepenger i de 16 første kalenderdagene i et sykdomsforløp.

¹ Rundskriv I-42/98. Tilleggsrundskriv til rundskriv I-1/93 til lov om sosiale tjenester mv.

3.1.1 Hvem omfattes av dagens ordning

En forutsetning for å motta omsorgslønn er at omsorgsarbeidet foregår i eget hjem. Ordningen gjelder både ektefeller og andre frivillige omsorgsgivere uten omsorgsplikt og foreldre som har omsorgsplikt for sine mindreårige barn. Det er ingen øvre aldersgrense for å motta omsorgslønn. Ingen har ubetinget rett til omsorgslønn, men kommunen har plikt til å ha en slik ordning. Kommunen kan ikke avslå en søknad fordi den ikke har en slik ordning eller ikke har satt av nok penger på budsjettet, men kommunen kan tilby andre tjenester for å dekke omsorgsbehovet. Omsorgslønn blir gitt til den som har omsorgsarbeidet, ikke til den som trenger omsorg, men både den som gir og den som trenger omsorg har rett til å søke om omsorgslønn og å klage på kommunens vedtak.

3.1.2 Momenter ved tildeling

Følgende momenter skal være de viktigste når kommunen vurderer om søkeren skal få tilbud om omsorgslønn:

- Om omsorgsarbeidet er særlig tyngende
- Om omsorgsarbeidet gjelder nødvendige omsorgsoppgaver
- Om omsorg fra søkeren er det beste for den som trenger hjelp
- Kommunen sine ressurser

De opplistede momentene er ikke vilkår for å få omsorgslønn. Kommunen kan velge å tilby omsorgslønn selv om ingen eller bare få av momentene er tilstede i den saken det gjelder.

3.1.3 Tilgrensende ordninger

Pleiepengeordningen og hjelpestønadsordningen tilgrenser til omsorgslønnsordningen. Myndighetenes formål med dagens pleiepengeordning er å kompensere for tapt arbeidsinntekt for yrkesaktive i forbindelse med pleie av sykt barn eller pleie av nære pårørende i livets slutfase. Pleiepenger i livets slutfase gis til nære pårørende. Pleiepenger kan gis til foreldre eller andre med omsorg for barnet dersom hensynet til barnet tilsier det. Avgjørende for hvilke omsorgspersoner som har rett til pleiepenger er vedkommendes nærhet til barnet. I utgangspunktet utbetales ikke pleiepenger ved varig pleiebehov hos barnet. Unntak gjelder imidlertid hvis sykdommen forverrer seg og kommer inn i en ustabil fase.

Hjelpestønad er en statlig ytelse fra folketrygden. Personer med særskilt behov for pleie og tilsyn på grunn av sykdom, skade eller en medfødt funksjonshemming kan få hjelpestønad. Det er en forutsetning at du har et privat pleieforhold eller at hjelpestønaden setter deg i stand til å opprette et slikt privat pleieforhold. Når hjelpebehovet vurderes, vil det også legges vekt på behovet for stimulering, opplæring og trening som skjer i hjemmet. For nærmere utdyping vises til kap 6.2.

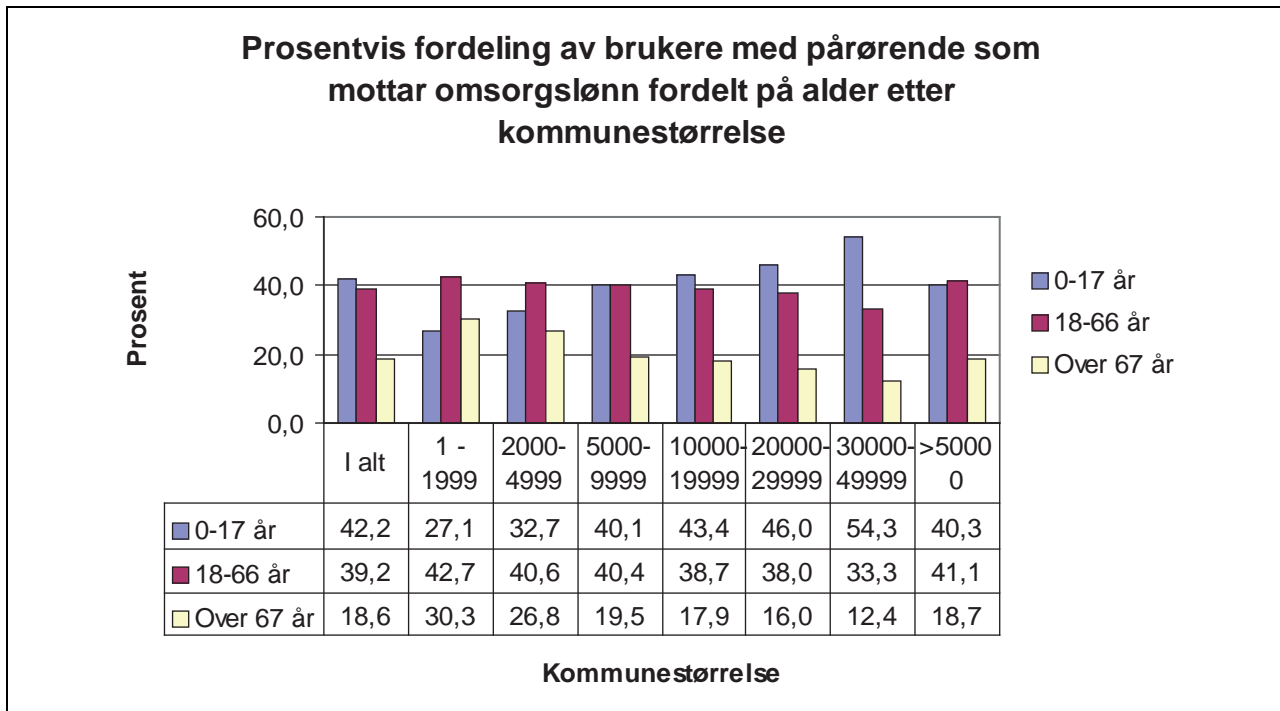
3.2 Kommunenes praktisering av omsorgslønnsordningen

Omsorgslønnsordningen har blitt kartlagt tre ganger, i 1996, i 2002 og 2010 (Løwe 1997, Skollerud 2003 og Finnvold 2011a). Den første undersøkelsen omfattet alle norske kommuner, den andre var basert på et utvalg kommuner. Den siste undersøkelsen følger i hovedsak malen fra undersøkelsen fra 2002 og omfatter et bruttoutvalg på 59 kommuner og bydeler (Finnvold 2011a). I alt 48 kommuner (80 % av bruttoutvalget) leverte inn skjema.

I 1995 var det 3500 brukere hvor pårørende mottok omsorgslønn, ved utgangen av 2010 er det 9070 brukere hvor pårørende mottok omsorgslønn. Andel søknader som blir avslått har vært stabil i hele perioden på rundt 19 %. Et hovedresultat av de tre undersøkelsene er at ordningen over tid er blitt mer omfattende og mer kostbar for kommunene. Utviklingen for omsorgslønn følger dermed utviklingen for mange andre tjenester og ytelser på helse- og omsorgsområdet. Regnet i kroneverdi for 2010 økte de faktiske utgiftene fra 164 millioner i 1995 til 456 millioner i 2002 og til 689 millioner i 2010. Utgiftene er mer enn firedoblet mellom 1995 og 2010. I noen grad skyldes økningen i utgiftene en økning i gjennomsnittslønnen, men den viktigste årsaken er at flere har søkt om og fått innvilget omsorgslønn. Omsorgslønnen utgjorde en gjennomsnitts månedsinntekt på 5700 kroner i 2010 og om lag 5300 kroner i 2002. I gjennomsnitt fikk mottakerne betalt for 10,6 timer i uken, et timetall som ikke endret seg fra 2002 til 2010 (Finnvold 2011a).

3.2.1 Hvem er brukerne

Ordningen har betydelig spredning i alder og familiesituasjon til den som er mottaker av omsorg (Finnvold 2011a). Den største gruppa er barn under 18 år, som utgjorde 44 % i 2010, mens i alt 57 % var under 27 år. Eldre over 67 år utgjorde 18 %. I 60 % av tilfellene var det foreldre som var



Figur 3.1 Prosentvis fordeling av brukere med pårørende som mottar omsorgslønn fordelt på alder etter kommunestørrelse

Kilde: SSB 2007–2010 IPLOS-registeret (foreløpige tall for 2010)

tildelt omsorgslønn for å ta seg av egne barn. 25 % handlet om omsorgsrelasjonene mellom ektefeller, mens 9 % av tilfellene handlet om barn som tok vare på foreldrene sine. Fordeling på alder og familietype har vært relativt stabil mellom 2002 og 2010, men til en viss grad har det vært en økning i andelen barn som var mottakere av omsorg.

Statistisk materiale synliggjør imidlertid at sannsynligheten for å få innvilget omsorgslønn varierer med alder og etter kommunens størrelse. Det er størst sannsynlighet for å få omsorgslønn i de minste kommunene dersom du er over 67 år, mens barn og unge under 17 år har størst sannsynlighet for innvilget omsorgslønn i de større byene.

3.2.2 Hvem mottar omsorgslønn

De fleste (71 %) av omsorgslønnsnettakerne var mellom 27 og 59 år.

Det er i hovedsak kvinner som blir tildelt omsorgslønn. Kvinner utgjorde 82 % av mottakerne i 2010, omtrent det samme som i 1995 (Finnvold 2011a). Kvinneandelen avhenger av slektsrelasjonen til den som er mottaker av omsorg. Mødrene er i klart flertall blant foreldre som mottar omsorgslønn for omsorg for egne barn (92 %). Blant ektefeller som mottar omsorgs-

lønn er kvinneandelen på 60 % og andel menn 40. Siden giftealderen er lavere og levetiden lengre for kvinner vil det si at ordningen fungerer tilnærmet kjønnsnøytralt som ektefelleomsorg. Blant mottakere av omsorgslønn med omsorg for egne pleietrengende foreldre utgjorde døtrene 81 %, mens sønnene utgjorde 19 %.

Det ser ikke ut til at ikke-vestlige innvandrere er overrepresentert når det gjelder bruken av ordningen (Finnvold 2011a). I utvalgsundersøkelsen var 5 % av omsorgslønnsnettakerne fra Asia, Afrika og Sør- og Mellom-Amerika. Denne gruppen utgjorde 5,5 % av folke mengden samme år.

For oversikt over mottakere av pleiepenger og hjelpestønad vises til kap.6.2.1 og kap 6.2.3

3.2.3 Lønns- og ansettelsesforhold for mottakere av omsorgslønn

Kartleggingen fra 2010 indikerer at kommunene svært sjelden ansetter omsorgslønnsnettakerne i kommunen. I 2002 var 10 % ansatt (Finnvold 2011a). Det mest vanlige er at omsorgslønn innvilges for 12 måneder. Noen kommuner innvilger for kortere perioder og noen få for lengre perioder. 80 % av kommunene som ble kartlagt oppgir at mottakerne får timelønn etter samme lønnsats som for hjemmehjelp, mens om lag 20 % oppgir at

omsorgslønn lønnes etter andre satser. Gjennomsnittslønnen var 5704 kroner per måned i 2010. Det har vært en liten økning i gjennomsnittslønnen; i 2002 var gjennomsnittslønnen 5278 kroner (justert etter kroneverdien).

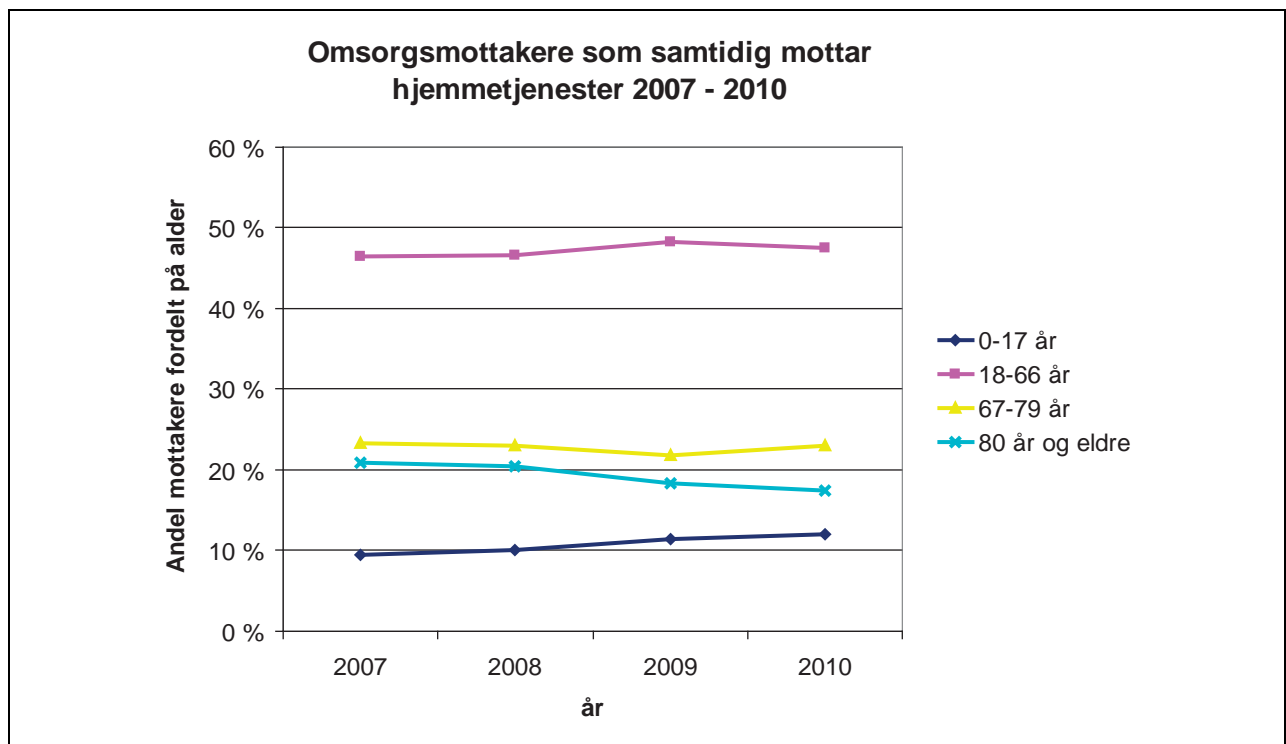
3.2.4 Kommunenes praksis mht. tildeling

Kartleggingen i 2010 tilsier at ved tildeling av omsorgslønn vektlegger alle kommunene hensynet til mottakeren av lønna, og omfanget av omsorgsoppgaver som denne har (Finnvold 2011a). 64 % av kommunene oppgav at den omsorgstrengendes ønsker hadde stor betydning. Denne andelen var bare 20 % i 2002. En tolkning av dette er at folk er blitt mer oppmerksomme på eksistensen av ordningen og i større grad etter spør ordningen. Hensynet til kommunal økonomi oppgis å ha noe betydning, men er ikke blitt viktigere siden 2002. Til tross for at ordningen er blitt dyrere for kommunene, ser det likevel ikke ut til at utgiftene oppleves som et større problem enn før (Finnvold 2011a). Kartleggingen kan tyde på at kommunens kapasitetsproblemer er mindre viktig enn før ved tildeling av omsorgslønn. I 2002 svarte 58 % av kommunene at kapasitetsproblemer var et viktig hensyn ved tildeling, mens 33 % svarte det samme i 2010.

3.2.5 Kommunenes evaluering av ordningen

Kartleggingene i 2002 og 2010 undersøkte også kommunenes oppfatninger av ordningen, gjennom respons på ulike spørsmål/utsagn om omsorgslønn. Omtrent halvparten av de kommuneneansatte som fylte ut skjemaene opplever det som et problem at kriteriene for tildeling av omsorgslønn er for upresise. Omtrent to av tre kommuner mener videre at det er et problem at kriteriene for selve utmålingen er for upresise. Det store flertallet av kommunene mener at departementet bør utforme klarere retningslinjer for utmåling og tildeling av omsorgslønn. Kommunenes holdninger til ordningen er relativt stabile over tid. Kartleggingen antyder likevel at flere kommuner mener ordningen kan spare kommunen for penger. I 2010 var det 63 % av kommunene som var helt eller delvis enige i påstanden «Omsorgslønnsordningen vil kunne spare min kommune for penger». Tilsvarende for 2002 var 43 %.

Et sentralt spørsmål er om omsorgslønn bør være en lovbestemt rett. Utvalgskommunene er delt i dette spørsmålet. Det er like mange som er enig som uenige i at omsorgslønn bør bli en lovfestet rettighet.



Figur 3.2 Omsorgsmottakere som samtidig mottar hjemmetjenester 2007–2010

Kilde: SSB 2007–2010 IPLOS-registeret (foreløpige tall for 2010)

3.2.6 Bruk av andre kommunale tjenester

Kartleggingen i 2010 undersøkte også bruk av andre kommunale tjenester og ytelser i kombinasjon med omsorgslønn (Finnvold 2011a). Bruk av hjemmetjenester sammen med omsorgslønn er blitt mindre vanlig de senere årene; andel med hjemmetjenester er redusert fra 21 % i 2002 til 14 % i 2010.

På landsbasis viser tall fra Statistisk sentralbyrå, basert på IPLOS registrering at det er flest i aldersgruppen 17–66 år som mottar hjemmetjenester i kombinasjon med omsorgslønn. For aldersgruppen 0–17 år er sannsynligheten langt mindre, men viser en økende tendens. For aldersgruppen over 80 år ser det ut som at tilbud om hjemmetjenester reduseres dersom omsorgslønn er innvilget.

Det er svært vanlig, særlig for yngre brukere at disse også er mottakere av hjelpestønad. Mange kommuner krever at de som søker om omsorgslønn også søker om hjelpestønad.

De fleste kommunene (81 %) har tilbud om personlig brukerstyrt assistanse (BPA) til alle aldersgrupper (Finnvold 2011a). Kartleggingen viser at BPA brukes hos 8 % av alle som får omsorgslønn, og først og fremst i de to aldersgruppene 0–17 år (11 %) og 60–67 år (10 %). Ordningen ser ut til å bli lite brukt i aldergruppen 18–59 år.

Av øvrige tjenester er trygghetsalarm mest vanlig blant de eldre (41 % av de over 67 år) og dagsenter/avlastning mest vanlig blant de yngste (75 % av de under 17 år).

3.3 Yrkesdeltakelse og erfaringer med kommunale støtteordninger hos familier med funksjonshemmede barn

Familier med barn med krevende funksjonshemninger er en stor gruppe innenfor omsorgslønsordningen. Foreldre til barn med krevende funksjonshemninger står overfor store utfordringer med å opprettholde og/eller opprette relasjoner til yrkeslivet, eller med å fullføre utdanning som kvalifiserer for arbeidsmarkedet. Et sentralt spørsmål er om disse foreldrene og spesielt mødre får en svakere tilknytning til arbeidsmarkedet enn de ville hatt dersom de ikke var mottakere av omsorgslønn.

På oppdrag fra Kaasa-utvalget har NOVA i samarbeid med SSB undersøkt yrkesdeltakelse og erfaringer med kommunale støtteordninger

hos familier med funksjonshemmede barn (Finnvold 2011b). Et spørreskjema ble sendt til et nettutvalg som omfattet 2000 mottakere av utvidet hjelpestønad sats 3 og 4. Dette innebærer familier med meget omfattende pleieoppgaver for barna.

Spørreskjemaet bestod av spørsmål om barnets hjelpebehov, omfanget av kommunalt hjelpe-tilbud, foreldrenes tilfredshet med de kommunale tjenestene, omfanget av ulønnet hjelp og preferanser med hensyn til hjelp fra det offentlige. Skjemaet inneholdt også spørsmål om familien mottok omsorgslønn, eventuelt antall timer, hvem i familien som mottar omsorgslønn (mor eller far), tidligere mottak av omsorgslønn, årsaken til at de eventuelt ikke mottar omsorgslønn, mors og fars utdannings- og yrkesaktivitet, egenvurdert helse hos mor, mm.

Problemstillinger som belyses i undersøkelsen er:

- Hvilke faktorer bestemmer graden av yrkesaktivitet/høyeste oppnådde utdanning? Påvirker omsorgslønn yrkesaktivitet? Er det slik at vel-fungerende og omfattende kommunale tjenester legger til rette for yrkesdeltakelse, mens bruk av kontantytelser – eventuelt også understøttet av trygdeordninger – fører til mindre grad av yrkesdeltaking?
- Variasjoner i bruken av ordningen: hvorfor har noen familier denne ytelsen, mens andre ikke har? Er det barnets funksjonsevne som er avgjørende? Hva betyr kommunal praksis med hensyn til bruken av ytelsen?
- Hvilke løsninger foretrekker foreldrene selv med hensyn til hjelp fra det offentlige? I hvilken grad er lav yrkesaktivitet et uttrykk for preferanser eller bevisste valg hos foreldrene?
- Hvordan er den selvrapporterte helsen til mødrene i utvalget? Hvordan oppfatter mødre med krevende omsorgsoppgaver egen helse sammenliknet med den øvrige befolkningen? I hvilken grad virker sosio – demografiske kjennetegn inn på egenvurdert helse, og hvordan virker barnets funksjonsevne inn?

Svarprosenten var 53 % (1066). Det var systematiske forskjeller mellom svarerne og ikke-svarerne når det gjaldt yrkesaktivitet. Gjennomsnittstallene for yrkesaktivitet er derfor noe høyere i undersøkelsen enn reelt for gruppen.

3.3.1 Yrkesdeltakelse

25 % av mødrene i familiene med funksjonshemmede barn som svarte på undersøkelsen til Finn-vold var utenfor arbeidslivet. 4 % studerte eller var

under utdanning, dvs. 21 % verken arbeidet eller studerte (N=234). Av de 75 % som arbeidet var det 31 % som arbeidet fulltid og 44 % som arbeidet deltid.

Flertallet i utvalget var tilfreds med graden av yrkesaktivitet. 33 % ønsket å jobbe mer, og 24 % ønsket å jobbe mindre. Av de som var utenfor arbeidslivet var det 54 % som svarte at de helst ville arbeide mer.

Undersøkelsen viste at graden av yrkesaktivitet hos mødre med funksjonshemmede barn hadde sterk sammenheng med sosiokulturell bakgrunn, mors utdanning, barnets funksjonsevne/hjelpebehov og mødrenes egenvurderte helsetilstand. 41 % av mødre med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn var verken i arbeid eller utdanning. For mødre med grunnskoleutdanning som høyeste fullførte utdanning var denne andelen 36 %. Gjennomsnittlig yrkesaktivitet var klart lavere dersom barna hadde store tilsynsbehov.

Mødrene i undersøkelsen hadde en klart mer negativ egenvurdert helsetilstand sammenliknet med det som er gjennomsnittet for den øvrige befolkningen (Finnvold 2011b) Mødre i utvalget med svak egenvurdert helse var mindre yrkesaktive enn de med god egenvurdert helse. 21 % av mødrene med svak egenvurdert helse var verken i arbeid eller under utdanning.

43 % av mødrene med funksjonshemmede barn i undersøkelsen hadde omsorgslønn fra kommunen. I 2 % av tilfellene var far mottaker av omsorgslønn. De mødrene som mottok omsorgslønn hadde i gjennomsnitt lavere yrkesaktivitet enn de mødrene som ikke mottok omsorgslønn, men avlastning.

De som er brukere hvor pårørende mottar omsorgslønn er samtidig ofte mottakere av avlastningstjenester (Finnvold 2011b). Det er ikke snakk om enten eller, men både – og når det gjelder tjenester og kontantytelser. Det mest vanlige er tjenester og kontantytelser.

3.3.2 Preferanser for bruk av kontantytelser vs tjenester

Relevante spørsmål er hvorvidt foreldre ønsker kontantytelser slik at de kan være hjemme med barna? Hvilke grupper ønsker heller kommunale tjenester for bedre å kunne kombinere omsorgsoppgaver med yrkesdeltakelse? Ettersom yrkesdeltakelsen er særlig lav for mødre med relativt alvorlige funksjonshemminger, kunne det være slik at denne gruppa i større grad enn andre ønsket å være hjemme. Resultatene av undersøkelsen til Finnvold viste det motsatte: disse

mødrene ønsket i større grad enn andre, velferdsordninger som legger til rette for yrkesdeltakelse (Finnvold 2011b). Det var færre i denne gruppa som ville prioritere kontantstøtteordninger slik at de kunne være mer hjemme. Mødre med særlig krevende omsorgsoppgaver ga uttrykk for at jo mer krevende omsorgsoppgaver, jo mer øker behovet for samfunnsdeltakelse gjennom yrkesaktivitet.

Undersøkelsen til Finnvold viste sosiale variasjoner i preferanser for å være hjemme med barnet. Mødre med lav utdanning og mødre med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn hadde i større grad enn det øvrige utvalget ønsker om å ta i mot kontantytelser for å være hjemme med barnet (Finnvold 2011b). En årsaksforklaring kan være at den delen av arbeidsmarkedet som rekrutterer disse gruppene i mindre grad legger til rette for å kombinere arbeid med omsorgsoppgaver.

3.4 Oppsummering

Mandatet omhandler økonomiske ytelser til pårørende som utfører omsorgsoppgaver som kommunen plikter å gi. Det etterlyses ordninger som gjør det lettere å kombinere yrkesaktivitet med omsorg for barn og pleietrengende voksne.

Dagens omsorgslønnsordning har flere svakheter, ulik praksis for ordningen fra kommune til kommune, manglende forutsigbarhet, mangelfull informasjon og ulikhet i betaling.

Det er et mål med økt deltakelse på arbeidsmarkedet. Dette gjelder i særlig grad kvinner. Kartlegging viser at kvinner er dominerende som omsorgsgivere og mottakere av omsorgslønn. Omsorgslønnsordningen er ikke i seg selv diskriminerende, men bygger opp under strukturelle forskjeller ved at den ikke tilstrekkelig ivaretar pensjonssikring, ferieordninger og sykelønnsordninger.

Studien av yrkestilhørighet blant pårørende med store omsorgsoppgaver viser at mange heller vil ha tjenester og være i arbeid enn å prioritere kontantytelser. Dette er ikke entydig, da kvinner med lav utdannelse og sviktende helse heller vil ha kontanter. Forskningen synliggjør også at omsorgsgivere oppfatter sin helsetilstand som dårligere enn hva normalbefolkningen gjør (Finnvold 2011b).

Utvalgets oppdrag er å se på dagens omsorgslønn i samvirke med tilstøtende ordninger; hjelpestønad og pleiepenger. Hvilken funksjon fyller hver av disse isolert sett, og hvordan kan de ses i sammenheng. Det er behov for å se på gjeldende

regelverk og på praktisering av den enkelte ordning, samt koordineringen av ordningene. Konteksten disse ses innenfor er det spekter av virkemidler/tjenester en kommune har, og hvordan disse kan virke sammen med statlige ordninger. Løsningene skal være slik at en praktisering av ordningene underbygger omsorgsgivers kontakt med arbeidslivet.

Utvalget er opptatt av at bruker er den sentrale part, og det er kvaliteten på omsorgen som gis som er den overordnede målsetting. Ytelser må være slik at de sikrer den beste omsorg for bruker. Det blir derfor viktig å se på kvalitetsmessige aspekt ved omsorgen.

Kapittel 4

Historisk perspektiv

4.1 Familien som hovedprodusent av omsorg 1945 fram til 1965

I et historisk perspektiv er den moderne norske velferdsstaten med godt utbygde stønadsordninger og tjenester svært ung. Det ideologiske grunnlaget for velferdsstaten ble etablert i fattigforsorgs-samfunnet som fortsatt eksisterte i mellomkrigstiden. Helt fram til 1960-tallet tok forsorgen hånd om mennesker med nedsatt funksjons- evne uten familie, mens familien hadde hovedansvaret for å yte omsorg til barn, voksne og eldre hjelpetrequende også i mellomkrigstiden (Seip 1994). De to første tiårene etter den andre verdenskrig var familien for mange den eneste trygge havnen de hadde, og den fikk derfor en sterk symbolsk betydning i gjenreisningssamfunnet.

4.2 Den offentlige revolusjon, 1965 fram til 1990

I 1964 fikk det offentlige gjennom lov om sosial omsorg et lovpålagt ansvar for å yte omsorg til voksne hjelpetrequende (Seip 1994), men det var først på 1970-tallet at tjenestene ble bygget ut i et stort omfang (Gautun 2003). Veksten i helse- og sosialsektoren fra 1970 til 1980 var så sterk at den har fått navnet «offentlig revolusjon» (Skrede 1986). Både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten ble bygget ut, og det kom også en sterk vekst i hjemmetjenestene. Samtidig ble folketrygden bygget ut, og gjennom folketrygdloven av 1966 ble de fleste økonomiske risikosituasjoner dekket av trygdeordninger. Restgruppen som falt utenfor skulle fanges opp av sosialhjelpen, som var hjemlet i lov om sosial omsorg fra 1964 (Barstad 1997). I tiårene etter har det funnet sted en fortsatt vekst, og både helse- og sosialsektoren har gjennomgått store endringer. Prinsippet om at velferdsstaten skal ha hovedansvaret for å være et

sikkerhetsnett for den enkelte, både økonomisk og når det gjelder å yte pleie- og omsorgstjenester, har imidlertid stått fast helt fram til i dag. Den eneste gruppen som familien (foreldre) fortsatt har et lovpålagt ansvar for å forsørge og yte omsorg til, er barn under 18 år.

4.3 Holdningene til å motta offentlig omsorg i endring

Holdningene til å motta pleie- og omsorgstjenester fra det offentlige endret seg radikalt fra 1960 tallet fram til 1980 og 1990 tallet (Daatland 1997). Undersøkelser på 1960-tallet avdekket stor skepsis til offentlige pleie- og omsorgstjenester. Et stort flertall av befolkningen ga uttrykk for at de foretrakk å få hjelp fra familien framfor fra det offentlige. Daatland (1993) hevder at en av grunnene til at folk ikke ville ta i mot hjemmetjenester var at de opplevde det som stigmatiserende at slike tjenester var organisert gjennom sosialhjelpskontorene. En annen grunn var at folk ikke var vant til å tenke at det offentlige skulle yte omsorg. Det var noe familien skulle sørge for. Etter hvert som tjenestene ble bygget ut, svarte stadig flere eldre, som var den største gruppen hjelpetrequende, at de ville be det offentlige om hjelp (Daatland 1990, Lingsom 1997). I undersøkelser som ble gjennomført på 1980- og 1990-tallet svarte de fleste eldre at de foretrakk å få hjelp fra det offentlige, framfor familien, bortsett fra når det gjaldt hjelp fra ektefelle (Lingsom 1997). Selv om stadig flere foretrakk offentlig omsorg, skilte folk mellom funksjonene de mente det offentlige og familien skulle dekke. Det offentlige ble forventet å skulle yte langvarig pleie og noen typer praktisk hjelp over lengre tid, mens familien ble oppfattet som den man kunne gå til i akutte kriser, og som kunne ivareta kortvarige behov som andre institusjoner ikke var fleksible nok til å imøtekomme (Daatland 1993).

4.4 Barn som trenger ekstra omsorg sett i et historisk perspektiv

Noen barn har nedsatt funksjonsevne og /eller blir rammet av alvorlig langvarig sykdom og trenger omsorg utover det som er vanlig. Før 1960-tallet ble omsorgen for barn med spesielle behov enten ivaretatt av familien, uten særlig hjelp og støtte fra det offentlige, eller det offentlige tok over omsorgen helt i form av innskrivning på internatskole eller institusjon (Lundeby & Tøssebro 2009: 157). Etter 1965 skjedde et skifte fra «enten eller» familieomsorg eller offentlige tjenester til et «både og». Idealet siden midten av sekstitallet har vært at barn skal vokse opp med familien, men at det offentlige skal yte hjelp og støtte som er nødvendig for å sikre en oppvekst og et familieliv som er så normalt som mulig (Lundeby & Tøssebro 2009:157). Etter hvert som yrkesaktiviteten blant kvinner, og småbarnsmødre generelt økte, har intensjonen med hjelp og støtte til familier med barn som trenger ekstra omsorg, også vært å bidra til yrkesdeltakelse blant disse mødrene.

Siden midten av 60-tallet har det blitt satt fokus på å bygge ut gode ordninger og tjenester som tilrettelegger for at mødre, og etter hvert fedre kan kombinere omsorg for små barn med yrkesdeltakelse (Gautun 2008). Godt utbygde svangerskaps- og permisjonsordninger og barnehager fører til at de fleste foreldre i dag klarer å kombinere omsorg for barn med yrkesaktivitet. Ordningene og tjenestene, som er etablert for alle småbarnsforeldre, bidrar også til at foreldre med barn som trenger ekstra omsorg kan kombinere omsorgen med yrkesaktivitet. Lundeby og Tøssebro (2009:150) påpeker at det er erkjent at familier som har barn med nedsatt funksjonsevne trenger støtte utover det som ytes til familier flest, og viser til at den norske velferdsstaten har påtatt seg et betydelig ansvar for å yte praktisk og økonomisk støtte til barn med nedsatt funksjonsevne og deres familier. Hjelpen tenkes i all hovedsak gitt innenfor rammer der familien har hovedansvaret (Tøssebro & Lundeby 2002). Hjelpeapparatet er en nødvendig forutsetning for et så vanlig familieliv og en så vanlig oppvekst som mulig, og for at begge foreldre kan være yrkesaktive. Tøssebro og Lundeby (2009) viser både til forskning som er gjennomført i andre land, forskning i Norge og en egen undersøkelse som viser at foreldre, og spesielt mødre, til barn med nedsatt funksjonsevne reduserer yrkesaktiviteten. Norske mødre skiller seg imidlertid ut ved i mindre grad å «sakke etter» i yrkeslivet sammenlignet med andre norske

mødre. Tøssebro og Lundeby (2009) sier dette kan skyldes at den norske velferdsstaten har lyktes godt med å kompensere for merarbeidet, og dermed bidrar til at mødrene kan jobbe så mye som de gjør. Samtidig viser de til flere undersøkelser som har vist at hjelpeordningene som er ment å avlaste familiene og gi gode rammer for barna og foreldrene, samtidig medfører belastninger og merarbeid.

Det offentlige hjelpeapparatets dreining bort fra institusjonsomsorg og mot at tjenester skal ytes i brukernes egne hjem, har ført til at foreldre, og også andre i familien, har fått et større omsorgsansvar for barn med redusert funksjonsevne, også etter at de har blitt voksne. Avviklingen av institusjoner og segregerte løsninger kan spores tilbake til 1960-tallet, og fant sted innen flere sektorer, men den store bølgen av utflytting fra institusjoner kom under ansvarsreformen i 1991. Da ble ansvaret for bo – og tjenestetilbud til psykisk utviklingshemmede overført til fylkeskommunene, slik at ansvaret i sin helhet ble kommunalt. Før 1991 var ansvaret delt mellom fylkeskommunen og kommunen (Tøssebro & Lundeby 2002). Tøssebro og Lundeby (2002:15) påpeker at hovedprinsippene for omsorgen for utviklingshemmede, og andre som ble lagt på slutten av 1980-tallet, og som fortsatt gjelder, var farvel til særomsorg og ja til normalisering, integrering og et samfunn for alle i kommunene. Funksjonshemmede skal leve et liv som er så likt andres som mulig, og tjenester skal ytes på en så lite påfallende måte som mulig. Psykisk utviklingshemmede skal bo i en bolig som ser ut som andre boliger, som skal være et hjem i et vanlig bomiljø. En viktig målsetting er at psykisk utviklingshemmede skal flytte hjemmefra når de blir voksne. Før den tid skal tjenestene være orientert mot å hjelpe familien slik at barnet eller ungdommen kan bo hjemme. Til tross for at ansvarsreformen innebar at også flere psykisk utviklingshemmede som bodde sammen med sine familier fikk egen bolig og hjemmetjenester, viser Tøssebro og Lundeby (2002) til at det fortsatt er en del personer uten tilbud. Mange foreldre yter omsorg til voksne psykisk utviklingshemmede barn uavhengig av om datteren/sønnen bor i egen bolig eller sammen med dem.

4.5 Familieomsorg i endring

Til tross for at det offentlige har hatt et lovpålagt ansvar for å yte pleie og omsorg til voksne og eldre i noen tiår, samtidig som det har funnet sted

en kraftig utbygging av pleie- og omsorgstjenestene, og at befolkningens holdninger til å motta offentlig omsorg har endret seg radikalt i positiv retning, viser en rekke undersøkelser i Norge fra midten av 1960 tallet og helt fram til i dag at familien har opprettholdt en sentral omsorgsrolle for eldre og andre voksne hjelpetrequende (Lingsom 1997, Romøren 2001, Gautun 2003, 2008, Rønning, Schanke & Johansen, 2009).

En studie av samspill mellom offentlige tjenester og familieomsorg til voksne og eldre i Norge i perioden 1965 til 1995 viser en stabilitet i omfanget av familieomsorg som ytes for hele 30-års perioden (Lingsom 1997). Det forekom ingen svingninger i omfanget av familieomsorg som ble ytt i ulike perioder med vekst og innstramning i de offentlige pleie- og omsorgstjenestene i denne perioden. Det har imidlertid funnet sted endringer i den interne arbeidsdelingen. Familieomsorgsoppgavene har i økende grad blitt fordelt på flere hender. Flere familieomsorgsgivere stiller opp for en omsorgstrengende, noe som i stor grad skyldes at stadig flere menn (sønner) også yter omsorg.

Det er dokumentert at familien også i årene etter 1995 yter omfattende omsorg til eldre (Gautun 2003). De vanligste typene hjelp familieomsorgsgivere gir til eldre er ulike typer av praktisk hjelp. Familieomsorgsgivere gir i liten grad pleie til eldre, dvs. hjelp som er knyttet til kroppens funksjoner, som hjelp til toalett, dusje, spise eller ta medisiner. Det ser ut til at familien og det offentlige hjelpeapparatet har inngått en arbeidsdeling i omsorgen for de aller eldste, der det offentlige i hovedsak tar seg av de tyngste pleieoppgavene, og familien stiller opp med praktisk hjelp og tilsyn, i tillegg til at de i akutte situasjoner hjelper de eldre slik at de får hjelp fra det offentlige når det trengs. Denne arbeidsdelingen er mest tydelig når familieomsorgsgiverne er døtre og sønner, men mindre tydelig når den omsorgstrengende er en eldre (mann) som ikke er alt for gammel, og omsorgsgiver er ektefelle. Romøren og Gautun finner som Lingsom, at kvinner fortsatt har en sentral omsorgsrolle i familien, men at mange menn også yter omsorg til eldre i dag.

4.6 Den nye tidsklemme – jobb og omsorg for gamle foreldre

Det har inntil nylig i liten grad blitt satt fokus på, og forsket på, familieforpliktelser som oppstår sent i yrkesløpet i Norge og Norden. Undersøkelser som er gjort i de senere år viser at stadig flere

arbeidstakere i 50- og 60 års alderen kommer i «klemme» mellom jobb og omsorgsforpliktelser overfor gamle foreldre. Utfordringene vil bli enda større i årene som kommer (Gautun & Hernes 2006, Szebehely 2009). Framskrivninger for Norge viser at mens det i dag er om lag ti eldre som er 85 år og eldre per hundre personer i aldersgruppen 50–64 år, så vil dette tallet være nær 30 i 2050, (St.meld. nr. 25 (2005–2006) Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer). Vi vil altså få en kraftig reduksjon i generasjonen under de aller eldste, og presset på disse vil sannsynligvis også bli større, fordi de vil få færre å dele omsorgsoppgavene med. På grunn av aldringen i samfunnet øker utfordringen med å få til en god arbeidsdeling mellom det offentlige og familiens omsorg. På den ene side fordrer de økonomiske utfordringene knyttet til pensjonsutbetalinger og finansiering av helse- og omsorgstjenester en høy sysselsetting blant kvinner og menn også sent i yrkeslivet. Samtidig vil vi fortsatt være avhengig av at familien stiller opp for de aller eldste (Gautun & Hernes 2006).

Norden har vært sent ute, men helt siden tidlig på 1990- tallet har det i enkelte andre land vært en økende interesse for tema relatert til jobb og omsorgsklemma for gamle foreldre. En gjennomgang av forskningslitteraturen viser at det meste av forskningen på jobb og omsorgsklemma er gjort i USA og Storbritannia, men det er også gjennomført studier i Canada, Australia og andre land i EU (Gautun 2008). Forskningslitteraturen viser at det først og fremst er personer i 50–60 års alderen som kommer i en klemme der de tar omsorg for gamle foreldre samtidig som de er i betalt arbeid. De fleste av disse er ferdige med den fasen i livet der de må ta omsorg for egne barn. Videre viser gjennomgangen at omsorgsarbeidet er sterkt kjønnsavhengig både når det gjelder type omsorg og omfanget som gis, og hvem som er brukere. Kvinner står for hoveddelen av omsorgen som gis. Det vanligste er at de gir omsorg til mødre, deretter svigermødre og så fedre. Videre viser forskningslitteraturen fra andre land at omsorgsforpliktelser overfor gamle foreldre går ut over arbeidssituasjonen. Arbeidstakere blir ukonsentrerte og får økt fravær, og flere kvinner velger å jobbe deltid. Tre typer av politiske virkemidler er utledet fra forskningslitteraturen, som kan gjøre det lettere å mestre en slik jobb og omsorgssituasjon. Disse går på 1) hvilket tjenesteapparat som er egnet til å støtte arbeidstakere med omsorgsforpliktelser for eldre 2) ulike former for økonomiske støtteordninger til slike omsorgsgivere, og 3) en arbeidslivspolitik som

setter søkelys på hva som kan gjøres på arbeidsplassen for arbeidstakere som kommer i en slik livssituasjon (Gautun 2008).

I Norge har det siden 2006 blitt gjennomført tre større studier som systematisk har undersøkt hvordan middelaldrende og eldre arbeidstakere kombinerer jobb og omsorg for gamle foreldre. Den første ble gjennomført av Forskningsstiftelsen Fafo og Frischsenteret ved Universitetet i Oslo i 2006–2008. I denne studien ble det både gjennomført registerdata-analyser og landsrepresentative undersøkelser i befolkningen i alderen 45 til 65 år. I 2008 gjennomførte Fafo en Liv- og arbeidsundersøkelse i et landsrepresentativt utvalg av medlemmene til Fagforbundet (LO) som også inneholdt spørsmål om hvordan arbeidstakere kombinerer jobb og omsorg for gamle foreldre. Et stort flertall av medlemmene er kvinner i femtiårsalderen, som jobber innen pleie og omsorgssektoren i kommunene. Den tredje studien er gjennomført av NOVA, som i stor grad har fulgt opp og undersøkt samme spørsmål som i de to førstnevnte studiene, i en yngre aldersgruppe (Daatland, Veenstra & Lima 2010).

Den førstnevnte studien viser at ca. halvparten av alle i aldersgruppen 45–65 år har en eller begge foreldre i live. Økt levealder vil føre til at andelen blir større i årene som kommer. Den landsrepresentative undersøkelsen viser at i alt 70 % av de med en eller begge foreldre i live er yrkesaktive og gir praktisk hjelp/og eller pleie til foreldre. Omtrent like mange menn (sønner) som kvinner (døtre) stiller opp (Gautun 2008). Det er imidlertid noen forskjeller i hva slags type prak-

tisk hjelp døtre og sønner gir. Flest sønner hjelper til med oppgaver av typen reparasjoner, snømåking og hagearbeid, mens flest døtre hjelper med husarbeid som rengjøring og vask av klær. Like mange døtre og sønner hjelper til med kjøring, kontakt og hjelp i forhold til det offentlige hjelpeapparatet. Over halvparten (57 %) av de som er yrkesaktive og samtidig gir omsorg til gamle foreldre, svarer at de alt i alt synes det har vært vanskelig å kombinere omsorgssituasjonen med jobb det siste året. Like mange menn som kvinner opplever det vanskelig. Hyppigst oppgitte effekter på arbeidssituasjonen er: uregelmessig tilstedeværelse på jobb, konsentrasjonsproblemer og at de blir forhindret i å delta aktivt i sosiale og karrierefremmende aktiviteter. At situasjonen oppleves som vanskelig kan også skyldes bekymring for og dårlig samvittighet for at tid blir brukt på jobb i stedet for den omsorgstrengende.

Den landsrepresentative undersøkelsen er også supplert med en registerdatastudie (Fevang m.fl 2010). Denne viser blant annet at omsorg for en enslig forelder har betydning både for barnas arbeidsmarkedsdeltakelse og for bruk av trygdeordninger. Virkningene er imidlertid ulike for menn og kvinner, fordi kvinner i større grad reduserer sin arbeidstid ved den økte omsorgsbyrden, mens menn velger å arbeide som før og gjennom det øker mulighetene for å slite seg ut. Undersøkelsen viser også dette, og en større andel menn enn kvinner i denne situasjonen går over på trygdeordninger som følge av omsorgsoppgavene. For menn øker denne andelen også etter foreldrenes død.

Kapittel 5

Fremskriving av befolkningsutvikling og av omsorgsbehovet

Befolkningsutvikling

Fram mot 2050 vil vi få en betydelig økning i antall eldre. I følge SSBs befolkningsfremskrivning 2006 (SSB, middel nasjonal vekst alternativ MMMM) vil folketallet fortsette å stige jevnt fra 4,9 mill i 2011 til 6 mill i 2030 og 6,6 mill i 2050. Antall personer over 80 år kan komme til å øke fra 220 000 (4,5 %) i 2011 til nesten 350 000 (5,8 %) i 2030 og over 550 000 (8,3 %) i 2050. Tross dette bildet er demografisk sett Norge et av de land i Europa som vil ha de minst dramatiske endringer i alderssammensetning i befolkningen, dels fordi vi allerede har gjennomgått slike endringer, og dels fordi vi har høyere fødselstall, slik at aldringen er kombinert med fortsatt befolkningsvekst.

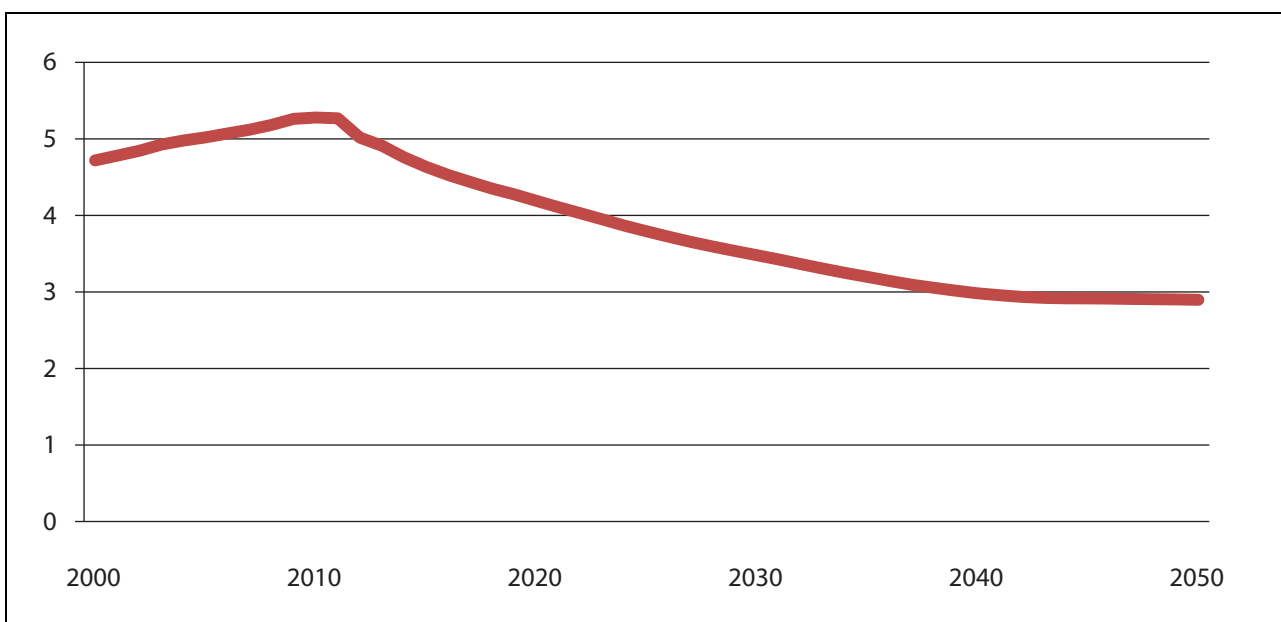
Alderssammensetning og aldersbæreevne

En ikke ubetydelig del av den totale befolkningsveksten er knyttet til veksten i den eldre del av

befolkningen. Antall personer over 67 år vil mer enn fordobles fram mot 2050.

Nedgangen i andel personer i yrkesaktiv alder i forhold til andel eldre, vil trolig bli en utfordring både hva gjelder personellsituasjon innen helse- og omsorgssektoren og for øvrig verdiskaping og velferdsutvikling. De mellom 67 og 80 år kan imidlertid forventes å være mer ressurssterke, ha bedre økonomi, bedre boforhold, høyere utdanning og bedre helse enn tidligere generasjoner (Ældre/Sagen 2001, Barstad 2006). Dette vil være en ressurs i framtiden.

Aldersbæreevnen viser forholdet mellom den yrkesaktive befolkningen og den eldre delen av befolkningen, og er av vesentlig interesse for framtidens økonomiske bæreevne og for velferds-tilbud og helse- og omsorgstjenestene. I 2000 var det 4,7 personer i yrkesaktiv alder per eldre, mens koeffisienten for aldersbæreevne reduseres til 3,5 i 2030 og 2,9 i 2050.



Figur 5.1 Antall personer i yrkesaktiv alder (16–66 år) per person 67 år og eldre. (2000–2050)

Kilde: Statistisk sentralbyrå 2011

Omsorgsgivere i familienettverket

Familieomsorgskoeffisienten, forholdet mellom antall personer over 85 år og antall personer i alderen 50–66 år, er et uttrykk for antallet potensielle familieomsorgsgivere og omsorgstrengende eldre. Grunnen til at de to aldersgruppene inngår i dette målet er at eldre over 85 år har de største omsorgsbehovene i befolkningen, og aldersgruppen 50–66 er de som i størst grad yter omsorg til eldre i familien.

Endringer i befolkningens alderssammensetning har betydning for hvor mange familieomsorgsgivere de aller eldste kan støtte seg på og vil kunne påvirke framtidige familieomsorgsmønstre.

Familieomsorgskoeffisienten slår sterkt ut i Norge, men kan gi et noe forenklet bilde av utviklingen framover, fordi det er flere utviklingstrekk enn alderssammensetningen som har betydning for potensiell omsorgsyting i familien, og fordi kulturelle endringer også påvirker omsorgsyting. Noen av disse utviklingstrekkene kan dempe bekymringen som koeffisienten uttrykker når det gjelder familieomsorgen, mens andre kan gi grunn til bekymring for enkelte grupper i befolkningen.

I Norge har familieomsorgen vist seg å være stabil i omfang de siste 20–30 år hvor man har fulgt utviklingen (Daatland og Solem 2000, Rønning 2009). Det kan synes som om familie og offentlig omsorg utfyller hverandre gitt vilkår for dette. Familien kan stille opp uten å måtte ta hele ansvaret og det utvikles et slags partnerskapsforhold (NOU 2011: 11).

En faktor som kan påvirke dette bilde i framtiden vil være geografisk nærhet mellom familie og venner som står hverandre nær i omsorgsrelasjon. Samfunnsstrukturene preges av at mange flytter på seg. Det vil trolig bli større grad av urbanisering – folk foretrekker i større grad å bo i byer. Det er de største byene og kommunene nær disse som har den største nettoutflyttingen i forhold til folketallet. De fleste kommunene i Nord-Norge, Vestlandet nord for Bergen og innlandet i Sør-Norge opplever nettoutflytting. (<http://www.ssb.no/ssp/utg/200905/02/>)

Om noen år kommer den første generasjonen hvor en betydelig andel har gått gjennom en skilsmisse. Vi vet ikke hvordan dette vil slå ut på familieomsorgen. Ved siden av barn er det først og fremst barnebarn som gir praktisk hjelp til eldre. Som et resultat av økningen i folks levealder og reduksjon i barnetallet, er det flere og flere som

har både besteforeldre og oldeforeldre i live. Ettersom det først og fremst er i rett opp- og nedadstigende linje praktisk hjelp og kontakt utveksles, er det kanskje slik at økt innsats fra barnebarn kan kompensere for færre søsken, nieser og nevøer.

Mange sliter i dag med både jobbforpliktelser og familieomsorg, og opplever at omsorgsforpliktelser går utover egen arbeidssituasjon, se kap. 4.6.

Utfordringer knyttet til fremtidig omsorgsbehov

De siste årene er det først og fremst tallet på tjenestemottakere under 67 år som har økt i den kommunale omsorgstjenesten. Det er grunn til å tro at antallet yngre brukere av helse- og omsorgstjenester vil fortsette å øke i årene framover. I tillegg ser vi en stor økning i sykdommer som kan være knyttet til levevaner og helseatferd som folk vil leve med livet ut.

Sykdomsbildet fremover vil trolig preges av kroniske lidelser. Kroniske lidelser øker i forekomst med økende alder. Den medisinske utviklingen bidrar også til at flere overlever akutt sykdom. Selv om vi klarer å gjøre noe med dagens helseutfordringer, vil andelen kroniske syke øke fordi grunnlaget for kroniske lidelser i de neste årene allerede er lagt (Helsedirektoratet 2010).

Kronisk obstruktiv lungesykdom (kols), diabetes, demens, kreft og psykiske lidelser er sykdommer som er i vekst, og utgjør samtidig grupper med store og dermed økende samhandlingsbehov. Verdens helseorganisasjon har beregnet at depresjon vil være den diagnosen som vil påføre samfunnet de største helsemessige kostnadene i 2020. (St.meld. nr. 9 (2008–2009). Hver tredje som er uføretrygdet og hver fjerde nye som blir uføretrygdet i Norge har en psykisk primærdiagnose. Endring i sosiale mønstre, befolkningens forventninger og rettigheter er også forhold som vil bidra til økt etterspørsel etter helsetjenester. Tjenestevæksten som følger av dette kan komme til over tid å innebære store kostnadsøkninger (Helsedirektoratet 2010).

I følge OECD er Norge det landet som bruker flest offentlige kroner per innbygger på helse og blant landene med høyest andel offentlig finansiering av helsesektoren. Med en forventet sterk økning i etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester er det viktig å sikre at ressursene utnyttes på en best mulig måte slik at utviklingen blir bærekraftig.

Migrasjon og helse

Vi må forvente økende multietnisitet i samfunnet. Migrasjon innebærer et oppbrudd fra hjemlandet. Dette fører til fysiske og psykososiale endringer i livssituasjon som kan være både positive og negative. Mange av helseutfordringene (kroniske sykdommer, psykiske plager osv) er felles for den etnisk norske befolkningen og befolkningen med annen etnisk bakgrunn. Innvandrere kan imidlertid også møte særskilte utfordringer, som aktive utstøtningsmekanismer eller høyere barrierer inn mot arbeidslivet og helsevesenet grunnet språk- og kulturforskjeller. Innvandrere kan ha med seg andre måter å forstå helse på enn den norske måten. Dette stiller nye krav til omsorgstjenesten i utvidet forstand, inkludert familieomsorgen.

Økt behov for omsorgstjeneste – hvordan møte behovet

Økt vekst i antall eldre og økt antall yngre brukere av omsorgstjenesten, kombinert med nedgang i andelen personer i yrkesaktiv alder, skaper utfordringer både for pleie- og omsorgstjenestene og for familien. Norge har allerede høy yrkesaktivitet. Det er imidlertid noe potensial i å redusere andelen deltidsansatte. Vi har klart å kombinere en høy yrkesdeltaking blant kvinner med en relativt høy og stabil fruktbarhetsrate, sammenlignet med de fleste andre land. Gode ordninger for lønnet fødselspermisjon, barnehager og skole, mulighet for fleksibel arbeidstid og andre fleksible ordninger i arbeidslivet har ført til at en stor andel foreldre med barn i omsorgstrengende alder også er yrkesaktive.

En fjerdedel i aldersgruppen 55–67 år er ute av arbeidslivet på ulike pensjonsordninger eller liknende. Både i pensjonsreformen og IA avtalen

er det et sentralt mål å heve yrkesdeltakelsen for de som er i alderen 55–67 år. Kvinner som tilhører denne aldersgruppen er dagens viktige familieomsorgsgivere til eldre, og dermed synliggjøres nødvendigheten av å finne gode løsninger som gir mulighet for å kombinere omsorgsoppgaver og arbeid.

Knapphet på omsorgsgivere

Som følge av endringer i alderssammensetningen i befolkningen skjer det ingen vesentlig økning i tilgangen på arbeidskraft og potensielle frivillige omsorgsyttere. En stabil familieomsorg innebærer at det offentlige må ta hele den forventede behovsveksten, og forutsetter en lokalt forankret omsorgstjeneste i et tettere samspill med familie, frivillige og lokalsamfunn (St.meld. nr. 25 2005–2006).

Nye muligheter ved ny teknologi

Stadig nyutvikling og bedre teknologiske løsninger kan gi nye løsninger på utfordringer innenfor omsorg og behandling. Allerede i dag ser vi at teknologiske hjelpemidler bidrar til at den enkelte kan mestre dagliglivet bedre på egen hånd og være uavhengig av hjelp fra andre. Dette skaper også nye muligheter for at omsorgstrengende kan bli ivaretatt utenfor institusjon, i eget hjem i mye større grad enn tidligere. Dette kan stille nye og store krav til familie og omgivelser. Ny kommunikasjonsteknologi kan redusere bekymring for pårørende, gi trygghet og sikre bedre kommunikasjon mellom omsorgsmottaker, pårørende, og offentlig hjelpeapparat. Dette kan gi bedre forutsetninger for familieomsorg. Innovasjon i omsorg omhandler dette tema (NOU 2011: 11).

Kapittel 6

Hovedtrekkene ved dagens ordninger som støtter opp om familieomsorg

Samfunnets plikter til å yte omsorg overfor innbyggere som trenger det har gjennom ulike lover blitt styrket de siste 50 årene. På samme måte har innbyggernes rett til offentlige tjenester blitt styrket (jf. kap. 3). Disse rettighetene og pliktene når det gjelder kommunale tjenester er nå hjemlet i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og lov om bruker og pasientrettigheter. I Norge har vi også gode ordninger for inntektssikring; disse er i hovedsak hjemlet i folketryktdloven (jf. kap. 6.2).

6.1 Kommunale ordninger

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. ble vedtatt 14.6.2011 ved Stortingets lovvedtak 63 (2010–2011). Denne loven tydeliggjør kommunenes plikt til å yte tjenester overfor sine innbyggere. Etter det utvalget erfarer, vil loven etter planen tre i kraft 1.1.2012.

Loven opphever skillet mellom helsetjenester og omsorgstjenester, og etablerer en felles helse- og omsorgstjeneste med felles regelverk, herunder felles klage- og tilsynsinnsans. Ved ikrafttredelsen vil loven erstatte henholdsvis lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. og lov 19.11.1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene.

Utvalget har merket seg at kommunens plikter skal videreføres, men at disse er utformet mer overordnet og profesjonsnøytralt. Kommunen blir underlagt en tydeligere forsvarlighetsplikt som innebærer at tjenestene skal tilrettelegges slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og integrert helse- og omsorgstjenestetilbud. Den enkelte pasients eller brukers rettigheter skal reguleres i ny pasient- og brukerrettighetslov. Utvalget legger til grunn at loven viderefører ret-

tighetsomfanget på dagens nivå, men at reguleringsformen er endret.

De kommunale helse- og omsorgstjenestene er beskrevet i kapittel 3 i den nye loven. Disse gjenspeiler i stor grad dagens tjenestetilbud, og loven skal ifølge forarbeidene ikke medføre vesentlige endringer i tjenestenes materielle innhold. På denne bakgrunn har utvalget funnet det hensiktsmessig å henvise til bestemmelsene i ny lovgivning i fremstillingen av de kommunale helse- og omsorgstjenestene og bestemmelser som regulerer plikter og rettigheter for henholdsvis det offentlige og de private parter.

Utvalget registrerer at dagens omsorgslønnsordning er videreført i lovens § 3-6, hvor følgende er bestemt:

Kommunen skal ha tilbud om omsorgslønn til personer som har et særlig tyngende omsorgsarbeid.

Helse- og sosialkomiteen har under behandlingen av loven vist til dette utvalgets gjennomgang av omsorgslønnsordningen. Følgende er fremholdt innledningsvis under pkt. 2.3.3.4 i komitéens innstilling:

«Komiteen har merket seg at gjeldende rett videreføres med hensyn til omsorgslønn. Komiteen imøteser imidlertid resultatet av det utredningsarbeidet som foregår på dette området, for å få et mer helhetlig system.»

Når det gjelder gjeldende rett på området, har utvalget i hovedsak valgt å vise til det tidligere Sosial- og helsedepartementets rundskriv I-42/98, Omsorgslønn. Fremstillingen bygger også på det samme departementets rundskriv I-1/93, Lov om sosiale tjenester.

6.1.1 Omsorgslønn. Gjeldende rett og praksis

Bakgrunn og formål

Omsorgslønn ble lovfestet i lov om helsetjenesten i kommunene, og trådte i kraft 1.1.1988. Lovfestingen var en formell regulering av en kommunal praksis som hadde vært rettet mot personer som ga omsorg til pleietrengende familiemedlemmer. I 1991 ble det vedtatt at omsorgslønn skulle inngå i lov om sosiale tjenester § 4-2 bokstav e. Loven trådte i kraft 1.1.1993. En vesentlig endring var at ordningen etter dette omfattet alt frivillig omsorgsarbeid, og ikke bare overfor familiemedlemmer. Omsorgslønnsordningen er videreført i § 3-6 i ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Bestemmelsen lyder slik:

«Kommunen skal ha tilbud om omsorgslønn til personer som har et særlig tyngende omsorgsarbeid.»

Omsorgslønn er nærmere omtalt i det tidligere Sosial- og helsedepartementets rundskriv I-42/98 (heretter rundskriv I-42/98). Hovedformålet er formulert på rundskrivets side 5, pkt. 1:

Hovedformålet med omsorgslønnordninga er å bidra til best mogeleg omsorg for dei som treng hjelp i dagleglivet og å gjere det mogeleg for private omsorgsytarar å halde fram med omsorgsarbeidet.

Det følger av lovens ordlyd at kommunene har plikt til å kunne tilby omsorgslønn til den som utfører særlig tyngende omsorgsarbeid. Ordningen omfatter både frivillige omsorgsgivere uten omsorgsplikt og foreldre som har omsorgsplikt for sine mindreårige barn. Omsorgslønn er ikke en individuell rettighet for kommunens innbyggere. Etter ny pasient- og brukerrettighetslov § 2-8 kan den som utfører særlig tyngende omsorgsarbeid kreve å få et vedtak fra kommunen om hvilke tjenester vedkommende kan forvente å få fra kommunen som kan lette omsorgsbyrden, og hva tiltakene skal bestå i. Bestemmelsen, som er en videreføring av § 4-4 i gjeldende lov om sosiale tjenester, gir imidlertid ikke omsorgsgiver eller bruker en konkret rett til tjenester.

Tildeling av omsorgslønn. Vurderingskriterier og saksbehandling.

Kommunen er gitt større rom for skjønn ved vurderingen av om omsorgslønn skal innvilges enn

det som gjelder for andre tjenester. Det skal foretas en bred skjønnsmessig helhetsvurdering, hvor omsorgslønn også blir sett i sammenheng med andre helse- og omsorgstjenester. Dette er lagt til grunn av Høyesterett i Tolga-dommen (Rt 1997 s. 877). Kommunen kan ikke avslå en søknad fordi den ikke har ordningen, eller ikke har satt av nok penger på budsjettet. Den kan tilby andre tjenester eller tiltak som dekker det aktuelle omsorgsbehovet. Omsorgslønn kan også gis i kombinasjon med andre tjenester.

Den som krever omsorgslønn må fremsette en søknad om dette. Både omsorgsgiver og bruker kan søke om omsorgslønn, og de er begge parter i saken etter forvaltningsloven. Kommunen må foreta de undersøkelser som er nødvendige for å vurdere om søknaden kan etterkommes. Kommunens vurdering skal skje ut fra den enkeltes konkrete behov for hjelp, og tjenestene må ligge på et forsvarlig nivå i forhold til de behovene som skal dekkes. Det skal herunder tas individuelle hensyn. Partene skal underrettes om kommunens beslutning i et enkeltvedtak, og dette kan påklages til fylkesmannen.

Omsorgsgivers rettighetsposisjon må ikke sammenblandes med brukerens eventuelle krav på helse- og omsorgstjenester. Brukeren kan ha et selvstendig krav på tjenester overfor kommunen.

Brukermedvirkning

Brukeren har rett til å medvirke ved utformingen og gjennomføringen av helse- og omsorgstjenester. Dette omfatter også omsorgslønn. Reglene om brukermedvirkning videreføres i ny lov om pasient- og brukerrettigheter § 3-1.

Helse- og omsorgstjenester har som regel stor betydning for brukerens velferd og livssituasjon, og en forsvarlig utøvelse av tjenestene betinger samarbeid og dialog med brukeren. Kommunen må så langt som mulig samarbeide med brukeren når tjenestetilbudet utformes og ved gjennomføringen av dette.

Barn under 18 år skal tas med på råd når barnets utvikling og modning og sakens art tilsier det. Barnelova § 31 omhandler foreldrenes ansvar for å høre barnas synspunkter i blant annet saker som gjelder helse- og omsorgstjenester som er rettet mot barnet.

Grunnleggende vilkår for å gi omsorgslønn.

De grunnleggende vilkår for å innvilge omsorgslønn kan oppsummeres slik:

- Omsorgsarbeidet må være nødvendig, i den forstand at brukeren må ha et hjelpebehov som ellers må ivaretas av kommunen.
- En privatperson må ivareta eller ønske å ivareta dette hjelpebehovet.
- Brukeren må mene at omsorg fra privatpersonen er best.
- Kommunen må vurdere det slik at omsorg fra privatpersonen er den beste løsningen. Formålet er at brukeren får «best mogeleg omsorg». Dette etablerer en norm for det private omsorgsarbeidet som har likhetstrekk med forsvarlighetskravet som gjelder når helse- og omsorgstjenester utføres av kommunalt ansatte. Det vises til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 4-1.
- Omsorgsarbeidet må være så omfattende at det blir særlig tyngende.

Det er et grunnleggende vilkår at omsorgsarbeidet er «særlig tyngende». I henhold til rundskriv I-42/98 side 8, pkt.3.1, skal i hovedtrekkene følgende forhold tas med i vurderingen:

- Omfanget (timer per måned) og den fysiske og psykiske belastningen av arbeidet.
- Om arbeidet skjer regelmessig eller periodevis.
- Varigheten av omsorgsarbeidet.
- Om søkeren har omsorgsplikt.
- Om søkeren har inntektstap.

Den delen av omsorgsarbeidet som er særlig tyngende vil i grove trekk tilsvare det kommunen måtte ha dekket med andre tjenester dersom arbeidet ikke utføres av omsorgsgiveren. Når det gjelder den konkrete vurderingen, vil denne måtte omfatte konkrete oppgaver som utføres, for eksempel praktiske husholdsoppgaver og personlig hjelp for å dekke grunnleggende behov, som mat, drikke og hygiene. Det er kommunens oppgave å foreta en beregning av omfanget, som i praksis må bygge på en oversikt over omfanget av de konkrete oppgavene som utføres. Holdepunktene for denne vurderingen er etter alt å dømme mer uklare for noen oppgaver, som for eksempel mer generelt tilsyn med brukeren.

Helsehjelp, slik dette er definert i gjeldende lov om pasientrettigheter § 1-3 bokstav c, skal gis av autorisert helsepersonell, jf. helsepersonelloven § 48. Den som mottar omsorgslønn kan ikke gi brukeren helsehjelp, men vedkommende kan ha funksjon som medhjelper etter helsepersonelloven § 5.

Omsorgsplikt

Foreldre har etter barneloven § 30 omsorgsplikt overfor mindreårige, hjemmeboende barn. Ut over dette, har ingen rettslig plikt til å påta seg omsorgsarbeid for andre. Omsorgsplikt og grensene mellom det offentlige og private ansvaret for omsorg er nærmere omtalt i kapittel 7, pkt. 7.1.

Avlønning

Omsorgslønn tar ikke sikte på å gi omsorgsgiver lønn for hver time omsorgsgiveren arbeider. I Tolga-dommen (Rt 1997 s. 877) slo Høyesterett fast at utmålingen må skje etter en bred vurdering, og denne skal ikke bare være et regnestykke. Kommunen må imidlertid falle ned på et timeantall, og det må skje en konkret utmåling av omsorgslønnen. Det er ikke gitt lovfestede satser for avlønnen. I rundskriv I-42/98 side 10, pkt. 4.1, er det anbefalt at timelønn gis tilsvarende «heimhjelparar». Anbefalingen er kun veiledende.

Omsorgslønnsordningen praktiseres forskjellig og lønnes ulikt fra kommune til kommune. Enkelte kommuner har innført faste satser for omsorgslønn, mens andre har en mer eller mindre skjønnspreget fastsettelse av omsorgslønnens størrelse. Kartlegginger som er foretatt bygger på gjennomsnittlig bruttolønn for omsorgslønnsmotaker, men omfatter ikke opplysninger om konkrete vurderinger som er lagt til grunn for avlønnen (Helsetilsynet 2009).

Omsorgsgiverens arbeidsrettslige stilling

Omsorgsgiverens arbeidsrettslige stilling er ikke regulert i lov. I det tidligere Sosial- og helsedepartementets rundskriv I-42/98, side 12, pkt. 7, er det anbefalt at kommunen inngår en oppdragsavtale med omsorgsgiver, og ikke en ansettelsesavtale. Dette har sammenheng med forholdet til arbeidsmiljøloven § 58A, som setter forbud mot midlertidige ansettelser. Vilkårene for omsorgslønn innebærer at omsorgsarbeidet gjennomgående må betraktes som midlertidig. Kommunenes praksis samsvarer med anbefalingen i rundskriv I-42/98, (Helsetilsynet 2009).

Forhold som gjelder omsorgsgiverens arbeidsrettslige stilling er nærmere omtalt i kapittel 7, pkt. 7.2, og kapittel 11, pkt. 11.2.3.

Kontroll, tilsyn og opplæring

Kommunene er forpliktet til å følge forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten for å sikre at tjenestene som gis er i samsvar med de krav som følger av lovverket. Det er ikke gitt egne regler om kommunalt tilsyn eller kontroll av omsorgslønnsarbeid. Kommunene har dermed ikke hjemmel til å føre tilsyn eller lignende kontrolltiltak i brukerens hjem uten samtykke fra ham eller henne.

Kommunene er forpliktet til å gi personell som utfører tjenestene nødvendig opplæring. Dette følger av helse- og omsorgstjenesteloven §§ 8-1 og 8-2. Opplæringsansvaret følger i dag av gjeldende lov om sosiale tjenester § 2-3. Ansvar er begrenset til å gjelde kommunalt ansatt personell. Den som utfører omsorgsarbeid for omsorgslønn må dermed være kommunalt ansatt for å ha rett til opplæring fra kommunens side.

Forholdet til andre ytelser med samme formål. Avkorting.

Etter lov om sosiale tjenester er den omsorgstrendenes økonomiske situasjon uten betydning ved vurderingen av behovet for omsorgslønn. Folketrygdloven har imidlertid avkortingsregler som kommer til anvendelse i forhold til omsorgslønn. Det kan foretas avkorting i omsorgslønn dersom omsorgsgiver eller bruker mottar ytelser etter folketrygdloven med samme formål. Dersom brukeren mottar *hjelpetønad* etter folketrygdloven §§ 6-4 og 6-5, skal hjelpetønad anvendes først, og kommunen kan ta hensyn til hjelpetønaden ved tildeling og utmåling av omsorgslønnen. Dette følger av folketrygdloven § 6-4 sjette ledd.

Pleiepenger etter folketrygdloven kapittel 9, er en kompensasjon for inntektsbortfall ved pleie og omsorg av alvorlig sykt barn eller nær pårørende. Formålet er i det vesenlige sammenfallende med omsorgslønn. Det foretas ikke avkorting i pleiepenger selv om det gis omsorgslønn. Folketrygdloven gir ikke hjemmel for slik avkorting (se omtale av pleiepenger kap. 6.2.3).

Omsorgslønn innvilges etter en behovsvurdering og utmåles på skjønnsmessig grunnlag. Kommunens adgang til å ta hensyn til andre ytelser ved utmålingen av omsorgslønnen, er således ikke avhengig av lovhjemmel. Andre ytelser er i denne forbindelse blant annet hjelpetønad og pleiepenger.

Det kan videre foretas avkorting i trygdeytelser som omsorgsgiveren mottar. Dette gjelder

Tabell 6.1 Oversikt over klager

År	Klager, totalt	Klager, omsorgslønn
2004	1271	417
2005	1148	369
2006	1006	382
2007	1045	400
2008	882	314
2009	1041	337
2010	1104	388

Kilde: Statens helsetilsyns årsrapporter for 2004–2010.

eventuell alderspensjon, uførepensjon, dagpenger under arbeidsledighet og overgangsstonad.

6.1.2 Klager og klagebehandling

Brukeren og omsorgsgiveren kan fremsette søknad til kommunen om omsorgslønn. Kommunen tar stilling til om vilkårene for å gi omsorgslønn er oppfylt, og partene skal underrettes om kommunens beslutning i et enkeltvedtak. Treffes det vedtak om helt eller delvis avslag, kan dette påklages. Klagefristen er tre uker. Klagen sendes til kommunen, og dersom vedtaket opprettholdes av kommunen skal klagesaken oversendes Fylkesmannen til behandling.

Fylkesmannen kan prøve alle sider av vedtaket, men skal ta hensyn til det kommunale selvstyret og utvise en viss forsiktighet ved prøvingen av det kommunale skjønn. Fylkesmannen kan selv treffe nytt vedtak i saken, eller oppheve det og sende saken tilbake til underinstansen til helt eller delvis ny behandling. Fylkesmannens vedtak er endelig og kan ikke påklages. Vedtaket kan imidlertid bringes inn for domstolene.

Tabellen ovenfor er en oversikt over klagesaker som fylkesmennene har mottatt i perioden 2004 – 2010 om tjenester og ytelser etter lov om sosiale tjenester § 4-2 bokstav a-e. Kolonne 2 omfatter samtlige klagesaker per år. Kolonne 3 omfatter klager per år vedrørende omsorgslønn.

Klager på kommunale vedtak om omsorgslønn er den klart største gruppen klagesaker i perioden. I gjennomsnitt gjelder 1 av 3 klager omsorgslønn. Dette står ikke i forhold til antall søknader som kommunene mottar vedrørende omsorgslønn sammenlignet med søknader om andre tjenester.

Statens helsetilsyn har ikke innhentet andre opplysninger fra fylkesmennene vedrørende kla-

gesaksbehandlingen i den aktuelle perioden. Det er derfor ikke mulig å fremskaffe opplysninger om hva klagen omhandler. Det er imidlertid grunn til å anta at det sterke skjønnspreget som vilkårene for å gi omsorgslønn har, er en hovedgrunn til det store antallet klagesaker. Videre er omsorgslønn en pengeytelse, noe som kan medføre et høyere antall klager vedrørende selve utmålingen enn det som gjelder for de øvrige tjenestene.

På grunn av manglende statistikk er det heller ikke mulig å trekke konklusjoner av fylkesmenne-nes klagesaksbehandling, herunder hvor stor omgjøringsprosenten er. Uoffisielt er en omgjøringsprosent på om lag 30 % et tall som har gått igjen i noen sammenhenger.

Et av de områder som Statens helsetilsyn har pekt ut som bekymringsverdig (Helsetilsynet 2009) er omsorgsmottakerens rettssikkerhet. Klageadgangen er en sentral garanti i så måte, og i lys av ovennevnte tabell er det grunn til å anta at terskelen er noe lavere for å klage på vedtak om omsorgslønn. Dette er for så vidt positivt, men det forholdsvis høye antallet klager er likevel et klart uttrykk for misnøye blant de private partene.

Det sterke innslaget av skjønn som preger omsorgslønnsaker innebærer etter alt å dømme at saksbehandlingen er komplisert for kommunale saksbehandlere. Når det i tillegg fremgår at antallet klagesaker er relativt høyt, er det grunn til å anta at behandlingen av omsorgslønnsaker er forholdsmessig mer ressurskrevende enn andre sammenlignbare sakstyper.

6.1.3 Andre kommunale tjenester og tiltak. Forholdet til omsorgslønn

Omsorgslønn og andre kommunale tjenester

Omsorgslønn forutsetter at en frivillig omsorgsgiver påtar seg særlig tyngende omsorgsoppgaver, men verken omsorgsgiver eller bruker har et ubetinget krav på at hjelpebehovet blir dekket gjennom denne ordningen. Vurderingen av om omsorgslønn skal ytes skjer på et bredt skjønnsmessig grunnlag. Det bør vurderes om andre helse- og omsorgstjenester kan dekke hjelpebehovet på en forsvarlig måte. Kommunen må komme frem til at omsorg fra omsorgsgiver er den beste løsningen. Omsorgslønn kan gis i kombinasjon med andre tjenester, det vil si som ledd i flere tjenester som til sammen dekker brukerens totale hjelpebehov.

Omsorgslønn forutsetter at tjenesten gis av omsorgsgiver i brukerens hjem. Omsorgslønn gis

ikke i tidsrom hvor brukeren oppholder seg i institusjon, som for eksempel ved sykehjemsopphold, opphold i barneverninstitusjon, barnebolig, eller på sykehus.

Tjenester etter ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester kapittel 3

Etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-1 skal kommunen sørge for å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester til personer som oppholder seg i kommunen. Helse- og omsorgstjenester som kommunen skal kunne tilby fremgår av lovens § 3-2 nr. 1-6.

Tjenestene som følger av lovens § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav a-d, regnes i dag som pleie- og omsorgstjenester. Disse består av en blanding av tradisjonelle helsetjenester, som hjemmesykepleie og plass i sykehjem, samt tjenester etter gjeldende lov om sosiale tjenester, som praktisk bistand og opplæring, herunder brukerstyrt personlig assistanse, avlastning, støttekontakt og bolig med heldøgns omsorgstjenester. Dette er tjenester som i praksis er aktuelle å vurdere som alternativ eller supplement i forbindelse med en søknad om omsorgslønn, se også bemerkningene i innledningen til dette kapittelet.

Mange kommuner tilbyr også tjenester ut over de lovpålagte. Slike tjenester bygger på kommunale budsjettvedtak og tildeles etter interne retningslinjer. Eksempler på slike tjenester er blant annet dagsentertilbud, matombringningstjeneste eller lignende servicetjenester. Det er dermed en rekke tjenester og tiltak som kan få betydning ved vurderingen av om omsorgslønn skal innvilges eller ikke, om omsorgslønn skal eller bør gis i kombinasjon med andre tjenester og omsorgslønnens eventuelle omfang.

Opplysning, råd og veiledning

Opplysning, råd og veiledning er ikke en tjeneste i tradisjonell forstand, men er et sentralt virkemiddel for å gjøre brukeren i stand til å medvirke ved valg av tjenester, samt å ivareta sine rettigheter. Lovens § 3-3 første ledd slår fast at kommunen skal fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer, blant annet ved opplysning, råd og veiledning. Helse- og omsorgstjenesten har plikt til å gi individuell opplysning, råd og veiledning. Siktemålet med bestemmelsen er å løse eksisterende problemer, men skal også bidra til å forebygge at problemer oppstår. Bestemmelsen omfatter alt fra rutinemessig henvisning til andre instanser, til personlig råd og veiledning og

familiebehandling, samt opplysning om aktuelle tjenester og saksbehandlingsregler.

Individuell plan. Koordinering av tjenester

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten må ta stilling til om brukere og/eller pasienter som har behov for langsiktige og koordinerte tjenester skal ha en individuell plan. Brukere som er i en slik situasjon kan ha behov for bistand fra flere tjenester innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten og fra andre sektorer, som for eksempel spesialisthelsetjenesten. Brukere som mener de har rett på en individuell plan og ikke får det, kan kreve å få en slik plan. Utarbeidelse av en individuell plan forutsetter brukerens samtykke og medvirkning, alternativt at en formell representant for brukeren avgir samtykke til planen og sikrer brukerens interesser i den forbindelse.

En individuell plan gir ikke i seg selv rett til tjenester, men skal sikre at tjenestene gis på en koordinert og helhetlig måte. Planen skal regulere ansvarsforhold og fordele oppgaver mellom de offentlige etatene som deltar i planen. Den kan inneholde korte og langsiktige målsettinger for brukeren, og må forutsetningsvis evalueres til faste tidspunkter. I tillegg til koordineringshensynet, er det et siktemål at brukeren skal kunne forholde seg til færrest mulig personer, og aller helst til en bestemt koordinator. De fleste instanser på helse- og omsorgssektoren har ansvar for å bidra til etableringen og realiseringen av en individuell plan. Kommunen bærer imidlertid et primæransvar, og det er som hovedregel et kommunalt ansvar å igangsette og koordinere de involverte instansene i den enkelte sak, samt sørge for brukerkontakt og -oppfølging. Det er gitt særregler for individuelle planer som utarbeides i medhold av psykisk helsevernlovgivningen, men unntakene knytter seg i første rekke til samtykkespørsmålet.

Omsorgslønn kan inngå i en individuell plan, men dette vil forutsette at brukeren mottar en eller flere tjenester i tillegg.

Individuell plan er lovfestet i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 7-1. Det er utarbeidet en forskrift med mer detaljerte krav til innholdet av planen, og det er grunn til å tro at denne også vil bli videreført uten vesentlige endringer. Det foreligger også veiledere og maler som kan benyttes i arbeidet med individuell plan.

I lov om kommunale helse- og omsorgstjenester §§ 7-2 og 7-3 er det gitt bestemmelser om koordinator og koordinerende enhet. I § 7-3 er det

bestemt at kommunen skal ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet. Etter § 7-2 skal kommunen tilby en koordinator til brukere med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, samt sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan. Koordinerende enhet skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan etter § 7-1, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator etter § 7-2.

Andre kommunale tjenester (servicetjenester)

Kommunene kan gi tjenester ut over det som følger direkte av lovverket, som et servicetilbud til innbyggerne. Dette kan være spesielle ordninger, eller en utvidelse av allerede lovpålagte ordninger. Slike tilbud forvaltes ofte gjennom kommunale retningslinjer og regnes som en del av kommunens totale tjenestetilbud.

Det lar seg ikke gjøre å lage en uttømmende liste over kommunale servicetjenester, men følgende eksempler kan gis:

- Dag- eller arbeidssenter.
- Aktivitets- eller møteplasser for bestemte brukergrupper.
- Matombringning.
- Trygghetsalarm.
- Omsorgsteknologiske hjelpemidler.
- Tilbud fra frivillige organisasjoner i samarbeid med kommunen.
- Omsorgsboliger.

De ovennevnte tilbudene kan redusere behovet for frivillig omsorgsarbeid som ligger til grunn for omsorgslønn, eller det kan virke avlastende for omsorgsgiver. Enkelte av servicetjenestene kan bidra til å selvstendiggjøre omsorgsmottakeren. Tiltak som dag-/arbeidssenter og aktivitets- og møteplasser kan dekke behov for sosial omgang og fritidsaktiviteter. Alle slike tiltak kan kombineres med lovpålagte tjenester, og kan i noen tilfeller erstatte disse. Matombringningstjenester kan for eksempel erstatte praktisk bistand til matlaging, innkjøp mv.

6.1.4 Pårørendeopplæring

Behovet for opplæring

Når en kommer i en situasjon der en selv eller et familiemedlem får en sykdom, nedsatt funksjonsevne eller av andre grunner trenger hjelp og

støtte, får en behov for ny kunnskap. Det finnes ulike opplæringstilbud og muligheter for støtte til slik opplæring. Her er behov og muligheter for opplæring beskrevet i forhold til den relasjonen man har som pårørende. Retten til opplæring og økonomiske støtteordninger som gjør det mulig å delta på opplæring som pårørende er beskrevet. Noen viktige tilbud er også tatt med, og i faktaboksen er det satt opp en oversikt over steder der man kan finne mer informasjon.

Foreldre

Foreldre til barn med kronisk sykdom eller nedsatt funksjonsevne trenger kunnskap om barnets sykdom/funksjonshemming. De trenger også kunnskap om hvordan de skal hjelpe og støtte sitt barn best mulig. I den første fasen er det vanlig at foreldre etterspør kunnskap om sykdommen og diagnosen. Etter en tid melder behovet seg for å vite mer om rettigheter og muligheter til å leve et godt liv både for barnet, familien og foreldrene.

Viktige instanser som kan gi foreldrene informasjon og opplæring i den første fasen er helsestasjonen, som finnes i alle kommuner, og habiliteringstjenesten, som alle helseregioner har tilbud om. Ved helt spesielle diagnoser kan foreldre få tilbud om kurs og opphold ved spesialinstitusjonene i 3. linjetjenesten. Brukerorganisasjonene med sitt likemannsarbeid og sine kurs kan også være en god støtte for foreldre.

Mange offentlige instanser har et ansvar for å gi informasjon om rettighetene foreldre og barn har når det gjelder behov for hjelp og støtte. I kommunene er koordinerende enhet en viktig instans, det samme er den pedagogisk psykologiske tjenesten (PPT). Kommunen skal tilby foreldrene å få en koordinator (helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2). NAV kan også gi nyttig informasjon. Helsedirektoratet har gitt ut heftet «Barn og unge med nedsatt funksjonsevne – hvilke rettigheter har familien?» På nettsiden for familier med barn som har nedsatt funksjonsevne, «Familienettet», finner en informasjon om rettigheter, tilbud og aktiviteter.

Foreldrene har også behov for kunnskap på egne vegne. Foreldrene kan trenge spesiell oppfølging for å greie å leve i et parforhold i en familie der et av barna har nedsatt funksjonsevne. Familievernkontorene har gode tilbud til foreldre.

Ektefelle

Når ektefellen blir syk eller får en funksjonshemming endres forholdet mellom ektefellene radikalt.

Kunnskap om diagnosen er viktig for begge parter. Hjelp til å finne fram til hvordan en kan organisere hverdagen kan også være nyttig. Likemannsgrupper og kurs for ektefeller er gode tilbud. Både lærings- og mestringssenterne, brukerorganisasjonene og humanitære organisasjoner gjør et viktig arbeid på dette området.

Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse har på oppdrag fra Helsedirektoratet utviklet en nettbasert erfaringsbank med gode eksempler for tjenester til personer med demens.

Barn

Når gamle foreldre trenger hjelp føler de fleste barn et ansvar. I Norge har vi ikke noen juridiske forpliktelser overfor foreldre, men de fleste føler en moralsk forpliktelse. Barn og svigerbarn vil være en ressurs og en samarbeidspartner for det offentlige hjelpeapparatet. Brukerorganisasjonene og lærings- og mestringssentrene kan være nyttige møteplasser for barn med hjelpetrengende foreldre. Pårørendeskolene for pårørende til personer med demens, som flere humanitære organisasjoner gir tilbud om, kan være en viktig kilde til kunnskap for voksne barn.

Søsken

For mange voksne personer med utviklingshemning blir søsken de nærmeste pårørende når foreldre faller fra eller blir gamle og pleietrengende. Søsken har til nå i liten grad fått tilbud om opplæring. Brukerorganisasjonene har for mange vært det eneste tilbudet

Retten til opplæring

Som mottaker at tjenester har vi både rett til medvirkning, rett til informasjon og rett til opplæring.

Ved gjennomføring av helsehjelp har pasienten rett til å medvirke (Pasientrettighetsloven § 3-1). Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten. Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand (Pasientrettighetsloven § 3-2). Kommunens helse og omsorgstjeneste skal gi opplysning, råd og veiledning (Helse og omsorgstjenesteloven § 3-1). I Pasientrettighetsloven har nærmeste pårørende en selvstendig rett til informasjon om pasientens helsetilstand og den hjelp som blir gitt (§ 3-3). Helseinstitusjonene har plikt til å gi informasjon som pasienten har rett til etter

pasientrettighetsloven § 3-2 (lov om spesialisthelsetjenesten § 3-11).

Pasientrettighetsloven presiserer også at informasjonen skal være tilpasset mottakeren og at helsepersonell skal sikre seg at pasienten har forstått informasjonen (§ 3-5).

Etter helse- og omsorgstjenesteloven har kommunene ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid som også skal omfatte opplysning, råd og veiledning (§ 3-3). Kommunen har også ansvar for å tilby opplæring i dagliglivets praktiske gjøremål (§ 3-6).

Helsepersonell plikter å gi informasjon som pasienten har krav på etter pasientrettighetsloven § 3-2 til § 3-4 (lov om helsepersonell § 10).

Stønad til opplæring

Folketrygdloven kan etter § 9-13 gi opplæringspenger til foreldre som har omsorg for barn med funksjonshemming eller langvarig sykdom. Opplæringspenger kan foreldrene få når de gjennomgår opplæring ved en godkjent helseinstitusjon eller deltar på foreldrekurs ved et offentlig spesialpedagogisk kompetansesenter. Det er et vilkår at opplæringen skal være nødvendig for at foreldrene skal kunne ta seg av og behandle barnet. Opplæringspenger kan bli gitt også etter at barnet har fylt 18 år. Formålet med ytelsen er å kompensere for tapt arbeidsinntekt (jf. kap. 6.2.3).

Hvilke tilbud får pårørende om opplæring

Her er det beskrevet en del eksempler på de tilbud om opplæring som pårørende får i dag. Ikke alle tilbud blir gitt i alle kommuner eller fylker, og oversikten er heller ikke uttømmende for de tilbud som blir gitt.

Kommunene har ansvar for å gi nødvendig informasjon og tjenestetilbudet skal så langt som mulig tilrettelegges og gjennomføres i samarbeid med bruker eller pasient (Helse og omsorgstjenesteloven § 9-3). Det varierer hvordan kommunene oppfyller denne plikten. I noen kommuner har de egne småbarnsgrupper for foreldre med funksjonshemmede barn,- i andre kommuner blir informasjonen gitt individuelt. Innenfor rehabiliteringstjenesten har mange kommuner tilbud om gruppetrening. Noen av disse gruppene fungerer også som likemannsgrupper og grupper der kommunen tilbyr opplæring. I kommunene vil koordinator (jf. forskrift om habilitering og rehabilitering) spille en viktig rolle når det gjelder bruker- og pasientopplæring. Koordinator vil også ha en nøkkelrolle i å hjelpe brukere, pasienter og pårørende med å finne fram til relevant og nyttig opplæring i egen kommune og regionen.

Helseforetakene løser sin plikt til å gi pasientene informasjon på ulike måter. I noen fylker tilbyr for eksempel habiliteringstjenesten kurs for pårørende, da spesielt småbarnsforeldre. Mange helseforetak har også et godt samarbeid med lærings- og mestringssenteret om opplæring til ulike pasientgrupper.

Lærings- og mestringssentrene arbeider for at pasienter, brukere og pårørende skal få informasjon, kunnskap og hjelp til å håndtere langvarig sykdom og helseforandringer. Et lærings- og mestringssenter er en møteplass mellom pasienter/brukere, deres pårørende, helsepersonell og mer erfarne pasienter/brukere. Målsettingen er at brukeren skal få utvidet innsikt i egen situasjon og bli styrket i sin mestring av hverdagen. Alle helseforetak har nå lærings- og mestringssentre. Ansvar for pårørendeopplæring og drift av lærings- og mestringssenteret ligger på det

Boks 6.1 Nyttige adresser

Familienettet

<http://www.familienettet.no>

NAV www.nav.no

De fleste *brukerorganisasjonene* finner vi i de to paraplyene FFO, <http://www.ffo.no> og SAFO

<http://www.safo.no>

Hva med oss, lenke til barn ungdom og familiedirektoratet sin informasjon om samlivskursene

<http://www.bufetat.no/hvamedoss>

Lærings og mestringssentrene <http://www.mestring.no>

Informasjon om *demens* <http://www.demensinfo.no>

Nasjonalforeningen for folkehelse <http://www.nasjonalforeningen.no>

Kirkens bymisjon *pårørendeskolen* i Oslo <http://www.bymisjon.no/parorendeskolen>

<http://www.selvhjelp.no/>

enkelte helseforetak. I tillegg har vi et nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring som er organisert i Oslo universitetssykehus HF.

Pårørendeskolens målsetting er å gi pårørende til personer med demens kunnskap og støtte, samt å gi helsepersonell innsikt i situasjonen til demente og deres pårørende. I tillegg ønsker de å gi helsepersonell undervisning i metoder for å drive pårørendearbeid. Både Nasjonalforeningen for folkehelse og Kirkens bymisjon driver pårørendeskoler for pårørende til personer med demens. En egen pårørendeskole for pårørende til voksne mennesker med utviklingshemning som utvikler demens er under utarbeiding. Den er spesielt beregnet på søsken.

Familievernkontorene i regionene arrangerer kurs for par og for enslige forsørgere, kursene «Hva med oss?» Målgruppe for kursene er foreldre til barn med nedsatt funksjonsevne. Kursene har blitt godt mottatt av foreldrene.

Brukerorganisasjonene driver et utstrakt likemannsarbeid og arrangerer nyttige kurs.

6.2 Statlige ordninger

De statlige støtteordningene som omtales i dette kapittelet skal i all hovedsak dekke tapt inntekt som følge av omsorgsoppgaver. I tillegg omtales grunn- og hjelpestønad som er stønader som skal kompensere for ekstrautgifter og behov for ekstra tilsyn og pleie.

6.2.1 Grunnstønad og hjelpestønad

Generelt

Det kreves at ekstrautgiftene eller hjelpebehovet skyldes *varig* sykdom, skade eller lyte. Hva som anses som sykdom baseres på hva legeviten skapen til enhver tid definerer som sykdom. Ved krav om grunn- eller hjelpestønad vil det sjelden være tvil om det foreligger sykdom.

Grunn- og hjelpestønad ytes ikke før vedkommende har gjennomgått hensiktsmessig behandling eller behandlingen har kommet så langt at det kan fastslås at sykdommen er varig. Lidelsen behøver ikke være livsvarig, men bør etter praksis vare i to, tre år. Selv om lidelsen er kortvarig, regnes den alltid som varig dersom den syke sannsynligvis vil komme til å dø innen to år. Kravet til gjennomgått hensiktsmessig behandling viser til

medisinsk behandling som er vitenskapelig anerkjent og indisert for den aktuelle lidelsen. Dersom hensiktsmessig behandling kan synes avskrekende eller særlig byrdefull, skal man lempe på kravet om gjennomgått behandling. Det kreves ikke alltid at behandlingen skal være avsluttet, men det må være sannsynliggjort at lidelsen vil bli varig. Det vil si at dersom vedkommende kan bli helbredet innen kort tid, vil forutsetningen for å tilstå grunn- eller hjelpestønad ikke være tilstede.

Grunn- og hjelpestønad og forhøyet hjelpestønad kan endres dersom det skulle bli vesentlige endringer i mottakerens situasjon. Forhøyet hjelpestønad gis til barn og unge under 18 år som har et vesentlig større behov for tilsyn og pleie enn det som kreves for ordinær hjelpestønad. Forhøyet hjelpestønad skal revurderes hvert tredje år.

Allerede i 1936 ble det i midlertidig lov om trygd til blinde og vanføre sett behovet for økonomisk hjelp til å dekke ekstra utgifter og pleiebehov i tillegg til manglende arbeidsevne. Den ble videreført i lov om uføretrygd av 1960 som utenom uførepensjon etablerte en uavhengig stønadsform for å kompensere for ekstrautgifter mange uføre hadde i det daglige liv og en annen stønadsform for de ekstra pleieutgifter en del uføre hadde. I folketrygdloven av 1966 ble grunnstønad opprettholdt som tidligere, og hjelpestønad til tilsyn og pleie og til hjelp i huset (denne bortfalt i 1992 for nye tilfeller).

Grunnstønad – folketrygdloven § 6-3

Gjeldende rett

Grunnstønaden skal helt eller delvis kompensere for visse ekstrautgifter over et visst nivå som skal kompensere for ulemper forårsaket av varig sykdom, skade eller lyte. Utgiftene må være en direkte følge av sykdommen eller skaden, og være utgifter som friske personer ikke har. Grunnstønad gis for stadig tilbakevendende utgifter, og kan ikke gis for å dekke en engangsutgift. Folketrygdloven § 6-3 lister opp hvilke utgifter som kan dekkes. Listen er uttømmende, slik at utgifter som ikke kommer inn under lovteksten ikke kan dekkes.

Grunnstønad dekkes etter 6 satser. Ekstrautgiftene må dekke den satsen man søker, og minimum tilsvare grunnstønad sats 1. Laveste sats utgjør per 1. januar 2011 kr 621 kroner i måneden og sats seks 3105 kroner (henholdsvis kroner 7.452 og 37.260 per år)

Grunnstønaden er skattefri.

Boks 6.2 Fakta om grunnstønad – folketrygdloven § 6-3

Per 31.12.2010 var det utbetalt ca. 1.665. mill. kroner til 128984 personer.

Ca. halvparten fikk sats 1, kun 1300 sats 6

Kvinner utgjorde 58 % av mottakerne, menn 42 %

24 % av mottakerne hadde alderspensjon

37 % av mottakerne hadde uførepensjon

56 % av mottakerne var over 50 år

12 % var under 18 år.

Hjelpstønad – folketrygdloven § 6-4

Gjeldende rett

Hjelpstønad ytes for å kompensere der det foreligger et særskilt behov for tilsyn og pleie utover det som dekkes av offentlig hjelpeordning. Hjelpstønad kan etter praksis ikke reduseres med den begrunnelse at det kan søkes om offentlige tjenester etter helse og omsorgstjenesteloven.

Det er et vilkår at det foreligger et *privat pleieforhold* eller det må være slik at hjelpstønaden vil sette den pleietrengende i stand til å etablere et privat pleieforhold. Ved kartleggingen av hjelpebehovet skal man se på behovet for særskilt tilsyn og pleie i ulike situasjoner, både ute og inne, dag og natt. Privat pleieforhold krever at pleien gis av private, som for eksempel ektefelle, samboer, barn, venner eller naboer, eller at det leies privat hjelp.

Årsaken til behovet for tilsyn og pleie må være varig sykdom, skade eller lyte. Hjelpstønad kan bare ytes for å dekke behov som friske personer ikke har.

Hjelpstønaden utbetales direkte til den som har nedsatt funksjonsevne. Stønaden er ikke pensjonsgivende inntekt og heller ikke skattepliktig for mottakeren, og er ikke avhengig av at vedkommende har inntektsbortfall. Størrelsen på hjelpstønaden avhenger av hvor stort behov for tilsyn og pleie funksjonsnedsettelsen medfører.

Siden hjelpstønaden utbetales til mottaker, gir den vedkommende en fleksibel måte å dekke pårørendes utgifter i forbindelse med den hjelpen de gir eller til sporadisk eller regelmessig bruk av betalte tjenester i mindre omfang. For mindreårige er det foreldre eller verge som disponerer pengene.

Utmålingen av hjelpstønad medfører kompliserte skjønsmessige avgjørelser. Hjelpet behovet

må minst ha et omfang som kan svare til et vederlag på minst samme nivå som den fastsatte satsen for hjelpstønad. Bruk av satser kan føre til at noen med hjelpebehov som anses å ligge like under en sats kan oppleve en underdekning av behovet.

Hjelpstønad til barn gis bare for omsorgs- og pleiebehov som friske barn i samme alder ikke har.

Forhøyet hjelpstønad til barn og unge – folketrygdloven § 6-5

Gjeldende rett

Forhøyet hjelpstønad kan gis til barn og unge under 18 år som har et vesentlig større behov for tilsyn, pleie og annen hjelp på grunn av en varig lidelse enn det ordinær hjelpstønad dekker. Det er den samlede pleiebelastningen og den faktiske arbeidsinnsatsen denne medfører som må være av et vesentlig større omfang enn ved ordinær hjelpstønad.

Forhøyet hjelpstønad ytes bare dersom det gir barnet/ungdommen bedre muligheter for å bli boende i sitt familiehjem (foreldrehjemmet eller fosterhjem).

Forhøyet hjelpstønad gis med 2, 4, eller 6 ganger ordinær sats, det er sats 2, sats 3 og sats 4. Ordinær sats er sats 1. Ved vurderingen av hvilken sats som skal ytes må det foretas en skjønnsvurdering. Det legges vekt på blant annet hvor nedsatt funksjonsevnen er både fysisk og psykisk, hvor omfattende den faktiske pleieoppgaven og tilsynet er, hvor stort behov det er for trening, stimulering og opplæring, samt hvor bundet omsorgspersonen blir av pleieoppgavene. Det tas også hensyn til øvrige familiemedlemmer, om det er flere som kan gi omsorg, og eventuelle avlastningstiltak. Sats 2 kan tilstås der barnets fysiske eller psykiske funksjonshemming er av moderat grad. Sats 3 kan tilstås der barnets funksjonsevne oftest er nedsatt i så betydelig grad at omsorgen for barnet er til hinder for at pleieren utfører andre nødvendige, daglige gjøremål og barnets hjelpebehov vil ofte være av et så betydelig omfang at det går utover familiens øvrige gjøremål. For rett til forhøyet hjelpstønad etter sats 4, som er høyeste sats, må barnets medisinske tilstand være av en slik art at hjelpebehovet i stor grad vil dominere hverdagen for den som dekker hjelpebehovet.

Ofte vil omsorgen for barnet innebære et krevende trenings- opplærings- eller behandlingsopplegg, som skal utføres en eller flere ganger daglig utenfor institusjon. Det er imidlertid en forutset-

Tabell 6.2 Hjelpetønad ytes etter satser (per 1. januar 2011)

Sats	beløp per år/mnd	kommentar
0	12 420 / 1 035	hjelp i huset, opphørt, ikke innvilget nye søknader etter 1992
1	13 356 / 1 113	tilsyn og pleie
<i>Forhøyet hjelpetønad for barn og unge under 18 år (per 1. januar 2011):</i>		
2	26 712 / 2 226	2 ganger sats 1 (ordinær hjelpetønad)
3	53 424 / 4 452	4 ganger sats 1
4	80 136 / 6 678	6 ganger sats 1

ning for å kunne vektlegge denne treningen mv. som en del av pleiebehovet, at den er alminnelig vitenskapelig anerkjent for den sykdommen eller funksjonshemmingen som foreligger.

Forhøyet hjelpetønad kan gis sammen med offentlige tjenester og avlastningstiltak. Hvis avlastningen er meget omfattende, kan det føre til at hjelpetønaden gis med en lavere sats. Hvis barnet har så omfattende avlastningstiltak at mesteparten av hjelpebehovet dekkes utenfor hjemmet, kan det føre til at det gjenstående hjelpebehov ikke er at en slik størrelse at det tilsvarer aktuell sats. Da kan vilkårene for rett til forhøyet hjelpetønad ikke være oppfylt.

Hjelpetønaden i forhold til andre ytelser etter folketrygdloven

Ifølge folketrygdloven § 5-22 kan det ytes bidrag til dekning av helsetjenester når utgiftene ikke ellers dekkes etter folketrygdloven eller andre lover. Når vilkårene for hjelpetønad er oppfylt, skal denne ytelsen anvendes før bidrag etter § 5-22.

Pleiepenger etter folketrygdloven §§ 9-10 og 9-11 ytes så lenge det er nødvendig. Dersom behovet for tilsyn og pleie er stort nok, kan hjelpetønad tilstås uavhengig av om en av foreldrene er tilstått pleiepenger. Det vil gjerne være i tilfeller hvor barnet har en varig sykdom som i perioder også vil kunne utløse rett til pleiepenger.

Hjelpetønaden i forhold til ytelser i andre lover

Folketrygdloven er en rettighetslov og ligger «i bunnen» i forhold til andre lover som har ytelser med samme formål, men med mindre rettighetspreg. Det er spesielt vilkåret om privat pleiefor-

hold som gjør at man må vite i hvilken grad en annen ytelse med samme formål er en rettighet/ytes pliktmessig etter annen lov. I de tilfeller der vedkommende får dekket sitt ekstraordinære pleiebehov som følge av pliktmessige tiltak fra det offentlige i medhold av lov eller forskrift, anses ikke hjelpetønaden for å være «i bunn».

I forhold til for eksempel omsorgslønn kan det gis hjelpetønad samtidig som det er mulig å gi omsorgslønn. I slike tilfeller skal hjelpetønad gis først. Kommunen kan ta hensyn til hjelpetønaden ved tildeling og utmåling av omsorgslønnen.

Rett til fortsatt ytelse i en overgangsperiode

Fra og med 1. juli 2010 har foreldre som har mottatt forhøyet hjelpetønad for tilsyn og pleie i minst tre år rett til stønad med samme sats i tre måneder etter at behovet for tilsyn og pleie opphører fordi barnet dør. Foreldrene har en periode for

Boks 6.3 Fakta om hjelpetønad – folketrygdloven § 6-4

Per 31.12.2010 utbetalt totalt 1.714 mill. kroner i hjelpetønad til 84925 personer
Kvinner utgjorde 43921 (52 %) av mottakerne
menn utgjorde 40999 (48 %) av mottakerne
38 % av mottakerne var over 50 år
42 % av mottakerne var under 18 år
Ordinær hjelpetønad (sats 1) ble gitt til 44255 personer, hvorav
20194 kvinner (46 %) og 24 060 menn (54 %).
19279 av mottakerne hadde alderspensjon ved siden av (22,7 %)
22640 av mottakerne hadde uførepensjon (26,7 %)

**Boks 6.4 Fakta om forhøyet
hjelpetønad – folketrygdloven
§ 6-5**

Per 31.12. 2010 fikk 22970 personer forhøyet hjelpetønad
Sats 2 ble gitt til 15804 mottakere (jenter 5425, gutter 10378)
Sats 3 ble gitt til 5306 mottakere (jenter 1816, gutter 3488)
Sats 4 ble gitt til 1860 (jenter 762, gutter 1098)
63,5 % av mottakerne under 18 år mottok forhøyet hjelpetønad (65 % gutter og 35 % jenter)

å orientere seg mot arbeid. Dersom foreldrene begynner å arbeide, gis stønaden likevel i tre måneder.

Om klageadgangen og klagesaksbehandlingen. Anke til Trygderetten.

Det er NAV som tar stilling til om vilkårene for stønad etter folketrygdloven kapittel 6 er oppfylt. Stønadmottakeren skal underrettes gjennom et enkeltvedtak. Treffes det vedtak om helt eller delvis avslag på stønad, kan dette påklages i medhold av folketrygdloven § 21-12. Klagen sendes til det lokale NAV – kontoret, som kan gi nærmere veiledning om utformingen av klagen og klagebehandlingen. Klagefristen er seks uker. Kontoret som har truffet vedtaket skal vurdere saken på nytt. Dersom vedtaket ikke endres, sendes klagen til behandling ved NAV Klageinstans, som skal overprøve saken i sin helhet.

Blir det påklagde vedtaket helt eller delvis opprettholdt av NAV Klageinstans, kan saken ankes til Trygderetten. Ankefristen er seks uker. En anke utløser tilsvarende prosess som nevnt over: Anken skal fremmes for lokalt NAV – kontor. NAV Klageinstans skal ta stilling til saken på nytt, og dersom vedtaket opprettholdes skal saken oversendes til behandling i Trygderetten. Trygderettens avgjørelse kan bringes inn for domstolene.

Klage- og ankestatistikk

Det er relativt få klage- og ankesaker på området. Antall klager i 2010 var 692, hvorav 126 ble helt eller delvis omgjort. Det var ca. 85 000 mottakere av hjelpetønad samme år. Klage- og ankestatistikken omfatter så lave tall at det ikke er hensiktsmessig å vurdere disse nærmere. Det mest interessante trekket at det ikke kom noen klager fra

fem NAV-regioner. Dette omfatter Vest-Agder, Aust-Agder, Midt – og Indre Østland, samt Nordland, Troms og Finnmark.

6.2.2 Omsorgspenger. Gjeldende rett og dagens praksis

Omsorgspenger ved barns eller barnepassers sykdom

Gjeldende rett

Omsorgspenger og pleiepenger ved barns sykdom er plassert i folketrygdlovens kapittel 9.

Formålet med omsorgspenger er å kompensere for bortfall av arbeidsinntekt for arbeidstakere som har omsorg for barn i forbindelse med barns eller barnepassers sykdom. For å ha rett til omsorgspenger må arbeidstakeren ha vært i arbeid i minst fire uker umiddelbart før fraværet (opptjeningstid). Rett til sykepenger ved barns sykdom ble innført fra 1. juli 1978 i folketrygdloven. Sykepenger kunne ytes i opptil 10 dager for omsorg for barn under 10 år. Ved innføring av ny folketrygdlov i 1997 fikk bestemmelsene om rett til stønad ved barns og nære pårørendes sykdom eget kapittel i loven. Fra 1. juli 2005 ble det innført rett til omsorgspenger i 10 ekstra dager for kronisk syke eller funksjonshemmede barn.

Stønadssituasjonen

En arbeidstaker som må være borte fra arbeidet for å ha nødvendig tilsyn med og pleie av sykt barn i hjemmet eller i helseinstitusjon har rett til omsorgspenger etter folketrygdloven § 9-5 bokstav a. Kravet om at fraværet skal være «nødvendig» må avgjøres etter en konkret vurdering. For eksempel vil man som hovedregel ikke kunne få omsorgspenger dersom den ene forelderen uansett er hjemme. Det forutsettes at den forelderen som for eksempel er hjemme for å ta seg av et nytt barn også har kapasitet til å ta seg av eldre barn som blir midlertidig syke.

Omsorgspenger ytes også dersom den som har det daglige barnetilsynet (barnepasser) er syk, jf. folketrygdloven § 9-5 bokstav b. Dette gjelder også dersom for eksempel barnehagen må stenge på grunn av sykdom. Omsorgspenger ytes også dersom den som har det daglige barnetilsynet er forhindret fra dette fordi vedkommende følger et annet barn til utredning eller innleggelse i helseinstitusjon, folketrygdloven § 9-5 bokstav c. Foreldrene står fritt til å velge hvem av foreldrene som skal følge. Omsorgspenger gis også dersom barnet på grunn av sykdom trenger oppfølging hos lege mv selv om barnet ikke er sykt eller

pleietrengende denne dagen, folketrygdloven § 9-5 bokstav d.

Omsorgspenger ytes til og med det kalenderåret barnet fyller 12 år. Dersom barnet er kronisk sykt eller funksjonshemmet, gjelder retten til og med det året barnet fyller 18 år.

Antall dager

Omsorgspenger ytes i en begrenset periode. Den som har omsorg for barn har rett til 10 dager med omsorgspenger for hvert kalenderår. Dersom vedkommende har omsorg for mer enn to barn, økes antall stønadsdager til 15.

For at foreldre lettere skal kunne kombinere yrkesaktivitet og omsorg for flere funksjonshemmede eller kronisk syke barn, har foreldre rett til 10 dager ekstra med omsorgspenger per funksjonshemmet eller kronisk syke barn. Arbeids- og velferdsetaten må godta at barnet er kronisk sykt eller funksjonshemmet.

For de som er alene om omsorgen gis det dobbelt antall dager. Selv om den ene forelderen er alene om den daglige omsorgen, kan stønadsdagene fordeles mellom foreldrene i forhold til omfanget av avtalt samvær. Arbeids- og velferdsetaten må få skriftlig erklæring fra begge foreldrene om samværsfordelingen.

Når en av foreldrene er alene om den daglige omsorgen, kan opptil 10 av stønadsdagene overføres til ektefelle, eller til samboer når samboerforholdet har vart i minst 12 måneder. Arbeids- og velferdsetaten må ha skriftlig melding om overføringen.

Ved avgjørelsen om en person er alene om omsorgen legges i utgangspunktet samme forståelse til grunn som begrepet «enslig forsørger» i relasjon til andre stønadsformer i folketrygdloven, dvs. etterlatte, enslige forsørgere, skilte og separerte. I enkelte tilfeller kan arbeidstakeren regnes for å ha aleneomsorg for barn også hvis den andre av barnets foreldre i lang tid ikke kan ha tilsyn med barnet. Dette gjelder hvis den andre forelderen er funksjonshemmet, innlagt i helseinstitusjon eller lignende.

Dokumentasjon av sykdom

Etter folketrygdloven § 9-7 gis det rett til egenmelding de første tre kalenderdagene i hvert enkelt tilfelle. De fleste arbeidsgivere vil legge til grunn at tilsyn er nødvendig når arbeidstaker melder fra om fraværet. En arbeidsgiver som mener at vilkårene ikke er oppfylt, kan imidlertid unnlate å betale omsorgspenger. Dersom arbeidsgiveren

ikke betaler omsorgspenger, kan arbeidstakeren kreve at Arbeids- og velferdsetaten utbetaler omsorgspengene etter folketrygdloven § 9-8 jf § 8-22. Arbeidstakeren kan ellers bringe saken inn for Ankenemnda for sykepenger i arbeidsgiverperioden, jf. folketrygdloven § 21-13. Fra og med fjerde fraværsdag kan arbeidsgiveren kreve legeerklæring som bekrefter at barnet eller barnepasseren er sykt. For arbeidstakere som har arbeidsskift som omfatter to datoer, regnes et arbeidsskift som en egenmeldingsdag. Omsorgspenger fra trygden må dokumenteres med legeerklæring.

Omsorgspenger fra arbeidsgiveren

Den enkeltes arbeidsgiver dekker de 10 første dagene med omsorgspenger dersom arbeidsforholdet har vart i minst fire uker. Dersom arbeidstakeren har krav på og benytter seg av flere dager, kan arbeidsgiveren søke refusjon fra trygden.

Omsorgspenger til en arbeidstaker som bare har omsorg for et barn over 12 år som er kronisk sykt eller funksjonshemmet, refunderes fullt ut.

Boks 6.5 Fakta om omsorgspenger – folketrygdloven § 9-5–§ 9-9

Tallene for omsorgspenger gjelder omsorgspenger betalt av folketrygden. Det gjelder tilfelle der arbeidstakere ikke har vært ansatt i minst fire uker umiddelbart før fraværet og arbeidsgiver ikke er forpliktet til å yte omsorgspenger, og i de tilfellene arbeidstaker har krav på omsorgspenger utover 10 dager, da arbeidsgiver kan søke refusjon fra trygden for antall stønadsdager som overstiger 10. I tillegg refunderer trygden omsorgspenger fullt ut der barnet er kronisk sykt eller funksjonshemmet.

I 2010 ble det utbetalt ca. 19.1 mill. kroner i omsorgspenger

Kvinner utgjorde 12.9 mill. (69 % av utgiftene) og

menn utgjorde 6.2 mill. (32 % av utgiftene)

3185 personer fikk omsorgspenger for 8308 tilfeller

Kvinner utgjorde 5931 tilfeller (71 %) og menn 2377 tilfeller (29 %)

Kun 3 % av tilfellene graderte.

Kvinnens andel graderte var 2.8 %, menn 3.6 %

Gjennomsnittlig varighet per tilfelle var på 2 dager, både for menn og kvinner.

Beregning

Omsorgspenger beregnes som sykepenger og ytes med 100 % av sykepengegrunnlaget, forutsatt at arbeidstakeren fyller vilkårene for sykepenger. Omsorgspenger utbetales med samme beløp som arbeidstakeren ville fått i egne sykepenger. Det er et vilkår at den pensjonsgivende inntekten som utgjør inntektsgrunnlaget er minst 50 % av grunnbeløpet. Grunnbeløpet pr. 1. mai 2011 er kroner 79.216. Sykepengegrunnlaget pr. år kan ikke overstige seks ganger grunnbeløpet.

Det er et vilkår at arbeidstakeren har omsorg for barnet, enten alene eller delt omsorg med den andre forelderen eller delt omsorg med ny ektefelle/samboer/partner som man har felles barn med. Fosterforeldre har også rett til omsorgspenger.

Omsorgspenger utbetales til arbeidstakere.

6.2.3 Pleiepenger og Opplæringspenger

Gjeldende rett

Formålet med pleiepenger er å kompensere for bortfall av arbeidsinntekt for yrkesaktive med sykepengerrett i forbindelse med barns sykdom, barns funksjonshemming og pleie av nære pårørende i livets slutfase. Pleiepenger ytes i dag til foreldre med omsorg for barn etter to forskjellige lovbestemmelser.

Pleiepenger ytes både til arbeidstakere, frilansere og til selvstendig næringsdrivende. Rett til stønad ved barns alvorlige sykdom kom inn i lovverket i 1985. Det ble innført rett til sykepenger for foreldre med kreftsyke eller andre alvorlig syke barn hvor foreldrene hadde behov for å være tilstede på sykehuset. Maksimal periode var ett år, og sykepenger for pleie av sykt barn måtte tas av egen sykepengeperiode. Når stønadsperioden ble forlenget til tre år i 1993, ble det vilkår om svært alvorlig sykdom og til kritiske perioder. Stønaden ble begrenset til 65 % av sykepengegrunnlaget de to siste årene. Ved ny folketrygdlov i 1997 ble rett til stønad ved barns sykdom eget kapittel i loven. Rett til pleiepenger ved mindre alvorlig sykdom ved sykehusinnleggelse ble innført i 1997. Fra 1. januar 2006 ble det gitt rett til kontinuerlig rett til pleiepenger ved alvorlig progredierende sykdom som ble ansett for å være i en kontinuerlig ustabil fase. Pleiepenger ytes i dag så lenge pleiebehovet varer og lovens vilkår er oppfylt.

Graderte pleiepenger

Det er et hovedkrav at barnet skal ha behov for kontinuerlig tilsyn og pleie fra en eller begge foreldrene. Det ble tidligere forutsatt at det ikke var mulig å tilstå graderte pleiepenger på grunn av kravet til kontinuerlig tilsyn og pleie. Foreldrene kunne ha graderte pleiepenger dersom de delte arbeidet med pleie og omsorg. Ellers var det bare mulig å gradere ytelsen på slutten av stønadsperioden i inntil to måneder når barnet som ledd i rehabiliteringen deltok helt eller delvis i barnehage eller skole.

Initiativet til å etablere spesialtilpassede ordninger i barnehage og skole må tas av foreldre i samarbeid med kommunen. Fordi pleiepengene bortfalt ved avlastningsordninger kunne motivasjonen for foreldrene til å etablere dette være liten. Resultatet ble at pleietrengende barn mistet muligheten til å delta delvis i aktiviteter med andre barn og foreldrene valgte fulle pleiepenger. De kunne da motta en høyere ytelse enn hva som i realiteten ville ha vært nødvendig og hensiktsmessig.

I 2006 ble det innført rett til graderte pleiepenger både etter § 9-10 og § 9-11. Pleiepenger kan graderes ned til 50 % fra første dag. Det er fremdeles et krav at barnet skal ha behov for kontinuerlig tilsyn og pleie, men ikke nødvendigvis fra en eller begge foreldrene. Dersom barnets omsorgsbehov er dekket ved kommunale tilsyns-/avlastningsordninger eller av besteforeldre mv. deler av dag eller noen dager i uken vil foreldrene kunne holde kontakten med arbeidslivet samtidig som barnet får nødvendig tilsyn og pleie.

Pleiepenger etter folketrygdloven § 9-10

Bestemmelsen gir rett til pleiepenger til den som har omsorg for barn under 12 år som er eller har vært innlagt i helseinstitusjon, eller er behandlet poliklinisk i sykehus. Dersom barnet er kronisk sykt eller funksjonshemmet, gjelder retten til barnet fyller 18 år. Tidligere var det krav om innleggelse, men da stadig flere sykdomstilfeller og skader etter hvert kunne behandles poliklinisk, ble i 2007 retten til pleiepenger etter § 9-10 også knyttet til poliklinisk behandling. Innleggelse var ikke lenger egnet som eneste avgrensningskriterium. Det er krav om at vedkommende av hensyn til barnet må oppholde seg på helseinstitusjonen eller pleie barnet i hjemmet. Også andre enn barnets foreldre kan få pleiepenger dersom det er nødvendig av hensyn til barnet. Dersom barnet er kronisk sykt eller funksjonshemmet gjelder retten til

Boks 6.6 Fakta om pleiepenger ved barn innlagt i helseinstitusjon – folketrygdloven § 9-10

I 2010 ble det utbetalt ca. 42.1 mill. kroner
1188 personer fikk utbetalt pleiepenger for
1394 tilfeller

Kvinner utgjorde 971 tilfeller (70 %) og
menn 423 tilfeller (30 %)

Om lag 17,5 % av tilfellene var graderte (ca.
27 % av utgiftene)

Gjennomsnittlig varighet per tilfelle var 52
dager

Gjennomsnittlig varighet for graderte tilfelle
var 126 dager

Lengst gjennomsnittlig varighet hadde Aust-
Agder med 100 dager

Lavest gjennomsnittlig varighet hadde Tele-
mark med 15 dager.

Oslo hadde gjennomsnittlig 16 dager, Horda-
land 18 dager og Troms 26 dager.

barnet fyller 18 år. Pleiepenger ytes fra åttende dag regnet fra innleggelsen. Vilåret om at pleiebehovet skal strekke seg over mer enn syv dager utelukker tilståelse av pleiepenger ved enkle sykdommer/skader fordi disse ikke krever kontinuerlig omsorg og pleie over så lang tid. Derfor forventes det at man benytter seg av omsorgspenger de første syv dagene. Pleiepenger etter § 9-10 i hjemmet kan bare ytes i de tilfeller det er oppstått et kontinuerlig pleiebehov i etterkant av innleggelse på helseinstitusjon eller poliklinisk behandling. Pleiepenger etter denne bestemmelsen kan ikke gis til begge foreldrene samtidig. Pleiepenger er ikke riktig ytelse der pleie- og tilsynsbehovet er av konstant varighet og intensitet uavhengig av innleggelse i institusjon/poliklinisk behandling.

Pleiepenger etter folketrygdloven § 9-11

Pleiepenger ytes etter § 9-11 når barn under 18 år har en livstruende eller annen svært alvorlig sykdom eller skade. For den som har omsorgen for en psykisk utviklingshemmet person som har en livstruende eller annen alvorlig sykdom eller skade, ytes det pleiepenger uten hensyn til aldersgrensen på 18 år. Det er i samarbeid med tidligere Rikshospitalets (nå Oslo universitetssykehus) barneklinnikk utarbeidet en liste over aktuelle sykdomstilfeller som kan omfattes, blant annet kreft, store trafikkskader eller andre alvorlige skader,

kritisk syke nyfødte, barn med hjertefeil, alvorlig astma og psykiske lidelser. Avgjørelsen må imidlertid bero på skjønn i det enkelte tilfelle. Listen er ikke uttømmende, og bestemmelsen om pleiepenger kan også anvendes ved andre alvorlige og livstruende sykdommer dersom det er nødvendig av hensyn til barnet.

Pleiepenger etter § 9-11 ytes fra første fraværsdag, og kan ytes til begge foreldrene samtidig. Også andre enn barnets foreldre kan få pleiepenger dersom det er nødvendig av hensyn til barnet. Det er et vilkår at den som har omsorg for barnet må oppholde seg i helseinstitusjon mens barnet er innlagt, eller må være hjemme fordi barnet trenger kontinuerlig tilsyn og pleie.

Når en livstruende eller svært alvorlig sykdom anses for å være varig, er pleiepenger begrenset til perioder hvor sykdommen er ustabil. Ved alvorlig progredierende sykdommer hvor barnet blir gradvis dårligere og dør tidlig kan det foreligge en kontinuerlig rett til pleiepenger. Ved alvorlig, varig sykdom kan pleiepenger ytes i startfasen av sykdommen.

I utgangspunktet skal ikke pleiepenger tilstås ved et varig pleiebehov hos barnet. Pleiepenger skal ikke ytes for å dekke inntektstap som følge av varig pleiebehov hos barnet. Den aktuelle ytelsen er da hjelpestønad. Dersom sykdommen forverrer seg og kommer inn i en kritisk fase kan det gjøres unntak. I slike perioder kan det foreligge rett til pleiepenger.

Pleiepengbestemmelsene utelukker ikke at det samtidig kan utbetales hjelpestønad. Bestemmelsen om hjelpestønad har ikke noen samordningsbestemmelse når en familie mottar pleiepenger. I perioder kan en familie motta begge ytelsene. Det kan skje når barnet på grunn av et varig pleiebehov er berettiget til hjelpestønad og sykdommen forverrer seg og kommer inn i en ustabil fase som gir rett til pleiepenger. For barn med progredierende sykdommer som gir en stabil rett til pleiepenger kan også hjelpestønad tilstås i tillegg dersom hjelpebehovet til barnet er ekstra stort.

Rett til fortsatt ytelse i en overgangsperiode

Fra og med 1. juli 2010 har medlemmer som har mottatt fulle pleiepenger i minst tre år rett til fortsatt ytelse i inntil tre måneder etter at pleieforholdet opphører fordi barnet dør. Når barnet dør opphører stønadsforholdet, og vedkommende vil kunne oppleve å stå uten inntekt. Pleieyter har da en periode for å orientere seg mot arbeid. Dersom perioden med fulle pleiepenger har vart kortere

Boks 6.7 Fakta om pleiepenger ved alvorlig sykt barn – folketrygdloven § 9-11

I 2010 ble det utbetalt ca. 440 mill. kroner
8126 personer fikk utbetalt pleiepenger for 10612 tilfeller
Kvinner utgjorde 6128 tilfeller (ca. 58 %) og menn 4484 tilfeller (ca. 42 %)
Om lag 13,5 % av tilfellene var graderte (ca. 22,8 % av utgiftene)
Gjennomsnittlig varighet per tilfelle var 80 dager
(95 dager for kvinner og 60 dager for menn)
Gjennomsnittlig varighet på graderte tilfelle var 235 dager
(270 dager for kvinner og 191 dager for menn)
Lengst gjennomsnittlig varighet hadde Telemark og Sogn og Fjordane med 117 dager
Lavest gjennomsnittlig varighet hadde Aust-Agder med 52 dager
Oslo hadde gjennomsnittlig 77 dager, Hordaland 82 dager og Troms 54 dager.

enn tre år eller vedkommende har hatt graderte pleiepenger, vil tilknytningen til arbeidslivet være større og tilpasning til ytelse være mindre. Det er derfor et krav om at man har mottatt fulle pleiepenger for å kunne motta denne ytelsen. Dersom man i omstillingsperioden får arbeidsinntekt, kan det ytes graderte pleiepenger i tre måneders perioden.

Pleiepenger for pleie av en nær pårørende

Bestemmelsen i § 9-12 gir yrkesaktive rett til å være hjemme for å pleie nære pårørende ved forventet dødsfall. Som pårørende er det naturlig å regne barn, barnebarn, foreldre, besteforeldre og søsken. Også samboere, ektefeller, svigerforeldre, svoger og svigerinne kan omfattes av begrepet nær pårørende. Pleien må ytes i hjemmet, enten pleieyters eller pleiemottakers hjem.

Tidligere ble stønaden gitt i inntil 20 dager for hver pasient. Fra og med 1. juli 2010 er stønadsperioden utvidet til å gjelde 60 dager for hver pasient. Det kan være årsak til at tallene for 2010 (5,6 mill) viser en økning på 67 % i forhold til tall fra 2009 (3,3 mill) og at gjennomsnittlig varighet økte med 2 dager.

Dokumentasjon av sykdom

For å ha rett til pleiepenger etter §§ 9-10 og 9-11 ved barns sykdom må helseinstitusjonen som har ansvar for behandlingen av barnet, legge frem legeerklæring om at omsorgspersonen må være borte fra arbeidet.

For å få rett til pleiepenger ved pleie av nær pårørende etter § 9-12 må det legges frem legeerklæring fra den helseinstitusjon eller lege som behandler pasienten.

Beregning av ytelsen

Pleiepenger beregnes som sykepenger og utbetales med 100 % av sykepengegrunnlaget til arbeidstakere. Selvstendige næringsdrivende får utbetalt 65 % av sykepengegrunnlaget. For selvstendige næringsdrivende og frilansere gjelder ikke reglene om ventetid, slik at de får pleiepenger og også opplæringspenger fra første dag, jf. folketrygdloven § 9-16. Selvstendige næringsdrivende kan tegne tilleggsforsikring til sykepenger mv. som gir rett til 100 % av sykepengegrunnlaget fra 17. dag, alternativt fra første sykedag. Det forutsettes at vilkårene for sykepenger er oppfylt. Foreldre med store pleieoppgaver som ikke har vært tilknyttet arbeidslivet faller utenfor pleiepengeordningen. Tidsrom hvor vedkommende har mottatt dagpenger, sykepenger, stønad ved barns eller andre pårørendes sykdom eller fødsels- eller adopsjonspenger, likestilles med yrkesaktivitet (folketrygdloven § 8-2) Derimot har mottakere av arbeidsavklaringspenger ikke rett til pleiepenger.

Boks 6.8 Fakta om pleiepenger for pleie av nær pårørende – folketrygdloven § 9-12

I 2010 ble det utbetalt 5,6 mill. kroner
380 personer mottok pleiepenger for 706 tilfeller.
Kvinner utgjorde 511 av tilfellene (72 %) og menn 195 av tilfellene (28 %)
Bare 15 tilfeller var graderte (2 % av alle tilfeller)
Gjennomsnittlig varighet per tilfelle er 8 dager, både for menn og kvinner

Opplæringspenger – Folketrygdloven § 9-13

Gjeldende rett

Opplæringspenger etter § 9-13 kan tilstås til et medlem som har omsorg for barn med en funksjonshemming eller en langvarig sykdom som kompensasjon for tapt arbeidsinntekt tilsvarende sykepenger. Det er et vilkår at vedkommende gjennomgår opplæring ved en godkjent helseinstitusjon eller deltar på foreldrekurs ved et spesialpedagogisk kompetansesenter. Opplæringen må anses for å være nødvendig for at vedkommende skal kunne ta seg av barnet.

Det kan også ytes opplæringspenger når kurset holdes utenfor helseinstitusjonens lokaler, under forutsetning av at kurset eller opplæringen helt ut skjer i helseinstitusjonens regi. Helseinstitusjonen må ha hele det faglige og økonomiske ansvaret for kurset og også dekke de pårørendes oppholdsutgifter. Det ytes ikke opplæringspenger under deltakelse i kurs eller opplæring som arrangeres utenfor helseinstitusjon, for eksempel av brukerorganisasjoner, humanitære organisasjoner eller lignende. Stønaden kan ytes til alle som har rett til sykepenger, både arbeidstakere, selvstendig næringsdrivende, frilansere og arbeidsledige. Bestemmelsene om ventetid gjelder ikke, slik at alle får opplæringspenger fra første dag beregnet etter samme regler som for egne sykepenger.

Det er ingen øvre aldersgrense, opplæringspenger kan gis selv om barnet er over 18 år.

Opplæringspenger kan ytes til den som har omsorg for barnet. Det er mulig å tilstå opplæringspenger til den av foreldrene som ikke anses for å ha omsorgen i forhold til retten til omsorgspenger, og opplæringspenger kan også ytes til samboeren til den som er alene om omsorgen, besteforeldre eller lignende. Det er ingen begrensning med hensyn til hvor lenge stønaden kan ytes. Opplæringspenger kan ved behov gis til begge foreldrene samtidig, fordi dette kan føre til en jevnere fordeling av den daglige omsorgen for barnet.

Dokumentasjon

For å få rett til opplæringspenger etter § 9-13 må det legges frem legeerklæring fra helseinstitusjon eller behandlende lege om at opplæringen er nødvendig.

Boks 6.9 Fakta om opplæringspenger – folketrygdloven § 9-13

I 2010 ble det utbetalt 53.3 mill. kroner 5874 personer (3265 kvinner og 2609 menn) fikk utbetalt stønaden for 10515 tilfeller. Kvinner stod for 5699 av tilfellene (55 %) og menn 4816 av tilfellene (45 %). Bare 7 % av tilfellene var graderte. Kvinner andel graderte var 5,7 % og menn 9,4 %
Gjennomsnittlig varighet per tilfelle 5 dager

Om klageadgangen og klagesaksbehandlingen

Anke til Trygderetten

Det er NAV som tar stilling til om vilkårene for stønad etter folketrygdloven kapittel 9 er oppfylt. Stønadmottakeren skal underrettes gjennom et enkeltvedtak. Treffes det vedtak om helt eller delvis avslag på stønad, kan dette påklages i medhold av folketrygdloven § 21-12. Klagen sendes til det lokale NAV – kontoret, som kan gi nærmere veiledning om utformingen av klagen og klagebehandlingen. Klagefristen er seks uker. Kontoret som har truffet vedtaket skal vurdere saken på nytt. Dersom vedtaket ikke endres, sendes klagen til behandling ved NAV Klageinstans, som skal overprøve saken i sin helhet.

Blir det påklagde vedtaket helt eller delvis opprettholdt av NAV Klageinstans, kan saken ankes til Trygderetten. Ankefristen er seks uker. En anke utløser tilsvarende prosess som nevnt over: Anken skal fremmes for lokalt NAV – kontor. NAV Klageinstans skal ta stilling til saken på nytt, og dersom vedtaket opprettholdes skal saken oversendes til behandling i Trygderetten. Trygderettens avgjørelse kan bringes inn for domstolene.

Klage- og ankesaker

Det er få klage- og ankesaker på området. Det er derfor ikke hensiktsmessig å foreta en nærmere vurdering av disse.

6.3 Velferdsteknologi

Velferdsteknologi kan vise seg å bli viktig for å kunne tilby et verdig omsorgstilbud i fremtiden. Noen vil mene at Norge står på startstreken hva gjelder å nyttiggjøre seg den teknologiske revolu-

sjon som er underveis og som inkluderer velferdsteknologi. I enkelte sammenhenger blir slik teknologi også omtalt som omsorgsteknologi.

Med begrepet velferdsteknologi menes her brukerretnede teknologier som har til hensikt å understøtte og forsterker brukernes trygghet, sikkerhet, muliggjøre økt selvhjulpenhet, medbestemmelse og livskvalitet. Sett i et demografisk perspektiv med et samfunn med flere eldre og en knapphet på omsorgsgivere, vil utviklingen i teknologi være nødvendig for å kunne skape gode omsorgstilbud i framtiden. Det kan gjøre det enklere innen familieomsorg og understøtte både bruker og pårørende.

Velferdsteknologi kan deles inn i 4 hovedkategorier

1. Trygghets- og sikkerhetsteknologi
2. Kompensasjons- og velværeteknologi
3. Teknologi for sosial kontakt
4. Teknologi for behandling og pleie

Trygghets- og sikkerhetsteknologi

Eksempel på denne type teknologi er trygghetsalarm, komfyrvakt, falldetektorer med mer. Flere av disse løsningene kompenserer for glemsomhet og demens, og bidrar til at bruker kan være hjemmeboende og klare seg lenger på egen hånd. For pårørende kan det gi økt trygghet.

Kompensasjons- og velværeteknologi

Typiske eksempler er forflytningshjelpemidler og hjelpemidler som kompenserer for fysiske handikap og manglende styrke, som rullestol, hørselshjelpemidler, synshjelpemidler. Det kan også være hjelpemidler knyttet til teknologisk assistanse i bolig som personheis, trappeheis, hev- og senkbart møblement. Disse hjelpemidlene kan gi økt grad av selvhjulpenhet og redusere belastning og bekymring hos pårørende.

Teknologi for sosial kontakt

Underkategori for denne type teknologi er videokommunikasjon, webtjenester og robotteknologi.

Videokommunikasjon kan gi mulighet for sosialkontakt selv om man bor langt fra hverandre. Telefoni med bruk av PC og webkamera er et vanlig eksempel. Robotteknologi er foreløpig i liten grad tatt i bruk i Norge. Tekniske «kjæledyr» som for eksempel robotselen kan redusere uro hos bruker.

Teknologi for behandling og pleie

Teknologisk kommunikasjonsverktøy gjør det lettere med hjemmebehandling. Bruker kan ha tilgang til egen journal via PC. Behandlingsutstyr som hjemmedialyse og ulike former for sensorteknologi (blodsukker, blodtrykk, respirasjon) bidrar til at langt flere med alvorlige sykdommer og store bistandsbehov kan få sin behandling i eget hjem. (NOU 2011:11)

Smarthusteknologi – omgivelseskontroll

Smarthusteknologien er en samlebetegnelse for informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) anvendt i boliger, der de ulike komponenter kommuniserer med hverandre via et lokalt nettverk. Teknologien kan brukes til å overvåke, varsle og utføre handlinger etter valgte kriterier.

I et smarthus kan man i prinsippet styre alt teknisk utstyr som lys, varme, TV, radio, døråpner, boligalarm osv (Laberg, Aspelund og Thygesen 2004).

E-helse

E-helse er samlebetegnelse som omfatter bruk av IKT i helsevesenet. Målet er å øke kvaliteten, sikkerheten og effektiviteten innenfor helsetjenestene gjennom bruk av informasjonsteknologi. Ved all nytenkning innen helse og omsorg må de tilgjengelige teknologiske muligheter tas i bruk der dette er hensiktsmessig. Dette gjelder også innenfor pårørendeomsorg. For mange pårørende vil IKT-løsninger bidra til lettere kommunikasjon og informasjonstilgang.

Internett muliggjør et mangfold av måter å kommunisere på. Internett har store muligheter til å bli brukt som verktøy i omsorgstjenesten i fremtiden, for eksempel gjennom nettbasert kontakt og behandling.

Ved elektronisk pleie- og omsorgssystem vil omsorgen være mindre stedbundet, da all informasjon kan gjøres tilgjengelig der den behøves.

(Teknologirådet: Fremtidens alderdom og ny teknologi, rapport 1 / 2009)

Hjelpemiddelsentralene

Hjelpemiddelsentralene har et overordnet og koordinerende ansvar for hjelpemidler i sitt fylke. Hjelpemiddelsentralen er en andrelinjetjeneste og et ressurs- og kompetansesenter både for brukere og det øvrige fagapparatet. Sentralene har kompetanse om hvordan hjelpemidler, tolk og ergono-

miske tiltak kan kompensere eller avhjelpe funksjonstap.

Kommunene har ansvar for formidling av hjelpemidler. Ansvaret omfatter bl.a. avdekking og utredning av behov, søknadsprosessen og oppfølging/opplæring i etterkant. Kommunen har også finansieringsansvar for hjelpemidler som skal dekke midlertidige behov.

Stønad til hjelpemidler er regulert i folketrygdloven. Formålet er å øke muligheten til å leve og delta i samfunnet på lik linje med andre, samtidig som man reduserer risiko for sosial utstøting. Stønaden er knyttet til hvordan personen kan fungere i arbeid og utføre sine daglige gjøremål, og skal løse praktiske problemer. I tillegg omfatter den hjelpemidler som gir mulighet til å bli pleiet i hjemmet og som tilrettelegger arbeidsforholdene for familiemedlemmer og / eller hjemmetjenester.

(www.nav.no)

6.4 Arbeidslivets ordninger

Arbeidsmiljølovens kap. 10 om arbeidstid og kapittel 12 om rett til permisjon har regler som gir rett til fleksible arbeidstidsordninger, redusert arbeidstid eller fri fra arbeid. Ved tariffavtale mellom arbeidstaker- og arbeidsgiverorganisasjonen er arbeidstaker og arbeidsgivers rettigheter og plikter presisert.

6.4.1 Arbeidsmiljøloven

Barns eller barnepassers sykdom

Arbeidstakere som har omsorg for barn har etter arbeidsmiljølovens § 12-9 rett til permisjon for nødvendig tilsyn med barnet når det er sykt, hvis barnet skal følges til legeundersøkelse eller annen oppfølging i forbindelse med sykdom. Det samme gjelder hvis den som har det daglige tilsynet er syk eller må ta fri på grunn av annet barns sykdom. Arbeidstaker har rett til permisjon i inntil 10 dager hvert kalenderår, eller inntil 15 dager dersom man har omsorg for mer enn to barn. Arbeidstaker har uansett rett til permisjon når det ytes omsorgspenger, pleiepenger eller opplæringspenger fra folketrygden.

Arbeidstaker har rett til 20 permisjonsdager i året hvis arbeidstaker har omsorg for barn som er funksjonshemmet, langvarig syk eller kronisk syk. Rett til permisjon gjelder til og med det kalenderåret barnet fyller 18 år. Hvis arbeidstakeren er alene om omsorgen for barnet, doubles antall per-

misjonsdager. Arbeidstaker har i tillegg rett til permisjon for å delta i opplæring ved godkjent helseinstitusjon eller offentlig kompetansesenter for å kunne ta seg av og behandle barnet.

Arbeidstaker har uansett rett til permisjon (uten begrensning i antall dager) dersom barnet blir innlagt i helseinstitusjon eller hvis barnet er utskrevet og arbeidstaker må være hjemme på grunn av behov for kontinuerlig tilsyn og pleie. Arbeidstaker har også rett til permisjon uten begrensning i antall dager hvis barnet har livstruende eller annen svært alvorlig sykdom eller skade. I sistnevnte tilfeller gjelder retten til og med kalenderåret barnet fyller 18 år, og uten hensyn til alder hvis barnet er psykisk utviklingshemmet.

Arbeidstaker som pleier nære pårørende i hjemmet i livets slutfase har etter Arbeidsmiljølovens § 12-10 rett til permisjon i 60 dager. Folketrygdloven § 9-12 regulerer retten til pleiepenger for yrkesaktive ved pleie av nære pårørende ved forventet dødsfall (se kap. 6.2.3).

Rett til permisjon i 10 dager for å pleie voksne pårørende

Fra og med 1. juli 2010 har arbeidsmiljøloven § 12-10 fått et nytt andre ledd. Endringen gir rett til permisjon i inntil 10 dager hvert kalenderår for hver arbeidstaker for å yte nødvendig omsorg til foreldre, ektefelle, samboer eller registrert partner. Rett til permisjon gis også ved nødvendig omsorg for funksjonshemmet eller sykt barn over 18 år som arbeidstakeren har hatt omsorgen for.

Retten til permisjon er begrenset til 10 dager uansett hvor mange man har omsorg for. Denne permisjonen gis uten lønn da tilsvarende rettighet ikke er hjemlet i folketrygdloven.

I enkelte tariffavtaler var det allerede bestemmelser om adgang til permisjon av viktige velferdsgrunner, men mange arbeidstakere var ikke omfattet av slike regler. Det var derfor nødvendig å lovfeste en slik rett til permisjon som sikrer alle en praktisk adgang til å ta fri for å yte omsorg.

Redusert arbeidstid av velferdsgrunner

Arbeidstaker som av helsemessige, sosiale eller andre vektige velferdsgrunner har behov for å få redusert sin arbeidstid, har etter arbeidsmiljølovens §10-2 fjerde ledd rett til dette dersom arbeidstidsreduksjonen kan gjennomføres uten vesentlig ulempe for virksomheten. Dette kan være kortere daglig arbeidstid, fri enkelte dager i uken, arbeid annenhver uke eller andre ordninger

som innebærer at den gjennomsnittlige daglige og/eller ukentlige arbeidstid blir redusert i forhold til den vanlige arbeidstid i virksomheten.

Arbeidstaker må ha behov for redusert arbeidstid ut fra «helsemessige, sosiale eller andre vektige velferdsgrunner». Det må foreligge et kvalifisert behov for redusert arbeidstid. Sosiale forhold knytter seg til forhold hos arbeidstakers familie eller nærmeste omgivelser, som utløser omsorgsoppgaver eller belastninger utenom det vanlige. Sosiale grunner kan for eksempel anføres av enslige forsørgere og av foreldre som har barn med kroniske sykdommer. Også andre spesielle familieforpliktelser som for eksempel at han/hun har ektefelle eller foreldre som har varig sykdom eller trenger pleie og som arbeidstakeren har ansvaret for, regnes som sosial grunn. Det mest vanlige eksempelet på en viktig velferdsgrunn er arbeidstaker med små barn som i en periode ønsker mer tid til samvær eller som har problemer med å skaffe barnepass i arbeidstiden.

Selv om arbeidstaker har akseptable grunner for å be om redusert arbeidstid, gir dette likevel ikke en ubetinget rett til å få ønsket innfridd. Arbeidsgiver kan avslå hvis det vil medføre vesentlige ulemper for virksomheten. Her må det foretas en avveining mellom partenes interesser. Er behovet for redusert arbeidstid særlig stort kreves det en sterkere begrunnelse fra arbeidsgivers side for å avslå enn ellers. Arbeidsgivers vurdering kan overprøves av tvisteløsningsnemda.

Redusert arbeidstid avtales for en bestemt periode. Arbeidstaker kan søke på nytt når perioden er over. Rettighetene er i så måte «tidsbegrenset». Det vil imidlertid måtte foretas en ny behovs- og ulempevurdering når en ny periode skal avtales. Arbeidsmiljøloven eller folketrygdloven har ikke regler om lønn eller økonomisk kompensasjon ved redusert arbeidstid, med unntak av pleiepenger og graderte pleiepenger (se kap. 6.2).

Fleksibel arbeidstid

Arbeidstakere har etter arbeidsmiljøloven § 10-2 tredje ledd rett til fleksibel arbeidstid dersom dette kan gjennomføres uten vesentlig ulempe for virksomheten. Det er opp til arbeidsgiver og arbeidstaker i fellesskap å finne fram til løsninger som ivaretar arbeidstakers ønsker og behov, og som oppfyller kravet om «uten vesentlig ulempe» for virksomheten.

Permisjon ved fødsel eller omsorgsovertakelse

Arbeidsmiljøloven §12-3 til § 12-6 gir arbeidstaker rett til hel eller eventuelt delvis permisjon i forbindelse med fødsel og omsorg for små barn. Foreldre har etter § 12-5 rett til ett års foreldrepermisjon til sammen. Hver av foreldrene har i tillegg rett til et års foreldrepermisjon utover dette. Det betyr at hver enkelt arbeidstaker kan ta ut inntil to års permisjon. Eneforsørgere kan ta ut inntil tre år. Retten til hel permisjon etter disse reglene er en ubetinget rettighet. Retten til permisjon utløses av fødsel eller omsorgsovertakelse, og er i praksis uavhengig av arbeidstakerens reelle behov for fri, dvs. om permisjonen faktisk benyttes til å ta seg av barnet.

Arbeidstaker med fødsels- og foreldrepermisjon har rett til fødsels- eller adopsjonspenger i inntil 53 uker, jf. Kapittel 5.2

Retten til foreldrepenger er regulert i folketrygdloven kapittel 14. Foreldrepenger forutsetter at mottaker har vært yrkesaktiv og har hatt pensjonsgivende inntekt i minst seks av de ti siste månedene før stønadperioden tar til. Fra 1. juli 2011, er stønadperioden for foreldrepenger 47 uker med 100 % stønad eller 57 uker med 80 % stønad.

Inkluderende arbeidsliv

Regjeringen inngikk i 2001 en intensjonsavtale om et inkluderende arbeidsliv med partene i arbeidslivet (LO, NHO, YS, KS, staten ved AAD og Akademikerne). Målsettingen var å styrke arbeidslinjen. Avtalen ble først inngått i en prøveperiode, men er siden blitt forlenget og har en varighet til 2013.

Bakgrunnen for intensjonsavtalen var et økende sykefravær, økt antall personer på uføretrygd, samt nedgang i yrkesdeltakelsen for personer over 60 år. Stadig større del av offentlige budsjett ble brukt til sykdomsrelaterte trygdeytelser.

Ved intensjonsavtalen ønsket man å redusere sykefraværet (20 %), å få tilsatt langt flere arbeidstakere med redusert funksjonsevne, og motvirke tidlig avgang til pensjonsalder ved at eldre arbeidstakere ble bedre ivaretatt.

For å nå målsetting om en styrket arbeidskraft ble det stilt virkemidler til disposisjon for bedriftene. Blant de viktigste virkemidlene er egen samarbeidsavtale med NAV, etablering av arbeidslivssenter i hvert fylke, tilretteleggingstilskudd, lønnstilskudd ved rekruttering av arbeidstakere med redusert funksjonsevne, dekning av utgifter

til sykepenger i arbeidsgiverperioden for sykefravær relatert til svangerskap, med mer.

Det er innført endringer i folketrygdloven vedrørende sykmeldinger og funksjonsvurderinger. Ny sykmeldingspraksis er innført fra 01.05.02, 01.07.2004 og 01.09.08.

Hva har intensjonsavtalen (IA) bidratt til.

SINTEF i samarbeid med NTNU gjennomførte på oppdrag fra Arbeids- og inkluderingsdepartementet en helhetlig evaluering av IA-avtalen (2001–2009) (SINTEF A 11960 rapport). Det konkluderes med at potensialet i IA-avtalen fortsatt er stort. Målene er delvis nådd. Nedgang i sykefraværet er størst i privat sektor, dernest i kommunal sektor. Avtalen har liten eller ingen betydning for sykefraværsutviklingen i statlige og fylkeskommunale virksomheter. På nasjonalt nivå har forventet pensjonsalder økt med et halvt år. Delmål 2 om tilsetting av flere med redusert funksjonsevne lyktes man ikke å nå målet for.

6.4.2 Tariffavtaler i kommunal og statlig sektor

Avtaler i kommunal sektor

Velferdspermisjoner i kommunal sektor

Etter Hovedtariffavtalen i KS kap. 1 § 14.1 2. ledd kan en arbeidstaker tilstå velferdspermisjon med lønn i inntil 12 (14) arbeidsdager eller inntil 24 (28) arbeidsdager med halv lønn når viktige velferdsgrunner foreligger.

I tariffoppgjøret i 2008 ble antall dager for velferdspermisjoner økt med to dager. Bakgrunnen for økningen var et krav fra organisasjonene om ekstra fridager for å pleie syke foreldre. Selv om antallet dager for velferdspermisjoner ble økt, er økningen ikke forbeholdt pleie av syke foreldre. Merk at arbeidstaker nå har rett til fri i 10 dager for å pleie nære pårørende etter aml. § 12-10. Det er imidlertid ikke knyttet noen stønad eller rett til lønn for slik permisjon, men som nevnt over kan det vurderes om det skal innvilges velferdspermisjon med lønn.

Det er imidlertid vanlig at det fastlegges visse normer for velferdspermisjoner i et lokalt reglement, og da kan pleie av syke foreldre være et av disse punktene. Et slikt reglement vil av de fleste anses som en naturlig del av en offentlig arbeidsgivers personalpolitiske «pakke». (Personalhåndbok Kommunenes Sentralforbund 2011)

Avtaler i statlig sektor

Velferdspermisjon i staten er regulert i Hovedtariffavtalen i staten kapittel 7.3.22 § 22.

Velferdspermisjoner

Når viktige velferds- og omsorgsgrunner foreligger, kan en arbeidstaker tilstå velferdspermisjon med lønn i inntil 12 arbeidsdager. Dersom arbeidstakeren selv ønsker og tjenesten tillater det, kan arbeidsgiver samtykke i fleksibelt uttak av permisjonsdagene.

Departementets kommentarer

Bestemmelsen gir muligheter for å tilstå arbeidstakere velferdspermisjon inntil 12 arbeidsdager med full lønn. Arbeidsgiver kan samtykke i fleksibelt uttak av permisjonsdagene, jf. 2. punktum.

Arbeidsgiveren kan ved nyttilsetting kreve at arbeidstakeren fremlegger bekreftelse på hvor mange dager i det løpende kalenderår vedkommende har hatt permisjon med lønn etter denne bestemmelse.

Dersom en arbeidstaker innehar 2 deltidsstillinger som hver for seg gir rett til permisjon, har vedkommende likevel ikke krav på flere dager permisjon til sammen i de to stillinger pr. år enn det en arbeidstaker i hel stilling har. Arbeidsgiveren bør i forbindelse med spørsmål om permisjon for deltidsstilsatte be opplyst om vedkommende har annen deltidsstilling og om vedkommende eventuelt har hatt permisjon fra den stillingen og i tilfelle hvor mange dager.

Vilkåret for å få slik permisjon er at det foreligger viktige velferds- eller omsorgsgrunner. Den enkelte virksomhet må selv vurdere hvorvidt det er grunnlag for å tilstå velferdspermisjon med lønn. Ved avgjørelsen bør det tas hensyn både til de anførte permisjonsgrunner og arbeidstakerens individuelle behov for slik permisjon.

(Statens personalhåndbok 2011)

6.4.3 Ordninger i det private næringsliv

I Norge og andre nordiske land har det vært en målsetting å sikre gode offentlige ordninger for å kombinere familieomsorg med deltakelse på arbeidsmarkedet. De fleste velferdstilbud i de nordiske landene er offentlige ordninger som er organisert som universelle rettigheter. Det er liten tradisjon for bedriftsbaserte velferdstilbud. Noen av de offentlige rettighetene er riktignok oppnådd gjennom deltakelse på arbeidsmarkedet (Gul-

brandsen & Jensen 2009). Andre land, som for eksempel USA og Japan, har tradisjon for bedriftsbaserte velferdstilbud, og det offentlige velferdstilbudet er begrenset til minimumsytelser for de som står utenfor arbeidsmarkedet (Hippe & Pedersen 1992). Mye av forskningslitteraturen om ordninger i det private næringsliv er naturlig nok fra land som USA og Japan. Det foreligger ingen systematisk kunnskapsoversikt over bedriftsbaserte velferdstilbud generelt, og spesielt som kan gjøre det lettere å kombinere familieomsorg med yrkesdeltakelse i det private næringsliv i Norge (Gulbrandsen & Jensen 2009).

Gulbrandsen og Jensen (2009) påpeker at velferdsstatsutviklingen på 1960- og 1970- tallet kan ha bidratt til at det er blitt mindre legitimt med private velferdstilbud. Oppslutningen om velferdsstaten kan også ha ført til mindre oppmerksomhet, manglende forskning, og en usynliggjøring av velferdstilbud som bedrifter faktisk tilbyr sine ansatte. Selv om Norge ikke har en tradisjon for bedriftsbaserte velferdstilbud, finnes det bedrifter som tilbyr slike goder til sine arbeidstakere. Enkelte bedrifter, som for eksempel Storebrand sin ordning med rett til 10 dager betalt permisjon per år for arbeidstakere som må stille opp for eldre foreldre som er syke i akutt-situasjoner, har for eksempel blitt løftet fram i media. I følge Gulbrandsen og Jensen (2009) kan det se ut som at det i de senere år har blitt mer utbredt at private bedrifter tilbyr sine ansatte velferdstilbud, som kommer i tillegg til de staten gir sine innbyggere. De viser til Veidekke, som gir alle ansatte over 60 år 6 ukers permisjon i året med full lønnskompensasjon – utover ferie,- i den hensikt å få dem til å fortsette i bedriften fram til pensjonsalder. Et annet eksempel er Møbelfabrikken Ekornes, som har opprettet en egen stilling som omsorgskonsulent, som skal virke som både omsorgsarbeider, psykolog og sjelesørger. De påpeker at dette bare er noen tilfeldige eksempler, og at det ikke foreligger noen oversikt over næringslivets bidrag med velferdstilbud verken når det gjelder omfang, hvem som får dem og om virkningene. Vi vet altså ikke om det finner sted en vekst i velferdstilbud som tilbys ansatte i bedrifter i Norge.

En gjennomgang av forskningslitteraturen om velferdsordninger for arbeidstakere som yter omsorg til eldre viser at det først og fremst er store bedrifter med høyt utdannet arbeidskraft som tilbyr denne typen ordninger i land som USA og UK (Gautun 2007). En eventuell vekst i bedrifters velferdstilbud til ansatte vil medføre et brudd med den velferdsmodellen Norge har praktisert siden 1960- tallet. Både ved at det offentlige tar et

mindre og bedriftene et større ansvar, og ved at velferdstilbudene vil bli ulikt fordelt i befolkningen etter utdanningsnivå og plassering i arbeidsmarkedet.

6.5 Frivillighet

I strategien «Partnerskap med familie og lokalsamfunn» i St.meld. nr. 25 framheves hvor viktig det er at frivillig omsorg opprettholdes og styrkes i omfang.

Omsorgsplan 2015 legger føringer for hvordan frivillig sektor kan inngå i konstruktivt partnerskap med kommunal sektor til gjensidig styrking. Bak målsettingen om å styrke frivillig sektor og inngå partnerskap ligger en målsetting om at dette kan bidra til å løse fremtidens omsorgsutfordringer.

Innenfor den organiserte frivillighet er frivillige organisasjoner og private aktører viktige bidragsytere, og institusjons- og tjenestetilbud i regi av disse er viktig supplement til offentlige tjenester.

Den familiebaserte omsorgen utført av pårørende i familier og lokalsamfunn utgjør en betydelig del av den helhetlige omsorgstjenesten, supplerer den offentlige omsorgen og er nødvendig for å opprettholde velferd og verdiskapning. Familieomsorg drøftes ikke ytterligere i dette avsnittet.

Drivkraften i frivillig arbeid er sosialt engasjement for felles sak. Mye av frivilligheten er uorganisert og spontan. Deltakelse i det sivile samfunn er derfor like mye en væremåte som en handlemåte, og utgjør noe av fundamentet for det demokratiske samfunnet vårt.

Frivillige organisasjoner har ofte vært først ute med å tilby tjenester/ hjelp som offentlige instanser siden overtar og etter hvert tilbyr som en selvfølge. Denne spydspiss eller brekkstang- funksjonen er og har vært et kjennetegn ved frivillige organisasjoner. Noen organisasjoner samarbeider tett med offentlige virksomheter innen omsorg og helse. På en av utvalgets brukerkonferanser fikk Kaasa-utvalget presentert et tiltak i regi av Fransiskushjelpen.

Fransiskushjelpen har i samarbeid med Kreftforeningen opprettet en ordning for familier hvor omsorgsperson er alvorlig syk. Det er viktig å sikre tidlig kartlegging av situasjonen og fra første stund ta vare på barna og gi dem informasjon, veiledning og støtte. Fransiskushjelpens erfaring er at nettverkssamarbeid (fastlege, 1. og 2.linje, skole, sykehus m.m.) og praktisk hjelp har bidratt til større ro, forutsigbarhet og trygghet i hjemmesituasjonen for barna.

Dette er eksempel på ordninger som kan videreutvikles og anvendes der hvor omsorgsbelastningen er ekstraordinær og hvor pårørende har store omsorgsoppgaver og familien som helhet sliter mer enn hva godt er. Tidligere hadde den offentlige sosialtjenesten tilbud om husmorvikar som kunne fylle en helhetlig omsorgsrolle i familier med ekstra behov. Denne ordningen er nå innlemmet i helse- og omsorgstjenesteloven, og det varierer fra kommune til kommune hvordan ordningen praktiseres. Det tilbudet Fransiskushjelpen har i Oslo kan på mange områder sammenlignes med den gamle husmorvikartjenesten. Vi kan derfor i dette eksempelet ha en ordning som har vært offentlig og er blitt endret, og som svar på etterspørsel blitt plukket opp igjen i frivillig regi og etablert på ny som et organisert tilbud. I dette tilfelle er veien motsatt av spydspissfunksjonen men det viser frivillighetens styrke.

6.5.1 Frivilligsentraler

Ideen om frivilligsentraler ble lansert i 1990. Ved utgangen av 2009 var det til sammen 335 frivilligsentraler i 276 kommuner.

Fra oppstart var sosiale tiltak i helse- og sosialsektorens virkefelt grunnpilarer i frivilligsentralenes arbeid. I siste del av 1990-årene skjedde det et skifte fra omsorgsorientering til en bredere nær-

miljøorientering. Frivilligsentralen kan deles inn i tre aktivitetsprofiler: Hjelpesentralen, rettet mot praktisk hjelp og sosiale tiltak, Møteplass-sentralen, kjennetegnes av stor bredde i sosiale omsorgstiltak, så vel som i fritids- og nærmiljøtiltak, og Nærmiljøsentralen; ser sentralen som en drivkraft for å skape levende lokalmiljø. (Lorentzen 2010)

Sentralene har utviklet seg til møteplasser med en bredere nærmiljø orientering. Det pekes på at frivilligsentraler kan ivareta en koordinerende rolle som pådriver og samarbeidspartner for lokalt frivillig engasjement og samspill mellom frivillig og offentlig virke. Man kan tenke seg at pårørende kan melde fra om behov til frivilligsentral, og at disse her kan ivaretas ved sentralen eller kanaliseres videre.

6.5.2 Likemannsarbeid og selvhjelp

En form for frivillighet er likemannsgrupper. Det er personer med samme utfordringer som finner sammen til felles utveksling og støtte. Det er ulike former for likemannsarbeid, og det kan tilrettelegges som besøkstjeneste, samtalegrupper for brukere, pasienter og pårørende, søskentreff, selvhjelpsgrupper og møter mellom personer i samme alder og med samme diagnose.

Fra 1990 tallet ble det etablert en statlig tilskuddsordning til generelt likemannsarbeid og en egen tilskuddsordning til likemannsarbeid for attføring og arbeid.

Nasjonal plan for selvhjelp ble første gang offentlig kjent i St.meld. nr. 16 (2002–2003), Resept for et sunnere Norge, også kalt folkehelsemeldingen. Dette plasserer det selvorganiserte selvhjelpsarbeidet i samfunnsbildet. Selvhjelp Norge ble etablert i 2006 som et nasjonalt kompetansesenter for selvorganisert selvhjelp, og er drevet av stiftelsen Norsk Selvhjelpsforum på oppdrag fra Helsedirektoratet. Følgende definisjon «Selvhjelp er å ta tak i egne muligheter, finne frem til egne ressurser, ta ansvar for livet sitt og selv styre det i ønsket retning. Selvhjelp er å sette i gang en prosess, for å bli aktiv deltaker i eget liv.» står i Nasjonal plan for selvhjelp.

Selvhjelp er en mulighet og et supplement, og ikke en erstatning for etablerte behandlinger. Selvhjelp Norge skal bidra til å gjøre selvhjelp og selvhjelpsgrupper kjent for befolkningen. En av måtene å gjøre dette på er å være mer tilgjengelig der folk bor. Selvhjelp Norge har etablert fire distriktskontorer i 2010 og flere etableres i 2011.

<http://www.selvhjelp.no>

Boks 6.10 Husmor / far vikar i regi av Fransiskushjelpen

For å hjelpe familier som sliter med praktisk gjennomføring av hverdagen ble det i 2009 startet et prosjekt i regi av Fransiskushjelpen i samarbeid med Krefthforeningen, Krefthsentret på Oslo Universitetssykehus, avdeling Ullevål, og foreningen Voksne for Barn, for å bistå disse familiene (Fransiskushjelpen 2010). Prosjektet er finansiert i tre år av stiftelsen Helse og Rehabilitering og har fått navnet Familiehjelperen. Prosjektet er inspirert av den gamle ordningen med husmorvikar, som var vanlig i Norge på 1950- og 60-tallet. Familier der barn med alvorlig kreftsyke foreldre blir skadelidende kan på denne måten få praktisk hjelp i hjemmet med blant annet husarbeid, handling, matlaging, bringe barna til skole og fritidsaktiviteter og andre ting de har behov for. Hvem som helst kan henvise disse familiene til Familiehjelperen ved å fylle ut et skjema.

Boks 6.11 Selvhjelpsgrupper, Prosjekt i Nøtterøy kommune

Nøtterøy kommune startet våren 2010 opp Prosjektet «Selvhjelp og individuell plan i psykisk helsefremmende arbeid». Formålet var å styrke selvhjelpsfokuset, og målgruppen for prosjektet var pårørende til personer som har individuell plan.

Målsettingen var 3-delt:

1. Bidra til individuell utvikling blant de som deltar i selvhjelpsgruppe
2. Styrke brukerperspektiv og brukermedvirkning i en individuell planprosess
3. Utvikle kunnskap om selvhjelpsgrupper som kan ha overføringsverdi til andre felt og være til nytte ut over den aktuelle sammenheng her.

Det ble etablert en selvhjelpsgruppe med 7 kvinner som alle er mødre til barn med individuell plan. To ansatte i kommunen fikk rollen som «igangsetterne» av selvhjelpsgruppen. Igangsetterne ga deltakerne visse rammer for organisering av gruppen og innføring i hva selvhjelp er.

Gruppen er en samtalegruppe. De sørget også for at deltakerne underskrev taushetserklæring. Igangsetterne ga få føringer på hva en skulle snakke om i gruppen annet enn at gruppen skulle være til for pårørendes egen del og handle om deres hverdag. Det skulle altså ikke snakkes om dem deltakerne er pårørende for, men derimot om dem selv.

Ved evaluering av tiltaket beskrives gruppen som et pustehull i hverdagen, hvor deltakerne opplever å bli styrket både personlig og som mødre og pårørende til barn med spesielle behov. Mye av nytteverdien synes å handle om at deltakerne opplever at de møter likesinnede. I gruppen får de bekreftelse, både på seg selv som mødre og på sine barn. Dette bidrar til at de opplever mestring og tilhørighet, og at de føler seg mindre stigmatisert. (Kvamme og Eklund Nilsen 2011)

6.6 Det private marked

Det har funnet sted en kraftig vekst i pleie- og omsorgstjenestene over flere år. En nylig gjennomført analyse av IPLOS- og KOSTRA-data viser at veksten først og fremst har tilfalt en voksende gruppe av yngre brukere (de under 67 år) (Brevik 2010). Brevik, og også Romøren (2007), viser at det i årene 1989 til 2007 har funnet sted en nedgang i bruk av pleie- og omsorgstjenester blant yngre eldre, de i alderen 67–79 år (Romøren 2007, Brevik 2010). Det ser altså ut for at de med mindre behov i stadig større grad må finne andre løsninger for å få utført praktisk hjelp hjemme. En annen årsak kan imidlertid være at de i aldersgruppen 67–79 har bedre helse i dag enn tidligere, og at behovet for både praktisk hjelp og helsetjenester er utsatt. Eldre over 80 skiller seg i statistikken ut som de mest hjelpetrengende. Stadig flere i denne aldersgruppen bor hjemme og mottar hjemmehjelp og hjemmesykepleie framfor et tilbud i aldershjem eller sykehjem. Dette betyr at «kampen» om hjemmetjenestene har økt, og at denne trenden sannsynligvis vil akselerere når de store fødselskullene fra 1946 og årene etter, blir 80 år i 2026. Det er lite sannsynlig at familien vil kunne stille opp i større grad enn den gjør i dag. Demografiske endringer fører til at det blir færre i generasjonen under de aller eldste som kan yte

omsorg (St meld nr 25 (2005–2006) Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer). Det forventes også at en økende andel kvinner vil jobbe heltid, noe som vil redusere familiens muligheter til å yte omsorg. Utviklingen kan føre til at omsorgstrengende, og deres pårørende, i stadig større grad vil se seg nødt til å kjøpe tjenester fra et privat marked.

Allerede i dag ser vi at det er i ferd med å vokse fram et marked med private tilbydere av ulike former for praktisk hjelp, som både funksjonsfriske og personer med funksjonsnedsettelser har begynt å kjøpe tjenester fra. Dette er helt løst fra den offentlige omsorgssektoren, også konkurranseutsettingsregimene som er opprettet i de største kommunene. I liten grad dreier dette seg om pleie. Det er først og fremst praktisk hjelp, som dreier seg om alt fra vask av hus, gressklipping, levering av ferdig middag på døren, til hjelp til sosiale aktiviteter. Det finnes i dag ingen oversikt over utbredelsen av kjøp av private tjenester i befolkningen, og i spesielle omsorgstrengende grupper av befolkningen. Vi vet ikke hvor vanlig det er å kjøpe tjenester fra private tilbydere, hva slags tjenester som kjøpes, og hvor mye som betales enten hvitt eller innenfor en svart økonomi. Vi vet imidlertid noe om befolkningens holdninger til kjøp av private, som sier noe om befolkningens villighet til å kjøpe tjenester. Brevik og Schmidt

(2005) har gjennomført en undersøkelse av den fremtidige eldrebefolkningens holdninger, dvs. interesse for å kjøpe servicetjenester. De finner at interessen i aldersgruppen 53–74 år for å kjøpe tjenester er stor. Det gjelder særlig tynge husarbeid, vaktmestertjenester og snømåking/hagearbeid, men også hjelp til husarbeid, aktivisering og

innkjøp. Så mange som 80 % kan for eksempel tenke seg å kjøpe hjelp til vindusvask. Nesten like mange svarer at de ville kjøpe vaktmestertjenester. Tjenestene som de fleste svarer at de er villig til å betale for, er tjenester som i liten grad tilbys gjennom den offentlige hjemmehjelpstjenesten i dag.

Kapittel 7

Formelle grenser mellom det offentliges ansvar for å gi pleie og omsorg og privat ansvar for familieomsorg. Kvalitet og forsvarlighet

7.1 Plikten til å hjelpe personer med behov for pleie, omsorg og praktisk bistand

Det juridiske ansvaret for omsorg er over tid endret fra å være et ansvar for familien til å bli et offentlig ansvar. I løpet av de siste tretti årene er det offentliges ansvar for tjenester til personer som har behov for pleie, omsorg og praktisk bistand blitt presisert i lovverket. Det er kommunene som i første rekke skal ivareta disse oppgavene. Ansvarsplasseringen er en følge av forhold som hensynet til lik tilgang på tjenester, behovet for at tjenestene har en grunnleggende kvalitet og anerkjennelsen av at enkelte kan ha et så omfattende og ressurskrevende hjelpebehov at det ikke kan forventes at pårørende kan ivareta dette. Det offentliges ansvar fremgår av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven) § 3-1 første ledd, der det er bestemt at kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen blir tilbudt nødvendige helse- og omsorgstjenester.

Privatpersoner er ikke pålagt en juridisk bindende omsorgsplikt overfor andre. Det er gjort unntak for dem som har foreldreansvar for mindreårige barn. Etter lov om barn og foreldre av 8. april 1981 § 30, omfatter foreldreansvaret omsorg, oppdragelse og forsørgelse av barnet.

Grensene for det offentliges ansvar for omsorg er ikke klare og entydige. Når det gjelder omsorgslønn er grensene til en viss grad tydeliggjort. I saker vedrørende omsorgslønn må kommunen avklare hvorvidt omsorgsoppgaver som en privat omsorgsgiver utfører, kan kompenseres med omsorgslønn. Omsorgarbeid som kan gi grunnlag for omsorgslønn, vil generelt omfatte oppgaver som det offentlige ellers måtte ha utført.

7.1.1 Brukere under 18 år

Kjernen i foreldreansvaret er plikten til å gi barnet omsorg, oppdragelse og forsørgelse, og herunder skal de som har foreldreansvar sørge for at barnets rett til skolegang og helsehjelp blir ivaretatt.

Barneloven fastsetter et prinsipp om foreldreansvar, men det er lov om barnevern av 7. juli 1992 som setter grenser for hva som kan regnes som tilstrekkelig omsorg i relasjonen mellom foreldre og barn. Barnevernloven setter således en nedre grense for hva som er akseptabel kvalitet på omsorgen. Faller omsorgen under akseptabelt nivå kan barneverntjenesten gripe inn med tiltak overfor barn og foreldre. Barnevernloven § 4-10 slår fast at den som har foreldreansvar er forpliktet til å sørge for at barnet får nødvendig helsehjelp.

Foreldreansvaret medfører en forventning om at barnet får tilstrekkelig omsorg og oppfølging fra foreldrenes side, og foreldre kan ikke uten videre forvente at det offentlige overtar disse oppgavene. Barn med funksjonsnedsettelse har som regel behov for pleie og omsorg som overstiger det man med rimelighet kan forvente at foreldre skal kunne ivareta. Foreldreansvaret innebærer at foreldre som er i en slik situasjon må søke råd og veiledning. Helsetjenester rettet mot barn og unge, barnehage og skole kan fange opp eventuelt hjelpebehov og bidra til at familien får bistand, men det er ikke nødvendigvis automatikk i dette.

Den manglende omsorgsevnen det her er tale om må ikke forveksles med omsorgssvikt i barnevernlovens forstand. Selv om barnevernet kan iverksette hjelpetiltak uavhengig av om det foreligger omsorgssvikt eller ikke, vil det som regel være mer naturlig og hensiktsmessig at hjelpebehovet dekkes med kommunale helse- og omsorgstjenester.

Det er avgjørende at kommunene kan gi råd og veiledning overfor familier med barn som har

psykiske eller fysiske funksjonsnedsettelse, og at tjenesten er innrettet for å ta imot eller fange opp familier og barn som har eller kan ha behov for helse- og omsorgstjenester. Dette var for øvrig blant konklusjonene i det tidligere Sosial- og helsedirektoratets toårige program i 2005–2006 knyttet til tilrettelegging av det kommunale tjenestetilbudet til barn med nedsatt funksjonsevne og deres familier (TAKT).

Det er flere tjenestealternativer som kan være aktuelle. Foreldre kan blant annet søke om avlastningstiltak for å få hvile og fritid, og dermed forebygge utbrenthet og slitasje. Videre kan det søkes om tjenester i hjemmet i form av blant annet praktisk bistand. Dette kan organiseres som brukerstyrt personlig assistanse. Barnet kan også ha behov for støttekontakt, og denne tjenesten kan virke både stimulerende for barnet og avlastende for foreldre.

Etter gjeldende praksis kan omsorgslønn gis til foreldre som har omsorgsplikt for sine mindreårige barn dersom omsorgen for barnet klart overstiger vanlig omsorg for barn på samme alder. Det vises til det tidligere Sosial- og helsedepartementets rundskriv I-42/98, Omsorgslønn, pkt. 3.1. Rundskrivet anbefaler at det klarlegges hvilke omsorgsoppgaver som normalt må forventes på ulike alderstrinn. I den forbindelse kan det være aktuelt å spørre fagpersoner om barns oppvekst og utvikling, for eksempel skole, barnehage eller helsestasjon. Kommunen må således avklare hvorvidt foreldrene har omsorgsoppgaver som går ut over det som normalt forventes ut fra barnets alder. Dette skal inngå i vurderingen av om omsorgslønn kan gis, samt omfanget av lønnen.

I rundskrivet er det fremholdt at omsorgen klart må overstige vanlig omsorg for barn på samme alder. Vilkåret skal imidlertid ikke tolkes dit hen at omsorgslønn til foreldre med funksjonshemmede barn skal være begrenset til helt spesielle tilfeller.

7.1.2 Brukere over 18 år

Ingen er rettslig forpliktet til å påta seg omsorgsarbeid overfor voksne, herunder voksne familie- eller husstandsmedlemmer. Dette innebærer at det offentlige bærer det fulle ansvaret for å dekke voksne personers behov for pleie, praktisk bistand og omsorg, forutsatt at personen oppfyller lovfaste vilkår for å motta slik bistand.

Det offentlige, i denne sammenheng kommunen, må ta stilling til den enkeltes evne til å dra omsorg for seg selv og/eller til å greie dagliglivets gjøremål. På dette grunnlaget må kommunen

avgjøre hvordan eventuelt hjelpebehov skal dekkes. Dette kan blant annet skje ved å innvilge omsorgslønn til en frivillig omsorgsgiver. Ytelsen kan kombineres med andre kommunale tjenester.

Det er et vilkår at omsorgsarbeidet er særlig tyngende, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6. I det tidligere Sosial- og helsedepartementets rundskriv I-42/98, Omsorgslønn, pkt. 3.1, er det angitt flere vurderingsmomenter. Dette omfatter forhold som omsorgsarbeidets omfang og varighet, den fysiske og psykiske belastningen som omsorgsarbeidet medfører, om arbeidet skjer regelmessig eller periodevis og om søkeren har inntektstap.

Generelt kan det legges til grunn at en omsorgslønnsinntaker utfører omsorgsarbeid som kommunen ellers måtte ha dekket med tjenester. I forhold til utmåling av omsorgslønn, skulle man dermed anta at denne står i direkte forhold til de ressursene som kommunen måtte brukt. Vurderingskriteriene for beregningen av omsorgsarbeidets omfang er imidlertid sterkt skjønnspreget, og det er i henhold til retningslinjene ikke forutsatt at omsorgsgiver skal lønnes for hver time han eller hun utfører omsorgsarbeid. Det er således grunn til å anta at bruk av omsorgslønn innebærer en ressursbesparelse for kommunen.

Kommunens vurdering skal skje på bakgrunn av brukerens totale livssituasjon. Dette omfatter ikke bare helse- og omsorgsbehovet, men boligforhold, familie, sosialt nettverk og personlige egenskaper. En person som lever sosialt isolert kan ha andre og mer omfattende behov for hjelp enn dem som lever i et fellesskap med andre. Dette er faktiske omstendigheter som har relevans ved vurderingen av hvordan et tjenestetilbud skal utformes, herunder omfanget av eventuell omsorgslønn.

Kommunen skal ikke overta husholdsoppgaver som påhviler andre familie- eller husstandsmedlemmer, og kan til en viss grad legge vekt på fordeler som en bruker har av å bo i et husstandsfellesskap. Her er grensene uklare, men et holdpunkt er brukerens hjelpebehov. Dette behovet definerer det offentliges ansvar, og kan ikke uten videre skyves over på private.

Private har, av personlige, moralske eller kulturelle beveggrunner, ansvarfølelse overfor sine nærmeste. For mange faller det naturlig å hjelpe pårørende eller nærstående som har behov for pleie, omsorg og praktisk bistand. Lovverket åpner for fleksible løsninger, i den forstand at tjenestene skal ytes på grunnlag av frivillighet fra brukerens side, og så langt det er mulig i tråd

med den enkeltes ønsker, behov og forutsetninger. Vilklårene om individuell behandling og brukermedvirkning åpner for tilpasninger på brukers premisser, noe som for eksempel gjør det mulig å legge til rette for at offentlige tjenester kan kombineres med familieomsorg. Det er viktig å understreke at denne adgangen til fleksibilitet i tjenesteytingen verken begrenser den enkeltes rett til tjenester, eller utvider pårørendes ansvar.

7.2 Arbeidstakerrettigheter for henholdsvis kommunalt ansatte tjenesteytere og omsorgslønsmottakere

7.2.1 Kommunale arbeidstakere

Arbeidstakere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er omfattet av lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern av 17. juni 2005 (arbeidsmiljøloven). Loven skal sikre arbeidsmiljøet og trygge ansettelsesforhold i arbeidslivet, og stiller krav til arbeidsgiver om helseforebyggende og – fremmende tiltak. Den inneholder videre arbeidstidsbestemmelser, regler om rett til permisjon og arbeidstakeres rettigheter ved ansettelse og oppsigelse.

Assistenter under ordningen brukerstyrt personlig assistanse, og som er ansatt som arbeidstaker i kommunen, er også omfattet av arbeidsmiljøloven. Dersom assistenten er ansatt direkte av brukeren, reguleres kravene til arbeidsmiljøet av forskrift av 5. juli 2002 nr. 716 om husarbeid, tilsyn og pleie i privat arbeidsgivers hjem og hushold.

I kraft av å være arbeidsgiver skal kommunen gjennom systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid sørge for at arbeidstakeren har et forsvarlig arbeidsmiljø. Dette kan for eksempel omfatte tiltak for å unngå belastningsskader. Brukerens hjem regnes som arbeidsplass i arbeidsmiljølovens forstand i tidsrom hvor det gis helse- og omsorgstjenester der. Kommunale arbeidstakere har i medhold av arbeidsmiljøloven også rettigheter knyttet til arbeidstid, permisjon, ansettelse og oppsigelse. Disse er supplert eller utfylt gjennom avtaler inngått mellom partene i arbeidslivet.

Arbeidstakeres rett til ferie er regulert i lov om ferie av 29. april 1988 (ferieloven). Loven inneholder regler om feriefritid og feriepenger, og er i henhold til § 2 begrenset til å gjelde arbeidstakere.

7.2.2 Mottakere av omsorgslønn

Den rettslige stillingen til personer som mottar omsorgslønn er ikke lovregulert. I det tidligere Sosial- og helsedepartementets rundskriv I-42/98, side 12, pkt. 7, er kommunene anbefalt å inngå en oppdragsavtale med omsorgsgiveren, og ikke en ansettelsesavtale. Dette har sammenheng med arbeidsmiljøloven § 58A, som setter forbud mot midlertidige ansettelser. Vilklårene for omsorgslønn innebærer at omsorgsarbeidet gjennomgående må betraktes som midlertidig (Helsetilsynet 2009).

Omsorgsgiverens stilling som oppdragstaker innebærer at vedkommende ikke har krav på ferie og feriepenger. Vedkommende har ikke rett til sykepenger i de 16 første kalenderdager av et sykdomsforløp. Kommunene er anbefalt å legge til rette for at omsorgsgiveren sikres ferieavlastning, samt at det ved utmålingen av omsorgslønnen tas hensyn til omsorgsgiverens ferie og eventuelle sykefraværperioder.

Dersom omsorgslønsmottakeren ikke har, eller får, et ansettelsesforhold i kommunen, vil vedkommende ikke være omfattet av arbeidsmiljølovens bestemmelser om arbeidsmiljø, arbeidstidsbestemmelser, permisjon og ansettelse/oppsigelse.

Avlønnen av omsorgslønsmottakere er ikke lovregulert. Etter gjeldende praksis skal omsorgslønn ikke gis med sikte på å lønne omsorgsgiver for hver time vedkommende utfører omsorgsarbeid, men etter en bred vurdering. I rundskriv I-42/98 side 10, pkt. 4.1, er det anbefalt at timelønn gis tilsvarende «heimhjelparar». Anbefalingen er kun veiledende og gir i realiteten få holdepunkter. Det er rimelig grunn til å anta at kommunenes praksis for avlønnning av omsorgslønsmottakere varierer.

Omsorgslønn er regnet som inntekt etter skatteleven. Kommunen skal betale arbeidsgiveravgift etter folketrygdloven for personer som får omsorgslønn. Den som utfører omsorgsarbeid kan få pensjonspoeng i medhold av folketrygdloven § 3-16. Bestemmelsen gir medlem av folketrygden som har utført omsorgsarbeid rett til å få godskrevet 3, 5 pensjonspoeng per år. Følgende vilkår er fastsatt i folketrygdloven § 3-16:

- a. *Medlemmet har minst halve året hatt den daglige omsorgen for et barn som ikke har fylt seks år innen årets utgang. For barnets fødselsår godskrives tre og et halvt pensjonspoeng selv om omsorgen har vart mindre enn et halvt år. Pensjonspoengene godskrives den som mottar barne-*

trygd for barnet etter barnetrygdloven, dersom ikke noe annet er bestemt i forskrift.

- b. Medlemmet har minst halve året utført omsorgsarbeid for en syk, en funksjonshemmet eller en eldre person som selv er medlem i eller mottar pensjon fra folketrygden. Omsorgsarbeidet må utgjøre minst 22 timer pr. uke. Dersom omsorgsarbeidet tar slutt på grunn av varig institusjonsopphold eller dødsfall, skal det godskrives pensjonspoeng selv om omsorgsarbeidet avsluttes før halve året er gått. Det er forutsatt at det er godskrevet pensjonspoeng for omsorgsarbeidet i de tre umiddelbart foregående årene.

Det kan godskrives pensjonspoeng etter første ledd fra og med det året vedkommende fyller 17 år, til og med det året vedkommende fyller 69 år.

7.3 Kvalitetssikring, kompetanse, internkontroll og tilsyn

7.3.1 Kommunens ansvar for tjenestenes kvalitet

Et fellestrekk ved helse- og omsorgstjenester er at de skal dekke grunnleggende behov hos brukeren, enten det dreier seg om praktisk bistand til husarbeid eller personlig stell og pleie. For å oppnå formålet med tjenestene må kommunen sikre at tjenestene innehar en viss kvalitet, samt at de er faglig forsvarlige. Ansatte i helse- og omsorgstjenesten må være i stand til å gi forsvarlige tjenester av tilstrekkelig kvalitet. Kommunen må legge til rette for at ansatte har tilstrekkelig tid, ressurser og hjelpemidler, samt nødvendig kompetanse for å utføre tjenestene.

For helsetjenester er det, med utgangspunkt i helsepersonelloven og pasientrettighetsloven, utviklet kriterier for hva som anses som faglig god praksis. Når det gjelder sosiale tjenester, er det i det tidligere Sosialdepartementets rundskriv I-1/93, Lov om sosiale tjenester mv. (1992), side 112, fremholdt at tjenestene må tilfredsstillende et forsvarlig minstenivå. Dette er formulert slik:

«Hjelpetilbudet vil måtte avgjøres ut fra de konkrete behov og kommunens personellmessige ressurser, men de som er avhengige av offentlig hjelp, må være sikret nødvendige tjenester. Det er ikke mulig å angi presist hvor omfattende denne hjelpen skal være, men den må ligge på et forsvarlig nivå i forhold til de behovene som skal dekkes. Et vedtak om tildeling av hjelp som ikke tilfredsstillende dette kravet, kan ikke godtas ut fra

hensynet til kommunens økonomi. Forskjellige grupper vil ha ulike behov. Hjelpetilbudet må utarbeides ut fra den enkeltes situasjon og i samarbeid med vedkommende»

Denne oppfatningen er i det vesentlige i samsvar med Høyesteretts begrunnelse i «Fusa-dommen», se Norsk Retstidende 1990 side 874.

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene av 1. juli 2003 fastsetter en metodikk for arbeidet med tjenestekvaliteten. Det følger av forskriften §§ 1 og 2 at kommunen skal etablere et system av prosedyrer som sikrer at brukerne får dekket sine grunnleggende behov. Forskriften er ikke innrettet mot oppfølging av enkeltsaker.

Kravet om forsvarlig nivå på tjenestene og bestemmelsene i forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene gjelder også når det ytes omsorgslønn.

I kapittel 4 i helse- og omsorgstjenesteloven er det gitt bestemmelser om krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet. Lovens § 4-1 omhandler forsvarlighet, og første ledd lyder slik:

Helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes etter loven her skal være forsvarlige. Kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at:

- den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud,*
- den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud,*
- helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og*
- tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene.*

Videre pålegger lovens § 4-2 alle som yter tjenester etter loven å sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

I lovens § 12-5 er det bestemt at Helsedirektoratet skal ha ansvar for nasjonale faglige retningslinjer og veiledere, samt for å utvikle nasjonale kvalitetsindikatorer for helse- og omsorgstjenestene.

Kapittel 4 i helse- og omsorgstjenesteloven samler og tydeliggjør de krav som stilles til tjenestens forsvarlighet og til det systematiske arbeidet med å fremme tjenestenes kvalitet. På bakgrunn av bestemmelsene i kapittel 4 og i § 12-5, samt merknader og uttalelser flere steder i lovforarbeidene, er det rimelig grunn til å tro at både forsvar-

lighetskravet og kvalitetsbegrepet vil bli videreutviklet og presisert.

En sentral kvalitetsfaktor er tjenesteutøvernes kompetanse. Helse – og omsorgstjenestelovgivningen stiller enkelte kompetansekrav til tjenesteutøvere, og har i tillegg bestemmelser om kommunens plikt til å gi ansatte nødvendig opplæring. Kommunens ansvar for å sørge for nødvendig opplæring av personell i helse- og omsorgstjenesten følger av helse- og omsorgstjenesteloven §§ 8-1 og 8-2. Det er ikke gitt nærmere bestemmelser om opplæringens innhold, rent bortsett fra at opplæringen skal skje i form av påkrevd videre- og etterutdanning. Omsorgslønnsnettakere har ikke krav på opplæring etter disse bestemmelsene.

7.3.2 Internkontroll og tilsyn

Internkontroll er en virksomhets systematiserte arbeid med på sikre at den etterlever lovbestemte krav. Plikten til å opprette internkontrollsystem i den kommunale helse- og omsorgstjenesten følger av lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. (helsetilsynsloven). Internkontroll er også forskriftsregulert. Kommunene har interkontrollplikt for samtlige tjenester i helse- og omsorgstjenesteloven, og denne skal følge omfatte omsorgslønn.

Det systematiske arbeidet som skal skje i henhold til henholdsvis forskrift om internkontroll og kvalitetsforskriften kan fremstå som sammenfallende. Internkontroll favner imidlertid videre, og er et ledelsesverktøy for kommunens interne styring og egenkontroll. Det systematiske kvalitetsarbeidet som følger av kvalitetsforskriften er blant oppgavene som skal inngå i kommunens internkontroll. Internkontroll innebærer blant annet at kommunen skal skaffe seg oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt. Internkontroll er ikke innrettet mot oppfølging av enkeltsaker, men utføres gjennom generell overvåking av virksomheten. Det tidligere Sosial- og helsedirektoratets veileder IS-1183, «Hvordan holde orden i eget hus», gir nærmere veiledning vedrørende praktiseringen av internkontroll.

Fylkesmannen skal føre tilsyn med kommunenes virksomhet etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, herunder omsorgslønn. Tilsynsmyndigheten følger av lovens § 12-3, som slår fast at fylkesmannen skal påse at virksomheten drives i samsvar med loven. Etter beslutning fra Statens helsetilsyn, som er overordnet tilsynsmyndighet, skal tilsynet gjennomføres som systemrevisjon. Denne revisjonsmetoden innebærer at tilsynsmyndigheten skal undersøke om kom-

munen, gjennom sin internkontroll, sikrer at tjenester og ytelser gis i samsvar med lovbestemte krav. I praksis føres det ikke tilsyn i enkeltsaker, men det kan tas stikkprøvekontroller.

Helsetilsynsloven inneholder utfyllende regler om tilsynsmyndighetene og deres ansvar og oppgaver.

Kommunens plikt til å følge opp og kontrollere omsorgsarbeid som det ytes omsorgslønn for. Saksforberedelse, vedtak, evaluering og bruk av vilkår

Omsorgslønnsordningen er omfattet av kommunenes internkontroll og kvalitetsarbeid, samt det statlige tilsynet. Disse kontroll- og oppfølgingsverktøyene har, som omtalt tidligere, et overordnet og generelt perspektiv og er ikke innrettet mot oppfølging av enkeltsaker. Videre er en omsorgslønnsnettaker som hovedregel oppdragstaker, og kommunen har derfor ikke arbeidsgiveransvar overfor ham eller henne. Kommunen har på denne bakgrunn heller ikke plikt til å følge opp vedkommende med helse- og sikkerhetstiltak i henhold til arbeidsmiljøloven.

Kommunen er imidlertid forpliktet til å følge opp enkeltsaker i samsvar med gjeldende saksbehandlingsregler, og må påse at de materielle vilkårene for å gi ytelsen er oppfylt. Den kommunale saksbehandlingen skal følge reglene i pasient- og brukerrettighetsloven og forvaltningsloven. Kommunen har plikt til å klarlegge forhold som angår både brukeren og den som skal utføre omsorgsarbeidet mot omsorgslønn. Innvilgelse av omsorgslønn forutsetter at den som utfører omsorgsarbeidet og/eller brukeren fremsetter søknad om dette overfor kommunen. Kommunen skal foreta en saksforberedelse før vedtak kan treffes, enten dette er en førstegangs søknad eller en søknad om forlengelse av omsorgslønn. I den forbindelse skal brukerens hjelpebehov og livssituasjon kartlegges, og kommunen må etter en helhetsvurdering ta stilling til om bistand fra den aktuelle omsorgsgiveren vil være til beste for brukeren. Det må herunder avklares hvorvidt omsorgsgiveren er i stand til å utføre omsorgsarbeidet.

Det er avgjørende av hensyn til både brukeren og omsorgslønnsnettakeren at saksforberedelsen er så grundig at den bidrar til å avdekke de tilfellene hvor det ikke er ønskelig å gi omsorgslønn. For begge parter representerer denne prosessen en rettssikkerhetsgaranti. For brukeren er den viktig for å sikre at vedkommende faktisk får den omsorg han eller hun trenger. For omsorgslønnsnettakeren vil det være vesentlig at forhold som

arbeidsmiljø, fysiske og psykiske belastninger og lignende blir vurdert i tilstrekkelig grad.

Det er ikke gitt lovbestemmelser som konkret regulerer hvordan en omsorgslønns sak skal følges opp etter at omsorgslønn er innvilget. I omsorgslønnsaker har heller ikke kommunen den indirekte kontrollen eller innblikket som tilstedeværelse av kommunalt ansatt personell kan representere. Gjennom interne rapporteringsrutiner vil personellet kunne fange opp og melde fra om endringsbehov eller uheldige sider av et tjenestetilbud. En omsorgslønsmottaker er ikke underlagt rapporteringsplikt overfor kommunen. Kommunen har likevel et overordnet ansvar for å sikre kvaliteten på tjenestene og at denne gis i tråd med lovebestemte krav; se fremstillingen over om kvalitetsarbeid og internkontroll. Dette omfatter også omsorgslønn, men det finnes få virkemidler som kan benyttes i kontrolløyemed. Det foreligger ikke systematisert informasjon om kommunenes oppfølging eller evaluering av omsorgslønnsaker. En av de få mulighetene kommunen har, følger av at kommunene gjerne innvilger omsorgslønn for en tidsavgrenset periode. Dette betyr at det etter en viss periode, for eksempel et kalenderår, må søkes på nytt om ytelsen. Kommunen må ta stilling til om vilkårene for å gi omsorgslønn fortsatt er oppfylt, noe som også bør omfatte en evaluering av omsorgsarbeidet. Det kan gjennomføres et hjembesøk i brukerens hjem i den forbindelse.

Kommunen er avhengig av et samarbeid med partene, og dersom det skal foretas hjembesøk må dette bygge på samtykke fra brukeren. Er brukeren umyndig må det innhentes samtykke fra verge. Samtykke vil også være nødvendig dersom brukerens hjem skal underlegges stedlig tilsyn, enten dette er ledd i kommunens internkontroll eller et statlig tilsyn. Tilsvarende må brukeren gi samtykke dersom det skal iverksettes arbeidsmiljøtiltak overfor kommunale tjenesteytere i hans eller hennes hjem.

I omsorgslønnsaker kan det gjøres avtale om hvordan kommunen skal følge opp og evaluere omsorgsarbeidet, men kommunen kan også sette dette som vilkår i vedtaket når omsorgslønn innvilges.

Kommunen er under enhver omstendighet avhengig av at de private parter samarbeider, og det kan bli problematisk for kommunen dersom partene for eksempel motsetter seg hjembesøk og dialog med kommunen. Offentlige myndigheter kan ikke uten videre kreve adgang til private

hjem. Uten samtykke må det foreligge en lovhjemmel. Eksempler på lovhjemler som kan gi offentlige myndigheter eller private adgang til andres bopel er helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3, som slår fast at fylkesmannen kan gjennomføre tilsynsbesøk uten beboerens samtykke i saker om bruk av tvang og makt overfor psykisk utviklingshemmede, jf. samme lov kapittel 9. Videre kan husleieloven § 5-6, om utleierens adgang til husrommet, og straffeloven, ved mistanke om straffbare forhold, herunder ved omsorgssvikt overfor barn, danne rettslig grunnlag for adgang til private hjem uten beboers samtykke. En kommune kan benytte de ulovfestede reglene om adgangen til å stille vilkår i forbindelse med ytelse av sosiale tjenester, se omtale nedenfor. Felles for de mulige rettslige grunnlagene som kan gi adgang til et privat hjem, er at det er knyttet relativt strenge vilkår til disse.

Kommunens mulighet til å stille vilkår knyttet til sosiale tjenester, herunder omsorgslønn, gir ikke i seg selv hjemmel til å kreve adgang til en privatbolig. Eventuelle vilkår må være egnet til å fremme de formålene lovverket skal ivareta, de må ikke være urimelig byrdefulle og kan ikke begrense retten til helt nødvendig hjelp. I praksis bør ikke svært hjelpetrengende utsettes for vilkår knyttet til helse- og omsorgstjenester. Dersom det settes vilkår knyttet til ytelse av tjenester, skal dette inngå i enkeltvedtaket der tjenesten eller ytelsen er innvilget. Setter kommunen vilkår, er dette forhold som kan påklages til fylkesmannen. Kommunen står dermed ikke fritt med hensyn til anvendelsen av vilkår, da fylkesmannen kan tilsi-desette dette.

Det er grunn til å anta at bruk av vilkår om at kommunen skal ha adgang til en privatbolig i omsorgslønnsaker er lite hensiktsmessig, både av praktiske og formelle grunner. Brukeren kan under enhver omstendighet nekte myndighetene adgang i den aktuelle situasjonen.

Den vanligste konsekvensen av at vilkår knyttet til helse- og omsorgstjenester ikke blir etterfulgt, er at kommunen avslår tjenesten eller gjør endringer i tjenestetilbudet, for eksempel ved å tilby andre tjenester. Slike kommunale beslutninger er enkeltvedtak som kan påklages til fylkesmannen.

Det må bemerkes at eventuelt avslag på omsorgslønn kan få uforutsette konsekvenser. En person som har krav på hjelp etter loven kan bli stående helt uten tjenestetilbud.

7.4 Oppsummering

Et særtrekk ved omsorgslønn er at brukerens behov for bistand skal dekkes av en privatperson i brukerens hjem. Dersom kommunen ikke gir brukeren andre tjenester i tillegg, blir vedkommende og omsorgslønnsuttakeren i realiteten overlatt til seg selv. Det forefinnes ikke effektive virkemidler for kontroll og oppfølging av den enkelte omsorgslønnsuttaker, og kommunen har heller ikke den indirekte adgangen til kontroll som tilstedeværelse av ansatt personell medfører. På denne bakgrunn er kommunens saksforberedelse i forbindelse med behandlingen av en søknad om omsorgslønn av vesentlig betydning. De kartleggingene som kommunen må foreta i den forbin-

delse skal bidra til å avklare hvorvidt vilkårene for å yte omsorgslønn er oppfylt. Det er imidlertid uklart hvilken vekt kommunen legger på oppfølging og evaluering av omsorgslønnsaker.

Dette kan representere et rettssikkerhetsproblem for begge parter. Det er i brukerens interesse at hans eller hennes hjelpebehov faktisk blir dekket og at omsorgsarbeidet er forsvarlig. Omsorgsgiver er også i en utsatt posisjon, i den forstand at vedkommende er uten arbeidstakerrettigheter, herunder rettigheter med tanke på arbeidsmiljømessige belastninger. Begge parter er dermed i en sårbar situasjon som følge av mangelfulle regler om kontroll, oppfølging og rettigheter.

Kapittel 8

Relevante ordninger for ytelser til pårørende i andre land

8.1 Hovedtrender og kontekst

Det varierer mellom vestlige land hvor aktiv velferdsstaten, familien og andre aktører som frivillige og private aktører er som omsorgsgivere (Esping Andersen 2002, Ellingsæter og Leira 2004). De nordiske landene kjennetegnes av å ha et godt utbygd offentlig omsorgstilbud. I Sør-Europa og på kontinentet har familien, og også humanitære og religiøse organisasjoner, et større omsorgsansvar, mens i liberale velferdsstater som Storbritannia og USA er markedet og kommersielle aktører mer fremtredende i omsorgssektoren. Staten er mer aktiv i land på kontinentet og i Sør-Europa, sammenlignet med liberale velferdsstater. (Daatland & Herlofsen 2004).

Variasjoner i familieomsorg som ytes i land som praktiserer ulike velferdsmodeller

I alle landene, uansett hvilken velferdsmodell som praktiseres, har foreldre et hovedansvar for å yte omsorg for barn. Det ytes imidlertid også et omfattende offentlig omsorgstilbud til små barn i barnehager i de nordiske landene. Når vi ser på lovgivning som regulerer familiens ansvar for voksne og eldre, og omfanget av offentlige omsorgstjenester som tilbys voksne og eldre hjelpetrevende, ser vi store forskjeller mellom land som praktiserer ulike velferdsmodeller. Disse forskjellene fører til forskjeller i familiens omsorgsrolle i de ulike landene. Til tross for forskjeller viser forskning at familien har opprettholdt en sentral omsorgsrolle uansett hvilken velferdsmodell ulike vestlige land praktiserer. I de søreuropeiske landene har familien fortsatt et hovedansvar for å utføre tunge familieomsorgsoppgaver, og det er i disse landene flest familieomsorgsgivere som pleier syke og eldre et høyt antall timer i uka (Colombo m.fl. 2011). De nordeuropeiske landene har på den annen side, til tross for godt utbygde offentlige omsorgstjenester, den høyeste andel personer over 50 år som bidrar med uformell praktisk hjelp, et mindre antall timer i uka til

voksne og eldre slektninger. Selv om det offentlige har et lovpålagt ansvar for å yte omsorg til eldre og andre voksne, står familien for ca. halvparten av den omsorgen som ytes eldre i dag, målt i antall årsverk (Rønning m. fl 2009).

Det finnes også forskjeller mellom land som praktiserer en og samme velferdsmodell. For eksempel ser vi en motsatt utvikling i Sverige, sammenlignet med Norge. I Norge har det over tid funnet sted en svak nedgang i familieomsorg som ytes eldre. Det offentlige har også et lovpålagt ansvar for å yte omsorg til voksne og eldre i Sverige, men økonomiske nedgangstider har ført til en reduksjon i de offentlige omsorgstjenestene fra 1980 fram til 2008, og til en økning i familieomsorg som ytes eldre, som er den største gruppen av hjelpetrevende (Szebehely & Ulmanen 2009). Reduksjonen i de offentlige omsorgstjenestene har ført til en utvikling med økte kjønns- og klasseforskjeller i familieomsorgsgivningen. Det er først og fremst døtre som har fått økt sine omsorgsoppgaver. Szebehely og Ulmanen (2009) finner en økning i familieomsorgen til eldre med lav utdanning og lav inntekt. Eldre med høy utdanning og inntekt har møtt kuttene i offentlige tjenester med å kjøpe private tjenester.

Ulike familieomsorgsroller fører til variasjoner i yrkesaktiviteten til kvinner i land som praktiserer ulike velferdsmodeller

En sammenlignende studie med data fra OECD-land viser at familieomsorgsgivere som gir omfattende omsorg et høyt antall timer per uke, har en større risiko for både å falle helt ut av arbeidslivet, og å måtte redusere arbeidstiden (Colombo m.fl. 2011). Studien viser også at omfattende familieomsorgsforpliktelser øker risikoen for fattigdom og mentale helseproblemer. Først og fremst rammes kvinner, som har hovedansvaret for å yte omsorg. En omfattende omsorgsrolle (pleie sammen med andre typer hjelp et høyt antall timer per uke) er mest utbredt i de søreuropeiske landene.

Studien viser imidlertid ingen sammenheng mellom omsorg som gis i form av praktisk hjelp kun noen timer per uke og arbeidslivsdeltakelse. Denne omsorgsgiverrollen er mest utbredt i de nordiske landene. En godt utbygd offentlig omsorgstjenestesektor som tar hovedansvaret for tunge pleieoppgaver i de nordiske landene fører altså til at flere kvinner i yrkesaktiv alder klarer å kombinere deltakelse i arbeidslivet med omsorgsforpliktelser, sammenlignet med kvinner fra land som praktiserer andre velferdsmodeller. Selv om majoriteten av familieomsorgsgivere kun gir noe praktisk hjelp et mindre antall timer per uke, finnes det også en mindre gruppe omsorgsgivere med omfattende omsorgsoppgaver i Norge og andre nordiske land.

Ikke bare er det offentliges rolle som omsorgsprodusent forskjellig i land som praktiserer ulike velferdsmodeller. Arbeidslivet er også forskjellig, og setter noen ulike rammer rundt arbeidstakeres mulighet til å kombinere yrkesaktivitet med omsorgsforpliktelser. Arbeidslivet i Norge og andre nordiske land er «mykere» enn i land som for eksempel USA og UK som praktiserer den liberalistiske velferdsstaten, og også «mykere» enn land på kontinentet og i Sør-Europa (Gautun 2007). Nordiske land har en familievennlig politikk, og gode svangerskapspermisjonsordninger. Norge har også en lav arbeidsledighet, oppsigelsesvernet er sterkt, og færre står i fare for å bli presset ut av arbeidslivet om de ikke yter for fullt. Forskningen viser også at en god sykelønnsordning og rettigheter knyttet til ferie gjør det lettere å håndtere jobb og omsorgsoppgaver i familien (Gautun 2007). Videre har kvinner i Norge og Norden, helt andre muligheter enn andre kvinner i Europa til å jobbe deltid, noe som også gjør det lettere å kombinere jobb og omsorgsforpliktelser i utsatte faser i livsløpet. Forskere har imidlertid påpekt i den senere tid at norsk og nordisk familiepolitikk kan ha en negativ effekt på kvinners muligheter til å gjøre karriere, innta toppjobber og få godt betalte jobber. En sammenlignende studie viser for eksempel at kvinner i Storbritannia, Australia og USA klatrer forttere og oftere til topps enn nordiske kvinner (Hakin 2011).

Økonomiske støtteordninger til familieomsorgsgivere i land med ulike velferdsmodeller

I en studie av OECD-land kategoriseres tre hovedtyper av økonomiske støtteordninger som gis omsorgsgivere i vestlige land (Colombo m.fl. 2011). Disse er 1) Omsorgslønn i nordiske land 2)

Behovsprøvede støtteordninger i land som Australia, Irland, New Zealand og UK, og 3) Kontantytelser (cash benefit) til omsorgstrengende slik at de kan kjøpe/betale omsorgsgivere, i land som Tyskland og Nederland.

Pårørendestøtte og godt utbygde omsorgstjenester i nordiske land

De nordiske landene (Danmark, Finland, Sverige og Norge) har lagt stor vekt på å bygge ut offentlige omsorgstjenester. Men, i tillegg finnes økonomiske støtteordninger som benyttes av et lite antall familieomsorgsgivere som utfører omfattende omsorgsoppgaver, som det offentlige har et lovpålagt ansvar for å utføre. De økonomiske støtteordningene lønner uformelle omsorgsgivere som yter omfattende omsorg over lengre tid. Kommunene, som er ansvarlig for de offentlige omsorgstjenestene, ansetter og lønner familieomsorgsgiverne. Lønnsnivået til familieomsorgsgivere varierer mellom kommunene. I Finland finnes et minstenivå for omsorgslønn per måned, men i de andre nordiske landene varierer størrelsen på lønnen etter omsorgsbehov og lønnen er lik timeprisen til ansatte i hjemmehjelpstjenesten.

Behovsprøvede ordninger for omsorgsgivere i engelsktalende land

En annen type økonomisk støtteordning er behovsprøvede utbetalinger direkte til omsorgsgivere, som er mest vanlig i engelskspråklige land (Australia, Irland, New Zealand og UK) (Colombo m.fl. 2011). Økonomisk støtte er begrenset til de mest trengende, de som er involvert i heltids-tunge omsorgsforpliktelser, som resulterer i at de mister inntekt. Definisjonen av omsorgsgivere er knyttet til en terskel for ukentlig arbeidsinntekt og/eller et minimum av antall timer med omsorg som ytes hver uke. I tillegg må den omsorgstrengende motta en uførestønad. Behovsprøvede støtteordninger forutsetter at individer er involvert i fulltids omsorg. De strenge kravene for å være berettiget til å få støtte gjør at det er få brukere av ordningen. Colombo m.fl. (2011) hevder at det er en fare for at de behovsprøvede ordningene fører til at lavt utdannede kvinner som har størst problemer med å komme inn i arbeidsmarkedet oppmuntres til ikke å gå ut i/stå i arbeid. Det påpekes flere problematiske sider ved de behovsprøvede ordningene; Det er problematisk å lage ordningene og administrere dem. Det er vanskelig å definere hvilke omsorgsgivere (hovedomsorgsgiver) som skal ha rett til ordningen, nivået på omsorgs-

givningen (antall timer omsorgsgivning per uke), hvilke relasjoner mellom omsorgsgiver og bruker som skal berettigede til støtte, og hvilke hjelpebehov hos den omsorgstrengende som skal berettigede til støtte til omsorgsgiver. I praksis er noen av disse betingelsene vanskelig å administrere, og kan åpne for misbruk av ordningen. De kan også oppleves som urettferdige og skjønsmessige.

Kontantytelser til omsorgstrengende for å kjøpe hjelp i land på kontinentet og flere OECD-land

Land som Tyskland og Nederland tilbyr kontantytelser til omsorgstrengende, som kan brukes til å kjøpe hjelp/tjenester enten fra pårørende eller på et privat marked. I de senere år har det vært en økt bruk av kontantstøtte (cash for care) til omsorgstrengende eldre i flere OECD-land (Sand 2010, Colombo m fl 2011). Hovedmålsettingen med kontantstøtteordningene er å øke valgfriheten og fleksibiliteten til den omsorgstrengende. Et sekundært mål er i noen land å oppmuntre til familieomsorgsgivning. I alle OECD-landene, som har kontantstøtteordninger, avhenger størrelsen på støtten av omsorgsbehovene til den omsorgstrengende. Funksjonstap klassifiseres på tre eller fire nivåer, og helt opp til syv nivåer i enkelte land. I noen land kan omsorgstrengende velge å motta omsorgstjenester eller kontantstøtte. I Østerrike, Frankrike og noen østeuropeiske land er imidlertid kun kontantstøtte tilgjengelig. De fleste land har ikke ordninger som er inntektsavhengige, men i Belgia og Spania er støtten inntektsprøvd, og i Frankrike og Nederland inntektsprøves støtten når inntekten er over et visst nivå.

Land som tilbyr kontantytelser til omsorgstrengende kan også i tillegg ha etablert økonomiske støtteordninger for omsorgsgivere. Et eksempel er Nederland som både har en kompensasjonsordning for omsorgsgivere til langtidssyke, og en kontantstøtteordning til omsorgstrengende slik at de kan kjøpe hjelp. I 2009 mottok 260 000 omsorgsgivere økonomisk støtte gjennom den førstnevnte ordningen (Health and Ageing 2009). Kontantstøtteordningen for omsorgstrengende er sterkt regulert og kvalitetssikret. Det kreves at bruker inngår en kontrakt med omsorgsgiver, og det stilles krav om at det betales en minstesats (lønn) til omsorgsgiver. Betaling til omsorgsgivere er organisert statlig eller av private omsorgsgivere. Omsorgsgivere har også juridiske rettigheter og rettigheter til ferie. Praksis av ordningen overvåkes strengt for å unngå misbruk, oppblomstring av et svart marked, og for å

sikre at omsorgstrengende får kvalitetsmessig god omsorg.

Et eksempel på en annen variant av at land ikke kun satser på kontantstøtteordninger, er Tysklands forsikringsbaserte program «long-time care» som tilbyr omsorgstrengende å velge kontanter til å kjøpe hjelp selv, eller tjenester til de som trenger omsorg. De som velger å motta kontanter for å betale omsorgsgivere selv, som oftest nære familiemedlemmer, mottar betydelig mindre økonomisk støtte sammenlignet med hva tjenestene de kan motta gjennom omsorgsprogrammet koster. Staten gir mindre støtte til familieomsorgsløsninger fordi normene om at familien er forpliktet til å yte omsorg er sterke.

Colombo m.fl. (2011) påpeker flere fordeler med kontantstøtteordningene. For det første er ordningene enkle å administrere, fordi myndighetene unngår alt arbeidet med å definere omsorgsgivere. En enklere administrering av ordningene fører til at ordningene kan være mer generøse enn de behovsprøvede ordningene som finnes i engelsktalende land. For det tredje påpekes at utdelingen av støtte skjer på en rettferdig måte, i og med at støtten defineres i forhold til funksjonstap hos den omsorgstrengende.

Colombo m.fl. (2011) påpeker imidlertid også flere problematiske sider ved kontantstøtteordningene. For det første er det ingen garanti for at støtten brukes til å betale for hjelp. Det er en fare for at den kun blir et supplement til familieinntekten. Enkelte land (for eksempel Frankrike og Nederland) har imidlertid omgått dette problemet ved å ansette slektninger gjennom en formell kontrakt der de yter omsorg et visst antall timer per uke. Rettigheter til ferie inngår også i kontraktene. I Tyskland garanteres også ferie og fravær på grunn av sykdom ved at det er bygget inn vikartjenester. Colombo påpeker videre at det er en risiko for at familierelasjoner blir skadet når familie medlemmer begynner å betale hverandre for å hjelpe. Og at det kan oppstå konflikter i familien når omsorgstrengende skal velge ut hvilken omsorgsgiver i familien det er som skal få penger. En tredje problematisk side som påpekes er at kontantstøtte kan fange familieomsorgsgivere i lavt betalte uønskede roller. Det å basere seg på familieomsorgsgivere uten å gi dem adekvat støtte viser seg også å kunne ha store konsekvenser for omsorgsgiveres helsetilstand og arbeidslivsdeltakelse. Tilslutt påpekes at kontantstøtte kun er en nyttig strategi for å avlaste velferdsstaten når omsorgstrengende kun har behov for lav intensiv eller ufaglært omsorg. Velferdsstaten tjener ikke noe på bruk av denne typen ordninger i

det omsorgsbehovene blir så store at det i tillegg er behov for et høyt nivå av formelle helsetjenester.

Om kontantstøtten brukes til å kjøpe hjelp fra familie, private firmaer eller på et grått marked med ufaglærte migranter varierer mellom ulike land. Kontantstøtten har i flere land, for eksempel i Italia, stimulert et grått marked, hvor familier bruker støtten til å ansette utrente ikke-familie-medlemmer, ofte migranter, i stedet for at det kjøpes tjenester fra private firmaer. I Tyskland brukes kontantstøtten i stor grad til å kjøpe familieomsorg framfor hjemmetjenester fra firmaer. I Østerrike brukes også kontantstøtten til å kjøpe familieomsorg, men i økende grad ansettes migranter til å yte omsorg. I Frankrike og Nederland er kontantstøtten del av en omsorgspakke, spesielt i Frankrike hvor tjenester er definert av helsepersonell og ikke av den hjelpetrequende personen, og derfor brukes kontantstøtten sjeldent til å betale familieomsorgsgivere.

Kontantstøtte fra det offentlige for å kjøpe omsorgstjenester har inntil nylig ikke blitt diskutert i noen større grad i Norge. Markedet er særlig knyttet til de store byene; hvor man bor i landet avgjør derfor om man kan bruke kontantstøtte til å kjøpe tjenester.

Det er en forutsetning for å få hjelpestønaden at du har et privat pleieforhold eller at hjelpestønaden setter deg i stand til å opprette et slikt pleieforhold. Først og fremst har fokuset vært satt på å gi hjelpetrequende mulighet til å kjøpe tjenester av private firmaer framfor det offentlige hjelpeapparatet. Familieomsorg har ikke blitt framhevet. Debatten om å innføre kontantstøtte til omsorgstrengende kan bli mer aktuell også i Norge i årene som kommer. Vi ser i dag at en del private firmaer har/er i ferd med å etablere seg og tilby tjenester for å utføre praktisk bistand i hjemmet. Målgruppen er først og fremst eldre, og de betaler selv for tjenestene. Det finnes ikke per i dag noen oversikt over omfang av kjøp av denne typen tjenester fra private tilbydere i Norge. Undersøkelser som er gjennomført i den fremtidige eldre befolkningen viser imidlertid at interessen for å kjøpe tjenester er stor. Brevik og Schmidt (2005) finner at det er en stor interesse for kjøp av tjenester i aldersgruppen 53 til 74 år. Det gjelder særlig tyngre husarbeid, vaktmestertjenester og snømaking/hagearbeid, men også hjelp til husarbeid, aktivisering og innkjøp. Hele 80 % kan for eksempel tenke seg å kjøpe hjelp til vindusvask.

8.2 Variasjoner i den nordiske modellen

Sverige

Kommunale tiltak og tjenester etter svensk lovgivning

Etter den svenske *socialtjänstlagen* (2001:453) § 10 kan det gis støtte til pårørende som pleier en nærstående som er varig syk, eldre eller funksjonshemmet. Støtten omfatter i første rekke avlastningstiltak, og økonomiske ytelser til omsorgsgiver. Det er likevel en uttalt målsetting at tiltak etter loven skal bidra til at yrkesaktive pårørende kan opprettholde lønnet arbeid ved siden av omsorgsarbeidet. Bestemmelsen gir ikke den enkelte en individuell rett til stønad.

I svensk sosiallovgivning er det gitt to særlover overfor personer med fysiske og psykiske funksjonsnedsettelse. *Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)* er en rettighetslov som gir den enkelte rett til tjenester ut over det som følger av annen lovgivning. Etter *lag (1993:389) om assistansersättning (LASS)* kan det ytes «assistanseersättning» til personer med fysiske eller psykiske funksjonsnedsettelse. Verken LSS eller LASS omfatter omsorgslønn.

Trygdeytelser etter svensk lovgivning

Den svenske *Försäkringskassan* omfatter stønader og ytelser som skal dekke inntektstap ved pleie av egne barn eller nærstående. Disse ordningene har likhetstrekk med den norske folketrygdens hjelpestønaden, og omsorgspenger og pleiepenger.

Det kan ytes *tillfällig föräldrapenning* når foreldre må avstå fra å arbeide for å pleie egne mindreårige barn på grunn av sykdom eller nødvendig lege-/sykehusbesøk. Ytelsen er tidsbegrenset, men kan unntaksvis gis i et ubegrenset antall dager til foreldre med et alvorlig sykt barn under 18 år.

Den som pleier et barn med funksjonsnedsettelse eller en langvarig sykdom kan få *vårdbidrag*, som i hovedtrekk tilsvarer pleiepenger etter folketrygdloven kapittel 9. Barnet må trenge særskilt tilsyn og pleie i minst 6 måneder. Ordningen omfatter i tillegg grunn- og hjelpestønadslignende ytelser som skal dekke store merkostnader på grunn av barnets funksjonsnedsettelse eller sykdom.

Det kan videre ytes *handikappersättning* til hjelpetrequende mellom 19 og 65 år. Man kan på særlige vilkår beholde ytelsen ut over fylte 65 år. Dette er en skattefri ytelse som i hovedtrekk tilsvarer folketrygdens grunn- og hjelpestønaden.

Danmark

Stønader og tjenester etter dansk lovgivning

Etter den danske lov om social service (*LBK nr 1117 af 26/09/2007*) § 42 kan kommunen yte stønad til dekning av tapt arbeidsfortjeneste til personer som gir pleie og omsorg til barn under 18 år med nedsatt funksjonsevne. Denne løsningen har noen likhetstrekk med omsorgslønn etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6 men er tidsavgrenset og snevrere med hensyn til målgruppe. Ordningen har et klarere rettighetspreg.

Når det gjelder tjenester overfor voksne med pleie- og omsorgsbehov, er det i dansk sosiallovgivning lagt stor vekt på avlastningstiltak. Nære pårørende som passer et familiemedlem med behov for pleie og omsorg kan søke til kommunen om avlastning eller avløsning.

Danmark har videre en orlovsordning med dekning av tapt arbeidsfortjeneste. Denne tilsvarer i store trekk pleiepengene etter lov om folketrygd kapittel 9. Ordningen omfatter dem som er pårørende til døende, alvorlig syke eller funksjonshemmede, og som trenger hjelp. Disse pårørende har rett å søke permisjon hos sin arbeidsgiver. Kommunen refunderer lønnen.

Den som har nedsatt funksjonsevne kan for øvrig søke om dekning av merutgifter som følge av funksjonsnedsettelsen i medhold av lov om social service. Etter § 41 i samme lov er det gitt en særregel om dekning av merutgifter forbundet med forsørgelse av barn med nedsatt funksjonsevne. Disse ytelsene har i det vesentlige samme formål som grunn- og hjelpestønad etter lov om folketrygd kapittel 6.

Finland

Støtte til pårørendeomsorg i Finland

Om finsk støtte for pårørendeomsorg

Lag om stöd för närståendevård (2.12.2005/937) trådte i kraft i 2006, og pålegger finske kommuner å kunne tilby befolkningen støtte for pårørendeomsorg. Formålet med loven er å fremme pårørendeomsorg i tråd med brukerens beste. Sentrale virkemidler for å oppnå dette er å sikre at brukerens totale behov for helse- og omsorgstjenester blir ivaretatt, samt å sikre kontinuitet i omsorgen. Støtten for pårørendeomsorg omfatter to elementer: For det første nødvendige tjenester til brukeren, og dernest økonomisk støtte, ferie/fritid og støttetjenester til omsorgsgiveren.

Finland har en helse- og sosialpolitisk målsetting om at eldre og funksjonshemmede skal kunne

bo hjemme. Støtte til pårørendeomsorg regnes for å være et vesentlig virkemiddel for å forebygge og erstatte behovet for institusjonsomsorg. Støtten skal også bidra til at den som utfører omsorgen opplever at samfunnet stiller seg bak og anerkjenner den enkeltes innsats.

Ifølge finske utredninger hjelper ca. en million finner en nærstående regelmessig. For tiden finnes det i Finland ca. 300 000 omsorgstilfeller, hvorav 60 000 tilfeller regnes som krevende. I 2009 fikk 38 000 personer støtte for pårørendeomsorg. Av disse omsorgsgiverne var 66 % over 65 år, 21 % var mellom 18–64 år og 13 % var under 18 år. Et klart flertall inngikk avtale med sin kommune om hvordan støtten og omsorgen skulle gjennomføres. Antall mottakere av støtten har økt siden midten av 1990-tallet. Økningen har vært størst i aldersgruppen 18–64 år og 75 år og eldre. Når det gjelder brukerne, er to tredjedeler over 65 år, om lag en fjerdedel er i yrkesaktiv alder og om lag hver tiende under 18 år.

«Nærstående» er et samlebegrep som omfatter nødvendige tjenester til brukeren, herunder pårørendeomsorg, samt økonomiske ytelser, ferie/fritid og tjenester som støtter opp under omsorgsgiverens oppdrag. Disse støttetjenestene skal inngå i en pleie- og serviceplan som utarbeides i forbindelse med saksbehandlingen av en søknad om støtte til pårørendeomsorg.

Lovens utgangspunkt er at ingen pårørende har plikt til å inngå avtale om pårørendeomsorg. Om en person som trenger pleie og omsorg ikke har pårørende eller andre nærstående, skal kommunen stå for tjenestene.

Grunnvilkårene for å gi støtte til pårørendeomsorg følger av lovens § 3. Utgangspunktet er at en person må ha behov for pleie og omsorg i sitt hjem på grunn av sykdom, funksjonsnedsettelse eller lignende. Dernest må en pårørende, eller andre som står brukeren nær, si seg villig til å ta ansvar for omsorgsoppgavene som brukerens hjelpebehov medfører. For å være aktuell som omsorgsgiver må man ha en viss relasjon til brukeren. I praksis har den aktuelle omsorgsgiveren ivaretatt omsorgsoppgavene før kommunen blir kontaktet med tanke på støtte. Omsorgsgiverens helse og funksjonsevne må stå i forhold til det aktuelle omsorgsarbeidet som skal utføres.

Innvilgelse av støtte for pårørendeomsorg må være til beste for brukeren.

Dette innebærer at pårørendeomsorg, kombinert med andre nødvendige helse- og sosialtjenester, må dekke brukerens hjelpebehov i tilstrekkelig grad og bidra til at brukerens helse og sikkerhet bli ivaretatt.

Støtten omfatter en økonomisk ytelse til omsorgsgiver, og gis etter faste satser som indeksreguleres årlig. Støtten regnes som arbeidsinntekt og er således skattepliktig.

Det er fire satser («vårdklasser»). Støtten utmåles ut fra hvor bindende og krevende omsorgen er, men skal minst utgjøre 300 euro per måned. Dersom omsorgsgiver er kortvarig forhindret fra å ha arbeidsinntekt som følge av at brukeren er i en tung endringsfase, utgjør ytelsen minst 600 euro per måned. Det er imidlertid en forutsetning for den forhøyede ytelsen at omsorgsgiverens arbeidsinntekt ikke er betydelig, og at vedkommende ikke har rett til trygdeytelser med samme formål i samme tidsrom. Omfanget av andre kommunale tjenester som gis til brukeren vil kunne påvirke utmålingen av den økonomiske ytelsen til omsorgsgiver.

Kommunene kan fastsette egne satser for ytelsen, noe som har ført til at nivået på støtten varierer fra kommune til kommune. I kommuner som prioriterer hjemmebasert omsorg, er nivået på støtten som regel høyere enn fastsatt minstesats. Kommunene kan inngå avtale med omsorgsgiver om utbetaling under minstesats dersom dette er til gunst for omsorgsgiveren, for eksempel i tilfeller der støtten kan gi et skattemessig ugunstig resultat.

Støtte for pårørendeomsorg innvilges etter søknad. Det er brukeren som fremsetter søknad, og brukeren må godkjenne den som skal være omsorgsgiver. Sosialtjenesten skal foreta et hjembesøk hos brukeren, og deretter skal det gjøres en samlet vurdering av om omsorgsarbeidet, sammen med andre helse- og sosialtjenester, dekker den omsorgstrengendes behov for pleie og omsorg i tilstrekkelig grad. Denne helhetsvurderingen skal også omfatte en vurdering av om omsorgsmottakerens hjem tilfredsstillende visse grunnleggende krav, blant annet med tanke på sanitære forhold. Støtten kan innvilges på kort og lang sikt. Kommunens vedtak kan påklages til overordnet organ.

Loven legger stor vekt på omsorgsgiverens stilling og interesser. Det skal inngås en oppdragsavtale mellom kommunen og omsorgsgiveren som regulerer arbeidsrettslige forhold. Omsorgsgiveren står ikke i et ansettelsesforhold til kommunen eller brukeren, men vedkommende har pensjonsrettigheter gjennom kommunal pensjonsordning, og kommunen er forpliktet til å tegne ulykkesforsikring. Omsorgsgiver har krav på fridøgn uten at den økonomiske ytelsen reduseres. Loven inneholder også bestemmelser om oppsigelse, og det er gitt detaljerte regler for situasjo-

ner der omsorgsgiver av ulike grunner må avbryte pårørendeomsorgen, for eksempel på grunn av egen sykdom.

I omsorgsgiverens fravær skal kommunen dekke brukerens behov for helse- og omsorgstjenester. Det kan også benyttes vikar. Det kan oppnevnes en fast, alternativ pårørende eller nærstående, noe som er særlig aktuelt for brukere som kan oppleve det spesielt belastende å måtte flytte kortvarig på institusjon, for eksempel personer med demens.

Kommunen, omsorgsgiveren og brukeren skal i samarbeid utarbeide en pleie- og serviceplan. Planen kan sammenlignes med individuell plan etter norsk lovgivning, og skal omfatte nærmere detaljer om omsorgsarbeidet og en oversikt over hvilke andre sosial- og helsetjenester som omsorgsmottakeren trenger. Videre skal planen omfatte tjenester som skal gis ved omsorgsgiverens fravær. Dette omfatter avtalte fridager og ferie, og fravær på grunn av personlige behov hos omsorgsgiveren. Planen skal også inneholde opplysninger om både brukerens og omsorgsgiverens fysiske, kognitive, sosiale og psykiske funksjonsevne. Endelig skal planen inneholde avtalte evaluerings- og oppfølgingstidspunkter, samt informasjon om partenes rettigheter og plikter.

De som omfattes av ordningen kan motta andre former for bistand. I såkalte familieomsorgssentra, som er et kommunalt tilbud til omsorgsgiver og bruker, gis det tilbud om informasjon, opplæring og aktivitetstilbud. Senteret kan også sørge for vikar for omsorgsgiver i tidsrom hvor denne har ferie eller må ta seg av personlige gjøremål.

Omsorgsgiver skal som nevnt motta råd og veiledning fra kommunen, og ved behov kan vedkommende gis praktisk og personlig assistanse fra det kommunale hjelpeapparatet. Brukerorganisasjoner tilbyr støtte og bistand i form av kame-rathjelp, rehabilitering og utdanning. Kommunene er oppfordret til å utvikle samarbeidet med organisasjonene i denne forbindelse.

8.3 Oppsummering

Vi har i dette kapitlet sett nærmere på ulike modeller for omsorgstjenester og økonomiske støtteordninger til familieomsorgsgivere i OECD-land. De nordiske landene kjennetegnes av et godt utbygd offentlig omsorgstilbud, samtidig som flere av dem også har et system for omsorgslønn.

Det er likevel forskjeller mellom de nordiske landene. Sverige har for eksempel redusert de offentlige omsorgstjeneste de siste årene som følge av økonomiske nedgangstider, noe som har ført til en økning i familieomsorgen, en omvendt utvikling av den vi har hatt i Norge hvor vi har sett en svak nedgang i familieomsorgen som ytes eldre. Sverige er også det eneste av de nordiske landene (vi har ikke sett på Island) som ikke har en omsorgslønnsordning. Derimot har Sverige godt utbygde trygdeytelser som i stor grad samsvarer med dem vi har i Norge.

Både Danmark og Finland har ytelser som har likhetstrekk med vår omsorgslønnsordning, men i Danmark ytes slik stønad kun til personer som gir pleie og omsorg til barn under 18 år, og ordningen er også tidsavgrenset. For voksne omsorgstren-

gende legges det stor vekt på avlastningstiltak. I Finland gis det derimot omsorgslønn til pårørende ved omsorg for både barn og voksne. Men i motsetning til Norge har Finland tallfestede målsettinger om at omsorgstrengende skal bo hjemme, og omsorgslønnsordningen er et viktig politisk virkemiddel for å nå disse målsettingene. Som i Norge er ordningen ikke rettighetsfestet, men en del andre vilkår er lovfestet slik som krav om omsorgsgiverens helse og funksjonsevne. Det utarbeides også en serviceplan som kan sammenlignes med vår individuelle plan, der omsorgsyteren har flere rettigheter som for eksempel fridager. En annen forskjell i forhold til det norske systemet er at omsorgslønnen utbetales etter satser satt ut fra pasientens omsorgsbehov, og den er derfor ikke basert på timelønn.

Kapittel 9

Særlige forhold knyttet til innbyggere med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn

Det er et overordnet mål for helse- og omsorgspolitikken her i landet at alle skal ha tilgang på gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester.

Med en voksende innvandrerbefolkning er det grunn til å spørre hvordan helse- og omsorgstjenestene passer til nye innbyggere, kanskje særlig innbyggere med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn. Hvilke dilemma kan oppstå og hvilke særlige forhold bør legges vekt på i møte mellom disse og helse- og omsorgstjenestene.

En rekke stortingsmeldinger og offentlige dokumenter har i senere år rettet søkelyset mot utfordringer i pleie- og omsorgssektoren – også når det gjelder personer med minoritetsbakgrunn. Det har vært fokus på

- hvordan gjøre tjenestene tilgjengelige
- hvordan sikre rekruttering av kvalifisert personell
- hvordan gi likeverdig tilbud
- hvordan sikre at individuelle behov legges til grunn for tjenesteyting uavhengig av om disse behovene har å gjøre med språk, kulturbakgrunn eller annet.

Hva vet vi så langt?

Eldre innvandrere vurderer ofte sin helse som dårligere enn majoritetsbefolkningen. Psykiske og psykosomatiske problemer er mer utbredt i flere innvandrergrupper (Blom 2008, Kumar et al 2008). Dette skulle tilsi at behovet for helse- og omsorgstjenester er minst like stort som i majoritetsbefolkningen, selv om det også er store forskjeller innvandrergrupper imellom (Ingebretsen 2010b).

Det er vanskelig å få sikker kunnskap om eldre innvandreres bruk av omsorgstjenester, fordi undersøkelser er gjort med små utvalg. Undersøkelser så langt kan tyde på et forholdsvis lavt forbruk av omsorgstjenester blant eldre innvandrere. (Ingebretsen & Romøren 2005, Ingebretsen og Nergård 2007, Nergård 2008). Særlig

gjelder dette opphold i sykehjem. Et nærliggende spørsmål er hvordan eldre innvandrere får dekket sitt omsorgsbehov og hvordan tilgjengelige tjenester fungerer.

I studier av ikke-vestlige innvandreres møte med norsk helse og omsorgstjeneste inngår familieomsorg som et perspektiv, men ikke som hovedtema. Nova har i de senere år gjennomført flere prosjekter om innvandreres forhold til omsorgstjenesten og hvordan det er å være bruker av tjenestene.

I prosjektet «Omsorgstjenester med mangfold» (Ingebretsen & Romøren, 2005) beskrives erfaringer, utfordringer og ressurser i kommuner/bydeler med mer enn 200 innvandrere over 60 år med ikke-vestlig minoritetsbakgrunn. På undersøkelsestidspunktet var dette tilfelle i de åtte største byene i Norge og ti bydeler i Oslo. Det ble gjennomført en spørreskjemaundersøkelse blant ansatte i omsorgstjenesten.

Det ble vist til at mange eldre innvandrere hadde større helseproblemer enn tilsvarende gruppe av etnisk norske. «Men om behovet konverteres til etterspørsel etter tjenester, og i tilfelle hvordan og hva slags tjenester, er også et åpent spørsmål. Foreløpige erfaringer tyder på at hjemmetjenester og omsorgslønn etterspørres mest, og at innvandrere med norskkunnskaper oftere etterspør pleie- og omsorgstjenester enn andre innvandrere.» (Ingebretsen & Romøren 2005, s.30–31). Betydningen av tolketjeneste ble understreket.

Flere informanter/ansatte i kommunene kommenterte at det fra innvandrere var mer etterspørsel etter omsorgslønn enn offentlige hjemmetjenester og knyttet dette til ønsket om å opprettholde tradisjonelle familiemønstre.

I prosjektet «Eldre med innvandrerbakgrunn – tilpasning av pleie- og omsorgstilbudet» (Ingebretsen & Nergård 2007) var målet var å rette søkelyset mot hvordan eldre med innvandrerbakgrunn

kunne nyttiggjøre seg tilbud om omsorgstjenester på lik linje med majoritetsbefolkningen.

Rapporten presenterer ulike norske og nordiske studier om omsorgstjenester for eldre innvandrere. Flere studier viste at forbruk av omsorgstjenester blant eldre fra etniske minoriteter var lavere enn i tilsvarende aldersgruppe i majoritetsbefolkningen, men at vi mangler sikker kunnskap om bruk av tjenestene. Det er ikke mulig å anslå hvor stort et eventuelt underforbruk er, så lenge det ikke er foretatt systematiske undersøkelser av bruk av tjenester blant eldre med innvandrerbakgrunn sammenliknet med majoritetsbefolkningen.

Det ble gjennomført personlige intervjuer og gruppeintervjuer med ansatte i omsorgstjenestene i bydeler med høy andel eldre innvandrere. Flere av informantene pekte på at omsorgslønn var blant de tjenester som ble mest etterspurt blant innvandrere. *«En stor andel av de som får omsorgslønn er innvandrere.»* Noen spurte seg om alternative tilbud var tilstrekkelig kjent. *«Det er en utfordring å se hvordan man kan oppfordre til å ta imot tradisjonelle tjenester, gi familien avlastning, slik at de kan delta i arbeidslivet. Det kan trenge å avdramatisere hjelp fra det offentlige.»* En slik «avdramatisering» kunne gå på holdninger som understreket den eldres verdighet og samarbeidet mellom familie og hjelpeapparat heller enn total omsorgs-overdragelse (Ingebretsen & Nergård 2007, s.118)

Rapporten viste at de ansatte i pleie- og omsorgstjenesten var opptatt av hva som er faglig forsvarlig og best for familiemedlemmene.

De ansatte omtalte flere dilemmaer når det gjaldt tildeling av omsorgslønn til innvandrere. Ansatte mente at når omsorgslønn erstattet tildeling av andre kommunale omsorgstjenester, skulle den praktiseres etter hensikten. Det vil si at den skulle vurderes til å være den beste løsningen for den som trengte omsorg. Samtidig kunne det være slik at omsorgslønn ble tildelt selv om de kommunalt ansatte var usikker på om tjenesten som ble ytt var faglig forsvarlig. Ansatte uttrykte at det var bedre å gi omsorgslønn til pårørende enn å gi en kommunal tjeneste som fungerte dårlig fordi partene ikke forsto hverandre. Oppfølging av omsorgslønn kunne noen ganger være vanskelig fordi kommunalt ansatte ikke var ønsket inn i hjemmet. Ansatte påpekte at kommunen i prinsippet var ansvarlig for kvaliteten på omsorgen som ble ytt ved tildeling av omsorgslønn. Det varierte hvor lang tid omsorgslønn ble innvilget for om gangen, slik at en kunne holde kontakten og vurdere behovet for mer omsorg før

nytt vedtak, men det kan skje store forandringer i løpet av opptil et år.

Noen ansatte framhevet at det var viktig å ta hensyn også til helse, utdannings- og yrkesmuligheter for familiemedlemmer, som skulle yte omsorgen. Noen problematiserte dette særlig i forhold til kvinner og ungdom. De stilte også spørsmål ved om det i alle situasjoner var hensynet til den omsorgstrengende som var hovedmotivet eller om det var økonomiske motiver som var viktigst. Det ble poengtert at man ikke kan leve av omsorgslønn; at omsorgslønn medførte økonomisk avhengighet og redusert mulighet til utdanning og yrkesaktivitet.

I Prosjektet «Eldre innvandreres bruk av pleie- og omsorgstjenester» (Nergård 2008) er hovedkonklusjonen at eldre med ikke-vestlig bakgrunn utgjorde en svært liten andel av brukerne i pleie- og omsorgssektoren. Særlig var det få i aldersinstitusjoner. Hjemmetjenesten hadde noe større innslag av brukere med ikke-vestlig bakgrunn. Det var kun i Oslo at det var bydeler med noe særlig omfang av hjemmetjenestemottakere over 50 år med ikke-vestlig bakgrunn.

Hjemmetjenesten hadde tidvis problemer med å få aksept og nå fram med sine tjenester til familier med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn. Mange foretrakk omsorgslønn framfor andre tjenester. Alle fem kommunene opplevde økende etterspørsel etter omsorgslønn, og sa samtidig at de var restriktive med tildeling av denne ytelsen (Nergård 2008).

En oversikt over bruk av ulike omsorgstjenester fra alle bydeler i Oslo (Nergård 2008, s43), viser innbyrdes forskjeller mellom bydelene når det gjelder bruken av omsorgslønn versus praktisk bistand. Materialet er begrenset, men tyder på ulik bruk av ordningene – enten det skyldes ulike prioriteringer i hjelpeapparatet eller ulikheter i preferanser og muligheter til familiehjelp blant innvandrerne i de to bydelene.

De ansatte i kommunene opplevde det som et problem at familiene ensidig valgte omsorgslønn og mente at et slikt tiltak sjelden var tilstrekkelig. Likevel måtte de ofte konkludere med at det var få gode alternativer: *«Vi ender ofte opp med omsorgslønn. Veldig ofte. De vil ikke ha noe annet. Vi diskuterer det på kontoret vårt – hvordan kan man møte søkerne på en annen måte?»* (Ibid. S.69) Det ble tilføyet at en bi-effekt av omsorgslønn kunne være at den gjør det enda vanskeligere å få familiene til å akseptere annen hjelp. *«De vegrer seg for å bruke avlastning, fordi dette fører til trekk i lønna. Det ser vi i etnisk norske familier også.»*

Ansatte påpeker at innvandrere ofte foretrekker omsorgslønn framfor andre tjenester. Noen ganger kan omsorgslønn fortone seg som en «nødløsning», der det er store omsorgsbehov. Familier med innvandrerbakgrunn påtar seg til dels tunge omsorgsoppgaver i hjemmet. Dette kunne innebære dilemmaer både i forhold til det faglige innholdet i omsorgen som ble ytt, og i forhold til helse, utdannings- og yrkesmuligheter for familiemedlemmene som skulle yte omsorgen. Ansatte problematiserte dette særlig i forhold til kvinner og ungdom.

Omsorgslønn til foreldre til barn med funksjonshemninger

Sørheim (2000) har beskrevet møte med tjenesteapparatet for innvandrere som er foreldre til funksjonshemmede barn. Det kan oppleves så krevende å få kunnskap om tjenestene at selv interesserte foreldre gir opp. Familien kan trenge støtte for å kunne gi uttrykk for sine behov bl.a. gjennom tolketjeneste selv om et familiemedlem behersker norsk.

Dilemmaer med omsorgslønn

Erfaringer med dagens omsorgslønnsordning synliggjør dilemma omkring familieomsorg vs offentlige tjenester, spørsmål om likestilling mellom kjønnene og kvinners situasjon på arbeidsmarkedet. Eriksen 2003, Eriksen et al 2003, Eriksen&Andersen 2006, Tøssebro og Lundebj 2002, Lundebj og Tøssebro 2006) Hvordan fortøner disse dilemmaene seg overfor ikke-vestlige innvandrere, og er det i møte med ikke-vestlige innvandrere tilleggsmomenter vi bør være oppmerksomme på?

Det settes i det følgende fokus på 1) familieomsorg og spørsmål om overbelastning av familier som får omsorgslønn, 2) likestilling og om omsorgslønn kan forsterke tradisjonelle kjønnsroller, 3) spørsmål om skjønnsmessig vurdering og 4) brukerinnflytelse og medvirkning.

Familieomsorg og spørsmål om overbelastning

Holdninger til familieomsorg

En undersøkelse blant voksne ikke-vestlige innvandrere viser sterke forventninger om familieomsorg. Flere gir uttrykk for at de helst ikke vil at de eldre skal komme på institusjon, og de mener at de eldre kan flytte hjem til dem ved behov. Det er imidlertid verdt å merke seg at det er store variasjoner. De eldste var mest positive til å benytte

alders- og sykehjem. Variasjon i holdninger kan være et uttrykk for at synspunkter endrer seg over tid. Det kan gjelde både eldre selv og deres barn. Synet på offentlig omsorg vil også kunne endre seg over tid og med erfaring med varierte tilbud (Kavli & Nadum 2009).

Noen ikke-vestlige innvandrergrupper har sterke forventninger om voksne barns sosiale og økonomiske gjenytelser i forhold til barndommens omsorg fra foreldre. Dersom disse forventningene ikke oppfylles, kan familien risikere dårlig omdømme. Det blir viktig å reflektere over hvordan dette kan gjenspeile seg i omsorgspraksis over generasjoner.

Som et eksempel kan nevnes at pakistanske menn i Norge ofte er gift med eller gifter seg med kvinner fra Pakistan og gjerne fra samme slektskapsgruppe. «Kvinner som flytter til Norge får ofte en rolle i familiene som omfatter oppgaver og tjenester for svigerforeldre i tillegg til omsorg for egne barn» (Moen 2011, s. 41). På den måten bidrar de til at sønner kan oppfylle forpliktelsene i forhold til foreldre. Når det er forholdsvis lav yrkesaktivitet blant pakistanske kvinner, er det rimelig å se dette i sammenheng med omsorgsarbeid i hjemmet.

Ikke-vestlige innvandrere er ikke en homogen gruppe, og det er store variasjoner mellom land. Informanter fra Sri Lanka har blitt betegnet som modernister i den forstand at de lettere kunne tenke seg bruk av offentlige omsorgstjenester enn pakistanere, som ble betegnet som tradisjonister. Folk fra Vietnam kom i en mellomstilling. På bakgrunn av denne studien konkluderes det med at familier med innvandrerbakgrunn kommer til å bruke offentlige omsorgstjenester i stadig større grad (Nergård 2009).

Eldre innvandreres pårørende har ofte en sammensatt rolle, med forventninger både om tradisjonell familieomsorg og om samfunnsengasjement og yrkesdeltakelse. Barn av innvandrere er kalt 'pioner-pårørende' ved at de er de første som får erfaring med å være pårørende i samarbeid med de offentlige omsorgstjenester her i landet. Det er få modeller for denne rollen. I tillegg til at pårørende i slike situasjoner fungerer som omsorgsgivere og koordinatore, får de ofte oppgaver som bindeledd mellom den eldre og tjenestene – som oversettere, kulturformidlere og – forvaltere (Ingebretsen 2010 a, s 10). Også denne undersøkelsen understreker imidlertid variasjoner både innad i grupper og mellom grupper av innvandrere. Fleksibilitet i tilbud, lydhørhet og samarbeidet mellom pårørende og omsorgstjenestene blir poengtert.

Tradisjonelle modeller for familieforpliktelser er under endring. Moralske forpliktelser kan omformes slik at de kulturelle modellene kan inkorporere offentlige tjenester som innpasses i familielivet på ulike måter (Moen 2011). Mest diskret og 'ubemerket' gjøres dette kanskje ved hjelp av omsorgslønn. Familiene kan også forhandle seg fram til løsninger som viderefører familieomsorg i endret form. Omsorgen kan opprettholdes ved hjelp av 'skiftarbeid' mellom ulike familiemedlemmer og hjelpeapparatet og ved at familien involverer seg sterkt for å gi familieomsorg også etter at det offentlige har hovedansvaret for omsorgen som i sykehjem. Dette bidrar til at rollene endres. Det blir en kombinasjon av direkte og indirekte omsorgsoppgaver der sønner ofte har en viktig rolle i forhandlinger og samarbeid med det offentlige hjelpeapparatet (Ingebretsen 2010a). Nye modeller kan skape en mer lik fordeling av omsorgsoppgaver mellom kvinner og menn. Kvinners yrkesdeltakelse bidrar til dette. *«Når antall kvinner som deltar i arbeidslivet øker og familiestrukturer endres, vil forpliktelser for eldre måtte tilpasses andre former for omsorgsansvar»* (Moen 2011, s 46).

I de fleste land som ikke-vestlige innvandrere kommer fra, er den offentlige eldreomsorgen mangelfull. Familiene har det sosiale og økonomiske ansvar for de eldre. Disse kulturene tas med i møte med norsk helse- og omsorgstjeneste. Pårørende til eldre innvandrere etterlyser en slik familieorientering heller enn en ensidig individorientering. «Når de (omsorgstjenesten) bare sitter bak min mor, ser de ikke meg og familien» sier en sønn som innrømte at både han og resten av familien var slitne (Ingebretsen 2010a, s126). Han fortalte at han ikke kunne svikte sin mor ved å overlate omsorgen for henne til et sykehjem. Han hadde hatt problemer med å beskrive sin mors hjelpebehov i detalj for å få frem at pårørende hadde 'særlig tyngende omsorgsoppgaver'. Samtidig strevde både han og familien med å klare oppgavene, selv etter at de fikk hjemmetjenester.

Andre pårørende til eldre innvandrere har kunnet fortelle at de strever med å bli sett som slitne pårørende. De kan føle seg mellom barken og veden når det gjelder familieomsorg versus andre samfunnsroller.

Ansatte i omsorgstjenesten tviler av og til på om familiehjelp er det beste for den enkelte. En informant formulerte dette slik: «Når familien søker om å få overta omsorgen og få omsorgslønn er det duket for et dilemma. Det hender vi lurer på hvordan dette går. Vi har et ansvar for å sjekke det og gå på hjemmebesøk, men hva er alternativet?

Har en ikke gode alternativer, ligger det tross alt nærmest å imøtekomme familiens ønsker»

(Ingebretsen & Nergård 2007, s. 120).

Her vises til begrensede muligheter for kontroll og oppfølging fra det offentlige hjelpeapparatets side. Både ansatte og pårørende etterlyser alternative tilbud. Noen ansatte påpeker at fordi omsorgen for eldre kan gå foran hensynet til egne barn og egen helse, påhviler det omsorgstjenesten et ekstra ansvar. Individorienteringen i omsorgstjenesten kan her komme på kollisjonskurs med en familieorientering (Ingebretsen 2010a).

Det etterlyses mer systematikk i samarbeidet mellom pårørende og ansatte. Familiemedlemmer kan oppleve at den hjelpen som tilbys i form av de vanlige omsorgstjenestene i hjemmet – praktisk bistand og hjemmesykepleie – blir lite fleksible og 'firkantet', slik at pårørende får et stort ansvar med koordinering av tjenester.

En familieorientert tilnærming til omsorgsbehov understrekes også på bakgrunn av erfaringer med omsorg til eldre innvandrere fra Pakistan (Moen 2003) og pakistanske familier med funksjonshemmede barn (Sørheim 2000).

Omsorgslønn og likestilling mellom kjønnene

Det er en overvekt av kvinner som mottar omsorgslønn. Det er grunn til å være ekstra oppmerksom på hvordan den tvetydighet som diskuteres når det gjelder omsorgslønn og likestilling, gir seg utslag blant innvandrere og barn av innvandrere. Dette er ikke undersøkt spesifikt når det gjelder innvandrere. Tradisjonelle kjønnsroller kan bli ytterligere befestet ved at kvinner bidrar 'litt' til familieøkonomien gjennom omsorgslønn, mens mannen blir hovedforsørger og den som har størst beslutningsmyndighet. Som en ansatt ved et bestillerkontor sier: *«Det er et problem at kvinner blir gående hjemme med omsorgsoppgaver; de kommer seg ikke ut i arbeid og lærer ikke språket. Ved møter blir det ofte mennene som tar avgjørelsene – det er ikke positivt med tanke på integrasjon.»* (Ingebretsen & Nergård 2007, s121).

Fra omsorgstjenestens side har det blitt uttrykt bekymring for at omsorgslønn kan gå ut over unges – og særlig unge kvinners – utdannings- og arbeidsmuligheter (Ingebretsen & Romøren 2005). Dette kan være barn av innvandrere som har vokst opp i Norge og som ønsker og/eller føler seg forpliktet til å ivareta familietradisjoner.

Sysselsettingsprosenten er særlig lav for kvinner med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn. De benytter også kontantstøtte i høyere grad enn majoritetsbefolkningen (Daugstad 2006). Det er verdt å vurdere om velferdsordninger som er ment å gi mulighet til omsorg i hjemmet og til en viss grad kompensere for lønnsstap, kan bidra til å begrense kvinners yrkesaktivitet.

Samtidig med at en anerkjenner tradisjonelle familie- og omsorgsverdier blir det viktig å være oppmerksom på at en kjønnet arbeidsdeling som holder kvinnene bort fra viktige samfunnsaktiviteter, kan være en kilde til kvinneundertrykking (Farstad 2006).

Idealer om familieomsorg endrer seg, slik at forskjeller i uformell omsorgsyting mellom minoritets- og majoritetsbefolkning blir mindre med tiden. Undersøkelser peker i retning av at det i ulike etniske miljøer ikke lenger ses som en selvfølge at familien skal ivareta de gamle når de blir pleietrengende.

Intervjuundersøkelser viser flere eksempler på at sønner deltar aktivt i omsorgsarbeidet for eldre foreldre og i det skiftarbeidet som ofte må til mellom familiemedlemmer for å få omsorgskabalen til å gå opp. Dette kan bidra til mer likestilling. Også svenske erfaringer tyder på at idealer om familieomsorg endrer seg over tid, slik at det ikke blir så store forskjeller i uformell omsorgsyting mellom minoritets- og majoritetsbefolkning

(Forssell 2010).

Erfaringer både fra Danmark og Norge viser at til tross for krevende omsorgsarbeid ønsker mange kvinner å ha en jobb utenfor hjemmet på grunn av egen inntekt, jobbnettverk og 'fristed' fra omsorgsoppgavene.

Skjønnsmessig vurdering – Betydning for innvandrere spesielt

Ulikheter i kommunal praksis for bruk av omsorgslønn er påpekt i en rekke sammenhenger. Det er et spørsmål om ulik kommunal praksis kan slå ekstra sterkt ut i forhold til innvandrere. Det kan generelt være vanskelig for innvandrere å få tilstrekkelig informasjon om og forståelse av omsorgstjenestene og søknadsprosedyrer. Sørheim (2000) påpeker at det kan være vansker med å få kjennskap til tjenestene, mer enn manglende interesse som gjør at mange unnlater å søke hjelp. Det kan være ekstra vanskelig å forstå tjenestetilbud og prioriteringer når det er store kommunale variasjoner og når tilbudet skal være tilgjengelig uten at det er en rettighet.

Det vil her være stor variasjon når det gjelder kulturkunnskap og erfaring med ulike grupper av innvandrere blant dem som fatter beslutninger om omsorgslønn. Intervjuer med ansatte viser også at de har ulike syn på hvilke kriterier som skal legges til grunn for vurdering av om omsorgslønn er det beste tilbudet til den enkelte. Noen vektlegger språk og kjennskap til den enkeltes kultur og begrunner omsorgslønn med at det kan være den beste løsning i tilfelle der en ikke kan tilby en bruker hjelp fra ansatte med denne kompetansen. Andre påpeker at dette ikke er en begrunnelse, siden ansatte skal ha en generell kompetanse til å yte hjelp og forstå/gjøre seg forstått også der det er vanskelig å ha fullgod verbal kommunikasjon med bruker. Selv om ansatte understreker at 'det ikke er deres jobb å være moralistiske' i sin vurdering av hvem som bør få omsorgslønn, gir flere uttrykk for dilemmaer knyttet til omsorgsgivers situasjon – noe som kan føre til at søknad avvises og det foreslås alternative tiltak.

Brukerinnflytelse og medvirkning er viktig for hvordan omsorgslønn fungerer

Som tidligere påpekt fremstår dagens omsorgslønnsordning som uklar og er dermed lite tilgjengelig for brukere. Ordningens tilgjengelighet er en betingelse for brukermedvirkning og innflytelse.

I studier av foreldre med funksjonshemmede barn pekes det på mangelfull informasjon om tjenesteapparatet som et særskilt problem. Også når det gjaldt omsorgslønn, var det stor mangel på informasjon om ordningen. Det virket som informasjonene var tilfeldig. Foreldre med funksjonshemmede barn opplevde mangel på klare rettigheter og vilkårlighet i tildelingen som et problem. (Lundeby & Tøssebro, 2006). Når dette er et stort problem for foreldre generelt, kan det være desto større grunn til å rette oppmerksomheten mot disse spørsmålene når det gjelder foreldre og funksjonshemmede barn med innvandrerbakgrunn.

Det er verdt å være oppmerksom på at det kan være ulike tradisjoner for hvor naturlig det er å sette ord på belastninger en opplever i omsorgsrelasjoner til nære pårørende. For noen oppfattes dette som illojalt og i strid med normer for familieomsorg. Det kan derfor være ekstra vanskelig for personer fra familieorienterte kulturer å være advokater for egne og familiens hjelpebehov ved å gi en detaljert beskrivelse til hjelpeapparatet av

hvor tyngende omsorgsoppgaver i familien er (Ingebretsen 2009).

Brukermedvirkning forutsetter kunnskap hos begge parter for at en likestilt dialog kan finne sted. Dersom det er ubalanse mellom den som søker hjelp og de ansatte i kommunen vil ingen reell medvirkning finne sted. Skriftlig materiale på et språk som brukeren forstår må finnes tilgjengelig, samt benytte autorisert tolk ved behov.

En ansatt fastslår:

«Ansatte bør få mer skoloring om andre kulturer, bør få tilbud så en skjønner mer – det hjelper ikke å tenke norsk alltid, vi tror vi har svar på det meste, men det har vi ikke – også tolking av følelser kan være forskjellig». (Ingebretsen 2010a).

Konsekvenser for praksis

Det er behov for mer kunnskap om bruk av omsorgslønn. Det mangler systematiske registreringer av tjenestebruk blant innvandrere. Det er i prinsippet mulig å registre og analysere tjenestebruk (gjennom IPLOS-data og kobling av registeropplysninger ved SSB) for ulike grupper av befolkningen på landsbasis. Selv om en ikke kan offentliggjøre detaljert oversikt over små grupper og minoriteter i små kommuner, vil en oversikt gi kunnskap om variasjoner, ulikheter mellom grupper og eventuelt lokale forskjeller. Dette vil være nyttig med tanke på informasjonsarbeid overfor brukere og gi viktige opplysninger for planlegging og praksis (Ingebretsen 2010b s. 61)

Informasjon om tjenestene

Pårørende til eldre og til funksjonshemmede barn med innvandrerbakgrunn etterlyser ofte bedre informasjon om tilbud og tjenester. Det er også ofte problemer som nevnes av norske brukere av omsorgslønn, men de kan bli forsterket ved språkproblemer og/eller manglende kjennskap til de norske omsorgstjenestene. Grundig informasjon kan forutsette orienteringer på ulike språk og bruk av tolketjenester.

Kombinasjon av tjenester

I intervjuer har pårørende til omsorgstrengende eldre gitt uttrykk for at de tror det er snakk om enten omsorgslønn eller andre tjenester. Det er derfor viktig at de får grundig informasjon om

muligheter til å kombinere omsorgslønn med andre tjenester.

Mangfoldsperspektiv på tjenester

Ansvar for tilpassede tjenestetilbud til mangfoldet i befolkningen understrekes bl.a. i Handlingsplanen for integrering og inkludering (AID 2006, s. 32). Det innebærer blant annet at rutiner, praksis og organisering av tjenestetilbudet må ta hensyn til at brukerne er forskjellige og har ulike behov.

Hvis offentlige tjenestetilbud oppleves som mangelfulle ut fra den eldres og familiens premisser, blir det vanskelig å velge dem, før det er helt nødvendig. Pårørende til eldre innvandrere etterlyser ofte alternative tilbud. I tillegg til hjemmetjenester kan møtesteder, dagsentre og opphold i sykehjem representere et viktig supplement til familieomsorg. Utilfredsstillende møter med tilbud om tjenester, kommunikasjonsproblemer og misforståelser fører til at pårørende strekker seg ytterligere for å yte familieomsorg (Ingebretsen 2010a).

Fleksible og tilgjengelige tjenestetilbud tilpasset individuelle behov blir viktig også for at tilbud om omsorgslønn skal kunne fungere godt. Det er ingen god begrunnelse for omsorgslønn at en ikke har gode alternative tilbud som erstatning eller supplement av tjenester. Tilpassede tjenester vil bidra til mer reelle valgmuligheter både for brukere, pårørende og ansatte som står for tildeiling av tjenester. Dette er også viktig fra et likestillingsperspektiv.

Brukermedvirkning, familieomsorg og aktive samfunnsroller

I familier med ikke-vestlig bakgrunn er forholdet mellom unge og eldre under endring, og det utvikles nye modeller og forhandlingsløsninger som både kan føre til nye former for arbeidsdeling innad i familien og mellom familien og det offentlige hjelpeapparat. Fortsatt kan imidlertid pårørende til eldre innvandrere gi uttrykk for at de ikke opplever at de har noe valg – annet enn å forsøke å hjelpe så langt de kan. Dette gjelder også pårørende som er i arbeid og der overbelastning kan føre til sykmeldinger og permisjoner. Ordninger som gjør det lettere å kombinere arbeid og omsorg for eldre foreldre er derfor høyst relevant for pårørende til eldre med innvandrerbakgrunn (Gautun 2009).

Kapittel 10

Særlige forhold knyttet til kjønnsforskjeller

I mandatet for utvalget pekes det på at det ut i fra et likestillingsperspektiv er problematisk at det er en skjev kjønnsfordeling blant mottakere av omsorgslønn. Forskningslitteraturen både i Norge og andre land viser at det er en overvekt av kvinner som tar på seg de tyngste omsorgsoppgavene i familien. Det er også en overvekt av kvinner blant de som mottar omsorgslønn (Skollerud 2002). I Norge jobber en stor andel kvinner deltid (41 %) blant annet for å kunne utføre omsorgsoppgaver i familien, noe som også fører til at kvinner får en løsere tilknytning til arbeidslivet enn menn. Forskere har i den senere tid diskutert om den familievennlige politikken som føres i Norge er uheldig for kvinner ut i fra et likestillingsperspektiv (Hakin 2011). En velferdsstat og et arbeidsliv som legger så godt til rette for at kvinner både kan jobbe og bidra med omfattende omsorgsarbeid i familien sies å ha ødelagt kvinners muligheter til å gjøre karriere, og få godt betalte toppjobber. Undersøkelser viser at kvinner i land som Storbritannia, Australia og USA, som i mindre grad har rett til permisjonsordninger og deltidsarbeid, klatrer fortere og oftere til topps i arbeidslivet enn skandinaviske kvinner (Hakim 2011). Samtidig viser undersøkelser at det er en noe større andel kvinner fra disse landene som er heltidshusmødre sammenlignet med norske kvinner.

Ordningen med omsorgslønn vokste fram i en tid med motstridende strømninger i den generelle velferdsdebatten. På den ene side var det et ønske om å legge til rette for familiens ansvar og rett til å velge, og at velferdsstaten ikke skulle være eneleverandør av omsorg. På den annen side innebar 70 tallets kvinnekamp om rett til eget lønnet arbeid utenfor hjemmet en ideologisk motsetning til økt satsning på omsorgsoppgaver i familien. Selv om det har vært en kraftig vekst i yrkesdeltakelsen blant kvinner de siste 30 årene, er det fortsatt kvinner som utfører flest omsorgsoppgaver (Skollerud 2002, Romøren 2001, Gautun 2008). Mange kvinner kombinerer lønnsarbeid og omsorg for familien med å jobbe deltid. Det er også i hovedsak kvinner som tar ut permisjon og

mottar kontantstøtte (Bugum 2008, Rundsum 2009). Omsorgslønnsordningen er utformet kjønnsnøytralt, men bruken av ordningen inngår i tradisjonelle kjønns mønstre. Også andre kjønnsnøytrale ordninger, som betalte foreldrepermisjoner og kontantstøtten, har ulike virkninger for kvinner og menn. Selv om norske menn deltar i omsorgsarbeid for både barn og eldre på et helt annet nivå i dag sammenlignet med for 30 år siden, ser vi fortsatt at det er en arbeidsdeling mellom kvinner og menn, og spesielt når det dreier seg om de tyngste omsorgsoppgavene. Det er derfor heller ikke så uventet at de fleste som mottar omsorgslønn er kvinner, selv om det også finnes noen menn som mottar omsorgslønn.

En mulig måte å betrakte omsorgslønnsordningen på er at den bidrar positivt til likestilling mellom kvinner og menn fordi ordningen bidrar til en oppvurdering av ulønnet omsorgsarbeid. Omsorgsyteren mottar penger for noe hun eller han tidligere har utført ulønnet. Ordningen gjør det også mulig for kvinner å være fleksible, siden den tillater at det er mulig å være i lønnet arbeid samtidig som den enkelte yter omsorg og mottar omsorgslønn. I praksis praktiseres også ordningen på en slik måte. I en intervjuundersøkelse blant ansatte i kommunene ble det lagt vekt på at ordningen først og fremst gjelder personer som har en hjemmesituasjon med forholdsvis tunge oppgaver for nær familie (Skollerud 2002) (Finnvoll 2011). Det ble sagt at omsorgslønnsordningen ga disse en mulighet til å yte omsorg uten at det får for store økonomiske konsekvenser. Hvor god den økonomiske kompensasjonen er kan imidlertid problematiseres. Omsorgslønningen er lav, og det er også store variasjoner i hvor mange timer med lønn omsorgsgivere får. I en utredning som har belyst sosial- og helsetjenester til personer med nedsatt funksjonsevne perioden 2001–2006 vises det til at omsorgslønnsordningen av brukere blir karakterisert som en gjerrig ordning som driver rovdrift på familier med store omsorgsoppgaver (Grut 2007). Det går an å stille spørsmålet om det lave nivået på lønningen har en

sammenheng med at dette er en ordning først og fremst for kvinner, og om nivået ville vært høyere dersom dette var en ordning som var mer utbredt blant menn. Enkelte har påpekt at omsorgslønn, til tross for at nivået er lavere enn arbeidsinntekt, gjør det mulig for småbarnsmødre å jobbe deltid, og at de og familiene dermed får en lettere hverdag. Det framheves også at det ligger en stor økonomisk sikkerhet i at kvinner som yter omsorg mottar pensjonspoeng (Skollerud 2002: 13).

En siste problematisk side som kan diskuteres er at pårørende som mottar omsorgslønn gir uttrykk for at bruker ikke får det tjenestetilbudet

vedkommende har behov for og krav på fra kommunen (Helsetilsynet 2009). Kommuner betaler pårørende omsorgslønn i stedet for å yte omsorgstjenester. Omsorgslønnen er langt under nivået på lønnen som ansatte i omsorgssektoren får. Dersom omsorgslønnordningen blir brukt som en billig utnyttelse av kvinnelige pårørende for å få dekket omsorgsbehov som kommunen egentlig plikter å dekke, er dette problematisk også ut i fra et likestillingsperspektiv. I stedet for å ta kostnadene med å ansette personell og gi de en ordentlig lønn, utnyttes kvinner til å gjøre denne jobben nesten gratis i en familiesetting.

Kapittel 11

Dilemmaer knyttet til kompensasjon for pårørendeomsorg

Befolkningen aldres i årene som kommer, noe som vil redusere andelen yrkesaktive i befolkningen, se kapittel 5. I tillegg vil omsorgsbehovet øke, både på grunn av aldringen, den medisinske teknologien som gjør det mulig å redde flere for tidligfødte barn, og fordi funksjonshemmede nyter godt av velstandsøkningen og får en lengre levealder. Dette gir et dobbeltpress på den yrkesaktive befolkningen fordi det vil bli større etterspørsel både etter arbeidskraft og pårørendeomsorg. Økt pårørendeomsorg vil kunne gå på bekostning av arbeidsmarkedsdeltakelse og omvendt, noe som gjør at myndighetene står overfor et dilemma. En viktig oppgave vil derfor være å se etter virkemidler som kan gi en optimal fordeling av pårørendeomsorg og arbeidstilbud. Er det for eksempel mulig å øke tilbudet av arbeidskraft uten at det reduserer tilbudet av pårørendeomsorg, alternativt å øke pårørendeomsorgen uten at vi øker etterspørselen etter arbeidskraft?

Lønnet pårørendeomsorg er et virkemiddel som vil påvirke både arbeidstilbudet og tilbudet av pårørendeomsorg, men vil også ha virkninger utover dette. Kompensasjon for pårørendeomsorg i form av betaling for timeinnsats som ytes vil påvirke både brukeren, omsorgsgiveren, de kommunale omsorgstjenester og det generelle arbeidsmarkedet. Slike virkninger vil både kunne være positive og negative. Pårørendeomsorgen er positiv, men den har også en pris. Nedenfor vil vi forsøke å gi en oversikt over de ulike sidene ved betalt pårørendeomsorg.

11.1 Fordeler og ulemper for brukeren

Lønnet pårørendeomsorg ved f.eks. omsorgslønn kan føre til at kommunale omsorgstjenester delvis erstattes av slik omsorg. For brukeren kan dette være både gunstig og ugunstig, da pårørendeomsorg og kommunal omsorg ikke nødvendigvis er perfekte substitutter, dvs. at de ikke uten videre kan erstatte hverandre uten at det vil ha betydning for brukeren. Eksempler på dette er at eldre

omsorgstrengende ønsker familien til å utføre visse oppgaver, mens de foretrekker at en annen person tar seg av andre oppgaver. For eksempel viser forskning at intimpleien ofte utføres av andre enn familiemedlemmer, mens praktisk hjelp og støtte i hjemmet ofte utføres bedre av familien (Romøren, 2001; Gautun, 2003). Både pårørende og brukere foretrekker også denne arbeidsdelingen (Isaksen, 1999; Romøren, 2001; Szebehely, 2005). En stor del av jobben med å være pårørende omsorgsgiver er nettopp å sørge for en samordning av ulike tjenester som for eksempel at brukeren kommer til legen, mottar den hjelpen vedkommende har krav på osv. Hvis lønnet pårørendeomsorg fører til at fordelingen av omsorgstjenester mellom kommune og familie blir gunstigere for brukeren enn uten slik avlønning, vil omsorgslønn være et godt virkemiddel for denne.

11.1.1 Fordeler for brukeren

En fordel ved en omsorgslønnsordning er at man kan få større muligheter for tilpasning til brukers ønsker og behov. Brukeren kan få større selvbestemmelse i forhold til valg. Eldre brukere har ofte ønske om å bo i eget hjem så lenge som mulig. Økt pårørendeomsorg som følge av omsorgslønnsordningen vil kunne muliggjøre dette i større grad. Bruker og omsorgsgiver kjenner hverandre og vil dermed kunne kommunisere bedre enn hvis det ble gitt kommunal omsorg. I mange kommuner vil det variere hvem som kommer på hjemmebesøk til den hjemmeboende brukeren og tidspunktene for besøkene vil også variere. Med omsorgslønn vil det bli en fast omsorgsgiver, og omsorgen kan gis på mer regelmessige tidspunkter. Økt forutsigbarhet, kommunikasjon og kanskje mindre tidspress vil være en fordel for brukeren.

Foreldre og barn har et spesielt forhold som det vil være vanskelig for andre omsorgsgivere å kompensere for. For barn vil det være en fordel å kunne bli pleiet i trygge omgivelser av sine nære,

f.eks. foreldre. Dette vil gi trygghet og stabilitet i oppveksten, samtidig som foreldrene ofte er dem som kjenner barnas behov best.

11.1.2 Økonomisk motivasjon

Det kan likevel være ulemper ved at et nært familiemedlem får økonomisk kompensasjon for omsorgen utover det at visse tjenester best kan ytes av det offentlige som nevnt over. For det første vil dette gi et økonomisk avhengighetsforhold som kan skape usunne bindinger. Hvis omsorgsgiveren er avhengig av at omsorgsforholdet eksisterer for å få en inntekt, kan kanskje brukerens behov bli satt til side. Dette vil kunne være tilfelle hvis alternative arbeidsmuligheter er små. Barn har behov for en barndom som ikke bare inkluderer foreldrene og søsken. Et barn vil ha godt av samvær med andre barn for å utvikle gode sosiale egenskaper, og et tilbud i en tilrettelagt avdeling i en barnehage kan derfor for enkelte være gunstig, men vil samtidig redusere behovet for pårørendeomsorg. Forskning omkring kontantstøtten (Bungum, 2008) viser også at en hjemmeværende mor ikke alltid er det beste for barna, og at barn som har yrkesaktive foreldre klarer seg best. Kontantstøtten gir et insentiv for kvinner med svak tilknytning til arbeidslivet til å holde seg unna arbeidsmarkedet, og svak tilknytning til arbeidslivet gir ikke den beste kompetansen til å veilede barna. Et annet eksempel kan være unge eller yngre voksnes behov for å løsrive seg fra sine foreldre og etablere et eget hjem, f.eks. i en tilrettelagt bolig. Dette kan føre til at det lønnede pårørendeomsorgs forholdet opphører, noe som kan ha negative økonomiske konsekvenser for en person som har levd av dette i lengre tid og derfor kan ha problemer med å skaffe seg annet arbeid.

Størrelsen på omsorgslønnen vil kunne spille inn her. Det vil antakelig være seleksjonseffekter slik at en lav omsorgslønn først og fremst vil være attraktiv for personer med få muligheter på arbeidsmarkedet. En økning i omsorgslønnen vil gjøre dette alternativet mer økonomisk attraktivt også for personer med høyere utdanning eller som har godt betalte jobber. Dette kan føre til at sammensetningen av og kvalifikasjonene til dem som mottar omsorgslønn endres, og det kan tenkes at kvaliteten på omsorgen forbedres. En ulempe ved høyere lønn er imidlertid at innlåningseffektene kan bli større, dvs. at det kan bli enda vanskeligere for omsorgslønnsnettakeren med for eksempel et lavt utdanningsnivå å finne gode alternativer på arbeidsmarkedet.

11.1.3 Kvalitet på tjenestene

Et stort problem med lønnet pårørendeomsorg er kvalitetssikringen av omsorgstjenestene. Mens det er kontroll med kommunale omsorgstjenester, kan kommunene i begrenset grad føre kontroll og tilsyn for å sikre at omsorgsarbeidet utføres til det beste for brukeren når omsorgen skjer av pårørende, og at de tjenestene som utføres er faglig forsvarlige. De vil være avhengig av samtykke for å få adgang til et privat hjem. Dette står i motsetning til fosterhjem hvor det er regler for tilsyn. Disse er regulert av lov om barneverntjenesten, og følges som hovedregel opp av en tilsynsfører som er utpekt av kommunen. Oppfølgingen av fosterhjem har imidlertid ikke vært den beste i alle kommuner, noe som er avdekket gjennom fylkesmennenes oppfølging av den kommunale barneverntjenesten.

Kontroll og tilsyn fører også til en diskusjon om rettssikkerhet. Pårørende har ikke rett til omsorgslønn i form av at visse kriterier oppfylles. Dette avgjøres av kommunene. De vil bl.a. kunne vektlegge kompetansen til omsorgsgiver. Noen oppgaver vil kunne kreve mer kompetanse enn andre og vil derfor utføres bedre av kommunale omsorgsgivere med utdanning eller erfaring på dette feltet. Aktivisering er for eksempel avgjørende for å opprettholde funksjonsevne hos eldre. En velvillig hjelper uten den rette opplæringen, kan gi for mye hjelp noe som kan føre til større hjelpeløshet hos brukeren. Rettssikkerheten til bruker er et annet viktig moment. Manglende kontroll av de tjenester som utføres kan føre til at bruker ikke får de tjenester vedkommende har rett til, og det vil bli vanskeligere å beskytte mot overgrep. Omsorgslønnsordningen kan derfor sette rettssikkerheten til bruker i fare. I denne forbindelse er det også verdt å merke seg at i Barnekonvensjonens § 3 «skal barnets beste være et grunnleggende hensyn».

11.1.4 Forholdet mellom bruker og omsorgsgiver

Et annet forhold vi ikke vet mye om er hvordan økonomisk kompensasjon for pårørendeomsorg påvirker forholdet mellom omsorgsgiver og bruker. Fra forskning både innenfor psykologi og samfunnsfag vet vi at betaling for oppgaver som i utgangspunktet er ubetalte og som utføres ut fra en moralsk motivasjon eller fordi de er interessante, både kan påvirke motivasjonen til å utføre

Boks 11.1 Alvdalsaken – et eksempel på overgrep ved pårørendeomsorg

I Nord-Østerdal tingrett ble fem personer fra Alvdal i Hedmark i mars 2011 dømt i en overgrepssak mot barn i alderen seks til elleve år. Dommen ble anket, og ny dom falt for fire av dem i Eidsivating lagmannsrett i juni 2011. Overgrepene skal ha skjedd i perioden 2003–2007. En av de hovedtiltalte, en mor på 46 år, ble dømt til 12 års fengsel. Hun ble blant annet dømt for seksuelle overgrep mot sine egne barn som led av autisme. Moren var rusmisbruker, men mottok rundt 50 % omsorgslønn for å yte omsorg til barna i den perioden overgrepene skjedde. Selv ønsket hun 100 % omsorgslønn.

Boks 11.2 Enslig forsørger, ikke-vestlig innvandrer med ett multifunksjonshemmet barn og to friske barn

Mor får avlastning 11 døgn pr måned i en av kommunens avlastningsinstitusjoner. I tillegg har hun innvilget omsorgslønn. Den funksjonshemmede datteren er også innvilget hjelpestønad – høyeste sats. Her er det vektlagt at mor trenger avlastning for å kunne ha krefter til være mor for sine friske barn. Uten avlastning ville kun omsorgslønn bidra til mulig omsorgssvikt på sikt. En kombinasjon av avlastning og omsorgslønn var den beste løsningen for familien. Avlastning hindret utmattelse hos omsorgsgiver og ga kommunen en god anledning til å vurdere det funksjonshemmede barnets utvikling og tilstand.

oppgavene, samt de sosiale relasjonene (Frey, 1997). Hvis man f.eks. begynner å betale en venn for å bruke tid til å besøke eller hjelpe seg, vil dette kunne ødelegge vennskapsforholdet. Studier viser også at det å ta betalt for å hente barn for sent i barnehagen eller for fravær på dugnader vil kunne gi resultater som er omvendte av intensjonene (Gneezy og Rustichini, 2000; Brekke m.fl., 2003). Oppgaver som er motivert ut fra moral eller interesser går over til å bli handlet i et marked, noe som gjør at den som utfører oppga-

vene kanskje vil vurdere sitt tidsbruk mot andre økonomiske transaksjoner. I eksemplene ovenfor kan betaling for å hente barn for sent i barnehagen ses på som overtidslønn til de ansatte og motivasjonen til å komme tidsnok blir mindre. På tilsvarende vis kan betaling for fravær på dugnader tolkes som økte muligheter for å kunne kjøpe profesjonell hjelp, og ved å betale kan man dermed få mindre dårlig samvittighet ved ikke å møte opp. Hvordan økonomisk kompensasjon for pårørendeomsorg påvirker forholdet mellom bruker og omsorgsgiver er et tema det er forsket lite på, og derfor noe vi vet lite om. Colombo m.fl. (2011) påpeker at familieomsorgsrelasjoner kan bli skadet når familiemedlemmer begynner å betale hverandre for hjelp som for eksempel ordninger med kontantytelser til omsorgstrengende legger opp til (kap 8.1). Når det gjelder omsorgslønnsordningen kan det for eksempel tenkes at man vil gjøre mindre med omsorgslønn enn det man ville gjort uten denne, hvis timene man får betalt for er færre enn de man utførte før. Den moralske motivasjonen til å yte like mye som før kan bli mindre.

11.2 Fordeler og ulemper for omsorgsgiver

På samme måte som for brukerne vil lønnet pårørendeomsorg ha både positive og negative konsekvenser for omsorgsgiveren. Det vil være positivt for mange å kunne være mer sammen med sine nære pårørende. Dette vil særlig være et sterkt behov i de situasjoner hvor foreldrene vet at barnet deres kun vil leve i en begrenset periode, eller hvor ens gamle foreldre kun har kort tid igjen. Omsorgslønn kan også ses på som en anerkjennelse av omsorgsarbeidet som utføres av pårørende. I tillegg kan den skape en økonomisk trygghet i de perioder av livet man oppfatter det som nødvendig å være hjemme for å yte omsorg til sine pårørende. Stress som følge av økonomiske bekymringer vil virke negativt på omsorgsgiveren og derfor også kunne påvirke brukeren.

11.2.1 Sosiale konsekvenser og arbeidsmarkedsdeltakelse

Som for brukeren, kan omsorgslønn også ha negative sosiale konsekvenser for omsorgsgiveren. Hvis omsorgsarbeidet erstatter annet arbeid, vil det for mange være flere sosiale møtepunkter som blir borte, man kan bli mer isolert og få mindre stimulans fra samfunnet. I tillegg kan karrieremulighetene reduseres når man kommer tilbake

til det opprinnelige yrket etter endt omsorgsforhold. Dette kan skyldes at man har gått glipp av opprykksmuligheter og etterutdanning, i tillegg til at de fleste vil ha færre år med relevant erfaring. Mulighetene til å komme tilbake til arbeidslivet vil kunne være dårligere og man kan få et avhengighetsforhold til brukeren som nevnt ovenfor. Disse effektene vil øke med lengden på omsorgsforholdet. På den annen side vil tunge omsorgsoppgaver også kunne påvirke karrieren selv om man er i jobb, noe som gjør at nettoeffekten av å tre ut av arbeidsmarkedet for en periode ikke nødvendigvis er så stor. En ny studie fra OECD (Colombo m.fl. 2011) viser at familieomsorgsgivere som gir omfattende omsorg et høyt antall timer pr uke, har en større risiko for både å falle helt ut av arbeidslivet, og å måtte redusere arbeidstiden. Omsorg som gis i form av praktisk hjelp noen få timer per uke har ikke hatt noen påvist betydning på arbeidsmarkedsdeltakelse. Redusert arbeidsmarkedsdeltakelse har betydning for familieinntekten, og Colombo m.fl. (2011) viser at omfattende omsorgsforpliktelser øker risikoen for fattigdom, se også omtale i kap. 8.1. Ser man på Norge vil omsorg for gamle foreldre i de siste årene før foreldrenes død påvirke både barnas inntekt, deltakelse i arbeidsmarkedet og overgang til trygdeordninger (Fevang m.fl., 2010). Effekten på kvinner og menn vil imidlertid være ulik. Mens kvinner i større grad reduserer sin arbeidstid, jobber menn som før med større mulighet til å slite seg ut. En større andel menn enn kvinner går over på trygdeordninger som følge av omsorgsoppgavene, og for menn øker faktisk denne andelen etter foreldrenes død. Karrieren vil også kunne påvirkes av at man er mindre fleksibel og ikke kan jobbe så mye. Mange omsorgsgivere oppgir at de har uregelmessig tilstedeværelse på jobb, konsentrasjonsproblemer og at de blir forhindret i å delta i sosiale og karrierefremmende aktiviteter (Gautun, 2008). En permisjonsordning som gir arbeidstakere en mulighet til å forlate arbeidet for en periode for å yte omsorg for nære pårørende ville redusere mange av ulempene som er nevnt ovenfor, og Hagenutvalget (NOU 2011:11) har foreslått å utvide permisjonsordningene for pleie og omsorg av nære pårørende til ett år. På den annen side kan økte permisjonsordninger skape problemer fordi man da vil falle ut av folketrygden og ikke har det samme sikkerhetsnettet om man skulle få helseproblemer. Norske studier ser ut til å være i overensstemmelse med forskning fra Sverige som finner at kvinner er de som i størst grad reduserer sin arbeidstid eller forlater arbeidslivet (Szebe-

hely og Ulmanen, 2008; 2009). Spesielt gjelder dette middelaldrende kvinner som gir hjelp til sine foreldre eller svigerforeldre, men yngre kvinner med omsorgsoppgaver har langt større sykefravær enn dem uten slike oppgaver.

Drøftingen over tyder på at omsorgslønn kan påvirke likestillingen i samfunnet, se også kapittel 10. Kvinner har tradisjonelt vært omsorgspersonene i familien. Når muligheten til å være hjemme åpner seg som følge av den økonomiske kompensasjonen, vil kvinner derfor kunne føle et sterkere press enn menn til å yte omsorgen, noe som vil kunne reversere en del av utviklingen i likestillingen de siste årene. I samme retning trekker det at kvinner ofte har dårligere betalt enn sin ektefelle, og familien vil derfor komme bedre ut økonomisk hvis kvinnen er omsorgsyteren. Kvinner med lav inntekt og utdanning vil være spesielt sårbare. Dette bekreftes også av studier for Sverige (Szebehely og Ulmanen, 2009), hvor spesielt middelaldrende kvinner med lavt utdanningsnivå står utenfor arbeidslivet på grunn av omsorgsoppgaver.

Det er mangel på norske studier som ser på hvordan omsorgslønnsordningen påvirker arbeidsmarkedsdeltakelsen for kvinner og menn. Finnvold (2011b) har imidlertid foretatt en utvalgsundersøkelse blant mødre med barn med store omsorgsbehov, som omtalt i avsnitt 3.3, og finner at det i noen grad er slik at de som mottar omsorgslønn er mindre yrkesaktive enn andre, mens de som får kommunale avlastningstjenester er mer yrkesaktive. Yrkesdeltakelsen avhenger i stor grad av utdanning og etnisitet, hvor mødre med lav utdanning, enslige forsørgere og innvandrere fra 3. verden har lavest yrkesdeltakelse. Denne gruppen vil også i større grad heller ha kontantstøtte for å være hjemme enn å være yrkesaktive, mens mødre med høy utdanning har motsatte preferanser. Vi kan også se på erfaringer med andre ordninger for betalt pårørendeomsorg. Et eksempel er kontantstøtten, som ble innført i 1998–99, og blir gitt for at foreldre kan være hjemme med små barn. Empirien viser at flere småbarnsmødre har blitt deltidsarbeidere som følge av denne, men at menn jobber som før (Hellevik, 2000; Rønsen, 2001; Schøne, 2004). Av kontantstøttemottakerne er kun ca. 5 % menn. Dette tyder på at kontantstøtten har vært negativ for likestillingen blant småbarnsforeldre. Rønsen (2009) konkluderer med at effekten på kvinners arbeidsmarkedstilbud ble sterkere etter hvert som tiden gikk. Arbeidstilbudet til sysselsatte mødre ble redusert med nesten 20 % fire år etter at pengestøtten ble innført. Først og fremst er det

kvinner med en svak tilknytning til arbeidslivet som benytter seg av kontantstøtte (Bungum, 2008) og fordi mange har innvandrerbakgrunn kan dette være til hinder for integreringen. Innføring av denne støtten førte for eksempel til en reduksjon i etterspørselen etter barnehageplass for små barn med etnisk minoritetsbakgrunn (Kavli, 2001). Antall kontantstøttemottakere har imidlertid blitt lavere ettersom barnehagedekningen har blitt bedre, og har gått ned hvert år siden 2000. Likevel er fremdeles andelen kontantstøttemottakere størst blant innvandrede mødre, og i 2009 mottok for eksempel 94 % av mødrene fra Asia og 91 % av mødrene fra Afrika slik støtte. Flere offentlige utvalg har foreslått å fjerne kontantstøtten. Sist ute var Inkluderingsutvalget (NOU 2011:14) som mener at kontantstøtten bidrar til å forsterke gjeldende sosiale og etniske skjevheter ved at den fungerer som en barriere for barns deltagelse i barnehage, innvandrerkvinner mulighet for yrkesdeltakelse og dermed også for likestilling. I 2010 mottok ca. 32 000 personer kontantstøtte, mens det til sammenligning var ca. 9 000 som mottok omsorgslønn. Da den gjennomsnittlige utbetalingen av omsorgslønn per måned er høyere enn den gjennomsnittlige utbetalingen til kontantstøtte, utgjør de samlede utbetalingene til omsorgslønn ca. 40 % av utbetalingene til kontantstøtte.

11.2.2 Omsorgsgivers helse

Økt pårørendeomsorg kan også påvirke helsen for omsorgsgiverne. Colombo m.fl. (2011) viser at store omsorgsoppgaver øker risikoen for mentale helseproblemer. Fra Finland rapporteres det at omsorgsgivere oppfatter sin fysiske helsetilstand som dårligere enn gjennomsnittet, og kroniske sykdommer er vanligere blant dem enn blant andre på samme alder. I tillegg diagnostiseres depresjon og angst oftere blant omsorgsgivere enn det som er vanlig (Social- och hälsovårdsministeriet, 2006). Særlig for eldre personer kan omsorg være en byrde som virker negativt. Mange kan slite seg ut, noe som kan føre til at det totale omsorgsbehovet i samfunnet blir større enn om omsorgen hadde blitt gitt fra kommunen. Spesielt vil dette være tilfelle ved mangel på tekniske hjelpemidler. En ny norsk studie med data for Midt-Norge (Nordtug, 2011) viser at pårørende som bor sammen med demente eller personer med KOLS er svært utsatte for helseproblemer. For eksempel har 30 % av pårørende til personer med KOLS og 60 % av pårørende til demente i denne undersøkelsen pådratt seg en psykiatrisk

diagnose, og kvinner skårer høyere enn menn. Men også yngre omsorgsgivere kan få dårligere helse. En ny utvalgsundersøkelse blant mødre med barn med alvorlige funksjonshemninger (Finnvold, 2001b), viser at disse mødrene har en klart mer negativ vurdering av sin egen helsetilstand enn det som er gjennomsnittet for norske kvinner. Omsorgslønns mottakere er ikke innenfor et system hvor de blir fanget opp hvis arbeidsoppgavene virker negativt på helsa, slik de ville vært innenfor arbeidsmarkedet generelt (bedriftshelse-tjeneste, verneombud etc.).

11.2.3 Omsorgsgivers arbeidsrettslige stilling

En omsorgsgiver som mottar omsorgslønn etter dagens regelverk er vanligvis oppdragstaker. Et særtrekk ved omsorgslønn er at ansettelsesforholdet må kunne avvikes eller endres dersom omsorgsbehovet reduseres eller bortfaller. Arbeidsmiljøloven § 58A forbyr midlertidig ansettelse, og kommunene velger derfor å inngå en avtale om oppdragstakerforhold med omsorgsgiver. En oppdragstaker mottar ikke lønn, men en godtgjørelse for arbeidet. I motsetning til arbeidstakere i kommunen, er ikke oppdragstakere omfattet av Hovedtariffavtalen mellom KS og LO kommune, ferieloven og arbeidsmiljøloven. Oppdragstakere har derfor ikke rett til feriepenger, sykelønn (NAV utbetaler sykepengeperioden først fra dag 17 i en sykepengeperiode), pensjons- og forsikringsordninger eller til å kreve fast ansettelse. En oppdragstaker kan tegne frivillige forsikringsavtaler, men må selv bære utgiftene for disse. Det er også adgang for at kommunen og oppdragstaker inngår en mer omfattende og detaljert avtale, hvor for eksempel rett til ferie og ytelse under ferie, samt forsikringsordninger kan inngå.

Kommunene kan imidlertid ansette omsorgsgiver på vanlige vilkår. Dette etablerer i så fall klare plikter og rettigheter for begge parter. Omsorgsgiveren får rett til feriepenger, sykepenge i arbeidsgiverperioden og pensjons- og forsikringsordninger. Omsorgsgiveren vil også få rett til fast arbeidstid. Videre vil vedkommende ha oppsigelsesvern og få krav på annet arbeid i kommunen dersom omsorgsarbeidet bortfaller. Samtidig får omsorgsgiver arbeidsplikt og må underlegge seg kommunens ledelse og kontroll som arbeidstaker. Omsorgsgiverens mulighet til å ta annet lønnet arbeid eller bierverv blir sterkt redusert. En oppdragstaker har større frihet til å innrette seg i forhold til egne behov, forutsatt at omsorgsarbeidet utføres i henhold til vedtaket som er fattet om å innvilge omsorgslønn. En

omsorgsgiver som er oppdragstaker kan uten videre avslutte omsorgsarbeidet uten at dette får arbeidsrettslige konsekvenser.

En arbeidsgiver har rett til å organisere, lede og kontrollere arbeidsoppgaver overfor sine arbeidstakere. I medhold av denne styringsretten kan kommunen, ut fra sin stilling som arbeidsgiver, gi pålegg overfor omsorgsgiver om utførelsen av omsorgsarbeidet, og kan dessuten beslutte å iverksette kontrolltiltak i den forbindelse. Dette innebærer at både omsorgsgiver og bruker eventuelt må akseptere at kommunen gjennomfører tiltak som griper inn i deres privatsfære som følge av arbeidsgivers behov for å kunne organisere og lede arbeidet. Kommunen har til en viss grad rett og plikt til å følge opp et omsorgslønnsforhold, men det må påpekes at kommunens styringsrett overfor en arbeidstaker, og dens tilsynsplikt overfor en bruker, har ulike formål og disse må derfor ikke sammenblandes.

Kommunen kan velge å gi omsorgsgiver økonomisk støtte i form av stønad, for eksempel tilsvarende økonomisk sosialhjelp. Situasjonen for omsorgsgiver vil langt på vei tilsvare den som gjelder for oppdragstakere, men vedkommende vil ikke ha krav på sykepenger i det hele tatt. En effekt ved bruk av stønadsformen kan være at omsorgsgiver oppfatter omsorgsarbeidet som mindre vesentlig, og at han eller hun legger mindre innsats i arbeidet.

Det er økonomisk og administrativt gunstiger for en kommune å velge oppdragstakerforhold eller eventuelt stønad. Oppdragstakere har som nevnt ikke de samme rettigheter som arbeidstakere, og dessuten sparer kommunen blant annet pensjonsutgifter. På den annen side bærer kommunen fortsatt ansvar for at omsorgsarbeidet er forsvarlig, da dette er lovpålagt kommunal ordning. Blir situasjonen uforsvarlig dersom omsorgsgiver svikter, må kommunen stille med arbeidskraft for å sikre at brukeren får dekket sine omsorgsbehov.

For omsorgsgiver vil normalt nivået på ytelsen stå sentralt, men jo mer krevende og langvarig omsorgsarbeidet er, vil behovet for ordninger med tanke på omsorgsgiverens egne behov og fremtidsutsikter etter alt å dømme bli mer fremtredende.

11.3 Fordeler og ulemper for kommunenes helse- og omsorgstjenester

Betalt pårørendeomsorg vil erstatte kommunale omsorgstjenester og dermed redusere behovet for slike tjenester. For kommunene vil det derfor være gunstig å velge den ordningen som gir lavest kostnader gitt at tilbudet som gis møter de krav som settes av det offentlige (Ny helse- og omsorgstjenestelov). Det er imidlertid stor variasjon i kommunenes praksis når det gjelder å tilby omsorgslønn.

Flere ting tyder på at det vil være billigere for kommunene å bruke omsorgslønn framfor å yte omsorgstjenester. Selv om omsorgslønnen i utgangspunktet tilsvarende alternativlønnen i kommunen – assistentlønn har vært vanlig praksis – vil kommunene spare en del utgifter på ordningen. De vil ikke ha utgifter til transport, arbeidstøy og overtid, det vil ikke være sosiale utgifter knyttet til omsorgslønn, og det opparbeides ikke de samme rettigheter til ferieopptjening da omsorgslønnsnettaker er engasjerte som oppdragstakere. Disse forholdene peker i retning av at omsorgslønn burde brukes i større omfang da kommunene ofte sliter med prioriteringer innenfor stramme budsjetter. Dette ser likevel ikke ut til å være tilfelle. I gjennomsnitt får hver omsorgslønnsnettaker bare betalt for ca. 10 timer i uka, omsorgslønnsordningen brukes i varierende grad i kommunene, og det er også noen få kommuner som ikke bruker ordningen i det hele tatt (Helse- tilsynet, 2009). Det kan derfor være andre forhold enn økonomi som har betydning for kommunenes avgjørelser, noe som også bekreftes av Finnvoll (2011a).

Hvilke andre forhold kan ha betydning? En mulighet kan være at kommunene vurderer at det er best for omsorgsgiver eller bruker at tjenestene gis fra kommunen og ikke fra familiemedlemmer eller venner. Negative forhold som diskutert over kan spille inn, for eksempel mulighetene for å kontrollere og sikre kvaliteten på tjenestene. Det er også mange klagesaker rundt omsorgslønnsordningen, noe som viser at dette er en komplisert ordning som kommunene kan ha en interesse av å redusere bruken av. Et annet moment kan være kapasiteten i kommunene. Om det er ledig kapasitet i omsorgssektoren, vil det være billigere å utnytte denne kapasiteten enn å bruke omsorgslønnsordningen.

Et annet spørsmål er om det alltid er slik at kommunene faktisk ville tilbudt omsorgstjenestene i de tilfellene hvor det ikke ble innvilget

omsorgslønn. Omsorgsgiveren kan søke om omsorgslønn, men ikke ønske andre tjenester som avlastning. Kommunene kan også gi vedtak om for eksempel avlastning uten at tilbudet kommer på grunn av manglende kapasitet. Hvis alternativet til omsorgslønn er ingen kommunale tjenester, viker man fra prinsippet om at omsorgslønn skal være et alternativ til kommunale tjenester. Om dette er tilfelle vil det være billigere for kommunene å avslå søknader om omsorgslønn. I utvalgsundersøkelsen til Finnvold (2011a) rapporterer over halvparten av kommunene at de er helt eller delvis enige i at omsorgslønnsordningen vil spare kommunen for penger, men nærmere 50 % svarer også at de er enige eller delvis enige i at omsorgslønn lett kan bli en tung økonomisk byrde for kommunen.

11.4 Virkninger for samfunnet

For samfunnet som helhet vil kompensasjon for pårørendeomsorg være en gunstig ordning hvis den øker den samlede velferden, dvs. en avveining av materiell levestandard og tilfredsstillelse av andre behov som helse, omsorg og sosiale relasjoner. En annen måte å uttrykke dette på er å få til en optimal fordeling av pårørendeomsorg og arbeidstilbud. Mens det vil være gunstig med mer pårørendeomsorg, vil dette kunne redusere arbeidstilbudet og omvendt. En avveining av fordeler og ulemper vil derfor være nødvendig.

Fra samfunnsøkonomien vet vi at en nødvendig betingelse for at velferden i samfunnet skal bli størst er at ressursene utnyttes der de gir best avkastning. Et viktig spørsmål er om omsorgslønnsnettverkets ressurser vil bli bedre utnyttet i arbeidsmarkedet enn som hjemmeværende omsorgsgivere. Svaret på dette avhenger av hvem som er omsorgslønnsnettverkets mottakere. Er de i arbeidsstyrken og hvilken utdanning og kompetanse har de? Ut fra et samfunnssynspunkt vil det være bedre at en med helsefaglig utdanning utfører omsorgstjenester framfor en tannlege – alt annet likt – da tannlegens ressurser bedre kan utnyttes på andre områder. På tilsvarende vis kan det være gunstig at en trygdet person utfører omsorgstjenester, gitt at helsa er god nok, framfor en kommunalt ansatt da alternativkostnaden for den trygdede antagelig ikke er så stor, samtidig som at dette kan øke det samlede tilbudet av omsorg og arbeidskraft.

Antar vi at behovet for omsorg dekkes ved bruk av kommunale tjenester, betalt og ubetalt

pårørendeomsorg, vil et viktig spørsmål være hvordan omsorgslønnsordningen påvirker arbeidsmarkedstilbudet og etterspørselen etter ulike trygdeordninger. Vil for eksempel omsorgslønnsnettverkets mottakere komme tilbake i annet arbeid etter at omsorgsforholdet avsluttes, eller vil de overføres til ulike trygdeordninger? Dessverre er forskningen på dette feltet fraværende. Det finnes ikke individdata for mottakere av omsorgslønn i våre sentrale registre. Statistisk sentralbyrå har siden 2005 registrert brukere med pårørende som mottar omsorgslønn i IPOS databasen, mens det ikke finnes tilsvarende statistikk for mottakere av omsorgslønn. Erfaringen rundt kontantstøtten viser at det er flest kvinner som benytter seg av ordningen, samtidig som mange av disse har en svak tilknytning til arbeidslivet. Det er rimelig at dette også kan være tilfelle for omsorgslønnsordningen. I en utvalgsundersøkelse for 2010 finner Finnvold (2011a) at 82 % av omsorgslønnsnettverkets mottakere er kvinner, noe som tilsvarer en liten økning i kvinneandelen i forhold til 2002. Et klart flertall av disse kvinnene er under 60 år. En svak tilknytning til arbeidslivet kan gjøre det vanskelig for disse kvinnene å få jobb når omsorgsforholdet opphører, samtidig som de kan ha et ønske om å yte omsorg for sine pårørende lengst mulig for å sikre en stabil inntekt. Begge disse momentene vil være negative i samfunnsøkonomisk betydning, men på den annen side vil alternativkostnaden ved at disse yter omsorgstjenester kanskje ikke være så høy.

Vi vet at det i dag er ca. 9 000 mottakere av omsorgslønn her i landet. Sett i forhold til en arbeidsstyrke på ca. 2 600 000 (summen av arbeidsløse og sysselsatte mellom 15 og 74 år, jf. SSB) er dette et veldig lite antall. Omsorgslønnsordningen vil derfor ha en marginal betydning for arbeidstilbudet og trygdeordningene våre i det omfang som den i dag brukes. Betalt pårørendeomsorg kan likevel være viktig i et langsiktig perspektiv med tanke på veksten i behovet for både arbeidskraft og omsorgstjenester, og det vil derfor være behov for utredninger for å kartlegge nytten av dette virkemidlet i årene framover.

11.5 Utfordringer

Kapittel 11 tar for seg de mange utfordringer og dilemmaer knyttet til dagens omsorgslønnsmodell.

I det følgende oppsummeres utfordringene.

Utfordringer for bruker

Kvalitetssikring Dagens ordning har ikke tilstrekkelig system for å sikre at kvalitet ivaretas. Det er en utfordring å sikre best mulig livskvalitet ut fra foreliggende situasjon og grad av funksjonsnedsettelse.

Rettsikkerhet Manglende kontroll av de tjenester som utføres kan føre til at bruker ikke får de tjenester vedkommende har rett på og det blir vanskeligere å beskytte mot overgrep. Det er en utfordring å sikre likebehandling og ensartet praksis i kommunene.

Autonomi Det er en utfordring å sikre brukers selvstendighet og selvbestemmelse på grunn av manglende oppfølging av omsorgsgivers utføring av omsorgen.

Beskyttelse mot overgrep Ordningen slik den er i dag sikrer ikke tilstrekkelig barns rettigheter og at barnets beste skal være et grunnleggende hensyn (barnekonvensjonen)

Samfunnsdeltakelse Det er en utfordring å sikre at brukerne får være delaktig i samfunnet.

Utfordringer for pårørende

Isolasjon Den pårørende og ofte også bruker mister sosialt nettverk og opplever isolasjon og ensomhet. Mange pårørende opplever at deres synspunkter ikke blir hørt og respektert av byråkratiet. Pårørende kan oppleve utrygghet for økonomi og fremtidig pensjon.

Byråkrati Pårørende opplever et fragmentert hjelpeapparat, det er et komplisert byråkrati, med flere ulike instanser å forholde seg til. Pårørende opplever ofte manglende samhandling mellom primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og NAV.

Behov for kunnskap Mange pårørende mangler kunnskap og opplæring om riktig behandling, pleie og opptrening for sine nære. Pårørende mangler støtte og hjelp til å få grep om eget hverdagsliv, og til å få hjulene til å gå rundt i hverdagen.

Frafall fra yrkeslivet Pårørende som velger å yte omsorg for sine nærmeste risikerer frafall fra yrkeslivet og reduserte karrieremuligheter. Det er flest kvinner som yter pårørendeomsorg og som dermed står i fare for å falle ut av arbeidslivet og bli uføretrygdet.

Helseproblem Pårørende er i en utsatt situasjon i forhold til egen fysisk og psykisk helse. Pårørende som yter omsorg har økt risiko for å erfare angst, depresjon og belastningslidelser.

Arbeidsrettslige forhold Det arbeidsrettslige forholdet mellom kommune som ansvarlig for omsorgen, og den private omsorgsgivers rettigheter er uregulert.

Særlige utfordringer for pårørende til barn/ungdom

Mangel på tilrettelagt skole, fritidsordning på dagtid for barnet/ungdommen som har ekstra omsorgsbehov. Barn har behov for regelmessig kontakt med andre barn og voksne.

Utrygghet for om ungdommen vil få nok hjelp, *egen bolig* og en god livssituasjon slik at de trygt kan flytte hjemmefra etter fylte 18.

Utfordringer sett i samfunnsperspektiv

Flere faller ut av arbeidslivet Mange omsorgsgivere blir syke i perioder fordi omsorgsbyrden er for stor og støtteapparatet for lite i forhold til utfordringene. Konsekvensene kan bli uførhet eller langvarig arbeidsledighet. Samtidig har samfunnet behov for arbeidskraft i årene fremover, særlig innenfor omsorgsyrkene.

Likestilling mellom kvinner og menn Arbeidstilhørighet er et viktig virkemiddel for likestilling. Fremdeles er mødre i flertall som omsorgsgiver for barn/ungdom. I dag er det stort sett kvinner som går ut av arbeidet for å yte omsorg til pårørende.

Særlig sårbare grupper blir ytterligere isolert. Den økonomiske ordning må både støtte opp under pårørendeomsorg, samtidig som den skal være et insentiv til å beholde et arbeid utenfor hjemmet. Dette er særskilt viktig med tanke på ikke-vestlige innvandrere som ofte trenger bistand for å bli integrert, etablere gode arbeidsrelasjoner og yrkestilhørighet. (Finnvoll 2011b)

Manglende samordning mellom statlige og kommunale ytelser Utvalget ser en utfordring i det å tilrettelegge for universelle løsninger uavhengig av kommunal økonomi og lokale forhold. Det er avgjørende at staten og kommunalt tjenesteapparat kan finne arbeidsformer som bidrar til godt samvirke til beste for bruker og omsorgsgiver.

Innsyn, kontroll og kvalitetssikring Det ligger en utfordring i at det ikke er klart regulert hvordan omsorgslønn skal følges opp etter at den er innvilget. Det finnes ikke lovhjemmel som gir offentlige myndigheter adgang til andres bopel for å kvalitetssikre pårørendeomsorg. (Jf. 7.3.2)

Kapittel 12

Utvalgets anbefaling og alternative modeller

12.1 Anbefalt modell

12.1.1 Innledning

Utvalgets oppdrag var å utrede i hvilken grad og på hvilken måte familier med omfattende omsorgsoppgaver kan gis økonomisk kompensasjon når de utøver pleie og omsorg som kommunen ellers plikter å tilby etter den kommunale helse- og omsorgstjenesteloven. Anbefalingene er basert på vurderinger bygget på fakta fra flere kilder. Pårørende med store omfattende omsorgsoppgaver har redegjort for sine utfordringer på innspillskonferanser, ved kontakt på e-post og ved direkte kontakt i møter. Det er bestilt ny forskning omkring kommunenes bruk av omsorgslønn og sammenhengen mellom omsorgslønn og yrkestilknytning (Finnvoll 2011 a og b).

Under studiebesøk i Finland gjorde utvalget seg kjent med hvordan finnene har bygd opp et eget støtteapparat for pårørende som yter omsorg til nære familiemedlemmer. Utvalget bygger blant annet på denne modellen i sine anbefalinger. Tilgjengelig statistikk og forskning underbygger også den anbefaling som utvalget samlet fremmer.

Pårørende er i dag et usynlig pleiekorps, de utfører omtrent halvparten av all omsorg i hjemmet men de er i liten grad inkludert i det øvrige hjelpeapparatet. Det er en ensom situasjon mange pårørende har.

Følgende sitat er fra en far med en voksen sønn med omfattende hjelpebehov:

«Siden vår sønn ble født har det vært naturlig for «hjelpeapparatet» å spørre hvordan det går med han. Det er satt inn masse hjelpetiltak som fysioterapi, medisinske aktiviteter, skoletiltak, hjelpemidler av alle slag, og etter hvert mer og bedre avlastningstiltak. Det er aldri blitt spurt om hvordan det går med oss foreldre/familie.

Det er aldri blitt spurt om hvordan vi klarer å løse de daglige omsorgsoppgavene og hvilken betydning det måtte ha for familieliv, ferie, daglige gjøremål og ikke minst vår/min økonomi.»

En mor skrev til utvalget og fortalte sin historie. Hun skrev:

«Vi er slitne nok for hele verden».

Som beskrevet i kapittel 11 er det mange dilemmaer, både i forhold til pårørendes arbeidsmarkedstilknytning, likestilling, helsesituasjon, kvalitet og kontroll.

På denne bakgrunn mener utvalget at det ikke er tilstrekkelig med kun en økonomisk ytelse som virkemiddel. Intensjonen med anbefalingene til ny ordning er å bedre brukerens og pårørendes totale livssituasjon. Utvalget har søkt etter løsninger som kan kombinere deltagelse i arbeidslivet med omsorgsoppgaver og ordninger som både ivaretar den pårørendes helse, og brukerens behov for forsvarlige tjenester.

Familier som rammes av sykdom eller får et barn med funksjonshemming skal få hjelp og støtte av samfunnet. Samtidig må familien selv innrette livet sitt annerledes og kan ikke nødvendigvis forvente full kompensasjon for tap av inntekt eller livskvalitet.

Det er et grunnvilkår å sikre at ressurser som settes inn i pårørendestøtte er så målrettet som mulig. Norge er det landet som bruker flest offentlige kroner per innbygger på helse. Fremskrivning av befolkningsutviklingen viser at det vil bli en forskyvning av aldersbæreevnen i fremtiden. Kombinasjonen av at befolkningen eldes og at omsorgsbehovet vil øke, gir et dobbelt press på den yrkesaktive befolkningen, og det blir ekstra viktig å sikre at ressursene utnyttes på en best mulig måte, slik at utviklingen blir bærekraftig. Pårørende blir en viktig samarbeidspart for helse- og omsorgstjenestene i årene fremover. Utvalgets forslag om ny og helhetlig pårørendestøtte søker å ta høyde for dette. Den skal være bærekraftig økonomisk og samtidig ivareta omsorg av god kvalitet.

Med begrensede midler vil det være nødvendig å prioritere.

Til grunn for anbefalte endringer ligger fire overordnede hensyn:

- Forsvarlige tjenester for bruker

- Ordningen skal bidra til likestilling og integrering og hindre utstøting fra arbeidslivet
- Ressursene skal prioriteres mot tjenester som faktisk ytes og ikke generelle kontantytelser
- Forenklet byråkrati

Forsvarlige tjenester for bruker

Dagens omsorgslønnsordning har ikke hjemmel til å sikre at kvalitet ivaretas. Manglende kontroll av omsorgen som utføres kan føre til at bruker ikke får forsvarlig hjelp. Det er også et problem at det ikke er ensartet praksis i kommunene, se kap.11. Manglende oppfølging av både bruker og pårørende har hatt alvorlige konsekvenser. Brukere har vært utsatt for overgrep uten at kommunalt hjelpeapparat har hatt mulighet til å oppdage dette. Pårørende har ved dagens arbeidsrettslige situasjon ikke godt nok vern i form av oppfølging og veiledning. Det mangler også systemer for å forebygge eller fange opp at den pårørende er utsatt for fysiske eller psykiske plager som følge av overbelastning.

Ny ordning skal sikre at forsvarligheten ivaretas både for bruker, pårørende og familien som helhet.

Bidra til likestilling, integrering og arbeidstilknytning

Ny anbefalt ordning skal bidra til økt arbeidstilknytning også for pårørende som har store omsorgsoppgaver. Det skal i fremtiden være mulig å kombinere omsorg for nære familiemedlemmer og samtidig delta i arbeids- og samfunnslivet. Det er på denne bakgrunn man må vurdere forslaget om å fjerne hjelpestøtten og innføre en ny pleiepengeordning. Det må forutsettes i fremtiden at foreldre til alvorlig syke barn deltar i arbeidslivet før pleietilfellet oppstår. Hvis omsorgsarbeidet erstatter annet arbeid helt, vil det for mange være flere sosiale møtepunkter som er borte, man blir mer isolert og får mindre stimulans fra samfunnet. I tillegg må likestilling mellom kvinner og menn ivaretas. (jf. kap. 11.2.1).

Undersøkelser viser sosiale variasjoner i preferanser for å være hjemme med et funksjonshemmet barn. Mødre med lav utdanning og mødre med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn hadde i større grad enn det øvrige utvalget ønsker om å ta i mot kontantytelser for å kunne være hjemme (Finnvold, 2011b). Utvalget ser at den anbefalte modellen kan føre til utfordringer i befolkningsgrupper der særlig kvinner har lav yrkesdeltakelse. Eventuelle konsekvenser for denne gruppen bør vurderes nærmere.

Utvalget har en klar oppfatning av at inkluderingshensyn må prioriteres og det må legges til rette for at ikke-vestlige innvandrere i større grad får delta i arbeidslivet.

Ressursene skal prioriteres mot tjenester som faktisk ytes og ikke generelle kontantytelser

Det er en overordnet målsetting at utvalgets anbefalinger skal bidra til fremtidas demografiske og økonomiske bæreevne. Arbeidstakernes tilknytning til arbeidslivet må sikres samtidig som man tilrettelegger for omsorgsarbeid.

Forenklet byråkrati

Dagens ordning fremstår som fragmentert og byråkratisk, den medfører dobbeltarbeid og er således en lite effektiv bruk av offentlige ressurser. Pårørende som ønsker å søke omsorgslønn, må først søke NAV om hjelpestønad og deretter kommunen om omsorgslønn. Pårørende kan lett føle seg som kasteballer mellom stat og kommune. Ny anbefalt ordning skal bidra til å forenkle byråkratiet.

12.1.2 Beskrivelse av anbefalt modell

1. Utvidet pleiepengeordning for foreldre med barn under 18 år som har alvorlige varige lidelser
2. Ny omsorgstønad på kommunalt nivå, erstatter hjelpestønad og omsorgslønn
3. Lovfestet pårørendestøtte, fra usynlig til verdsett og inkludert

12.1.2.1 Utvidet pleiepengeordning for foreldre med barn under 18 år som har alvorlige varige lidelser

Utvalget er bedt om å vurdere om det bør gjelde særlige regler for barn inntil 18 år og utvalget mener på bakgrunn av kunnskapsinnhenting at det bør være slike særregler. Utvalget har tolket mandatet slik at hensynet til mandatets punkt om særlige regler for barn under 18 år er et viktigere hensyn enn mandatets avgrensning når det gjelder å ikke øke statens ansvar.

Utvalget har av hensyn til de store omsorgsoppgavene som spesielt foreldre til varig syke barn står overfor, valgt å foreslå en utvidelse av pleiepengeordningen i folketrygdloven. Hensikten er å legge til rette for fortsatt deltakelse i arbeidslivet, samt å gi en større grad av økonomisk sikkerhet for foreldrene.

Utvalget foreslår at dagens pleiepengeordning i folketrygdloven §§ 9-10 og 9-11 opprettholdes og at det utvides til å omfatte foreldre til barn under 18 år der barnet har en *alvorlig varig lidelse*. Forslaget innebærer rett til inntil 50 % pleiepenger, og ytelsen skal kunne ytes gradert fra 20 – 50 %.

Ytelsen skal erstatte bortfall av inntil 50 % arbeidsinntekt. I tilfeller hvor pårørende ikke har jobbtilknytning og står utenfor arbeidslivet, vil pleiepenger ikke være et alternativ. Ordningen betinger et arbeidsforhold. Pleiepenger kompenserer bortfall av inntekt og kan kun gis til arbeidstakere, selvstendig næringsdrivende og frilansere.

Utvalget har vært opptatt av å sikre økonomisk trygghet for familier med barn med store funksjonshemninger. Disse ser ut til å være den mest sårbare gruppen. Det har vært tatt opp med utvalget fra pårørende selv og fra brukerorganisasjoner at bortfall av pleiepenger ved varige lidelser påfører pårørende og barn med omfattende behov tilleggsbelastninger i en allerede svært krevende situasjon. I utgangspunktet ytes ikke pleiepenger i dag til foreldre med varig syke barn, men pleiepenger kan tilstås i ustabile perioder og i akutfasen når skaden eller sykdommen oppstår. Foreldrene har da i en periode mottatt pleiepenger, og opplever det vanskelig å måtte gå over på hjelpestønad/forhøyet hjelpestønad når pleiepengene bortfaller. Utvalget har valgt å prioritere disse foreldrene. Dette handler om unge foreldre med mange år foran seg i arbeidslivet. Et barns oppvekst har betydning for livskvaliteten gjennom hele livet, og for yngre omsorgsgivere vil et lengre fravær fra arbeidslivet kunne få store negative konsekvenser. En utvidet pleiepengeordning vil kunne gi større økonomisk sikkerhet for barnefamilier samtidig som det vil gi et større insentiv for arbeidsmarkedsdeltakelse. Det vil være viktig å beholde arbeidstilknytning med tanke på egne karrieremuligheter når omsorgen går over i ny fase, ved at barnet flytter ut i egen bolig. Ved å styrke pleiepengeordningen fremmes også likestilling og integrering.

Likestilling vil fremmes ved at pleiepenger settes ut fra lønnen personen mottok på tidspunktet vedkommende gikk over på ordningen. Om en av ektefellene tjener mer enn den andre vil også pleiepengene til denne bli større og foreldrene kan dele på omsorgsoppgavene uten å lide økonomisk. Dagens omsorgslønnsordning tar ikke slike hensyn. Pleiepenger etter ny ordning kan ikke gis til begge foreldrene samtidig. Pleiepenger kan heller ikke ytes samtidig med omsorgsstønad. Pleiepenger kan deles mellom foreldre med inntil 50 % totalt.

Etter utvalgets mening vil denne ordningen styrke arbeidslinjen i velferdspolitikken og dermed også integreringen. Selv om man i utgangspunktet ikke vil tjene mer på å være i 100 % stilling enn i en 50 % stilling og motta 50 % pleiepenger, indeksreguleres pleiepengene ikke, slik at man over tid vil tape på å ha en høy pleiepengeandel. Dette kan gi et insentiv til å være i arbeid.

Denne foreslåtte ordningen gir fleksibilitet og mulighet for å kombinere omsorg med deltidsarbeid. Endringene gir større grad av forutsigbarhet. Dette er pekt på som viktig både i innspillskonferanser, i direkte kontakt med pårørende og i en ny forskningsrapport (Finnvold 2011 b).

En større økonomisk sikkerhet for omsorgsgiver vil trolig gi mindre bekymringer og ha en hel-segevinst. Alternativet, som kan være sykefravær og uføretrygd, gir store kostnader for samfunnet. Utvalget ønsker å legge til rette for en så normal familiesituasjon som mulig på tross av store omsorgsutfordringer i hjemmet. For småbarnsforeldre med funksjonshemmede barn tror utvalget denne endringen kan bidra til at foreldre klarer å delta i arbeidslivet.

Pleiepenger ved alvorlig varig lidelse bør kombineres med tjenester fra kommunen som pårørendekontrakt og en vurdering av behovet for kommunale tjenester som praktisk bistand, nødvendig helsehjelp, avlastning og støttekontakt.

Utvalget ser behovet for en ytterligere konsekvensutredning av virkningen ved ny pleiepengeordning for foreldre med redusert arbeidstid.

12.1.2.2 *Ny omsorgsstønad på kommunalt nivå, erstatter hjelpestønad og omsorgslønn*

Utvalget anbefaler å avvikle de eksisterende ordningene hjelpestønad og omsorgslønn, og i stedet opprette en *ny kommunal omsorgsstønad*.

Omsorgsstønad er aktuell når pårørende yter omsorg som erstatter kommunale tjenester og hvor det ikke foreligger grunnlag for pleiepenger.

Anbefalt ordning skal ikke ta sikte på å lønne omsorgsgiver time for time for omsorgsarbeidet. Familieomsorg er ikke å regne som ordinært arbeid og betales derfor ikke med timelønn. Omsorgsstønad gis på bakgrunn av kommunalt vedtak og en pårørendekontrakt.

Det anbefales fem satser hvor den laveste satsen anbefales satt til ½ G (39 608 kr pr. år) og den høyeste sats (sats 5) til 2,5 G (198 040 kr pr. år). Innslaget for satsene settes i forhold til antall timer i vedtak om kommunale tjenester, der pårørendes omsorgen helt eller delvis erstatter kommunale

tjenester. Det anbefales at sats 1 utløses ved vedtak på mer enn 10 timer pr. uke og sats 5 for heldøgnsomsorg. Omsorgsstønaden skal fortrinnsvis gis i kombinasjon med kommunale tjenester som avlastning og/eller andre tjenester etter lov om helse- og omsorgstjenester i kommunene.

Stønaden bør være en skattepliktig ytelse og reguleres årlig for eksempel i takt med utviklingen av folketrygdens grunnbeløp (G). Det vil være en fordel med skattepliktig ytelse da den har en sosial utjevningseffekt, samt at den sikrer pensjonsopptjening. Den foreslåtte omsorgsstønaden vil være pensjonsgivende inntekt.

Ordnningen forutsetter en kommunal oppfølging slik dette er beskrevet i kap. 12.1.2.3. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester §§ 7-2 og 7-3 slår fast kommunens ansvar for å ha en koordinator og en koordinerende enhet. Gjennom bruk av slik koordinator og eventuelt koordinerende enhet vil behovet for oppfølging kunne ivaretas i praksis.

Ny omsorgsstønad gir følgende fordeler:

- Forenklet byråkrati, det fjerner dobbeltarbeid ved to stønadsformer og hindrer kasteballproblematikken. Ett og samme forvaltningsnivå vil fatte vedtak og vurdere helheten i omsorgssituasjonen.
 - Bruk av nasjonale satser knyttet til vedtak om brukerens behov reduserer mulighet for ulik behandling.
 - For de som har omfattende omsorgsoppgaver vil satser knyttet opp mot vedtak innebære en bedre økonomisk kompensasjon for omsorgsarbeidet enn dagens omsorgslønn.
- Pårørendeomsorg er ikke å anse som ordinært arbeid som skal kompenseres time for time og innebærer heller ikke de samme forpliktelsene overfor arbeidsgiver som et ansettelsesforhold
 - En overgang fra timelønn til satser vil kunne være bedre for forholdet mellom bruker og pårørende.

Begrunnelse:

Hjelpstønad ble innført som en kontantytelse for kjøp av privat hjelp i en tid hvor det kommunale hjelpeapparatet ikke var særlig utbygd. Målgruppen for kontantytelsen var trygdede med behov for særskilt tilsyn og/eller pleie. Hjelpstønaden skulle kompensere ekstrautgifter til leiet hjelp.

I dag har denne gruppen som regel krav på å få dekket dette behovet gjennom helse – og omsorgstjenesten i kommunen, eventuelt i kombinasjon med spesialiserte tjenester. Hjelpstønad er en kontantstøtte som ikke lenger passer så godt inn i den norske velferdstjenestemodellen.

Utvalget mener hjelpstønad og dagens omsorgslønn bør avvikles og erstattes med en sterkere og mer målrettet kommunal omsorgsstønad.

Det er ikke dokumentert hvordan hjelpstønad benyttes av den enkelte og om det er i samsvar med formålet, som er å dekke private pleieforhold. Alle som mottar hjelpstønad har fått dette tilstått på grunn av varig sykdom, skade eller lyte som gir behov for tilsyn og pleie. Det er ikke ført kontroll eller undersøkelser som kan bekrefte bruken av hjelpstønad. De tilfellene vi faktisk kjenner til, er der hjelpstønad samordnes med omsorgslønn. Her vet vi at hjelpstønaden indirekte går til særskilt tilsyn og pleie.

Tabell 12.1 Bruker er under 18 år, pleiepenger eller omsorgsstønad

Situasjon for den pårørende	Livsgrunnlag	Økonomisk ytelse når bruker er under 18 år	Økonomiske konsekvenser for den pårørende
Student som forlenger tiden på studiene eller utsetter studiet	Studielån maks 4 mnd. ved frafall fra studiet	Kan søke omsorgsstønad	Kompenserer for tapt livsgrunnlag
I full i jobb	Lønnsinntekt	Ingen økonomisk ytelse	Uendret
Har redusert arbeid pga. pårørendeomsorg	Lønn	Rett til å søke pleiepen-ger inntil 50 %	Kompenserer for tapt inntekt
Student i full tids studie	Studielån	Omsorgsstønad Sats 1–5	Bedret
Arbeidsledig	Dagpenger	Omsorgsstønad Sats 1–5	Avkorting av dagpenger i kombinasjon med omsorgsstønad

En omfordeling av en gitt pott vil gi fordelingsvirkninger hvor noen vil vinne mens andre vil tape. Hjelpetønad gis til brukeren, mens omsorgsstønad foreslås gitt til omsorgsgiver. En pensjonist uten nære pårørende vil kunne tape på denne omleggingen. Det er imidlertid verd å merke seg at disse mottar ordinær sats på hjelpetønad kr 1 113 per måned. En enslig pensjonist med behov for særskilt pleie, som tidligere har mottatt hjelpetønad, kan søke kommunen om praktisk bistand eller nødvendig helsehjelp. Det er også 13 057 barn under 18 år som hadde hjelpetønad ordinær sats i 2010. Utvalget mener det er en bedre totalløsning å få en koordinator i kommunen som kan vurdere behovet og avlastning, enn å kjøpe private pleietjenester som hjelpetønad skal dekke.

Etter utvalgets mening vil det være viktig med en effektiv bruk av knappe ressurser i årene framover hvor omsorgsbehovet i befolkningen relativt sett øker. En omlegging fra hjelpetønad og omsorgslønn til en ny omsorgsstønad vil sørge for at pengene mer effektivt brukes til å finansiere de tyngste omsorgsoppgavene. Gevinsten ved å slå sammen omsorgslønn og hjelpetønad er en ny og kraftfull stønad som er målrettet mot de tjenestene som ytes. Som ved alle endringer vil noen tape på omleggingen, og hvis disse fordelingseffektene betraktes som uønskede finnes det andre

virkemidler som kan brukes i fordelingspolitikken, som for eksempel større særfradrag ved den personlige beskatningen.

Den nye omsorgsstønad anbefales bygd opp på nasjonale satser og kommunene må kompenseres økonomisk tilsvarende kostnadene til dagens hjelpetønad.

En sammenslåing av hjelpetønad og omsorgslønn vil innebære administrative forenklinger.

Økonomiske konsekvenser for ulike målgrupper i forhold til før omsorgsbehovet oppsto

Vi har ovenfor kommentert fordelingseffekter i forhold til dagens stønadsordninger.

I tabellene 12.1 og 12.2 synliggjøres konsekvenser for ulike målgrupper i forhold til situasjonen før omsorgsbehovet oppstod.

- For studenter kan sykdom hos egne barn utløse omgjøring av studielån til studiestipend i inntil 4 måneder og 2 uker per undervisningsår etter reglene som gjelder når studenter blir syke selv og er studieuføre. Lån for de første 14 dagene kan ikke bli omgjort (karenstid). Studentforeldre vil – dersom barnet fortsatt er sykt etter perioden med sykestipend – kunne søke omsorgsstønad fra kommunen.
- Dersom en arbeidsledig får omsorgsstønad vil dagpenger falle bort/reduceres. Han vil da

Tabell 12.2 Bruker er over 18 år, omsorgsstønad

Situasjon for den pårørende	Livsgrunnlag	Økonomiske ytelser når bruker er over 18 år	Økonomiske konsekvenser for den pårørende
Student med redusert studieprogresjon pga omsorgs oppgaver	Studielån	Omsorgsstønad – sats 1–5	Kompenserer for tapt livsgrunnlag
I full i jobb	Lønnsinntekt	Ingen økonomisk ytelse	Uendret
Har permisjon eller redusert arbeid pga pårørende omsorg	Lønn evt stønad i tillegg	Omsorgsstønad – sats 1–5	Kompenserer for tapt inntekt helt eller delvis avhengig av lønn
Hjemmeværende		Omsorgsstønad – sats 1–5	Økonomisk kompensasjon
Student i fulltids studium	Studielån	omsorgsstønad – sats 1–5	Tilskudd til studielånet
Arbeidsledig	Dagpenger	Omsorgsstønad – sats 1–5	Kompensasjon for dagpenger helt eller delvis
Pensjonist	Pensjon	Omsorgsstønad – sats 1–5	Tillegg til pensjon, kan føre til redusert pensjon
Uførepensjonist	Pensjon	Omsorgsstønad – sats 1–5	Tillegg til pensjon, kan føre til redusert pensjon

måtte velge å motta omsorgsstønad som kompensasjon for dagpenger helt eller delvis, redusere dagpengene time mot time, og få omsorgsstønad i stedet for dagpenger.

- For en uførepensjonist bør det avtales med NAV før vedkommende tar på seg omsorgsoppgaver. Uførepensjonen må avklares.
- For en pensjonist vil økonomisk effekt være avhengig av forholdet mellom avkortet pensjon og størrelsen på omsorgsstønaden.

Det vil ikke være mulig å kombinere omsorgsstønad med 100 % lønn. Utvalget er av den oppfatning at økonomisk stønad skal sikre livsgrunnlaget. Det må prioriteres om knappe ressurser og de som har full lønn blir derfor ikke prioritert i forhold til økonomisk kompensasjon. For denne gruppen bør kommunale tjenester være i fokus for å sikre forsvarlige tjenester til bruker og forebygge helseskader hos pårørende.

12.1.2.3 Ny lovfestet pårørendestøtte fra usynlig til verdsatt og inkludert

Utvalget anbefaler at pårørende bør ha de samme rettigheter til omsorgsstønad uavhengig av hvor de bor i landet. Ved å lovfeste ordningen slik de har gjort i Finland med en egen lov for pårørendestøtte, blir det offentlige ansvar tydeligere. Dette styrker rettsikkerheten og jevner ut ulikhetene som preger dagens omsorgslønnsordning.

Ny pårørendestøtte skal omfatte mer enn økonomisk kompensasjon for ytelser som erstatter kommunale tjenester. Pårørende er mer utsatt for kroniske lidelser, angst og depresjon som beskrevet i kap. 11. Omsorgslønnsnettverk er ikke innenfor et system hvor de blir fanget opp hvis arbeidsoppgavene påvirker helsa, slik de ville vært innenfor arbeidsmarkedet generelt (bedriftshelsetjeneste, verneombud etc.). Anbefalt ordning har til hensikt å fange opp pårørende som er utsatt for slitasje og forebygge skader og problemer. Til grunn for pårørendestøtte og pårørendekontrakt er vedtaket som beskriver et samlet behov samt en individuell plan en forutsetning.

1. Samlet vedtak og omsorgsplan/individuell plan

Utvalget anbefaler at kommunen i samarbeid med bruker, omsorgsgiver og familie vurderer brukers behov og fatter et samlet vedtak om tjenester. Vedtaket skal beskrive tjenestene og deres innhold og omfang. Likeledes skal det utarbeides en omsorgsplan/individuell plan der de ulike tje-

nestene konkretiseres. Kommunen skal utforme og årlig revidere planen.

Dette gir følgende fordeler:

- a. Brukers behov og egne mål er styrende for valg av tjenestetilbud.
- b. Det etableres en arena for samarbeid mellom kommunen og familien.
- c. Gir forutsigbare tjenester og forplikter både kommunen, brukeren og pårørende.
- d. Ved at omsorgstjenester og eventuelle behandlingsopplegg er avklart og definert ivaretas kommunens ansvar for faglig forsvarlighet og for jevnlig oppfølging.
- e. Habilitering og rehabilitering skal vurderes og er ofte en viktig del av en helhetlig plan for å hjelpe brukeren til størst mulig grad av mestring og selvstendighet.

2. Pårørendekontrakt

Utvalget anbefaler bruk av Pårørendekontrakt som er en avtale mellom kommunen og den pårørende. Dersom den pårørende får innvilget omsorgsstønad reguleres også dette i pårørendekontrakten som en oppdragsavtale. Pårørendekontrakten vil være forpliktende både for den pårørende og kommunen. Hensikten er å sikre at brukeren får tilstrekkelig omsorgstjenester og at omsorgsgiver får nødvendig støtte og hjelp for å yte i denne oppgaven. Det skal klarlegges at bruker ønsker pårørende som omsorgsgiver, og at omsorgsgiver selv ønsker dette. Omsorgsgivers helse og funksjonsnivå må stå i forhold til det aktuelle omsorgsarbeidet som skal utføres.

Pårørendekontrakten skal ha følgende elementer:

- a. Beskrive ansvaret og de konkrete oppgavene pårørende påtar seg
- b. Støttetiltak og forebyggende tiltak pårørende tilbys, som for eksempel deltakelse i nettverksgruppe, opplæring, veiledning, avlastning og tiltak som styrker pårørendes helse
- c. Vurdering av hjemmets egnethet for omsorgen og eventuelle tiltak som må gjennomføres for å sikre den pårørendes arbeidsmiljø
- d. Dersom den pårørende får innvilget omsorgsstønad skal oppdragsavtalen vedrørende dette inngå i kontrakten
- e. Ulykkesforsikring skal inngå i kontrakten

3. Koordinator for familien

Utvalget anbefaler at det opprettes en koordinator med ansvar for å sikre koordinering av tjenestene, og oppfølging av pårørendekontrakten. Dette er i tråd med ny lov om helse og omsorgstje-

nester i kommunene. Kommunen må sikre at koordinatorene har nødvendig kompetanse og er egnet for oppgaven. Dette gir følgende fordeler:

- Familien har én kontaktperson å forholde seg til, som sikrer kontinuiteten.
- Kontaktpersonen sikrer koordinering av tjenester slik at familien skal slippe å gå til ulike deler av tjenesteapparatet og forvaltningen for å få hjelp.
- Koordinator sørger for autorisert tolk ved behov slik at familier sikres informasjon og veiledning.

4. Opplæring/veiledning til de som mottar omsorgsstønning

Utvalget anbefaler at pårørende får opplæring og veiledning. Det bør utvikles mer undervisningsmaterieell med pårørende som målgruppe. Denne opplæringen kan gjerne legges til Lærings- og mestringssentrene. Opplæring og veiledning til pårørende gir følgende fordeler:

- Pårørende får kunnskap som gjør dem bedre i stand til å gi en forsvarlig og god omsorg og forhindre at pårørende i beste mening gir passiviserende omsorg
- Opplæring og veiledning øker kompetansen hos omsorgsgiver og kan gi kvalifisering i omsorgssektoren. Dette kan gjøre det lettere å gå tilbake til arbeidslivet etter en lengre omsorgsperiode
- Det bør utredes nærmere om praksis pårørende får kan inngå som del av et praksisløp i en helsefagarbeiderutdanning

5. Økte permisjonsrettigheter

Det anbefales utvidet rett til gradert permisjon ved omsorgsoppgaver. Dette bør forankres i arbeidsmiljøloven.

Økte permisjonsrettigheter gir følgende fordeler:

- Dette hindrer frafall fra arbeidslivet og gir mulighet til å kombinere arbeid og omsorg for pårørende
- Sikrer like muligheter uavhengig av arbeidsgiver
- Arbeidsgiver må legge til rette for fleksibilitet for arbeidstakere som har store omsorgsoppgaver
- Etablere ordninger for rett til fri fra arbeid for møter og konsultasjoner rundt barn med store omsorgsbehov også etter at barnet er fylt 18 år

6. Omsorgsstønning gis fortrinnsvis i kombinasjon med kommunale tjenester

Utvalget anbefaler omsorgsstønning i kombinasjon med kommunale tjenester. Dette gir følgende fordeler:

- Pårørende står ikke alene om ansvaret, det er en trygghet for både bruker og pårørende
- Det sikrer jevnlig kontakt mellom bruker og hjelpeapparatet
- Endringer i brukerens helsesituasjon eller tegn til omsorgssvikt fanges opp så tidlig som mulig
- Forebygger at den pårørende får helseplager eller blir utslitt på grunn av store omsorgsoppgaver

7. Rett til fridager og vikar ved sykdom.

Utvalget anbefaler at omsorgsgiver gis rett til fridager og rett til vikar ved sykdom. Avlastning kan gjøres på flere måter. Avlastning er forskjellig for barn og voksne. For barn er privat avlastning ofte å foretrekke. Men også dagsenter og avlastningssenter gir god avlastning. For eldre gis ofte avlastning i institusjon. Men avlastning kan også skje i eget hjem der en person familien har tillit til kan avlønnes som for eksempel støttekontakt for å avlaste familien. Avlastningstilbudet er i mange kommuner svakt og bør styrkes.

Det gir følgende fordeler:

- Pårørende får tid til å ivareta egne behov og opprettholde sosiale aktiviteter, nettverk og egen helse
- Større avlastningskapasitet ved å gi mulighet til avlastning i eget hjem. Alternative avlastningsløsninger hvor tillitspersoner i nettverket kan påta seg ansvaret og får økonomisk kompensasjon slik ordningen er i Finland

8. Forsikringsordning.

Utvalget anbefaler at pårørende med pårørendekontrakt skal dekkes av kommunens ulykkesforsikring. Dette gir pårørende økt trygghet.

9. Krav til kontroll, oppfølging og evaluering

Utvalget anbefaler at det gis lovhjemmel og retningslinjer for kommunens kvalitetssikring av tjenestene. Det må avtales jevnlig besøk i hjemmet, minimum en gang pr. år i forbindelse med revisjon/ rullering av samlet vedtak og pårørendekontrakten.

Dette gir følgende fordeler :

- Det sikrer at hjemmet er egnet for de omsorgsoppgaver som skal utføres.
- Ansvar for videreføring og justering av vedtak, påhviler først og fremst kommunen og sparer pårørende for de ekstrabelastninger det er å søke om videreføring av tjenestene.

12.2 Alternative modellforslag

12.2.1 Modell 1 Ordning innenfor dagens økonomiske ramme

Beskrivelse av ordningen

Utvalget skal i følge mandat utrede minst ett forslag som baseres på uendret ressursbruk innenfor sektoren. Denne modellen baserer seg på dagens totale ressursbruk.

Det foreslås at dagens pleiepengeordning i Folketrygdlovens §§ 9-10 og 9-11 opprettholdes uten endringer. Utvalget foreslår videre en avvikling av hjelpestønad og en tilsvarende styrking av overføringene til kommunene for å gi dekning til ny omsorgsstønad. Omsorgsstønad gis på bakgrunn av kommunalt vedtak. Pårørende gjør en omsorgsoppgave som er en erstatning for kommunale tjenester.

Den nye omsorgsstønaden er foreslått inndelt i nasjonale satser fra 1–4 basert på folketrygdens grunnbeløp. Ordningen skal ikke ta sikte på å lønne omsorgsgiver time for time. Familieomsorg er ikke å regne som ordinært arbeid og betales derfor ikke med timelønn. Sats 1 anbefales utløst dersom omsorgsoppgavene overskrider mer enn 10 timer i uken.

Ny omsorgsstønad gir som fordel:

1. Forenkling av det administrative systemet.
2. Bruk av nasjonale satser knyttet til vedtak reduserer mulighet for ulik behandling.

Ved å utvikle hjelpestønad overføres tilsvarende midler til kommunen, noe som gir styrkede rammer for kommunen. Det blir da ett forvaltningsnivå og kommunen kan se ytelsen i sammenheng med annet kommunalt tjenesteapparat.

Da modellen skal være tilpasset dagens ressursbruk vil det ikke være økonomiske muligheter for å kombinere tiltakene i pårørendestøtte slik det er foreslått i den anbefalte modellen.

Et samlet vedtak bør ligge til grunn for pårørendekontrakt og individuell plan slik det vises til i anbefalt modell. Pårørendekontrakt vil være et tiltak som er kostnadsnøytralt. Ressursene som benyttes til å utforme kontrakten bør vinnes inn ved at kontrakten bidrar til større effektivitet, klarere ansvarsforhold og mindre klager. Tiltak om krav til kommunal oppfølging må løses innenfor de økonomiske rammer kommunen får til rådighet som følge av at hjelpestønaden utvikles og kommunenes rammer styrkes tilsvarende.

Brukere vil ha rett på tjeneste som eksempelvis avlastning slik tilfellet er i dag. Utvalget kan ikke se at det innenfor aktuelt ressursbruk vil

være mulig å øke tjenester som avlastning og liknende tiltak.

Omsorgsgiver vil etter denne ordningen være oppdragstaker. Oppdragstaker mottar ikke lønn, men en godtgjørelse for arbeid. Se redegjørelse for oppdragstaker i kap. 11.2.3

Fordelingseffekter ved denne modellen

Noen av dagens mottakere av hjelpestønad vil stå i fare for å falle utenfor kriteriene for ny omsorgsstønad. Disse vil komme negativt ut økonomisk ved avvikling av hjelpestønad. Likeledes er hjelpestønad en stønad rettet mot bruker, mens ny omsorgsstønad vil være en ytelse til omsorgsgiver. Nasjonale satser vil sikre større likhet slik at ulikhet basert på bosted vil være redusert. Ved overføring av hjelpestønadsbudsjett fra NAV til kommune vil kommunene ha mer kraftfull økonomi til å prioritere de med størst behov.

Økonomiske konsekvenser for ulike målgrupper i forhold til før omsorgsbehovet oppsto

For studenter vil omsorgsstønad kompensere helt eller delvis studielån / stipend

For foreldre eller andre omsorgsgivere som jobber 100 % vil omsorgsstønad bidra til ekstra inntekt. Omsorgsarbeidet kan være på kveldstid, men dersom man ser at den totale byrden for omsorgsgiver blir for stor, må brukeren hjelpes på annen måte eller av andre.

Når det gjelder arbeidsledige innebærer omsorgsoppgavene at omsorgsgiver ikke er reell arbeidssøker i tidsrom hvor disse oppgavene utføres. Dette skal føres på meldekort og vil medføre reduserte dagpenger. Dersom satsen som gis er lavere enn dagpengene, vil stønaden medføre et økonomisk tap.

For en pensjonist vil økonomisk effekt være avhengig av forholdet mellom avkortet pensjon og størrelsen på omsorgsstønaden.

Vurdering av modell innenfor dagens økonomiske ramme

Modell innenfor dagens økonomiske ramme vil ha sin styrke ved at tidligere hjelpestønad og omsorgslønn er blitt en ny kraftfull stønad som kan imøtekomme de prioriterte brukerne bedre enn før. Effekten for disse kan være en bedre totalsituasjon med tryggere økonomi enn dagens omsorgslønn og hjelpestønad. Ved å etablere pårørendekontrakt vil kontakt mellom omsorgsgiver og kommune bli bedre regulert.

Utvalgets målsetting om å etablere en ny pårørendestøtte med tiltak for å støtte og styrke den pårørende vil ikke være mulig innenfor dagens økonomiske rammer. Vilkårene for omsorgsgiver vil derved bli som i dagens ordning. Det forutsettes at ordningen lovfestes. Bruk av klarere retningslinjer for tildeling av støtte for pårørendomsorg og faste lovbestemte satser, vil gi mer enhetlig og forutsigbar praksis i kommunene. Faste satser på ytelsen innebærer en mer standardisert tildeling av støtte.

Utvalget vurderer ordningen til å være lite tilpasset målet om likestilling mellom menn og kvinner og ivaretar ikke spesielt foreldre med barn med varige lidelser og store omsorgsbehov.

Støtten er fortsatt ikke en individuell rettighet og kommunene kan på sikt nedprioritere støtte til pårørendomsorg.

Det konkluderes med at modellen er en løsning innenfor dagens totale økonomiske rammer. Den styrker pårørendes rettigheter og kommunens kontroll, men tar ikke hensyn til foreldres særskilte behov for barn med varig lidelser. Oppdragstakerforhold er uklart med hensyn til rettigheter for den pårørende og kommunens ansvar.

12.2.2 Modell 2 Omsorgsgiver ansettes

Beskrivelse av ordningen

Det sentrale i denne modellen er at omsorgsgiver får en ansettelse i kommunen, og får rettigheter som ansatt. Ordningen bidrar derved til en trygging av omsorgsgivers arbeidsrettslige stilling.

I denne modell for økonomisk ytelse kan en mulighet være å overføre tidligere omsorgslønn til brukerstyrt personlig assistanse (BPA ordning). Dersom kommunen sammen med bruker og pårørende vurderer at pårørende er den beste til å yte omsorgen kan den pårørende ansettes som assistent i den BPA ordningen kommunen benytter. Det vil også være mulig for kommunen å ansette vedkommende innenfor hjemmebaserte tjenester eller andre tjenesteområder som er relevante sett i forhold til det omsorgsbehovet bruker har. Kommunen inngår en ansettelsesavtale. Den pårørende har rettigheter som arbeidstaker og ytelsen defineres som lønn.

Pårørendestøtte som beskrevet i kapittel 12.1.2.3 vil i så fall utgå til fordel for ordinære rutiner for fast ansatte i kommunene.

Fordelingseffekter

Kommunene har innenfor gitte rammer anledning til å fastsette lønn for egne ansatte. Økonomisk gevinst av omsorgsarbeidet kan bli ulikt avhengig av kommunetilhørighet.

Økonomiske konsekvenser for ulike målgrupper i forhold til før omsorgsbehovet oppsto

Det er sett på hvilke konsekvenser en slik modell vil få for ulike målgrupper. For studenter vil økonomien trolig bedres ved at vedkommende kan ansettes for å gi omsorg. Lønn vil trolig være bedre enn stipend. Det er ingen insentiv til å fullføre studiet innenfor denne modellen.

Omsorgsgivere i 100 % arbeid, kan ikke ansettes da de allerede har 100 % stilling. Det vil ikke være mulig å gi ordinært ansettelsesforhold i en slik situasjon, noe som vil kreve alternative løsnings.

Omsorgsgivere i redusert stilling, kan gis ansettelse i kommune og motta lønn. Disse vil dermed få bedre økonomisk situasjon.

For arbeidsledige forutsettes et samarbeid med NAV og vedkommende kan etter avtale ansettes helt eller delvis.

En pensjonist kan ansettes innenfor ordinært avtaleverk for pensjonister. Om vedkommende får en gunstigere økonomisk situasjon avhenger av type pensjonsordning og om pensjonen avkortes mot lønn.

Uføretrygdete kan etter avtale med NAV få vurdert om omsorgsarbeidet gjør at arbeidsevnen øker. I så fall bortfaller eller reduseres pensjonen. Dette kan kompensere eller bedre økonomien.

For omsorgsgivere som i aktuelt tidsrom ikke er i arbeid av frivillige årsaker, kan disse ansettes og få styrket egen økonomi.

Vurdering av modell hvor omsorgsgiver ansettes

Noen omsorgsgivere vil ønske en ansettelse da dette vil regulere de arbeidsrettslige forholdene. Utvalget anbefaler ikke ansettelse som en ordning for pårørendomsorg.

Utvalget anbefaler ikke at lønnsforhold knyttes til omsorg for nære pårørende. For nærmere beskrivelse se kap.11.1.4. Arbeidsmiljølovens best 58 a, setter forbud mot midlertidig ansettelse. En ansettelse innebærer derfor fast stilling og krav til annet arbeid om aktuelt omsorgsarbeid opphører se kap. 11.2.3. En slik situasjon kan være ugunstig for en kommune.

Mange brukere vil ha problem med å styre arbeidsforholdet. Utvalget anbefaler ikke en ordning hvor bruker er arbeidsleder for en nær pårørende. Det kan være til hinder for likeverdige forhold som skal etterstrebes i en pårønderelasjon. Utvalget mener at det kan bli interessekonflikt mellom hensyn til bruker og hensyn til kollega idet omsorgsgiver blir en del av et kollegaforum.

Denne alternative modellen er en ordning som ikke passer for alle. Ved etablering av en slik ordning vil det være nødvendig med alternative ordninger som løper parallelt.

12.2.3 Modell 3 Kommunal kontantytelse

Innenfor dette modellforslag er hensikten å gi mottakerne frihet til selv å velge hvordan de vil benytte den økonomiske støtten. Som styrking av egen økonomi eller til kjøp av tjenester. Det er bruker selv som er mottaker av kontantstøtten.

Beskrivelse av ordningen

I denne aktuelle modellen opprettholdes dagens pleiepengeordning i Folketrygdlovens §§ 9-10 og 9-11. Dagens hjelpestønad avvikles og midler tilsvarende hjelpestønnen overføres kommunene, en kommunal kontantytelse. Denne foreslås å være skattefri. Kontantytelse foreslås i satser fra 1 til 4. Hvilken sats som gjelder for den enkelte er avhengig av omfanget på oppgaver.

Satsene vil være høyere enn omsorgsstønnen som utvalget foreslår i alternative modeller, da det må være mulig for bruker å kjøpe tjenester. Størrelsen på kontantytelsen defineres i brukerkontrakten og baseres på vedtak om tjenester. Brukerkontrakten definerer hvilke tjenester som dekkes opp av kontantytelsen, og hvilke som eventuelt dekkes av kommunen selv.

Pårørendestøtte slik dette beskrives under pkt 12.1.2.3 vil ikke gjelde ved kontantytelse. Oppføl-

gingstiltak fra kommunene vil være brukerkontrakt og en sikring av kvalitet ved årlig vurdering/kontroll.

Vurdering av modellforslag om kommunal kontantytelse

Utvalget ser en fare ved at ordningen i liten grad stiller krav til faglig oppfølging og veiledning, evaluering og kontroll av tjenester. Ved å gi kontanter uten det kommunale støtteapparatet er ikke sikkerhetsnett som kjennetegner den nordiske velferdsmodellen til stede.

På grunn av fordeling av begrensede midler må det prioriteres hvordan både økonomiske og menneskelige ressurser skal fordeles. Utvalget mener kontantytelser ikke gir den nødvendige sikkerhet for at ytelsene som blir gitt anvendes tilstrekkelig målrettet mot de mest nødvendige tiltakene. Det kreves utstrakt bruk av kontroll for å sikre at pengene blir brukt rett. Det er en stor svakhet at samfunnet ikke får mulighet til å målstyre innsatsen eller kvalitetssikre at tjenestene som gis er forsvarlige. Det er heller ikke mulig å fange opp omsorgssvikt eller utnyttelse enten av bruker eller omsorgsgiver.

En ordning som baserer seg på kjøp av tjenester vil ha ulik forutsetning hvor i landet man bor. På mindre steder vil tilgang på dette markedet være betydelig vanskeligere enn i kommuner med flere innbyggere.

Det vil også være et moment at modellforslaget forutsetter at bruker er i stand til å ta velinformerte valg. Dette vil for mange av dagens mottakere av omsorgslønsordningen være uaktuelt.

Brukerstyrt personlig assistanse er en ordning som ivaretar fleksibilitet og individuell styring. Utvalget er av den oppfatning at BPA ivaretar intensjonene som ønskes oppfylt ved kontantstøtte. Det er derfor ikke et reelt behov for denne ordningen da alternativet allerede finnes.

Kapittel 13

Økonomiske og administrative konsekvenser

Utvalget er bedt om å utrede økonomiske og administrative konsekvenser ved hvert av forslagene som presenteres. Innenfor den tidsrammen og det økonomiske budsjettet som utvalget har fått til disposisjon, har det ikke vært mulig å gjennomføre en fullstendig vurdering. Økonomiske beregninger for eksempel ved hjelp av en av Statistisk sentralbyrås modeller for norsk økonomi, vil kunne gi en grundig vurdering av de økonomiske konsekvensene, og vil kunne være et interessant prosjekt i forlengelsen av denne NOU-en. På den annen side ville dette kreve mange antagelser og forutsetninger som det kan være vanskelig å tallfeste. Vi har derfor valgt å konsentrere oss om overordnede vurderinger ved å diskutere de ulike virkningene forslagene vil kunne ha på statlig og kommunal økonomi og administrasjon. Den anbefalte modellen vil bli grundigst vurdert. Her har vi også tatt med beregninger utført av Arbeids- og velferdsdirektoratet for de direkte økonomiske konsekvensene for folketrygden, samt administrative konsekvenser for NAV.

I dette kapitlet vil vi imidlertid ikke kommentere alle velferdseffekter av forslagene slike som bedre livskvalitet og relasjonene mellom omsorgsgiver og bruker, da disse er omtalt i kapittel 11. Vi vil heller ikke diskutere mulige effekter på forventet levealder, men vi vet at bedre helse, som utvalget mener vil være en virkning av anbefalingene, vil ha en positiv effekt på levealder. Økt levealder vil igjen kunne øke framtidige folketrygdutbetalinger. Mulighetene til å kunne bli gamle, som økt forventet levealder representerer, har vært et uttalt mål for helse- og sosialpolitikken i alle år, og vi vil derfor ikke komme nærmere inn på dette.

13.1 Anbefalinger for pårørendestøtte og omlegging til ny omsorgsstønad

Utvalget har i kapittel 12 kommet med anbefalinger for økonomiske ytelser og en ny pårørendestøtte. Forslagene er basert på at utvalget ser

mange mangler ved dagens system, og foreslår ordninger som vil forenkle systemet, gi større grad av forutsigbarhet, bedre kvaliteten på omsorgen, samt styrke arbeidslinjen i norsk velferdspolitik. Dette vil være til fordel for pårørende, brukere, kommunene og staten. Noen av disse tiltakene vil trekke i retning av større kommunale utgifter, mens andre går i retning av lavere utgifter. Samtidig vil de påvirke statlige utgifter både gjennom folketrygden og behov for sykehjems plasser. Et kjennetegn ved forslagene er at mange av utgiftsøkningene vil komme i nær framtid, spesielt på kommunebudsjettene, mens utgiftsbesparelsene i hovedsak vil komme lengre fram i tid. Utvalgets forslag kan derfor ses på som en investering som vil kunne kaste av seg på sikt, og derfor kunne være viktige virkemidler med tanke på å møte omsorgsutfordringene som vil komme som følge av de demografiske endringene (eldrebølgen).

Flere av forslagene *tar sikte på å kvalitetssikre de tjenester som ytes av pårørende*. Dette følger av bl.a. opplæring/veiledning, kombinasjon av omsorgsstønad og kommunale tjenester og obligatorisk kontroll, oppfølging og evaluering. Bedre kvalitet på de tjenestene som gis brukerne i hjemmet vil kunne føre til at de vil bo lenger i eget hjem, noe som igjen kan redusere etterspørselen etter sykehjems plasser, og dermed kunne redusere behovet for økt sykehjemsutbygging. Ved siden av kapitalkostnadene ved utbygging vet vi at en sykehjemsplass kan koste opp til kr 800–900 000 i året. Forslagene kan dermed gi store besparelser på lang sikt. En nivåheving av pårørendesorgen vil imidlertid kreve økt ressursbruk i kommunene gjennom for eksempel bedre oppfølging, veiledning, og kontroll. Utvalget foreslår at Lærings- og mestringssentrene (LMS) står for opplæringen og veiledningen. Disse må da tilføres midler for å kunne gjennomføre dette. En økt ressursbruk i kommunene og LMS må derfor ses i sammenheng med et lavere forventet kostnadsnivå i staten som følge av en lavere utbyggingstakt av sykehjem.

Obligatorisk opplæring og veiledning vil også ha en positiv tilleggseffekt da det vil øke kompetansen til omsorgsgiverne og dermed kunne gjøre det lettere for dem å gå tilbake til arbeidslivet (spesielt omsorgssektoren) etter en lengre omsorgsperiode. Da et lengre fravær fra arbeidsmarkedet gjør det vanskelig å komme inn igjen, kan dette redusere utstøtingen fra arbeidsmarkedet og behovet for folketrygdutbetalinger. Videre vil dette kunne øke skatteinngangen, både kommunalt og statlig.

Forslagene vil også få andre *positive konsekvenser for de pårørende omsorgsgiverne* gjennom bedre oppfølging, større sikkerhet, forutsigbarhet og trygghet, og avlastning. Da vi vet at mange pårørende sliter med fysiske og psykiske plager som følge av de tunge omsorgsoppgavene, vil dette trolig gi positive helseeffekter. Dette vil igjen kunne påvirke både den statlige og den kommunale økonomien positivt ved lavere sykefravær, lavere etterspørsel etter helsetjenester, redusert behov for uførepensjonering og antakelig større skatteinntekter. Disse positive økonomiske konsekvensene vil gjøre seg gjeldende på lengre sikt. På kort sikt vil imidlertid kommunale utgifter øke for eksempel gjennom økte permisjonsrettigheter, forsikring og rett til avlastning og vikar. En lovfesting av ordningen for pårørendestøtte vil også kreve administrative ressurser på kort sikt.

Når det gjelder *kostnadene til avlastning* vil disse avhenge av brukerens behov for kvalifisert personell. Det er et stort spenn i disse kostnadene særlig for barn og unge. Privat avlastning for disse koster i dag kr 1 600–2 500 per døgn i private hjem. I bemannet avlastningsbolig er døgnprisen fra 2 000–10 000 kr per døgn avhengig av personalbehovet barnet/ungdommen har. Det er særlig ungdom med store personlighetsforstyrrelser og atferdsproblemer som trenger mye personell og som trekker døgnprisen opp. Denne gruppen gir også stort behov for avlastning, men utgjør ikke en stor andel av brukerne. Avlastning for eldre skjer i dag i sykehjem. Dette koster 1 500–2 000 per døgn. Nye løsninger med privatpersoner som avlastere i eget hjem vil antagelig ligge på tilsvarende beløp.

For å gi et anslag på kostnadene ved avlastning ser vi på to alternativer med 10 dagers avlastning i året. I Alternativ 1 antar vi en gjennomsnittspris på 2 500 kr per døgn. 10 dagers avlastning for dagens 9 000 omsorgslønnsinntakere vil da utgjøre 225 millioner kroner. Ved en gjennomsnittspris på kr 3 500 per døgn (Alternativ 2), blir kostnaden 315 millioner kr. Kommunene må derfor få styrket sin økonomi for å øke kapasiteten på

avlastning, i størrelsesorden 200–300 millioner. Det er rimelig å tro at vi vil ligge i nedre del av dette intervallet da det ikke er alle som ønsker avlastning.

Kostnadene til forsikring vil avhenge av stillingsandelen til omsorgsyteren. Gruppe- og ulykkesforsikring beløper seg til ca. kr 1 300 for et årsverk. I gjennomsnitt får de ca. 9 000 omsorgslønsmottakerne betalt for ca. 10 timer i uka, noe som tilsvarer ca. 25 % stillingsandel. Om disse skulle blitt forsikret for tilsvarende stillingsandel vil det beløpe seg til kr ca. kr 3 millioner.

På den *administrative siden* kan det imidlertid kunne bli besparelser på sikt. Forslaget om samlet vedtak og omsorgsplan kan redusere den offentlige saksbehandlingen da omsorgsgiver kun vil ha en person å forholde seg til. I samme retning trekker det at vedtak kan bli fattet for en lengre periode, noe som styrkes av bedre kontroll av pårørendeomsorgen. Et annet moment som også kan redusere den administrative byrden er omleggingen til omsorgstønad basert på faste satser og ikke timevedtak. I tillegg til at det vil redusere den kommunale saksbehandlingen vil dette sannsynligvis også redusere klagen på ordningen. Vi vet at klager på kommunale vedtak om omsorgslønn er den klart største gruppen klagesaker hos fylkesmennene, og en forenkling av ordningen med like satser over hele landet vil kunne gi store besparelser på de fylkeskommunale budsjettene.

En omlegging fra omsorgslønn til *omsorgstønad* vil i utgangspunktet ha store budsjettmessige virkninger for både kommunene og folketrygden. For folketrygden vil det innebære direkte besparelser ved at hjelpestønadsordningen legges ned, med unntak av enkelte overgangsordninger. På tilsvarende vis vil den økonomiske byrden for kommunene bli større ved at utbetalingene til omsorgstønad kan bli betraktelig høyere enn ved dagens omsorgslønnsordning. Merk imidlertid at med utvalgets anbefalte modell vil disse økonomiske effektene bli betraktelig mindre både for kommune og stat ved innføringen av en utvidet pleiepengeordning for omsorg for barn under 18 år. Det vises til beregninger av økonomiske konsekvenser for folketrygden i avsnitt 13.1.1 nedenfor.

Den anbefalte *økonomiske modellen* bygger på en avvikling av dagens hjelpestønads- og omsorgslønnsordning og opprettelse av en ny omsorgstønad. Utover dette vil forslaget gi en utvidet pleiepengeordning som erstatter omsorgstønaden for pårørende med omsorg for barn under 18 år gitt at de har en arbeidsmarkedstilknytning. Dette vil

Tabell 13.1 Hjelpestønadsmottakere 2010

Alder / Sats	I alt	Sats 1	Sats 2	Sats 3	Sats 4
0–17 år	35 898	13 057	15 716	5 272	1 853

ha ytterligere konsekvenser både for kommunene og staten.

De direkte effektene av en utvidet pleiepengeordning vil være en økt finansieringsbyrde for folketrygden. Merk likevel at avviklingen av hjelpestønad vil redusere presset på folketrygden som diskutert over. For kommunene vil etterspørselen etter omsorgsstønad bli mindre, noe som vil redusere presset på kommunale budsjetter. Noe av finansieringsbyrden vil derfor overføres til staten.

Utvalget mener at dette forslaget vil ha gunstige virkninger utover det som er diskutert over. Først og fremst vil det skape større økonomisk sikkerhet for pårørende som har ansvar for barn med varig omsorgsbehov. Større trygghet gir mindre bekymringer og kan derfor også ha positive helsevirkninger. I tillegg til dette mener utvalget at ordningen vil stimulere til en bedre tilknytning til arbeidslivet for pårørende til brukere under 18 år. Disse vil komme gunstigere ut økonomisk ved å ha en tilknytning til arbeidslivet og dermed motta pleiepenger enn å tre helt ut og motta omsorgsstønad. Forslaget følger derfor opp arbeidslinjen som er et viktig utgangspunkt for norsk velferdspolitikk.

13.1.1 Konsekvenser for folketrygden

Utvalget har av hensyn til de store omsorgsoppgavene spesielt foreldre til varig syke barn står overfor, valgt å foreslå utvidelse av pleiepengeordningen i folketrygdloven i den foreslåtte modellen. Modellen innebærer:

Å innføre en *ny pleiepengeordning* for foreldre til barn under 18 år der barnet har en *varig sykdom*. Forslaget innebærer rett til inntil 50 % pleiepenger, og ytelsen skal kunne ytes gradert fra 20 – 50 %.

1. Hensikten er å legge til rette for fortsatt deltakelse i arbeidslivet, samt gi en større grad av økonomisk sikkerhet for foreldrene.
2. Å avvikle de eksisterende ordningene hjelpestønad og omsorgslønn, og i stedet opprette en *ny kommunal omsorgsstønad*.

Pleiepenger etter folketrygdloven § 9-10 for barn innlagt i helseinstitusjon og § 9-11 for livstruende eller annen svært alvorlig sykdom eller skade beholdes som i dag.

Anslag over antall brukere

Det finnes ikke nøyaktig anslag over hvor mange barn som er varig syke eller opplysninger over hvor mange av disse barnas foreldre som ville benytte seg av en ny pleiepengeordning.

NAVs hjelpestønadsstatistikk for 2010 viser at av totalt antall hjelpestønadsmottakere på 84 925 var nær 35 900 stønadsmottakere barn i aldersgruppen 0–17 år. Disse barna har på grunn av en varig sykdom, skade eller lyte større behov for tilsyn og pleie enn det jevnaldrende friske barn har.

På denne bakgrunn er det grunn til å tro at maksimalt tak på antall barn vil være 35 900 for den nye pleiepengeordningen. Per desember 2010 var fordelingen etter antall satser som følger:

Laveste gradering i den nye ordningen foreslås imidlertid til 20 %, det vil si at barnet må ha et ekstrabehov for tilsyn og pleie som utgjør én arbeidsdag i uken. Dersom det antas at 3 personer med 100 % stilling og hhv. 350 000, 400 000 og 450 000 kroner i lønn ønsker å redusere sin stilling med 20 %, kan brutto lønnsreduksjon for de tre grovt anslås til fra $(350\,000 \cdot 0,2 =)$ 70 000 til 90 000 kroner. Antas en skatteprosent på 35 vil nettotapet for de tre utgjøre hhv. $(70\,000 \cdot 0,65 =)$ 45 500 kroner, 52 000 kroner og 58 500 kroner.

Ordinær hjelpestønad (sats 1) utgjør per 1. januar 2011 kroner 13 356 per år/1 113 per måned. Det antas at de 13 057 barna som mottar sats 1 ikke har så stort ekstra tilsyns- og pleiebehov at det alene er årsaken til at en av foreldrene anser det nødvendig å redusere sin stilling med én dag i uken (det er også ukjent om familien består av flere barn og om en av foreldrene allerede har valgt å jobbe redusert). Heller ikke de 15 716 barna som mottar sats 2 på kroner 26 712 per år/2 226 per måned kommer opp i et stønadsbeløp som tilsvarende nettotapet ved å redusere arbeidsuken med én dag, men for denne gruppen er det allikevel større sannsynlighet for at familien har valgt en slik tilpasning.

Primært antas det derfor at det først og fremst er foreldre med barn som mottar hjelpestønad sats 3 og 4 som er aktuelle for den nye pleiepengeordningen. I mange familier som mottar sats 3 og 4 har en av foreldrene (som oftest mor) sett seg nødt å forlate arbeidslivet fordi tilsyns- og pleiebehovet er så stort at det ikke kan kombineres med

Tabell 13.2 Anslag over eventuelle brukere av ny pleiepengeordning

Gjennomsn. antall pleiepengemottakere per år	Gjennomsnittlig inntektsgrunnlag på 350 000 kroner			Gjennomsnittlig inntektsgrunnlag på 375 000 kroner			Gjennomsnittlig inntektsgrunnlag på 400 000 kroner		
	Gjennomsn. gradering			Gjennomsn. gradering			Gjennomsn. gradering		
	20 %	35 %	50 %	20 %	35 %	50 %	20 %	35 %	50 %
1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2
2 600	182,0	318,5	455,0	195,0	341,3	487,5	208,0	364,0	520,0
5 000	350,0	612,5	875,0	375,0	656,3	937,5	400,0	700,0	1 000,0
7 500	525,0	918,8	1 312,5	562,5	984,4	1 406,3	600,0	1 050,0	1 500,0
10 000	700,0	1 225,0	1 750,0	750,0	1 312,5	1 875,0	800,0	1 400,0	2 000,0
15 000	1 050,0	1 837,5	2 625,0	1 125,0	1 968,8	2 812,5	1 200,0	2 100,0	3 000,0
20 000	1 400,0	2 450,0	3 500,0	1 500,0	2 625,0	3 750,0	1 600,0	2 800,0	4 000,0
22 800	1 596,0	2 793,0	3 990,0	1 710,0	2 992,5	4 275,0	1 824,0	3 192,0	4 560,0

arbeid. Disse foreldrene vil ikke være berettiget til pleiepenger. Det kan imidlertid ikke anslås hvor mange dette gjelder.

Selv om det kan antas at den nye pleiepengeordningen vil medføre at noen flere foreldre med barn i dagens hjelpestønadskategori 3 eller 4 beholder sin arbeidsmarkedstilknytning, antas det at denne gruppen i stor grad vil bruke den foreslåtte kommunale omsorgsstøtten.

Inntektsgrunnlag

I 2010 var gjennomsnittlig inntektsgrunnlag for personer som tok ut 100 % pleiepenger jf. § 9-10 og § 9-11 i 2010 på om lag 343 440 kroner. For graderte pleiepenger var det litt høyere, ca. 361 700 kroner. For begge grupper utgjorde kvinnes andel 59 %. Deres inntektsgrunnlag var litt lavere enn gjennomsnittet totalt, hhv. 315 100 kroner for de med 100 % pleiepenger og 340 800 kroner for de med graderte.

Det antas derfor at gjennomsnittlig inntektsgrunnlag for den nye ordningen vil være på omtrent samme nivå som inntektsgrunnlaget for graderte pleiepenger i 2010.

Beregningene anslås i 2011-kroner. Med en lønnsfaktor for 2011 på 4,0 pst. utgjør 340 000 2010-kroner om lag 354 000 2011-kroner, mens 362 000 2010-kroner utgjør om lag 376 000 kroner.

Beregning 1 – ny pleiepengeordning

På grunn av de mange usikkerhetsfaktorene mht aktuelle brukere av den foreslåtte pleiepengeordningen, viser vi i tabellen under anslåtte utgifter

ved ulike antall pleiepengemottakere ved ulike gjennomsnittsnivå på inntektsgrunnlaget, og ved ulike gjennomsnittlige graderingsnivå. Utgiftene anslås i mill. kroner, se tabell 13.2

Tabellen viser at én pleiepengemottaker kan antas å koste fra om lag 0,1 mill. kroner til 0,2 mill. kroner per år avhengig av gradering og inntektsnivå.

Dersom det antas at det kun er hjelpestønadmottakerne med sats 1 som ikke er aktuelle for denne ordningen, kan maksimalt antall pleiepengemottakere antas å være om lag (35 900–13 100 =) 22 800 personer. Laveste utgiftsanslag er da på 1 600 mill. kroner, høyeste på 4 560 mill. kroner.

Dersom det på høyst usikkert grunnlag antas at den nye ordningen ikke er aktuell verken for foreldre av barn med sats 1, 2 (fordi sats 1 og 2 er lavere enn inntektstapet ved 20 % reduksjon av arbeidstid) eller 4 og heller ikke for halvparten av de med sats 3, (fordi pleie- og tilsynsbehovet er så stort at en av foreldrene ikke er yrkesaktive), kan vi anta at antallet pleiepengemottakere minimum vil utgjøre ca. 2 600 personer. Merkostnadene anslås i så fall til et sted mellom 180 og 520 mill. kroner.

Det er derfor ikke mulig å fastslå hvor stort det faktiske antall pleiepengemottakere i den nye ordningen kan bli. Det er derfor stor usikkerhet i disse anslagene.

Beregning 2 – avvikling av hjelpestøtten

I 2010 ble det totalt utbetalt 1 714 mill. kroner i hjelpestønads. Målt i 2011-kroner tilsvarer dette om lag 1 746 mill. kroner.

Dersom hjelpestønadene avvikles fullt ut for alle fra og med en bestemt dato, kan helårseffekten av forslaget antas å utgjøre om lag 1 746 mill. 2011-kroner.

Hvis det skal gjelde overgangsregler for allerede innvilgede hjelpestønadssaker, vil innsparringseffekten bli lavere.

Ordningen kan for eksempel avvikles over tid, dvs. at allerede innvilgede hjelpestønadssaker opprettholdes mens ordningen stenges for nye søkere. Et alternativ er at de eksisterende stønadene kan fortsette å løpe i inntil 3 år eller frem til neste revurderingstidspunkt (hjelpestønadssaker skal revurderes minimum hvert tredje år).

Et annet overgangsalternativ kan være at stønaden fortsetter å løpe så lenge det ikke er vesentlige endringer i brukerens tilstand som gjør at stønaden skal falle bort. Da vil innsparringseffekten bli betydelig lavere. Denne løsningen ble valgt da hjelpestønad til «hjelp i hjemmet» falt bort for nye tilfeller fra 1.1.1992. De som allerede var innvilget hjelpestønad til dette formålet har imidlertid fått beholde ytelsen. De som mottar sats 0 til «hjelp i hjemmet» er i hovedsak eldre personer og antallet mottakere reduseres årlig. Det er imidlertid fortsatt 17 700 personer som mottar sats 0, dvs. kroner 12 420 per år/ 1 035 per måned i 2011-kroner.

Hvor store innsparringseffektene blir, avhenger altså av om det skal gjelde overgangsregler og hvordan disse utformes.

13.1.2 Administrative konsekvenser for NAV

Det benyttes i dag 49 årsverk for å administrere hjelpestønadsordningen. Dette er sentralisert i forvaltningsenhetene. Ved en avvikling av hjelpestønad vil man på sikt spare inn 49 årsverk hvert år og tilsvarende kostnader til kontor og personaladministrasjon. Arbeids- og velferdsdirektoratet har anslått et midlertidig behov på 121 stillinger for å gjennomføre en avvikling av ordningen relatert til informasjon til brukerne. Dette vil være en engangskostnad.

13.2 Alternativ modell 1: Ordning innenfor dagens økonomiske ramme

Denne modellen er lagt opp til å kunne innpasses dagens økonomiske rammer når man betrakter folketrygden og kommunaløkonomien under ett. Det vil bli besparelser i folketrygden som følge av

avviklingen av hjelpestønad, men overføringene til kommunene blir større. Administrativt vil det på sikt bli besparelser i NAV, mens det også vil bli besparelser i kommunene da denne ordningen vil bli enklere å administrere enn dagens omsorgslønnsordning. Det vil etter all sannsynlighet også bli færre klagesaker da omsorgsstønaden er mindre kompleks enn omsorgslønnsordningen, noe som vil redusere saksbehandlingen hos fylkesmennene.

13.3 Alternativ modell 2: Omsorgsgiver ansettes

Under denne modellen vil omsorgslønnsordningen opphøre, og vårt forslag til en ny omsorgsstønad vil ikke være aktuelt. Pårørende omsorgsgivere som kvalifiserte til omsorgslønn vil nå isteden få tilbud om ansettelse i kommunene. Ut fra dagens omfang av omsorgslønnsordningen vil dette innebære ca. 9 000 flere kommunalt ansatte i omsorgssektoren (gitt at de ikke jobber i denne sektoren fra før). I gjennomsnitt får disse betalt omsorgslønn for 10 timer i uka, noe som innebærer ca. 90 000 flere kommunale timeverk i uka. Selv om disse personene ville bli ansatt i samme stillingsandel som deres tilmålte timer med omsorgslønn og til samme timelønn, vil dette likevel medføre en betydelig økning i de kommunale utgiftene (se også avsnitt 11.3). Dette skyldes at kommunene ved ansettelse må betale bl.a. arbeidsgiveravgift, sosiale utgifter, utgifter til transport, arbeidstøy og overtid, feriepengeopptjening, forsikringer og pensjonsopptjening. Anslår vi for eksempel at brutto lønnskostnader er 50 % høyere enn timelønnsatsen, vil de kommunale utgiftene for betalt pårørendeomsorg også bli 50 % høyere. Et annet moment som spiller inn her er kommunenes begrensede mulighet til å bruke midlertidige stillinger, noe som kan være en ulempe for kommunene når den opprinnelige brukerens behov ikke lenger er tilstede.

Denne ordningen kan imidlertid gi noen fordeler for omsorgsgiver og bruker i forhold til dagens situasjon, for eksempel gjennom bedre kontroll av tjenestene da disse nå vil bli underlagt samme kontroll som andre kommunale omsorgstjenester, samt større økonomisk trygghet for omsorgsgiver da vedkommende har et fast arbeidsforhold selv etter at brukerens behov reduseres eller slutter å eksistere. Som nevnt under 13.1 kan dette redusere utgifter både på statlige og kommunale budsjetter.

13.4 Alternativ modell 3: Kommunal kontantytelse

Innenfor denne modellen vil brukerne motta en kontantstøtte fra kommunen som kan brukes til kjøp av omsorgstjenester. Kun brukere som i utgangspunktet ville kvalifisere for kommunale omsorgstjenester vil få en slik kontantoverføring. Gitt at omfanget av de samlede tjenestene er omtrent som før, vil denne ordningen i utgangspunktet ikke kreve flere samlede ressurser. I tillegg vil kontantstøtteordningen være enkel å administrere og dermed frigjøre administrative ressurser.

Et usikkerhetsmoment ved denne modellen vil være hvordan pengene brukes. Tanken er at brukeren skal få større frihet i valg av tjenesteleverandør samt i vurderingen av omfanget av tjenester. Ordningen krever imidlertid en stor grad av framoverskuende rasjonell handling fra brukerne. Mange er redusert kognitivt, og man må da forutsette at vergen bruker pengene optimalt for brukeren. Man har likevel ingen garanti for at pengene brukes rasjonelt i forhold til brukerens omsorgsbehov. For eksempel kan man ende opp i en situasjon hvor bruker velger å bruke lite penger på tjenester og heller anvende dem på annen måte. Da denne modellen i utgangspunktet ikke har noe sikkerhetsnett, dvs. at kommunen kommer inn med tjenester hvis pengene er anvendt på andre områder, kan den få store negative følger

for bruker. Dette vil ikke være i samsvar med den nordiske velferdsmodellen hvor man ønsker å ivareta en minimumsstandard av velferd for alle innbyggerne. Om kommunene velger å etablere et slikt sikkerhetsnett ved siden av kontantstøtten, kan det få store virkninger for kommunale budsjetter, bl.a. fordi et slikt sikkerhetsnett vil skape uønskede insentiver for brukerne da de vet at kommunen vil stille opp med tjenester om pengene brukes på andre ting. Kontroll av hvordan pengene brukes vil kunne redusere disse insentivene, men samtidig kreve flere kommunale ressurser og ta bort noe av den opprinnelige friheten denne ordningen var ment til å skape.

13.5 Forholdet mellom kommuneøkonomien og den statlige økonomien

Som nevnt ovenfor vil forslagene ha virkninger på både kommuneøkonomien og den statlige økonomien. Det er ikke klart ut fra vår vurdering hvorvidt vårt anbefalte forslag vil øke statlige utgifter, men det synes klart at det vil være et behov for styrking av kommuneøkonomien. På lengre sikt vil antakelig utgiftene bli redusert på grunn av de gunstige effektene av tiltakene. Utvalget vil imidlertid ikke gå nærmere inn på overføringene til kommunene og hvilke fordelingsnøkler dette vil kreve.

Referanser

- Alsnæs, K (2000): Historien om Norge. Femti rike år. Bind V. Oslo: Gyldendal.
- Arbeids- og inkluderingsdepartementet (2006): Handlingsplan for integrering og inkludering av innvandrerbefolkningen og mål for inkludering.
- Barstad, A. (1997): Frihetens århundre? Levekår i Norge i et 100 års perspektiv. SSB- notat 97:11 Oslo: Statistisk Sentralbyrå.
- Barne- og likestillingsdepartementet (2009): Handlingsplan for å fremme likestilling og hindre etnisk diskriminering 2009–2012.
- Bergljot Baklien, Anne Lise Ellingsæter & L. Gulbrandsen (2001): Norges forskningsråd, Området for kultur og samfunn, Oslo.
- Blom, S. (2008): Innvandreres helse 2005/2006. Oslo-Kongsvinger: SSB rapport 2008/35.
- Brevik, I. & L. Schmidt (2005): Slik vil eldre bo. En undersøkelse av framtidige eldres boligpreferanser. Oslo: NIBR. Rapport 2005:17
- Brevik, I. (2010): De nye hjemmetjenestene – langt mer enn bare eldreomsorg. Utvikling og status i yngres bruk av hjemmebaserte tjenester 1989–2007. Oslo: Norsk institutt for by – og regionsforskning. NIBR-rapport 2010:17.
- Brekke, K. A., S. Kverndokk og K. Nyborg (2003): An economic model of moral motivation, *Journal of Public Economics*, 87(9–10): 1967–1983.
- Bungum, B. (2008): Barndommens tid og foreldres arbeidsliv. Doktorgradsavhandling, NTNU
- Colombo, F., A. Llana-Nozal, J. Mercier og F. Tjaden (2011): Help wanted? Providing and paying for long-term care, *OECD Health Policy Studies*, OECD Publishing.
- Daatland, S. O. (1983): Care systems. *Ageing and Society*, 3:1–21
- Daatland, S. O. (1990): Søkelys på eldreomsorgen: tilgang til tjenester og bruk av ressurser – før, nå og fremover. NGI – rapport 4:90. Oslo: Norsk Gerontologisk Institutt.
- Daatland, S. O. (1993): Hva mener folk om eldreomsorgen? Aldring og eldre 1:2–10.
- Daatland, S.O. (1997): Family solidarity, popular opinion and the elderly. *Ageing International*.
- Daatland, S. O (2004): Familie, velferdsstat og aldring. *Familiesolidaritet i et europeisk perspektiv*. NOVA rapport 7/2004.
- Daatland, S. O., M. Veenstra & I. A. Lima (2010): Norwegian sandwiches. On the prevalence and consequences of family and work role squeezes over the life course. *European Journal of Ageing*, 7:271–281.
- Daugstad, G. (2006): Omfang og bruk av kontantstøtte blant barn med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn. Statistisk sentralbyrå, 2006/26.
- Ellingsæter, A. L. & A. Leira red. (2004): Velferdsstaten og familien. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Esping Andersen, G. (2002): *Why we need a New Welfare State*. Oxford: Oxford University.
- Eriksen, J. (2003): Public Payment for Informal Care of Disabled Children. Some dilemmas of the Norwegian welfare state. *European Societies*, 4, 445–463.
- Eriksen, J. & Andersen, T. (2006): Omsorgslønn til foreldre med barn med nedsatt funksjonsevne. I: O.P. Askheim, T. Andersen & J. Eriksen (red): *Sosiale tjenester for familier som har barn med funksjonsnedsettelse*. Gyldendal Akademisk, 94–116.
- Eriksen, J., Andersen, T. og Askheim, O.P. (2003): Omsorgslønn til familier med funksjonshemmede barn. Lønn, påskjønnelse eller avlat. Oslo/Lillehammer, NOVA/ Østlandsforskning, NOVA-rapport 11/03.
- Farstad, G. R. (2004): Innvandrerkvinner i Grovuddalen – mellom idealer for modernitet og tradisjon. NOVA-rapport 17/04.
- Fevang, E., S. Kverndokk og K. Røed (2010): Labor supply in the terminal stages of lone parents' lives, *omarbeidet* versjon av Working Paper no. 2008:8, HERO- Helseøkonomiprogrammet ved Universitetet i Oslo.
- Forssell, E. (2010): Anhörigomsorg i migrantfamilier. I Torres, S. & Magnusson, F. (red.): «Innvandrarskap, äldrevård och omsorg». Gleerups Forlag, s. 93–105.
- Finnvold, J. E. (2011a): Kommunenes bruk av omsorgslønn 2010 – oppdrag for Kaasa-utvalet /Helsedirektoratet, NOVA – Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.

- Finnvold, J. E. (2011b): Yrkesdeltaking og erfaringar med kommunale støtteordningar og hjelpetilbod hos mødrer med funksjonshemma barn – oppdrag for Kaasa-utvalet /Helsedirektoratet, NOVA – Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Frey, B. S. (1997): *Not Just for the Money. An Economic Theory of Personal Motivation.* Edward Elgar, Cheltenham, UK.
- Gautun H. (2003): Økt individualisering og omsorgsrelasjoner i familien. Doktoravhandling i sosiologi, Universitetet i Oslo.
- Gautun H. (2007): Hvordan gjøre det lettere for senioren å kombinere jobb med omsorg for gamle foreldre? Søkelys på arbeidslivet 1/2007.
- Gautun, H. & G. Hernes (2006): «Bestemor mellom jobb og oldemor? Aldring og Livsløp, 4.
- Gautun, H. (2008): Arbeidstakere og omsorg for gamle foreldre – den nye tidsklemma. Delrapport 2 Liv og arbeid – mulighetenes arbeidsliv for alle? Et prosjekt om forutsetningene for et bedre og lengre yrkesliv. Fafo – rapport 2008:40
- Gautun, H. (2009): Hvordan gjøre det lettere å kombinere jobb og omsorg for gamle foreldre. Tidsskrift for Psykisk helsearbeid, 6, 2, s.110–119.
- Gautun, H. & K. Hagen (2010): How do middle-age employees combine work with caring for elderly parents? *Community Work & Family*, 13:4, November 2010: 393–411.
- Gautun, H. H. Lurås & A. Werner, Care challenges for next of kin of chronically ill lung patients. Results from a questionnaire survey. Til vurdering i tidsskriftet *Scandinavian Journal of Public Health*.
- Gautun, H & Å. Hermansen (2011): Eldreomsorg under press- kommunenes helse- og omsorgstilbud til pleietrengende eldre. Fafo- rapport april 2011.
- Gneezy, U. og A. Rustichini (2000): A Fine is a Price, *The Journal of Legal Studies*, 29(31), part 1, 1–17.
- Gulbrandsen T. & R. Steen Jensen (2009): Velferdstiltak i private bedrifter. En litteraturgjennomgang. ISF Rapport 2009:13. Institutt for Samfunnsforskning.
- Grut, L. (2007): Sosial- og helsetjenester for personer med nedsatt funksjonsevne. Oversikt over utviklingen i perioden 2001–2006. m.fl. Oslo: Dokumentasjonssenterets skriftserie 01/07.
- Hakin, C. (2011): *Feminist Myths and Magic Medicine.* Rapport. London School of Economics
- Hellevik, T. (2000): Kontantstøtten: Flere småbarnsmødre har blitt deltidsarbeidere, *Samfunnspelet*, nr. 5, Statistisk sentralbyrå.
- Health and Ageing N 21/ October 2009
- Helsedirektoratet 09/2005 revidert 08/2008: Barn og unge med nedsatt funksjonsevne – hvilke rettigheter har familien?
- Helsedirektoratet (2009): Migrasjon og helse. Utfordringer og utviklingstrekk.
- Helsedirektoratet (2010) Folkehelsearbeidet – veien til god helse for alle
- Helsedirektoratet 2010: Prioriteringer i pleie- og omsorgstjenesten de siste 20 år,
- Helse og omsorgsdepartementet, Rundskriv, 11.07.1986: Omsorgslønn Rundskriv 1–42/98, Tillegg til rundskriv I-1/93 til lov om sosiale tjenester
- Helse og omsorgsdepartementet (2010): Forskrift om verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien)
- Hippe J.M. & A.W. Pedersen (1992): Når jobben betaler. En analyse av vedferdsodninger i arbeidsmarkedet, Fafo-rapport nr. 136.
- Ingebretsen, R (2007): Flerkulturell omsorg – til hvem og hvordan? *Aldring og Livsløp*, 24, 3, 18–23.
- Ingebretsen, R (2009): Familien tar seg vel av «dem» – eller? *Tidsskrift for Psykisk helsearbeid*, 6, 2, s. 129–141.
- Ingebretsen, R (2010a): Erfaringer med omsorgstjenester for eldre innvandrere. Brukeres, pårørendes og ansattes perspektiver. NOVA – rapport 11/2010.
- Ingebretsen, R. (2010b): Omsorg for eldre innvandrere. Samlede prosjekterfaringer. NOVA-rapport 15/2010.
- Ingebretsen, R (2010c): Mångfald och individualitet i omsorgen om äldre invandrare i Norge. I Torres, S. & Magnusson, F. (red.): *Innvandrarskap, äldrevård och omsorg.* Gleerups Forlag, s. 129–149.
- Ingebretsen, R & Nergård, T.B. (2007): Eldre med innvandrerbakgrunn. Tilpassning av pleie- og omsorgstilbudet. NOVA-rapport 13/07.
- Ingebretsen, R & Romøren, T-I. (2005): Omsorgstjenester med mangfold. NOVA-rapport 9/05.
- Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (2006): Offentlige tjenester for alle? Gjennomgang av minoritetsperspektivet i 10 statlige etater. IMDI Rapport 7/2006.
- Isaksen, L. W (1999): Den ubehagelige kroppsligheten. I Christensen, K. og Syltevik, L. J. (red): *Omsorgens forvitring? Antologi om utfordringer i velferdsstaten.* Bergen. Fagbokforlaget

- Jareg, K. & Pettersen, Z. (2006): Tolk og tolkebruger – to sider av samme sak. Bergen/Oslo: Fagbokforlaget/ NAKMI.
- Kavli, H. C. (2001): En dråpe, men i hvilket hav? Kontantstøttens konsekvenser for barnehagebruk blant etniske minoriteter, FAFO – rapport nr. 349.
- Kavli H.C. & Nadim, M. (2009): Familiepraksis og likestilling i innvandrede familier. Fafu-rapport 2009:39.
- Kloster, E, Lidèn, H. Lorentzen, H. R_2003_4. ISF Rapport (2003:004) Oslo: Institutt for samfunnsforskning (2003): Frivillighetsentralen, resultater, erfaringer, forandringer 1993–2003.
- Kvamme, Ingunn og Eklund Nielsen, Ann Christin: Prosjektrapport nr. 01/2011: Hjelper selvhjelp? En prosessevaluering av prosjektet «Selvhjelp og individuell plan i psykisk helsefremmende arbeid»
- Kumar, B. N. et al. (2008): The Oslo Immigrant Health Profile. Folkehelseinstituttet rapport 2008:7.
- Laberg T, Aspelund H, Thygesen H. Smarthusteknologi – planlegging og drift i kommunale tjenester. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, Del-tasenteret; 2004.
- Lingsom, S. (1997): The substitution issue. Care policies and their consequences for family care. NOVA- rapport 97:6 Oslo: Norsk Institutt for forskning om Oppvekst, Velferd og Aldring.
- Lorentzen, Håkon (2010): Frivillighetsentralen mellom stat, kommune og sivilsamfunn, ISF rapport 2010: 013), Institutt for samfunnsforskning
- Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. LOV 2005–06–17 nr 62
- Lov om ferie LOV 1988–04–29 nr 21
- Lov om folketrygd LOV 1997–02–28 nr 19
- Lov om kommunale helse og omsorgstjenester 2011
- Lov om bruker og pasientrettigheter 2011
- Lundeby, H. & Tøssebro, J. (2006): Kampen og tilfredsheten – om tjenester for familier med barn med funksjonsnedsettelse. I: O.P. Askheim, T. Andersen & J. Eriksen (red): Sosiale tjenester for familier som har barn med funksjonsnedsettelse. Gyldendal Akademisk, 27–46.
- Lundeby, H. & J. Tøssebro, (2009): Livsløp i familier med funksjonshemmete barn: samlivsstatus, yrkesaktivitet og tilgang til offentlig hjelp. I Funksjonshemming: politikk, hverdagsliv og arbeidsliv / Jan Tøssebro (red.)
- Moen, B. (2003): Usynlige eldre. Tiltak for mennesker med funksjonshemming fra minoritetsetnisk gruppe. Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens. Rapport fra Funksjonshemming og aldring.
- Moen, B. (2009): Tilhørighetens balanse. Norsk-pakistanske kvinners hverdagsliv i transnasjonale familier. NOVA-rapport 13/09.
- Moen, B. (2011): «Det står i Koranen»: Familieforpliktelse overfor eldre i pakistanske familier. Norsk Antropologisk Tidsskrift, 22, 1, 37–48.
- NAV.no
- Nergård, T.B. (2008): Eldre innvandreres bruk av pleie- og omsorgstjenester. NOVA-rapport 10/08.
- Nergård, T.B. (2009): Mangfoldig omsorg. Tre innvandrergupperforteller om sine forventninger til alderdommen. NOVA- rapport 16/09.
- NOU 2011:11, Innovasjon i omsorg. Utredning avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet 16. juni 2011.
- NOU 2011:14, Bedre integrering. Mål, strategier, tiltak. Utredning avgitt til Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet 14. juni 2011.
- Nordtug, B. (2011): Caring burden of cohabitants living with partners suffering from chronic obstructive pulmonary disease or dementia, Doctoral thesis at NTNU, 2011:150.
- Rønsen M. (2001): Market Work, Childcare and the Division of Household Labour, Reports 2001/3, Oslo: Statistics Norway.
- Rønsen, M. (2009): Long-term Effects of Cash for Childcare on Mothers' Labour Supply, *Labour*, 23(3): 507–533.
- Romøren, T. I. (2001): Metusalems søsken. Forløp av funksjonstap, familieomsorg og tjenestebruk i høy alder. Dr. grads avhandling, Institute of General Practice and Community Medicine, University of Oslo.
- Romøren, T. I. (2007): Kommunale hjemmetjenester – fra eldreomsorg til «yngreomsorg»? Aldring og livsløp 1:2–10.
- Rønning, R. T. Schanke & V. Johansen (2009): Frivillighetens muligheter i eldreomsorg. Nr 11. 2009.
- Sand, A. B. (2010): Anhöriga som kombinerar forvarsarbete och anhörigomsorg. Nationalt kompetensentrum Anhöriga. Kunnskapsoversikt 2010:1.
- Schöne P. (2004): Labour Supply Effects of a Cash-for-care Subsidy, *Journal of Population Economics* 17: 703–727.

- Seip, A.S. (1994): *Veiene til velferdsstaten. Norsk sosialpolitikk 1920–75*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- SINTEF A 11960 Delrapport Evaluering av IA-avtalen Litteratur og tidligere forskning Jan-W Lippestad, SINTEF Helsetjenesteforskning august 2009
- Skollerud, K. (2003): *Bruk av omsorgslønn i kommunene*. Upublisert notat NOVA
- Skrede, K. (1986): *Giftede kvinner i arbeidslivet. Kapittel 5 i Det norske samfunn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Social- og helsevårdsministeriet (2006): *Stødet for nærståendeomsorg – Handbok for kommunale besluttsfattere, Social- og helsevårdsministeriets handbøcker 2005:31, Helsingfors*
- Sosialt Utsyn (2000): Oslo: Statistisk Sentralbyrå.
- Sosial- og helsedirektoratet (2003): *Kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjon- og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3. april 2003 nr. 450*
- Sosial- og helsedirektoratet (2004): *Hvordan holde orden i eget hus- Internkontroll i sosial og helsetjenesten: veileder IS-1183*
- Statens helsetilsyn (2009): *Omsorgslønnsordningen – en kunnskapsoppsummering. Internserien 7/2009*
- St.meld. nr. 35 (1994–1995): *Velferdsmeldingen, Arbeidsdepartementet*
- St.meld. nr. 50 (1996–1997): *Handlingsplan for eldreomsorgen, Sosial- og helsedepartementet*
- St.meld. nr. 45 (2002–2003): *Betre kvalitet i dei kommunal pleie- og omsorgstenestene, Sosialdepartementet*
- St.meld. nr. 28 (1999–2000): *Innhald og kvalitet i omsorgstenestene, Sosial- og helsedepartementet*
- St.meld. nr. 49 (2003–2004): *Mangfold gjennom inkludering og deltakelse. Ansvar og frihet, Kommunal- og regionaldepartementet*
- St.meld. nr. 25 (2005–2006): *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer, Helse- og omsorgsdepartementet*
- St.meld. nr. 39 (2006–2007): *Frivillighet for alle, Kultur og kirkedepartementet*
- St.meld. nr. 47 (2008–2009): *Samhandlingsreformen, Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet*
- St.meld. nr. 9 (2008–2009): *Perspektivmeldingen 2009, Finansdepartementet*
- Sørheim, T. A. (2000): *Innvandrere med funksjonshemmede barn i møte med tjenesteapparatet*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Szebehely, M. (2005): *Anhörigas betalda och obetalda äldreomsorgsinnsatser. I Forskarrapporter till Jämställdhetspolitiska utredningen, SOU 2005:66, Stockholm: Fritzes*
- Szebehely, M. og P. Ulmanen (2008): *Vård av anhöriga – ett högt pris, Välfärd, 2: 12–14*
- Szebehely, M. & P. Ulmanen (2009): *Att ge omsorg til gamla föräldrar och andra anhöriga: Påverkar det relationen til arbetsmarknaden? Rapport til Sosialdepartementet 4 dec 2009*
- Teknologirådet: *Fremtidens alderdom og ny teknologi, rapport 1 / 2009*
- TaKT *Jakten på gode løsninger – et studiehefte for dere som jobber for barn med nedsatt funksjonsevne og deres familier. 09/2007: Sosial og helsedirektoratet, Bestillingsnr IS-1493*
- Thorbjørnrud, E.M. & Widerøe, L.I. (2009): *Omsorgslønnsordningen – en oppsummering. Statens helsetilsyn Internserien 7/2009*
- Tøssebro J. & H. Lundeby (2002): *Statlig reform og kommunal hverdag: Utviklingshemmedes levekår 10 år etter reformen. NTNU. Trondheim*
- Tøssebro, J. & Lundeby, H. (2002): *Å vokse opp med funksjonshemming – de første årene*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- ÆldreSagen (2001): *Nye Tider – Nye Ældre, Ældresagens Fremtidsstudie. København*

Vedlegg 1

Kommunanes bruk av omsorgslønn 2010

Oppdrag for Kaasa-utvalet/Helsedirektoratet

Jon Erik Finnvold, NOVA

1 Samandrag

NOVA har ved to tidlegare høve kartlagt ordninga med omsorgslønn. Den første undersøkinga omfatta alle norske kommunar (Løwe 1997), mens den andre var basera på eit utval (Skollerud 2003). Datagrunnlaget som blir nytta i denne rapporten følgjer i hovudsak malen frå undersøkinga i 2002 (Skollerud 2003), og tok utgangspunkt i eit bruttoutval på 59 kommunar og bydelar. I alt 48 kommunar leverte inn skjema (80 prosent av bruttoutvalet).

Eit hovudresultat frå dei tre undersøkingane er at ordninga over tid er blitt meir omfattande og meir kostbar for kommunane. Utviklinga for omsorgslønn følgjer dermed utviklinga for mange andre tenester og ytingar på helse- og omsorgsområdet. Rekna i kroneverdien for 2010 auka dei faktiske utgiftene frå 164 millionar i 1995 til 456 millionar i 2002 og til 689 millionar i 2010. Utgiftene til ordninga er altså meir enn firedobla mellom 1995 og 2010. I nokon grad skuldast auken i utgiftene ein auke i gjennomsnittsløna, men den viktigaste årsaka er at fleire har søkt om og fått innvilga omsorgslønn. I 1995 var det 3500 mottakarar av omsorgslønn, ved utgangen av 2010 er det 9070 mottakarar av omsorgslønn. Omsorgslønna utgjorde ei gjennomsnitts månadsinntekt på 5700 kroner i 2010, og om lag 5300 kroner i 2002. I gjennomsnitt fekk mottakarane betalt for 10,6 timar i veka, eit timetal som ikkje endra seg frå 2002 til 2010.

Ordninga har betydelig spreining i alder og familiesituasjon til den som er mottakar av omsorg. Den største gruppa er barn under 18 år, som utgjorde 44 prosent i 2010, mens eldre over 67 år utgjorde 18 prosent. I 60 prosent av tilfella var det foreldre som var tildelt omsorgslønn for å ta seg av eigne barn. I 25 prosent handla det om omsorgsrelasjonane mellom ektefellar, mens 9 prosent av tilfella handla om barn som tok vare på foreldra sine. Fordelinga på alder og familietype

har vore relativt stabil mellom 2002 og 2010. Til ein viss grad har det vore ein auke andelen barn som var mottakarar av omsorg.

I hovudsak er det kvinner som er blir tildela omsorgslønn. Kvinneandelen var 82 prosent i 2010, om lag den same som i 1995. Kvinneandelen er klart betinga av slektsrelasjonen til den som er mottakaren av omsorg. Når det gjeld omsorg for eigne barn er mødrene i eit klart fleirtal på 92 prosent. I tilfeller der det er tale om omsorgsrelasjonar mellom ektefellar, er kvinneandelen 60 prosent. Når det er snakk om å ta ansvar for eigne pleietrengande foreldre utgjorde døtrene 81 prosent av dei som var mottakarar av omsorgslønn, mens sønnene utgjorde 19 prosent.

Det var stor semje mellom kommunane om at departementet bør utforme klarare retningsliner for tildeling og utmåling av omsorgslønn. Om ordninga bør vere ein lovbestemt rett var kommunane meir delt i synet på.

I valet av kriterier for tildeling av omsorgslønn var det som tidlegare omsynet til omsorgsarbeidets omfang og belastning som var avgjerande. Det kan imidlertid sjå ut til at kommunane i større grad enn tidlegare legg vekt på kva den omsorgstrengande ønskjer når dei tildeler omsorgslønn.

2 Om ordninga

Ordninga med omsorgslønn blei introdusert i 1988 i samband med overføring av ansvaret for ulike helsetenester til kommunane. Seinare blei ordninga flytta til sosialtenestelova, og omfattar «lønn til personer som har et særlig tyngende omsorgsarbeid». Alle kommunar har etter denne lova plikt til å ha ei ordning med omsorgslønn. Det er derimot ikkje slik at nokon har rett til å få omsorgslønn. Ordninga er ei fullt ut kommunal yting, utan statlege løyvingar eller øyremerking.

Å få omsorgslønn inneber at pårørende engasjerast av kommunen som oppdragstakarar og

ikkje som tilsette i kommunen. Lønna er skattepliktig og gir pensjonspoeng, men utover dette er det ikkje andre arbeidstakkarretter knytt til ordninga.

3 Datagrunnlag

Utvalet omfattar alle kommunar og bydelar som var med i ei tidlegare undersøking gjennomført av NOVA i 2002 (Skollerud 2003). Utvalet er representativt men omsyn til bruken av ordninga målt som talet på innbyggjarar pr. mottakar av omsorgslønn, og kommunanes storleik. I tillegg blei kommunane valde med omsyn til geografisk spreing. Utvalet frå 2002 blei vidare supplert med 10 nye kommunar i utvalsplanen for 2010. Desse kommunane blei valt med omsyn til geografisk spreing og storleik. I 2002 var 2 bydelar frå Bergen og 4 bydelar frå Oslo med. Etter 2002 er organiseringa av bydelane endra, slik at utvalet frå 2010 omfattar bydelar med større geografiske einingar.

SSBs statistikk (SSB 2011) oppgjev at det var til saman 9121 mottakarar av omsorgslønn ved utgangen av 2009. Statistikken lar seg bryte ned på bydel (Oslo) og kommune. I nettoutvalet av kommunar og bydelar som var med i denne undersøkinga var det til saman 1049 mottakarar av omsorgslønn. Det betyr at undersøkinga er basera på eit utval kommunar med i alt 11,5 prosent av alle mottakarar av omsorgslønn.

Spørjeskjemaet blei sendt til kommunane i midten av desember 2010. I midten av mars 2011 hadde 48 av dei 59 kommunane og bydelane sendt inn skjema. Dette gjer ein svarprosent på vel 80, det same resultat som vart oppnådd i 2002. Spørjeskjemaet var utforma slik at det i hovudsak skulle vera mogleg å samanlikne resultatata med det som var samla inn i 2002. Spørjeskjemaet inneheldt kontaktinformasjon om kven som er administrativt ansvarleg for omsorgslønnsordninga i kommunen, og kven som var ansvarleg for utfylling av skjemaet.

Av omsyn til personvern blei prosjektet lagt fram for Personvernombodet ved Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD). Bakgrunnen for dette er at spørjeskjemaet inneheld ei registrering av mottakarar av omsorgslønn, og ulike eigenskapar ved desse. Desse eigenskapane inkluderte blant anna alder, kjønn og fødeland. Ettersom bustadskommune er kjent, var det nødvendig å kategorisere .d. alder. Dermed er det ikkje mogleg å identifisere enkelte mottakarar av omsorgslønn eller kven som var den hjelpetreng-

ande. Personvernombodet fant difor at spørjeskjemaet i prinsippet var anonymt, og difor ikkje trong meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysingslova.

Datagrunnlaget innehelt opplysingar om i alt 389 omsorgsrelasjonar, det vil seie opplysingar om mottakarar av omsorgslønn og eigenskapar ved den som fekk omsorg. I skjemaet var kommunane beden om å føre opp opplysningar om inntil 10 mottakarar av omsorgslønn. Til saman rapporterte kommunane at dei hadde 1043 mottakarar av omsorgslønn ved utgangen av 2010. Datagrunnlaget inneheldt altså 37 prosent av alle mottakarar i utvalskommunane, og litt over 4 prosent av alle mottakarar på nasjonalt nivå.

Datagrunnlaget frå 2002 omfatta om lag 260 omsorgsrelasjonar. Avviket mellom dei to registreringspunkta skuldast ikkje berre at utvalet var større, men også at kommunane i større grad brukar ordninga samanlikna med i 2002.

Til saman 14 opplysingar om desse omsorgsrelasjonane vart samla inn. Ikkje alle kommunane hadde registrert alle opplysingane om kvar relasjon. Difor varierer talet på observasjonar i dei ulike tabellane.

4 Kven gir omsorg og kven får omsorg? Endringar i personkretsen 1995–2010

Omsorgslønnsordninga er i utgangspunktet kjønnsnøytral. Sentrale spørsmål har vore om ordninga faktisk svekkar kvinners tilknytning til arbeidsmarknaden, eller gjer det vanskeligare for kvinner å fullføre utdanningsløp (Eriksen, Andersen et al. 2003). Ei undersøking basert på oppgaver frå kommunane kan ikkje isolere effekten av denne spesielle ordninga for den arbeidsdelinga den einskilde familie velgjer. Ofte vil det vere generelle kjønnsrollemønster ein kan avlese i den aktuelle kjønnsfordelinga som kan observerast på ulike tidspunkt. Bruken av omsorgslønnsordninga speglar det generelle kjønnsrollemønsteret i samfunnet heller enn å skape fordelinga. Summen av ulike offentlege tenester og kontantytningar kan sjølvsagt ha innverknad på kjønnsrollemønsteret, men dette er eit tema som ligg utanfor denne undersøkinga.

I tabell 1.1 ser vi at kvinner har dominert blant mottakarane og utgjorde 82 prosent i 2010. Andelen kvinner var 76 prosent i 2002. Skollerud si undersøking fann at det hadde vore ein mindre reduksjon i kvinneandelen frå 1995 til 2002. Undersøkinga frå 2010 tyder på at det som kunne

sjå ut som ein trend mot fleire menn som mottakarar ikkje held fram. Kvinneandelen er no tilbake til same nivå som i 1995.

Det mest vanlege når det gjeld slektskap er at det er foreldre som tek seg av barna sine. Kategorien son/dotter utgjorde 60 prosent i 2010 og 54 prosent i 2002. I alt 25 prosent av omsorgsrelasjonane handla om omsorg mellom ektefeller, mens 9 prosent var omsorg som blei gitt av barn til foreldre.

Når det gjeld omsorgsmottakaranes alder er dei fleste (71 prosent) mellom 27 og 59 år.

Tabell 1.1 Mottakarar av omsorgslønn etter omsorgsgjeverens kjønn, alder og relasjon til den som får omsorg. 2002 og 2010. Prosent. (N)

	2002	2010
<i>Kjønn</i>		
Kvinne	76	82
Mann	24	18
I alt	100	100
(N)	(257)	(375)
<i>Relasjon</i>		
Ektefelle	31	25
Son/dotter	54	60
Foreldre	7	9
Andre	8	7
I alt	100	100
(N)	(259)	(385)
<i>Alder</i>		
0-17	0	0
18-26	2	2
27-59	74	71
60-67	11	15
68+	13	12
	100	100
	(245)	(388)
<i>Fødeland</i>		
Noreg	-	90
Asia/Afrika/ Sør-Amerika	-	5
Andre	-	5
	-	100
	-	(388)

Innvandrarar, er dei overrepresenterte i bruken av ordninga? SSBs statistikk fortel at innvandrarar frå 3.verden, det vil seie Asia inkl. Tyrkia, Afrika, Sør- og Mellom-Amerika utgjorde 5,5 prosent av folkemengda i 2010 (SSB 2010a). Inkluderer ein aldersgruppa 0-15 var andelen noko høgare, 7,5 prosent (SSB 2010b). I utvalsundersøkinga var det 5 prosent av mottakarane av omsorgslønn som var frå Asia, Afrika, Sør- og Mellom-Amerika. I alt 44 prosent av dei som fekk omsorg var under 17 år. På denne bakgrunnen er det ikkje grunn til å tru at innvandrarar er overrepresentert når det gjeld bruken av ordninga.

Ser ein på aldersfordelinga hos dei som får omsorg (tabell 1.2) går det fram at 44 prosent var under 18 år i 2010. I alt 57 prosent var under 27 år, mens denne delen utgjorde 48 prosent i 2002. Slik det også gjekk fram av tabell 1.1 kan sjå ut til at ordninga i aukande grad omfattar foreldre som tek hand om egne barn. Berre i 18 prosent av tilfella handle det om omsorg gitt til personar over 67 år.

Tabell 1.3 viser tilhøvet mellom andelen kvinner og menn som er omsorgsgjeverar i dei ulike slektsrelasjonane i 2010. I tilfelle der det er tale om omsorg mellom ektefeller er andelen som gjer omsorg 60 prosent kvinner og 40 prosent menn. I lys av at det er lågare giftemålsalder og lenger levetid for kvinner kan ein seie at ordninga i praksis fungerer tilnærma kjønnsnøytralt. Det same er langt frå tilfelle når det gjeld omsorg for egne barn. Her er det kvinner som i hovudsak er den som gir omsorg. Andelen menn som var mottakarar av omsorgslønn utgjorde 8 prosent i 2010 og 9 prosent i 2002 (tabell 1.4) blant dei familiane som tok hand om egne barn. Når det gjeld omsorg for foreldre er det rapportert 19 prosent menn i 2010.

Ved tolking av resultatane som viser fordeling mellom kjønn er det viktig å vere klar over at pro-

Tabell 1.2 Mottakarar av omsorg etter alder. 2002 og 2010. Prosent. (N)

	2002	2010
<i>Alder</i>		
0-17	39	44
18-26	9	13
27-59	21	16
60-67	9	9
68+	22	18
I alt	100	100
(N)	(247)	(385)

Tabell 1.3 Mottakarar av omsorgslønn etter kjønn og relasjon til den som får omsorg. 2002. Prosent. (N)

	I alt	Kvinner	Menn	(N)
<i>Alle</i>	100	76	24	(259)
<i>Relasjon</i>				
Ektefelle	100	58	42	(80)
Son/dotter	100	91	9	(140)
Foreldre	100	77	24	(19)
Andre	100	68	32	(20)

Tabell 1.4 Mottakarar av omsorgslønn etter kjønn og relasjon til den som får omsorg. 2010. Prosent. (N)

	I alt	Kvinner	Menn	(N)
<i>Alle</i>	100	82	18	(372)
<i>Relasjon</i>				
Ektefelle	100	60	40	(94)
Son/dotter	100	92	8	(226)
Foreldre	100	81	19	(31)
Andre	100	83	17	(23)

sentfordelinga viser kven som får omsorgslønn. Dette er ikkje eit uttrykk for omfanget av den omsorga som foreldre eller andre pårørende yter i kvardagen. At mødrene utgjør 92 prosent av dei som fekk omsorgslønn for å pleie eigne barn betyr ikkje det same som at dei i praksis yter 92 prosent av omsorga. Det kan til dømes vere slik at det er mor som står som den formelle mottakaren av løna, men at foreldra likevel deler omsorgsoppgåvene likt.

Ein implikasjon av resultatane i tabell 1.4 er et dersom ordninga i første rekke nyttast som ektefelleomsorg vil vi få ei ordning som fungerer tilnærma kjønnsnøytralt. På det andre ytterpunktet

vil vi få ein svært ulik kjønnsbalanse dersom ein vel å satse ei ordning som i hovudsak skal vere ei yting til foreldre som tek hand om eigne barn. Dersom tendensen til at ordninga i aukande grad handlar om foreldre som har omsorg for eigne barn held fram, kan vi ikkje rekne med ei utjamning i ubalansen mellom kjønna.

5 Endringar i ordningas omfang

Mottakarar: Løve si undersøking i 1996 syntte at det var 3500 mottakarar av omsorgsløn i 1996. I 2002 var talet auka til 6500 (Skollerud 2003), til

Tabell 1.5 Søknader om omsorgslønn. I alt og fordele etter talet på innvilga og avslåtte søknader. Antal og prosent.

	Totalt	Innvilga	Avslått	Prosent andel avslått
Antall søknader, 1995 ¹	3000	2400	580	19
Antall søknader, 2001 ²	3780	2930	720	19
Antall søknader, 2010 ³	5147	3922	930	18
Antall søknader i 2010 ³ som gjaldt omsorg for personer 18 år eller yngre	2513	1974	382	15

¹ Kjelde 1995: Løve 1997

² Kjelde 2002: Skollerud 2003

³ Det totale omfanget av søknader som var rapportert var omtrent likt i 2009 og 2010. Estimert i tabellen er berekna ved å ta utgangspunkt i at det som var rapportert utgjorde eit representativt utval av 11,5 prosent av kommunane.

Tabell 1.6 Kommunenes budsjetterte og faktiske utgifter til omsorgslønn. Gjennomsnitt for kommunane og estimert beløp på landsnivå. 1995, 2002 og 2010.

År	Budsjett		Faktiske utgifter	
	Gjennomsnitt, tusen kroner	Totalt	Gjennomsnitt, tusen kroner	Totalt
1995 ¹	360	130 mill	330	120 mill
2002 ²	810	350 mill	900	390 mill
2010	1698	663 mill	1873	689 mill

¹ Kjelde 1995: Løwe 1997.

² Kjelde 2002: Skollerud 1993.

9070 ved utgangen av 2010. Disse tala er altså basera på oppgåver frå utval av kommunar (2002 og 2010, fullteljing i 1995). Talet frå 2010 ligg nær opptil det som er rapportert i SSBs Statistikk basera på IPLOS-registeret, som hadde registrert 9121 tilfeller av omsorgslønn i kommunane i 2009 (SSB 2011).

Talet på innvilga søknader vaks frå 2400 i 1995 til 2930 i 2002, til 3922 i 2010. Andelen søknader som blei avslått har vore stabilt i heile perioden på rundt 19 prosent. Vi ser at om lag halvparten av søknadene gjaldt barn under 18 år i 2010.

Kommunal økonomi: Berekna ut frå innbyggjartalet ved inngangen til fjerde kvartal i 2010 utgjorde budsjettet for omsorgslønn i gjennomsnitt 155 kroner pr. innbyggjar. Tilsvarende gjennomsnitt var 106 kr. Pr innbyggjar i 2002. Rekna i den gjennomsnittlege kroneverdien for 2010 tilsvarende 2002 beløpet 124 kroner. Utgiftene til omsorgslønn utviste stor variasjon mellom kommunane. Den kommunen som brukte mest brukte 817 kroner pr. innbyggjar på ordninga. Vel ein tredjedel av kommunane i utvalet brukte mindre enn 100 kroner pr. innbyggjar til omsorgslønn.

Kommunen med den høgaste registrerte utgifta pr. innbyggjar brukte 817 kroner pr. innbyggjar på ordninga. Vel ein tredjedel av kommunane

hadde eit budsjett på mindre enn 100 kroner pr. innbyggjar.

I alt 40 av dei 48 kommunane svarte ja på spørsmålet om dei hadde ein eigen budsjettpost for omsorgslønn. Til saman 8 prosent hadde ikkje ein slik budsjettpost i 2002, mens tilsvarende for 1996 var 20.

Det var 43 kommunar som hadde oppgitt storleiken på budsjettet for 2010, mens 39 kommunar hadde oppgitt omfanget av faktiske utgifter. Dette grunnlaget er bruka til å rekne ut storleiken på budsjettet og dei faktiske utgiftene. Talet på mottakarar av omsorgslønn i nettoutvalet utgjør 11,5 prosent av alle mottakarar som er oppgitt i SSBs statistikk. Dei kommunane som hadde oppgitt faktiske utgifter hadde 10,6 prosent av alle mottakarar, mens dei som hadde oppgitt budsjettet hadde 11,0 prosent av alle mottakarar av omsorgslønn. Desse andelane er bruka til å estimere budsjetta og utgiftene på nasjonalt nivå.

Som tabell 1.6 syner har det vore ein betydelig auke. I perioden frå 1995 til 2010 auka dei faktiske utgiftene til omsorgslønn frå 120 millionar til 689 millionar kroner. I same periode auka budsjettet frå 130 millionar til 663 millionar.

Ettersom kroneverdien har endra seg er tabellen lite eigna til å belyse endring over tid. I tabell 1.7

Tabell 1.7 Kommunenes budsjetterte og faktiske utgifter til omsorgslønn. Gjennomsnitt for kommunene og estimert beløp på landsnivå. 1995, 2002 og 2010. Justert etter den gjennomsnittlege kroneverdien i 2010.

År	Budsjett		Faktiske utgifter	
	Gjennomsnitt, tusen kroner	Totalt	Gjennomsnitt, tusen kroner	Totalt
1995 ¹	492	178 mill	451	164 mill
2002 ²	948	409 mill	1053	456 mill
2010	1698	663 mill	1873	689 mill

¹ Kjelde 1995: Løwe 1997.

² Kjelde 2002: Skollerud 1993.

er kroneverdien for 2002 og 1995 rekna om til kroneverdien for 2010.

Ein gjennomsnittskommune brukte i 1995 451000 kroner på omsorgslønn, i 2010 er beløpet over 1,8 millionar kroner.

På nasjonalt nivå har budsjettet auka frå 178 millionar i 1995 til om lag 663 millionar i 2010.

6 Lønns- og tilsettingsvilkår for omsorgslønsmottakarane

Dei aller fleste kommunane svarte at mottakarane ikkje er tilsett i kommunen, berre i ein kommune vert det oppgitt at vedkommande er tilsett i kommunen. I 2002 var det 10 prosent som var tilsett av kommunen.

Skjemaet hadde og eit spørsmål om kor lenge omsorgslønn vart innvilga. I alt 41 kommunar svarte på dette spørsmålet. Det mest vanlige er at omsorgslønn innvilgast for 12 månader (78 prosent). 12 prosent oppgav 6 månader. 3 kommunar oppgav 24 månader og ein kommune 36 månader.

Kva slags lønnsvilkår har dei som får omsorgslønn? Vel 80 prosent av kommunane seier at dei brukar timelønn etter same lønnsats som for heimhjelp, mens om lang 20 prosent seier at omsorgslønn lønnast etter andre satsar. Gjennomsnittsløna var 5704 kroner pr. måned (N=305). Justert etter kroneverdien i 2010 var gjennomsnittsløna i 2002 5278 kroner pr. måned (N=204). I nokon grad har det altså vore ein auke i gjennomsnittsløna. Det er på begge registreringstids-

Tabell 1.8 Utbetalt månadslønn i 2002 og 2010 fordelt etter kroner pr. måned. Prosent.

Kroner pr. måned, prosent	2002	2010
0-999	2	1
1000-1999	16	7
2000-2999	20	17
3000-3999	21	19
4000-4999	10	13
5000-5999	8	13
6000-6999	8	6
7000-7999	6	5
8000-8999	1	5
9000-9999	1	3
1000+	7	11
I alt	100 (N=204)	100 (N=305)

punkta stor variasjon mellom ulike grupper (tabell 1.8), men mønsteret er det same.

Kommunane blei spurde om kva som var høgaste og lågaste timetal pr. veke som blei tildelt mottakarane av omsorgslønn.

- Det lågaste timetalet varierte mellom 0,5 og 15 timar. Nesten 60 prosent av kommunane svarte at det lågaste timetalet var 3, 4 eller 5 timar.
- Det høgaste timetalet varierte frå 10 timar til 37,5. Vel 20 prosent av kommunane hadde mottakarar av omsorgslønn på tilnærma fulltid, dvs 36-37,5 timar.
- Det gjennomsnittlige talet på timar pr. veke var 10,6 timar (N=359), det same omfanget som i 2002 (N=221).

Når utgiftene til omsorgsløn har auka skuldast det altså ikkje at mottakarane får fleire timar. I nokon grad kan auken i utgifter tilskrivast større utbetalinga pr. time. Bakgrunnen for auken i utbetalingar frå kommunane er i hovudsak at det er blitt fleire som blir tildelt omsorgslønn.

7 Val av tildelingskriteriar

Kartlegginga omfatta spørsmålet «Hvilken betydning har hvert av de følgende forhold for om en søker vil få omsorgslønn i kommunen?». Resultata og dei ulike fråsegnene er lista opp i tabell 1.9. Likelydande spørsmål vart også stilt i 2002. Det avgjerande for kommunane når dei tildeler omsorgslønn er - før som nå - omsynet til mottakaren av lønna, og omfanget av omsorgsoppgåver som denne har. For omtrent alle kommunane i 2010 hadde det «Stor betydning» at «omsorgen er mer belastende enn normalt».

Ein kan også merke seg at 64 prosent av kommunane i 2010 meinte at «Den omsorgstrengendes ønsker» hadde «Stor betydning». Denne andelen var berre 20 prosent i 2002. Ei tolking av dette er at folk er blitt meir merksame på eksistensen av ordninga, og i større grad etterspør omsorgslønn.

Omsynet til kommunal økonomi har «noe betydning», men er ikkje blitt viktigare etter 2002. Sett på bakgrunn av at ordninga er blitt dyrare for kommunane, ser det likevel ikkje ut til at utgiftene opplevast som eit større problem enn før.

Det ser ut til å ha blitt færre kommunar som meiner at «Kommunenes muligheter for selv å tilby den omsorgstrengende de nødvendige tjenester» har «stor betydning». Kategorien «stor betydning» blei brukt av 58 prosent av kommunane i 2002 og 33 prosent i 2010. Dette resultatet

Tabell 1.9 Respons på spørsmålet «Hvilken betydning har hvert av de følgende forhold for om en søker vil få omsorgslønn i kommunen?» Prosent. 2002 (N=40) og 2010 (N=48)

		I alt	Stor betydning	Noe betydn.	Ingen betydning	Vet ikke
a) Omsorgsarbeidets omfang pr uke/døgn	2002	100	82	16	3	0
	2010	100	94	6	0	0
b) At omsorgen er mer belastende enn normalt	2002	100	90	10	0	0
	2010	100	98	2	0	0
c) Omsorgslønns mottaker har eller påføres inntektstap som følge av omsorgsarbeidet	2002	100	23	58	20	0
	2010	100	13	58	29	0
d) Omsorgslønns mottakers økonomi generelt	2002	100	13	85	2	0
	2010	100	13	85	2	0
f) Den omsorgstrengendes ønsker	2002	100	20	73	8	0
	2010	100	64	32	2	2
h) Den omsorgstrengendes økonomi	2002	100	10	88	3	0
	2010	100	4	94	2	0
i) Kommunens muligheter for selv å tilby den omsorgstrengende de nødvendige tjenester	2002	100	58	40	3	0
	2010	100	33	63	2	2
j) Om omsorgen blir billigere for kommunen	2002	100	3	58	35	5
	2010	100	2	54	42	2
k) Kommunens økonomi på søknadstidspunktet	2002	100	10	43	48	0
	2010	100	6	42	50	2

Tabell 1.10 Respons på spørsmålet «Hvilken betydning har hvert av de følgende forhold for om en søker vil få omsorgslønn i kommunen?» Prosent. 2010 (N=48)

	I alt	Stor betydning	Noe betydning	Ingen betydning	Vet ikke
e) Omsorg gitt av pårørende vurderes som uheldig for omsorgslønns mottaker	100	38	31	23	8
g) Omsorg gitt av pårørende vurderes som den beste løsningen for omsorgsmottaker	100	77	17	2	2

kan tyde på at kommunenes kapasitetsproblem er blitt mindre viktig når dei tildeler omsorgslønn.

I registreringa for 2010 var det tatt inn to nye spørsmål om korleis kommunane vurderte nytten for den som var mottakaren av omsorgslønn. I alt var det 38 prosent av kommunane som meinte at omsorgslønn kunne vere uheldig for dei som fekk ytinga (tabell 1.10). Dette er ei generell fråsegn, og betyr ikkje at kommunen meiner at ordninga er uheldig for dei som faktisk er tildela omsorgslønn. Som vi tidlegare har vist blir rundt 19 prosent av søknadene avvist.

8 Kommunenes evaluering av ordninga

I kva grad er kommunane samstemde synet på ordninga? Har kommunane endra oppfatning om korleis ordninga fungerer? Registreringsgrunnlaget inneheldt ei rekke fråsegnar om ordninga som er lista opp i tabell 1.11. Det må strekast under at dei synspunkta som kjem fram ikkje alltid kan takast som eit uttrykk for kommunens offisielle haldning eller meining. I dei fleste tilfelle

Omtrent halvparten av kommunane opplever det som eit problem at kriteria for tildeling av omsorgslønn er for upresise. Om lag to av tre kommunar meiner vidare at det er eit problem at kriteria for sjølve utmålinga av lønna er for upresise. Det store fleirtalet av kommunane meiner at departementet bør utforme klarare retningslinjer for utmåling og tildeling av omsorgslønn.

Eit sentralt spørsmål er om omsorgslønn bør vere ein lovbestemt rett. Frå kommunane er det vanskelig å få eit klart råd om dette, ettersom det er om lag like mange som er samd eller usamd i at omsorgslønn i større grad bør bli ein lovfesta.

Mønstra i tabellen er relativt stabile over tid. Det kan likevel sjå ut til at fleire kommunar meiner at ordninga kan spare kommunen for pengar. I 2010 var det i alt 63 prosent av kommunane som var heilt eller dels enige i fråsegna «Omsorgslønnsordninga vil kunne spare min kommune for pengar». Tilsvarende for 2002 var 43 prosent.

Kommunane vart og spurde om dei meinte det var problematisk at dei ikkje hadde lovheimel til å føre tilsyn og kontroll med omsorgsmottakarens situasjon. Over ein tredel av kommunane meinte dette var eit problem.

9 Omsorgsmottakaranes bruk av andre kommunale tenester: heimehjelp, heimesjukepleie, BPA

I registreringa av personkretsen omfatta også spørsmål om andre kommunale tenester og ytingar som var i bruk (tabell 1.12). Bruk av heimehjelp er blitt mindre vanleg, i 2010 var det 14 prosent av familiarne som fekk omsorgslønn som også hadde heimehjelp. Registreringa hadde også spørsmål om i kva grad kommunen tilsette pårørande som heimehjelp. I alt 92 prosent svarte at dette ikkje skjer i dag, mens 8 prosent brukte svarkategorien «Ja, det hender».

Tabell 1.11 Respons på spørsmålet «Hvordan stiller kommunene seg til de følgende utsagn om omsorgslønn?» 2002 og 2010. Prosent

		Helt enig	Dels enig	Dels uenig	Helt uenig	Vet ikke
Min kommunes kriterier for <i>tildeling</i> av omsorgslønn er for upresise	2002	13	30	13	39	5
	2010	13	30	28	19	11
Min kommunes kriterier for <i>utmåling</i> av omsorgslønn er for upresise	2002	15	36	21	23	5
	2010	17	55	9	11	9
Departementet bør gi klarere retningslinjer for tildeling og utmåling av omsorgslønn	2002	44	39	10	8	0
	2010	61	33	6	0	0
Alle kommuner bør ha mest mulig like regler for omsorgslønn	2002	62	28	8	3	0
	2010	75	7	5	0	0
Omsorgslønnsordninga vil kunne spare min kommune for pengar	2002	11	32	42	5	11
	2010	19	44	13	15	11
Omsorgslønn kan lett bli en tung økonomisk byrde for kommunen	2002	13	59	26	15	8
	2010	13	35	35	4	13
Kommunen bør gi omsorgslønn. til flere enn den gjør i dag, selv om vanlige hjemmetjenester da måtte redusere tilsvarende	2002	3	24	34	34	5
	2010	4	8	40	33	14
Familiarne bør kunne stå friere i valget av omsorgsløsning	2002	10	31	33	18	8
	2010	4	33	39	22	
Omsorgslønn burde i større grad bli en lovbestemt rettighet	2002	13	33	33	10	10
	2010	8	33	27	2	6
Det er viktig at man oppmuntres økonomisk til å ta seg mer av sine omsorgstrengende familiemedlemmer eller venner	2002	10	26	49	13	3
	2010	13	29	27	23	8

Tabell 1.12 Mottak av hjelpestønad samt pleie- og omsorgstenester etter alder til den som får omsorg. Prosent. 2002 og 2003.

	Mottar hjelpestønad		Hjemmehjelp		Hjemme- sykepleie	
	2002	2010	2002	2010	2002	2010
Alle	88	83	21	14	29	26
0-17 år	93	94	8	4	8	7
18-26 år	94	87	10	17	5	9
27-59 år	90	80	29	12	35	33
60-67 år	86	66	41	33	59	50
Eldre enn 67 år	63	68	35	25	62	60

Tabell 1.13 Bruk av støttekontakt, Tryggleiksalarm, BPA og dagsenter/avlastning etter alder. Omsorgslønnstilfeller. Prosent.

	Støttekontakt (N=336)	Trygghetsalarm (N=329)	BPA (N=326)	Dagsenter/ Avlastning (N=347)
Alle	37	15	8	55
0-17 år	39	1	11	75
18-26 år	57	0	3	61
27-59 år	40	20	3	33
60-67 år	45	32	10	37
Eldre enn 67 år	10	41	5	32

Det er svært vanleg, særleg i yngre aldersgrupper, at familien også er mottakarar av hjelpestønad. Dette heng saman med at mange kommunar krev at dei som søker om omsorgslønn også søker om hjelpestønad.

Bruk av ordninga med personleg brukarstyrt assistanse: I alt 19 prosent av kommunane svarte at dei ikkje nytta denne ordninga. Det var berre ein kommune som svarte at ordninga blei nytta utelukkande for barn, og ein kommune som utelukkande nytta ordninga for vaksne over 67 år. Det vanlege var altså at tilbodet blei gitt til alle aldersgrupper. Tabell 1.13 viser aldersfordelinga, og det kan sjå ut til at ordninga i relativt liten grad er bruka av aldersgruppene mellom 18 og 59 år. Tryggleiksalarm er mest vanleg blant dei eldre, mens dagsenter/avlastning er mest vanleg blant dei yngste.

10 Utgiftsvekst, kva er bakgrunnen? Resultat frå intervju med kommunar med høgt utgiftsnivå

Som vist tidligare i rapporten har kostnadene til ordninga auka i heile perioden frå 1995 til 2010. Eit hovudresultat er at fleire har søkt om og fått innvilga omsorgslønn (avsnitt 5). For å få vite meir om bakgrunnen for denne utviklinga blei det gjennomført telefonintervju med representantar (informantar) for dei som administrerte ordninga i 10 kommunar. Alle desse kommunane utmerka seg med relativt høge utgifter pr. innbyggjar til omsorgslønn. I dette underutvalet var det både større bykommunar og rurale kommunar med få innbyggjarar. Formålet med intervjuet var dels å klargjera om dei som arbeidde med ordninga i kommunane oppfatta at det over tid ..

- hadde blitt ein større etterspurnad etter omsorgslønn,
- eller om veksten skuldast at kommunen sjølv hadde lagt opp til å bruke ordninga mykje.

I tillegg spurde vi informantane om dei oppfatta nivået på ytinga i sin kommune som meir eller mindre omfattande enn gjennomsnittet for norske kommunar.

Fleire informantane meinte at dei hadde opplevd auka etterspurnad, og nemnde eit eller fleire av følgjande element som mulig årsaker:

- Kunnskap om ordninga gjennom internett, pasientorganisasjonar har ført til større etterspurnad.
- «Klyngeeffektar» der kunnskapen om ordninga spreiar seg i lokalmiljøet, (ryktebørsen), og fører til at fleire søker.
- Det er over tid blitt meir sosialt akseptabelt å ta i mot hjelp frå det offentlege.
- Det er blitt fleire barn med funksjonshemmingar enn tidligare.
- Helsetenesta nyttar i større grad enn tidligare diagnoser om problem som tidligare ikkje blei oppfatta som medisinske problem (eks. ADHD).

Frå kommunanes side meinte mange av informantane at dei hadde blitt flinkare til å informere om ordninga, og fått betre informasjonsrutinar. I aukande grad mente dei at det blitt eit større fokus på kommunanes plikt til å informere om ordninga. Nokon av informantane opplevde også at dei var for små til å gje eit tilpassa bustadtilbod og difor oftare nyttar omsorgslønn.

Hovudinstrykket frå intervjuet er at utgiftsveksten i hovudsak skuldast auka etterspurnad, og i mindre grad ein planlagd styring av kommunens tilbod mot omsorgslønn. Berre to av kommunane såg ut til å vere klar over at dei brukte relativt mykje på omsorgslønn samanlikna med andre

kommunar. Dei øvrige kommunane visste ikkje posisjonen til sin eigen kommune, men trudde at nivået var middels. Dette resultatet kan støtte opp under inntrykket av at utgiftsveksten i mindre grad skuldast ein medviten kommunal politikk for omsorgslønn.

Litteratur

- Eriksen, J., T. Andersen, et al. (2003). Omsorgslønn til foreldre med funksjonshemmede barn. Lønn, påskjønnelse eller avlat?, NOVA. Rapport 11/03.
- Løwe, T. (1997). *Kommunenes bruk av omsorgslønn. Rapport*, NOVA. 2/97.
- Skollerud, K. (2003). Omsorgslønn i et utvalg kommuner. Notat til Sosial- og helsedirektoratet. Februar 2003 NOVA.
- SSB (2010a). «Folkemengd, etter kjønn, alder og sivilstand. 1. januar 2010.» Retrieved 14.03., 2011, from <http://www.ssb.no/innvbef/tab-2010-04-29-01.html>.
- SSB (2010b). «Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre og personer med annen innvandringsbakgrunn etter kjønn, landbakgrunn og alder. 1. januar 2010. Absolutte tall og prosent». Retrieved 04.03, 2011, from <http://www.ssb.no/vis/emner/02/01/10/innvbef/main.html>.
- SSB (2011). «Tal mottakarar av avlasting, støttekontakt, omsorgslønn og brukarstyrt personleg assistanse. Alder. 2002-2009.» Retrieved 02.03., 2011, from <http://www.ssb.no/emner/03/02/pleie/tab-2010-07-08-08.html>.

Vedlegg 2

Yrkesdeltaking og erfaringar med kommunale støtteordningar og hjelpetilbod hos mødrer med funksjonshemma barn

Oppdrag for Kaasa-utvalet/Helsedirektoratet

Jon Erik Finnvold, NOVA

Føreord

Det er gjennomført få undersøkingar som kan belyse situasjonen til eit relativt stort utval familiar som har omsorg for barn med krevjande funksjonshemmingar. Kaasa-utvalet har sørga for finansiering av denne undersøkinga, som er gjennomført av NOVA i samarbeid med Statistisk sentralbyrå (SSB).

SSB har tilgang til register som kan identifisere familiar med funksjonshemmingar. Desse registra kan koplast mot andre register, og i tillegg supplerast med informasjon frå surveyundersøkingar. Gjennom Statistikklova har SSB lovheimel til å gjennomføre slike undersøkingar, som er unike også i internasjonal samanheng. Datainn-samlinga ble leia av Hilde E Pedersen i SSB. Trond Ekornrud og Øyvind Sivertstøl har også gitt viktige bidrag til etablering av datagrunnlaget. Susan Lingsom ved NOVA har også bidratt til gjennomføring av undersøkinga.

NAV, som er eigar av sentrale register som er bruka i undersøkinga, har etter søknad innvilga fritak for teieplikta. Prosjektet er også godkjend av Norsk Samfunnsvitskapleg datateneste, som er personvernombod for samfunnsforskning.

1 Innleiing og samandrag

1.1 Om oppdraget

Foreldre til barn med krevjande funksjonshemmingar vil i utgangspunktet stå overfor større utfordringar enn andre med å oppretthalde eller opprette relasjonar til yrkeslivet, eller med å fullføre utdanning som er kvalifiserande for arbeidsmarknaden. Mange slike familiar er mottakarar av omsorgsløn. Eit hovudspørsmål er om desse foreldra får ein svakare tilknytning til arbeidsmarkna-

den enn dei elles ville hatt dersom dei ikkje var mottakarar av omsorgsløn.

To ulike kontantytningar er sentrale for undersøkinga, nemlig kontantstøtte og hjelpestønad. Begge ordningane skal i utgangspunktet kompensere for hjelpebehov hos familiar med særleg store omsorgsoppgåver.

Ordninga med omsorgslønn blei introdusera i 1988 i samband med overføring av ansvaret for ulike helsetenester til kommunane. Seinare blei ordninga flytta til sosialtenestelova, og omfattar «lønn til personer som har et særlig tyngende omsorgsarbeid». Alle kommunar har etter denne lova plikt til å ha ei ordning med omsorgslønn. Det er derimot ikkje slik at nokon har rett til å få omsorgslønn. Ordninga er ei fullt ut kommunal yting, utan statlege løyvingar eller øyremærking. Hjelpestønad blir innvilga og utbetala av NAV. Alle har rett til hjelpestønad dersom dei fyller kriteria som gjeld for ordninga. Nokre kommunar praktiserer ei samordning av desse ytingane, og kan t.d krevje at familien har hjelpestønad for å kunne søke om omsorgslønn.

I tillegg til desse kontantytningane spelar ulike kommunale tenestetilbod ei viktig rolle for familiar. Dette gjeld særleg avlastningstenester, men også støttekontakt og brukarretta personleg assistanse (BPA).

Problemstillingar/tema:

- *Kva for faktorar bestemmer graden av yrkesaktivitet/høgaste oppnådde utdanning?* Har t. d. omsorgsløn nokon sjølvstendig innverknad på yrkesaktivitet? Er det slik at velfungerande og omfattande kommunale tenester legg til rette for yrkesdeltaking, mens bruk av kontantytningar – eventuelt også understøtta av trygdeordningar – fører til mindre grad av yrkesdeltaking?

- *Variasjonar i bruken av ordninga: kvifor har nokon familiar denne ytinga, mens andre ikkje har?* Er det barnets funksjonsevne som er avgjerande? Kva betyr kommunal praksis med omsyn til bruken av ytinga?
- *Kva for løysningar er best for å ivareta familiens og barnets omsorgsbehov, kva slag preferansar er det foreldra gjer uttrykk for?* I kva grad er det t.d slik at låg yrkesaktivitet er eit uttrykk for preferansar eller bevisste val hos foreldra?
- *Korleis er den sjølvrapporterte helsetilstanden til mødrene i utvalet?* Korleis oppfattar mødre med krevjande omsorgsoppgåver si eiga helse samanlikna med «normalbefolkninga»? I kva grad verkar sosio- demografiske kjenneteikn inn på korleis helsa blir vurdert, og korleis verkar barnets funksjonsevne inn?

1.2 Hovudresultat

Undersøkingpopulasjonen omfattar eit utval mødrer med barn mellom 9 og 14 år som er mottakarar av hjelpestønad sats 3 og 4. Nettoutvalet bestod av eit tilfeldig utval som omfatta vel ein tredel av alle i denne gruppa. Alle har krav på hjelpestønad ved alvorleg funksjonshemming, og dei som får sats 3 og 4 har barn med dei mest alvorlege funksjonshemmingane. I prinsippet skal dette utvalet gje eit innblikk i erfaringane til familiar med særleg krevjande omsorgsoppgåver. Utvalet treng likevel ikkje vere representativt for denne gruppa. Det er to hovudgrunnar til dette. Dei som velgjer å ikkje svare på undersøkinga kan ha andre eigenskapar enn dei som svarar. Det kan også finnes personar som ikkje har hjelpestønad sjølv om dei har barn som er kvalifisert for ytinga. Begge desse gruppene er tidkrevjande og vanskelege å nå i empiriske undersøkingar. Registeret over mottakarar av hjelpestønad står difor fram som eit målretta og kostnadseffektivt alternativ.

Til saman 43 % av mødrene i utvalet hadde også omsorgslønn frå kommunen. Eit hovudmål med undersøkinga er å belyse samanhenge mellom omsorgslønn og yrkesdeltaking. I nokon grad er det faktisk slik at dei som får omsorgslønn er mindre yrkesaktive, mens dei som får kommunale avlastningstenester er meir yrkesaktive. Den empiriske samanhengen mellom yrkesdeltaking og variasjonar i bruken kommunale tenester og kontantytningar er derimot svak samanlikna med sosio-kulturelle tilhøve, funksjonsevne hos barnet og helsetilstanden hos mødrene. Yrkesdeltakinga var klart lågare dersom barna hadde store tilsynsbehov. Mødrer med svak eigenvurdert helse var også mindre yrkesaktive. I gjennomsnitt var det

21 prosent som ikkje var i arbeid eller under utdanning. For mødrer fødd i 3. verda var denne andelen 41 prosent, og 36 prosent for mødrer med grunnskuleutdanning som høgaste fullførte utdanning. Undersøkingar frå andre land har vist at den relativt låge yrkesdeltakinga blant mødrer som har barn med funksjonshemmingar ikkje er ønska, og at behova for inkludering i arbeidslivet er like store for denne gruppa som for andre mødrer.

Kven er det så som får omsorgslønn? Variasjonar i kommunal praksis for tildeling av omsorgslønn var den faktoren som var den viktigaste. For familiar med funksjonshemma barn er det altså staden du bur som er mest avgjerande for om du får omsorgslønn eller ikkje, uavhengig av kor store hjelpebehova er. Barnets funksjonsevne spela og ein sentral rolle, dei som hadde barn som brukte rullestol, hadde store tilsynsbehov, eller fekk den høgaste satsen hjelpestønad hadde klart oftare omsorgslønn. Mødrer med svak eigenvurdert helsetilstand hadde sjeldnare enn andre omsorgslønn, mens dei som var mottakarar av avlastningstenester oftare hadde omsorgslønn.

Det var 20 prosent av dei som svarte som ikkje kjende til ordninga med omsorgslønn. Typisk for desse var at dei hadde barn med mindre alvorlege funksjonshemmingar. Det var også signifikant fleire innvandrarar frå 3. verden som ikkje kjende til ordninga.

Kvar fjerde familie i utvalet hadde ikkje hatt kommunale tenester slik som avlastningstenester, BPA og støttekontakt. Kjenneteikn ved dei som hadde brukt desse tenestene var at barnet hadde særleg store tilsynsbehov. Når det gjaldt sosiale skilnader i bruken av tenester utmerka mødrer med høg utdanning seg som særleg hyppige brukarar av BPA. Det var ein generelt høg tilfredshet med desse tenestene, mellom 82 og 87 prosent avarte at dei var «veldig fornøyd» eller «ganske fornøyd».

Av dei som hadde brukt kommunale tenester var det i alt 38 prosent som svarte at dei i stor grad sjølv kunne bestemme kven som skulle pleie eller hjelpe barnet. Ei like stor gruppe, 40 prosent, svarte at dei aldri eller i liten grad kunne bestemme kven som skulle vere saman med barnet. Dei som var mottakarar av den høgaste satsen hjelpestønad hadde i mindre grad enn andre medverknad på kven som skulle hjelpe barnet. Graden av medverknad hadde ein klar sosial profil, der høgt utdanna mødrer hadde større grad av medverknad enn mødrer med låg utdanning.

Undersøkinga inkluderte også spørsmål om preferansar for ulike typar av velferdsordningar.

Kven ville helst ha kontantytningar slik at foreldre kunne vere heime med barna, og kven ville helst ha kommunale tenester for betre å kunne kombinere omsorgsoppgåver med yrkesdeltaking? Ettersom yrkesdeltakinga var særleg låg for dei mødrene som hadde barn med relativt alvorlege funksjonshemmingar, skulle ein kanskje tru at denne gruppa i større grad enn andre hadde eit ønske om å vere heime. Resultata viste det motsette: desse mødrene ønska i større grad enn andre velferdsordningar som legg til rette for yrkesdeltaking. Det var også klart færre i denne gruppa som ville prioritera kontantstøtteordningar slik at dei kunne vere meir heime. Dei preferansane som mødrer med særleg krevjande omsorgsoppgåver gav uttrykk for inneber at jo meir krevjande omsorgsoppgåvene er, jo meir aukar behovet for samfunnsdeltaking gjennom yrkesaktivitet.

Innvandrarar frå 3 verda og mødrer med låg utdanning hadde i større grad enn andre ønske om å ta imot kontantytningar for å vere heime med barnet. Spørsmålet er kva som er bakgrunnen for dei sosiale variasjonane i preferansar for yrkesaktivitet. Det er mogleg at dei segmenta av arbeidsmarknaden som rekrutterer desse gruppene i mindre grad legg til rette for å kombinera arbeid med omsorgsoppgåver. Denne undersøkinga gjev ikkje svar på desse spørsmåla, og forskinga på området er begrensa.

Mødrene i utvalet hadde ein klart meir negativ vurdering av sin eigen helsetilstand samanlikna med det som er gjennomsnittet for den øvrige befolkninga. Dette resultatet – saman med den låge yrkesdeltakinga i denne gruppa – aktualiserer spørsmålet om pårørande til familiemedlemmer med særleg store omsorgsoppgåver i større grad bør definerast som eit eige politikkområde.

2 Datagrunnlag

Nettoutvalet omfatta 2000 mottakarar av utvida hjelpestønad sats 3 og 4. Trekkefila var frå 2008, og tok utgangspunkt mottakarar av stønad som var fødd i 1994 eller seinare, og som per mars 2011 var folkeregistrert på same adresse som mora.

Om hjelpestønad

Hjelpestønad er ei kontantytning som alle har rett til dersom dei fyller kriteria. Stønaden blir gitt til individ og familiar som har særskilte behov for pleie og tilsyn på grunn av medfødd funksjons-

hemming, skade eller sjukdom. Forhøya hjelpestønad kan tildelast barn og unge under 18 år. Stønad tildelast etter søknad med legeerklæring. Legeerklæringa må dokumentere kor mykje funksjonsevna til barnet er nedsett, kva som er årsaka til dette, og kor stort behovet er for stimulering, opplæring og trening. Det kan og vere aktuelt med tilleggsdokumentasjon frå til dømes skule og PPT. Frå den som søker treng ein og opplysingar om kor omfattande pleieoppgåvene er, og kor bunden vedkommande blir. Dette handlar i stor grad om daglege gjeremål slik som av/påkledning, personleg hygiene, måltid og nattleg tilsyn.

Det er ein føresetnad at pleie og tilsyn blir utført av private, det vil i dei fleste tilfelle seie nære sletningar, slik som foreldre og ektefelle. Hjelpestønaden er ei skattefri yting, og utgjorde 4 452 kroner pr. måned for sats 2, og 6 678 kroner for sats 4.

I 2008 var det i alt 7 144 mottakarar av hjelpestønad sats 3 (5224) og 4 (1920) (NAV 2008). Dette omfanget har endra seg lite fram til mars 2011. Om lag 85 500 personar får hjelpestønad sats 0 til 4.

Bruttoutval

Bruttoutvalet utgjorde altså litt i underkant av ein tredel av dei som hadde hjelpestønad sats 3 og 4. I prinsippet skal utvalet utgjere ein vesentleg del av dei familiare som har dei mest omfattande pleieoppgåvene for borna sine. Det kan likevel vere slik at det finst familiar med like omfattande pleiebehov som ikkje har hjelpestønad. Det kan skuldast at dei ikkje ønskjer å søke, at dei ikkje kjenner til ordninga, eller at dei av ulike grunnar ikkje har nådd fram i søkeprosessen. Ein veit derimot lite om omfanget av eventuelt underforbruk av slike ordningar.

Svarprosent og fråfall

I alt 1066 skjema kom inn, ein svarprosent på 53. Dette resultatet må karakteriserast som tilfredsstillande, tatt i betraktning at det dreier seg om ei gruppe som ofte er i ein krevjande livssituasjon, og som sjølv har ein helsetilstand som er svakare enn gjennomsnittet (sjå kap 7). Tabell 2 i vedlegg 1 gjer ein oversikt over kven som har svart. Den viser eit forventa mønster der dei med låg alder, utdanning, inntekt eller yrkesaktivitet svarar sjeldnare enn andre. Framfor alt er det dei som er mottakarar av sosialhjelp som ikkje svarar. Dette betyr at gjennomsnittstal for t d yrkesaktivitet vil ligge noko høgare enn det som reelt sett er tilfelle.

Tabell 2.1 Nøkkeltall for undersøkelsen

Nøkkeltall	Antall	Prosent
Utval	2000	100
Avgang (barn bosatt på institusjon)	3	0.15
Bruttoutvalg	1997	99.85
Returer	19	0.95
Frafall	931	46.6
Nettoutvalg (personer som svarte)	1066	53.4
Innsamlingsmetode: Postalt spørreskjema		
Skjemaomfang: 4 sider		
Feltperiode: 11. april – 29. mai 2011		

I analyser som bruker desse variablane kan låg svarprosent vere eit problem dersom dei som har svart skil seg frå dei som ikkje har svart i måten dei svarte på skjemaet. Dette er det vanskelig å vite noko om.

Tabellen har også eit uventa resultat: Innvandrarakar frå tredje verda har svart like ofte som det øvrige utvalet. Dette er ikkje i tråd med det ein har funne i survey- undersøkingar. Ein årsak til dette kan ligge i utvalspopulasjonen, som byggjer på eit utval som alt er tilkjent ei behovsprøva kontantytting. Det er mogleg at dette er ei ytting som av ulike grunnar er mindre tilgjengelig for innvandrarakar samanlikna med andre grupper, og at det difor er ei selektert gruppe innvandrarakar som har fått denne stønaden. Det er vanskelig å konkludere noko sikkert om dette, blant anna fordi ein ikkje veit noko om det totale omfanget av funksjonshemmingar blant innvandrarakar.

Nettoutvalet

Det er ein ubalanse mellom kjønna: 63 prosent gutar. Alder på barna er frå 9 til 14 år.

Mors innvandringskategori: Førstegenerasjonsinnvandrarakar utan norsk bakgrunn utgjorde vel 11 prosent. Mors landbakgrunn: I alt 6 prosent var fødd i Asia, Afrika, Sør og Mellom-Amerika.

Registerinformasjon:

- Variable frå FD-trygd omfattar blant anna:
- Barnets kjønn
- Barnets alder
- Mors fødeland (verdensdel)
- Fars fødeland (verdensdel)
- Mors innvandringskategori (6 kategorier)

- Antall barn i familien under 18 år
- Antall barn under 6 år
- Arbeidsledig mor/far
- Økonomisk sosialhjelp mor/far, varighet
- Sysselsetting, lønnstaker eller selvstendig (3 verdier)
- Høyeste fullførte utdanning for mor og far

Kommunedata gjort tilgjengelig via Kostra, Statistikkbanken:

- bosatte i kommuner som har/ikkje har mottakere med hjelpestønad
- sentralitet/landsdel
- arbeidsmarkedsindikatorar

3 Yrkesdeltaking

3.1 Innleiing

I kva grad er mødrene i undersøkinga yrkesaktive? Ønskjer dei å jobbe meir eller mindre? Kva slags grunner er det dei oppgjer for at dei ikkje arbeider så mykje eller lite som dei måtte ønske? Desse spørsmåla blir svart på i avsnitt 3.2. Avsnittet identifiserer tre undergrupper:

- dei som ikkje er yrkesaktive eller under utdanning,
- dei som ikkje er yrkesaktive eller under utdanning og heller ikkje ønskjer å vere yrkesaktive,
- dei som er fulltids yrkesaktive.

Avsnitt 3.3 byggjer opp ein empirisk analyse der målet å identifisere faktorar som verkar inn på sjansane til å tilhøyre dei tre ulike tilpassingane til arbeidslivet. Skuldast variasjonar i yrkesaktivitet

Tabell 2.2 Respons på spørsmålet «Ønsker den av dere som har hovedomsorgen for barnet å arbeide mer eller mindre? Besvares også dersom den som har hovedomsorgen ikke er yrkesaktiv». Prosent

Ønsker å jobbe meir	33
Fornøyd slik det er i dag	43
Ønsker å jobbe mindre	24
I alt	100
(N)	(1041)

Tabell 2.3 Respons på spørsmålet «I hvilken grad hindrer følgende forhold deg å jobbe mer». Prosent. N

	I alt	Hindrer i stor grad	Hindrer i noen grad	Hindrer i liten grad/ hindrer ikke	(N)
Barnet krever for mye	100	63	31	6	(328)
Får ikkje nok hjelp til barnet	100	38	34	28	(278)
Hjelpen er ikke god nok	100	29	31	40	(261)
Egen helse	100	25	24	51	(283)

Tabell 2.4 Respons på spørsmålet «I hvilken grad hindrer følgende forhold deg å jobbe mindre». Prosent. N

	I alt	Hindrer i stor grad	Hindrer i noen grad	Hindrer i liten grad/ hindrer ikkje	(N)
Økonomi/har ikkje råd	100	74	20	6	(245)
Vanskelig å få lavere stillingsandel	100	27	27	46	(184)

at det kommunale tenesteapparatet retta mot funksjonshemma barn ikkje er godt nok utbygd eller har god nok kvalitet? Er dei som er mottakarrar av omsorgslønn mindre yrkesaktive? Kva med mødrenes etniske bakgrunn, utdanning, familietype og helsetilstand? Barnets funksjonsevne vil truleg også ha innverknad på graden av yrkesdeltaking. Eller er det personlege preferansar for det å vere heime med barn som er avgjerande for yrkesaktiviteten?

3.2 Omfang av yrkesdeltaking

Av dei som svarte var det 25 prosent av mødrene som ikkje var yrkesaktive. I denne gruppa var det 43 mødrer som varte at dei studerte eller var under utdanning. Mødrer som verken jobba eller studerte utgjorde dermed 21 prosent (N= 234).

Tabell 2.1 viser at eit fleirtal i utvalet er tilfreds med graden av yrkesaktivitet, mens 33 prosent ønskjer å jobbe meir, og 24 prosent ønskjer å jobbe mindre. Tabell 2.2 og 2.3 fortel litt om bakgrunnen for desse preferansane. Barnets situasjon er hovudgrunnen til at fleire ikkje får realisert ønsket om meir yrkesdeltaking. For dei som ønskjer å jobbe mindre er det omsynet til økonomien som er avgjerande for at dei faktisk ikkje er mindre yrkesaktive.

I kva grad er det å vera utanfor arbeidslivet noko mødrene sjølv har ønska? Det kan ein få eit inntrykk av gjennom å undersøke kor mange av dei som ikkje var i arbeid eller under utdanning som svarte » Ønsker å jobbe mer» på spørsmålet «Ønsker den av dere som har hovedomsorgen for barnet å arbeide mer eller mindre? Besvares også dersom den som har hovedomsorgen ikke er

yrkesaktiv». Av dei som var utanfor arbeidslivet var det 54 prosent som svarte at dei helst ville arbeide meir. Den gruppa som ikkje er i arbeid, og som heller ikkje ønskjer det, utgjorde altså vel 9 prosent av dei som svarte. Blant det fleirtalet som faktisk var i arbeid var 28 prosent som svarte at dei helst ville arbeide meir.

Dei som var i arbeid blei beden om å gje opp kor mange timar dei arbeidde i veka. Det var vel 31 prosent som arbeidde fulltid, dvs hadde ei arbeidstid på 35 timar i veka eller meir.

Omfanget av dei tre gruppene som blir nærmare undersøkt i neste avsnitt ser då slik ut:

- dei som ikkje er yrkesaktive eller under utdanning: 21 prosent,
- dei som ikkje er yrkesaktive eller under utdanning og heller ikkje ønskjer å vere yrkesaktive, 9 prosent,
- dei som er fulltids yrkesaktive, 31 prosent

3.3 Variasjonar i yrkesdeltaking: relevante faktorar

Lokalt tenestetilbod

Barna må ha eit akseptabelt alternativ når foreldra er på arbeid. I litteraturen er det fokusert på at det lokale tenestetilbodet er tilpassa barn med særlege behov, og at yrkesutøvarane i desse tenestene har kompetanse som er tilpassa behova til denne gruppa (Lewis, Kagan et al. 1999). Det er viktig å bygge relasjonar mellom foreldre og yrkesutøvarar, slik at tenesteapparatet ikkje står fram som fragmentera, men at familiane har eit fast punkt å vende seg til (Sloper 1998). Fleire studiar rapporterer ulike problem som familiar med funksjonshemma barn har i møtet med tenesteapparatet. I denne undersøkinga ser vi på ulike aspekt ved familianes erfaringar med ulike kommunale tenester:

- Er det stor misnøye med tenestetilbodet, og fører i så fall denne misnøya til lågare yrkesdeltaking?
- Har familiane kontroll på kven det er frå kommunen som yter tenester, og har graden av kontroll samanheng med yrkesdeltaking (Arksey and Glendinning 2007)
- Er typen av kommunale tenester, og bruksfrekvensen av desse, knytt til yrkesdeltaking? Kva med omsorgslønn?

Sosial ulikskap

Det finst få tidlige studiar som har undersøkt sosiale gradientar når det gjeld yrkesdeltaking blant kvinner med funksjonshemma barn. Ein amerikansk studie har funne at yrkesdeltakinga er lågare hos etniske minoritetar og låginntektsgrupper, mens einslege forsørgjarar ikkje hadde lågare yrkesdeltaking enn andre (Breslau, Salkever et al. 1982).

Hos høginntektsgrupper var yrkesdeltakinga faktiske høgare hos kvinner med funksjonshemma barn samanlikna med andre barnefamiljar, men desse kvinne arbeidde i større grad deltid. Etniske minoritetar og låginntektsgrupper hadde oftare tilgang på behovsprøva offentlege tenester og støtte, utan at forfatarane fann at dette kunne vere forklaringa på den låge yrkesdeltakinga i desse gruppene. Konklusjonen var at for låginntektsgrupper og etniske minoritetar representerte barn men funksjonshemming eit større hinder for yrkesdeltaking samanlikna med andre grupper. Dette handla i følgje forfatarane om klasserelaterte variasjonar i potensialet for yrkesdeltaking. Desse gruppene har typar av arbeid som ofte er manuelle og krev lite kompetanse, jobbar som ofte er lite fleksible og vanskelige å kombinera med omsorgsoppgåver. Det vart også konkludera at høgstatusyrke representerte positive psykologiske verknader som ikkje er knytt til sjølve inntekta, og som ikkje er tilstade i meir rutineprega yrker. Det dreier seg om yrker som i større grad byggjer opp om sjølvkjensle og individuell identitet. Vår studie fokuserar på etnisitet, utdanningsnivå og familietype (einesorsørgjarar): er yrkesdeltakinga mindre for desse gruppene? Kva tyder i så fall dette?

Barnets funksjonsevne og mors helse

Graden av funksjonshemming vil også ha konsekvensar for yrkesaktivitet. Utvalet inkluderer familiar som har hjelpestønad sats 3 og 4, og har dermed relativt krevjande omsorgsoppgåver. Likevel kan det vere store variasjonar innafor denne gruppa. Difor er det i skjemaet tatt inn spørsmål som skal fange opp variasjonar i funksjonsevne. Det er også tatt inn eit spørsmål om mors helsetilstand.

Lokal arbeidsmarknad og variasjonar i yrkesdeltaking

Arbeidsmarknaden i Norge må betraktast som relativt velfungerande. Dette er likevel ei generali-

sering, det finst geografiske område som kjem dårlegare ut enn andre, og det finst grupper i befolkninga med lågare yrkesdeltaking enn andre. I datagrunnlaget har vi identifisert busette i kommunar låg generelle yrkesdeltaking. Vi har også identifisert busette i kommunar med relativt lågt inntektsnivå. Dersom den lokale arbeidsmarknaden er prega av få og dårleg betalte arbeidsplassar, kan det vere at fleire velgjer å bli heime framfor å delta i en relativt sett mindre attraktiv arbeidsmarknad.

Preferansar og haldningar til kontantstøtte

I debatten rundt kontantstøtteordningar blir det ofte hevda at mange ønskjer kontantyttingar framfor t d barnehageplass eller offentlege tenester. Det følgjer av ei slik tolking at mange av dei som ikkje er yrkesaktive har gjort eit bevisst val om å stå utanfor arbeidsmarknaden. I datagrunnlaget er det gjort et forsøk på å operasjonalisere variasjonar i haldningar til kontantstøtteordningar (sjå kapittel 5). I kva grad har variasjonar i haldningar til kontantstøtteordningar innverknad på yrkesdeltaking?

3.4 Variasjonar i yrkesdeltaking: empiriske samanhengar

Kva er det som kjenneteiknar dei som ikkje er yrkesaktive eller under utdanning?

Tabell 2.4 antyder fleire mønstre. Det er færre yrkesaktive blant dei som er mottakarar av omsorgslønn. Yrkesdeltakinga er klart lågare blant innvandrarar frå 3. verda. Jo meir tilsyn barnet treng, og jo svakare eigenvurdert helse mor har, jo lågare er yrkesdeltakinga. Yrkesdeltakinga er også nært knytt til utdanningsnivå. Typisk for dei som ikkje var i arbeid var at dei hadde låg utdanning (36 prosent som ikkje var i arbeid eller under utdanning). For mødrer med utdanning på masternivå eller over var det 10 prosent som ikkje var i arbeid eller under utdanning.

Tabell 2.5 presenterer korrelasjonar mellom ulike typar av variable og yrkesaktivitet.

- Det er ein klar statistisk signifikant samanheng mellom låg yrkesaktivitet og omsorgslønn. Dette gjeld også når ein tek omsyn til andre faktorar som t. d. barnets funksjonsevne.
- Mødrer som har barn som treng mykje tilsyn er klart mindre yrkesaktive. Variable som skal fange opp funksjonsevne hos barnet er nært korrelert, slik at det ikkje er lett å avgjera kva det er som verkar inn.

- Mødrer med svak (dårlig eller svært dårlig eigenvurdert helse) er den gruppa som har lågast yrkesaktivitet, med nesten fem gongar mindre sannsynlighet for å vera yrkesaktive.
- I familiar som er mottakarar av avlastningstenester er mødrer oftare yrkesaktive. Det er også ein tendens (signifikant på 8 % nivå) til at dei som har støttekontakt er meir yrkesaktive. Dei som svarte rapporterte om stor grad av tilfredshet med desse tenestene. Det var ingen samanheng mellom misnøye og yrkesdeltaking (resultat ikkje vist i tabell).
- Yrkesdeltaking utviser klare sosiale skiljeliner. Mødrer med låg utdanning, einslege forsørgjarar og innvandrarar frå 3.verden hadde klart lågare yrkesdeltaking. Særleg innvandrarar utmerkar seg med låg yrkesdeltaking.
- Det er ingen samanheng mellom yrkesaktivitet og lokal arbeidsmarknad.

Tabell 2.6 inkluderer også ein variable som fangar opp preferansar for ulike typar av velferdsordningar. Utvalet blei stilt spørsmålet «Dersom du/dere kunne velge, hva ville vært den beste løsningen for å ivareta familiens behov ved krevende omsorgsoppgaver? Variabelen i tabell 2.6 identifiserer dei som nytta svaralternativet «Foretrekker kontantstøtte (omsorgslønn, hjelpestønad eller lignende) for selv å utføre omsorgsarbeid hjemme». Inkludering av denne variabelen endrar lite på hovudbiletet, og ikkje overraskande er yrkesdeltakinga lågare for dei som ønskjer kontantstøtte (sjå nærmare analyse i kapittel 5).

Tabell 2.7 identifiserer kjenneteikn ved dei som er fulltids yrkesaktive (arbeider 35 timar eller meir i veka). I utvalet utgjorde denne gruppa 31 prosent. Det er ein tendens til at dei som sjølv kan bestemme kven som pleier barnet oftare enn andre er fulltids yrkesaktive. Elles er mors helse-tilstand klart signifikant. Det er i særleg grad utdanningsnivået som spelar inn på sannsynligheten for å vera fulltids yrkesaktiv.

Kven er dei som ikkje er i arbeid, og svarte at dei heller ikkje hadde eit ønske om å vera yrkesaktiv? Tabell 2.8 syner at dette handla om kvinner med låg utdanning, men også kvinner som var fødd i 3.verda. Også dårleg helse hos mor verkar inn.

3.5 Oppsummering

Som forventta hadde mødrer med dårleg helse eller barn med særleg store tilsynsbehov lågare yrkesaktivitet. Det var også klare sosiale gradientar, der grupper som i befolkninga forøvrig har ei

Tabell 2.5 Andel som var utan arbeid og som heller ikkje var under utdanning. Prosent. (N)

Alle	21	(1099)
Mødrer som får omsorgslønn	26	(466)
Mødrer som ikkje får omsorgslønn	18	(631)
<i>Hvor mye tilsyn trenger barnet i hverdagen?</i>		
Greier seg like bra som andre barn	8	(36)
Må ha noe ekstra tilsyn	16	(347)
Trenger mye tilsyn	25	(693)
<i>Hvordan vurderer du din egen helse sånn i sin alminnelighet? Vil du si den er ...</i>		
Meget god	9	(185)
God	13	(401)
Verken god eller dårlig	24	(315)
Dårlig	46	(153)
Meget dårlig	66	(29)
<i>Utdanningsnivå</i>		
Mor grunnskuleutdanning	36	(202)
Mor meir enn grunnskuleutdanning	18	(896)
Mor høgare utdanning (master+)	10	(63)
Mor mindre enn masternivå	22	(1035)
Mor født i 3.verden	41	(70)
Andre fødeland	21	(1028)

svakare tilknytning til arbeidsmarknaden også kjem dårlegare ut. Denne ulikskapen er truleg større enn elles i befolkninga, utan at vi i denne undersøkinga har grunnlag for å trekke sikre slutningar om dette. Det betyr i så fall at funksjonshemming skapar større problem for deltaking i arbeidsmarknaden for grupper som i utgangspunktet har ein svakare posisjon, nemlig dei med låg utdanning, einslege forsørgjarar og innvandrarar. Desse gruppene gjer i større grad enn andre uttrykk for at dei også ønskjer å vere heime framfor å vere yrkesaktive (kapittel 5). Analysane i tabell 2.5 tek omsyn til dette gjennom å inkludere preferansar som variabel, utan at dette svekkar inntrykket av den sosiale gradienten. Arbeids-

marknaden som arena for sosial inkludering blir dermed mindre tilgjengelig for desse gruppene.

Årsakene til den sosiale gradienten kan ikkje undersøkinga gje svar på. Som vi alt har vore inne på kan det vere slik at yrker med lågare utdanningskrav er mindre fleksible og truleg i mindre grad enn andre yrker lar seg kombinere med omsorgsoppgåver. Det kan også vere slik at yrker som krev eit høgt utdanningsnivå gjev høgare inntekter, og meir positive bidrag til sjølvkjensle. Dette kan gjere det meir motiverande å velje yrkesaktivitet.

Hypotesa om at dårlege erfaringar med det kommunale tenestetilbodet førte til mindre yrkesaktivitet slo altså ikkje til. Til ein viss grad kan ein

Tabell 2.6 Multivariat logistisk regresjonsanalyse. Sannsynlighet for å ikkje vera yrkesaktiv eller under utdanning.

	OR	95 % Konfidens intervall		P-verdi
Har omsorgslønn	1.65	1.17	2.33	0.00
Får hjelpestønad sats 4 (sats 3 = referanse)	1.18	0.78	1.78	0.44
Barnet brukar rullestol	0.95	0.60	1.51	0.82
Barnet treng mykje tilsyn	1.83	1.24	2.70	0.00
Mor har god eigenvurdert helse	0.53	0.30	0.92	0.03
Mor har svak eigenvurdert helse	4.79	3.29	6.97	0.00
Kan sjølv bestemme kven som pleier barnet	0.87	0.57	1.31	0.50
Barnet har støttkontakt	0.73	0.50	1.04	0.08
Er mottakar av avlastningstenester	0.69	0.48	0.99	0.05
Er mottakar av BPA	1.05	0.51	2.19	0.89
Mor har lågt utdanningsnivå (grunnskule)	2.21	1.52	3.22	0.00
Mor har høgt utdanningsnivå (master+)	0.46	0.17	1.19	0.11
Mor fødd i 3.verden	2.73	1.52	4.88	0.00
Mor bur aleine med barnet	2.11	1.49	2.97	0.00
Busett i kommunar med høg arbeidsløyse	1.05	0.68	1.62	0.83
Busett i kommunar med lågt inntektsnivå	1.14	0.80	1.63	0.47

seie at det å ha kontroll over kven som er saman med barnet aukar mulighetene for å vera fulltids yrkesaktiv. I nokon grad var det også slik at bruk av kommunale tenester auka mulighetene for å vera yrkesaktive.

Inntrykket av at yrkesdeltakinga blant mødrer barn er relativt lågt, og at den låge yrkesdeltakinga ikkje er noko som nødvendigvis er eit ønske, finn også støtte i andre undersøkingar. Yrkesdeltaking medfører ei rekke økonomiske, psykologiske og sosiale fordelar, og blir sett på som eit gode og ei kjelde til sjølvkjensle og sosial nettverk (Lewis, Kagan et al. 1999; Shearn and Todd 2001). Låg yrkesdeltakinga kunne i følge desse undersøkingane ikkje tilskrivast behov som var kvalitativt ulike det andre mødrer hadde, ideologiske og strukturelle barrierer var bakgrunnen for den låge yrkesdeltakinga. Ønsket om yrkes-

deltaking var ikkje mindre hos mødrer med funksjonshemma barn (Gordon, Rosenman et al. 2006).

4 Bruk av omsorgslønn og kommunale tenester

Utvalet skal i prinsippet omfatte dei familiane med dei største utfordringane når det gjeld omsorg for barn med funksjonshemmingar. I dette kapitlet ser vi nærmare på bruken av omsorgslønn og andre relevante kommunale tenester. Eit sentralt tema som ikkje er med i undersøkinga er skule-systemet, og korleis dette lukkast med å integrere barna. Dette er særleg relevant for denne undersøkingpopulasjonen, med barn mellom 9 og 14 år.

Tabell 2.7 Multivariat logistisk regresjonsanalyse. Sannsynlighet for å ikkje vera yrkesaktiv eller under utdanning.

	OR	95 % Konfidens intervall		P-verdi
Har omsorgslønn	1.55	1.09	2.20	0.01
Får hjelpestønad sats 4 (sats 3 = referanse)	1.22	0.80	1.86	0.35
Barnet brukar rullestol	1.00	0.63	1.60	1.00
Barnet treng mykje tilsyn	1.93	1.30	2.86	0.00
Mor har god eigenvurdert helse	0.53	0.30	0.93	0.03
Mor har svak eigenvurdert helse	4.68	3.21	6.83	0.00
Kan sjølv bestemme kven som pleier barnet	0.85	0.56	1.29	0.44
Barnet har støttekontakt	0.74	0.52	1.07	0.11
Er mottakar av avlastningstenester	0.80	0.55	1.16	0.23
Er mottakar av BPA	1.33	0.63	2.82	0.45
Mor har lågt utdanningsnivå (grunnskule)	2.04	1.40	2.98	0.00
Mor har høgt utdanningsnivå (master+)	0.48	0.18	1.24	0.13
Mor fødd i 3.verden	2.53	1.40	4.57	0.00
Mor bur aleine med barnet	2.02	1.43	2.85	0.00
Buset i kommunar med høg arbeidsløyse	1.08	0.69	1.67	0.74
Buset i kommunar med lågt inntektsnivå	1.09	0.76	1.57	0.62
Ønsker omsorgslønn framfor yrkesaktivitet og kommunale tenester	1.87	1.32	2.66	0.00

4.1 Omsorgslønn

I alt 43 prosent av mødrene i utvalet mottakarar av omsorgslønn (tabell 2.9). Spørjeskjemaet var ikkje sendt til ei relativt lita gruppe fedre som var eineforsørgjarar. Tabellen strekar under dominansen som mødrene har når det gjeld omsorg for barn med funksjonshemmingar. I berre to prosent av tilfella var det far som var mottakar av omsorgslønn.

Tabell 2.10 fortel kven det er som er mottakarar av omsorgslønn. Alle variable som fortel noko om barnets funksjonsevne er signifikante, jo større behov jo meir aukar sannsynligheten for at mor har omsorgslønn. Vi kan derfor seie at ordninga fungerer etter intensjonen gjennom å tildele stønad til familiar med dei største omsorgsbe-

hova. Dei som er mottakarar av avlastningstenester er samtidig også oftare mottakarar av omsorgslønn. Dette betyr at det ikkje er snakk om eit enten-eller når det gjeld tenester og kontantytningar. Det mest vanlege er altså å få *både* tenester og kontantytningar. Nokon markante sosio-kulturelle skiljeliner er det ikkje, sjølv om mødrer med høg utdanning sjeldnare får omsorgslønn.

Behova for ytinga i form av barnets funksjonsevne er viktig nok, men den klart viktigaste faktoren som bestemmer om ytinga vert tildela eller ikkje er variasjonar i kommunal paraksis når det gjeld tildeling av omsorgslønn. Det er også slik at dei som har preferansar for kontantytningar oftare også har slike.

Tabell 2.10 syner også at mødrer med svak eigenvurdert helse klart sjeldnare enn andre ikkje

Tabell 2.8 Multivariat logistisk regresjonsanalyse. Sannsynlighet for å vere fulltids yrkesaktiv.

	OR	95 % Konfidens intervall		P-verdi
Får hjelpestønad sats 4 (sats 3 = referanse)	0.84	0.59	1.20	0.34
Barnet brukar rullestol	0.77	0.51	1.16	0.21
Barnet treng mykje tilsyn	0.77	0.57	1.05	0.10
Mor har god eigenvurdert helse	1.44	1.02	2.03	0.04
Mor har svak eigenvurdert helse	0.44	0.29	0.68	0.00
Kan sjølv bestemme kven som pleier barnet	1.37	0.99	1.88	0.06
Barnet har støttekontakt	1.11	0.83	1.49	0.49
Er mottakar av avlastningstenester	0.99	0.73	1.34	0.95
Er mottakar av BPA	1.03	0.55	1.92	0.93
Mor har lågt utdanningsnivå (grunnskule)	0.44	0.30	0.67	0.00
Mor har høgt utdanningsnivå (master+)	3.26	1.86	5.70	0.00
Mor fødd i 3.verden	0.81	0.44	1.47	0.48
Mor bur aleine med barnet	0.85	0.62	1.16	0.31
Busett i kommunar med høg arbeidsløyse	1.12	0.77	1.64	0.55
Busett i kommunar med lågt inntektsnivå	0.99	0.73	1.34	0.95

er mottakarar av omsorgslønn. Dette kan skuldast prioriteringar som blir gjort av dei som tildeler omsorgslønn i kommunen, eller det kan skuldast at denne gruppa, på grunn av sjukdommen, ikkje har kapasitet til å forhalde seg til offentlege stønadsordningar like godt som andre.

Spørjeskjemaet inkluderte eit oppfølgings-spørsmål til dei som ikkje hadde omsorgslønn (tabell 2.11). I alt 20 prosent svarte at dei ikkje hadde omsorgslønn fordi dei ikkje var kjent med ordninga. Mange hadde ikkje søkt, mens nokon hadde fått avslag (17 prosent).

Tabell 2.12 viser at de er klart færre av dei med relativt store behov som ikkje hadde kunnskap om ordninga med hjelpestønad. Innvandrarar oppgjer oftare enn andre at dei ikkje visste om ordninga med omsorgslønn.

4.2 Bruk, kontinuitet og tilfredshet med kommunale tenester

Kvar fjerde i utvalet svarte at dei ikkje hadde brukt nokon av tenestene i tabell 2.13. Støttekontakt var det mest vanlige (41 prosent), mens 21 prosent hadde fått avlastningstenester og 5 prosent BPA.

Mødrene var i høg grad tilfreds med tenestetilbodet (tabell 2.14). Andelen som rapporterte misnøye var mellom 13 og 16 prosent. Dette er resultat som samsvarar med det som er vanleg i tilfredshetsundersøkingar av offentlege helsetilbod.

Tabell 2.15–2.17 fortel kva som er typisk for dei som brukar avlastningstenester, støttekontakt og BPA. Gjennomgåande er det slik at det er variabelar som er beskrivande for hjelpebehovet som også påverkar sannsynligheten for at familien har tenesta. BPA er i særleg grad nytta av rullestolbrukarar. Mødrer med høg utdanning utmerkar seg ved å bruke BPA i større grad enn andre. Det er også ein tendens til at desse mødrene oftare brukar avlastningstenester, utan at denne korrelasjonen var klart signifikant. I tabellane er det tatt høgd for at utbreiinga av desse tenestene kan ha ein senter-periferi dimensjon, utan at dette ser ut til å verke inn på bruken av tenestene.

Når det gjeld kontinuitet, her operasjonalisera som grad av innverknad på kven som skal vera saman med barnet, er det stor variasjon mellom familiane. I alt 38 prosent oppgjer at dei i stor grad kan bestemme kven som skal vere saman med barnet (tabell 2.18). Ei like stor gruppe (40 prosent

Tabell 2.9 Multivariat logistisk regresjonsanalyse. Sannsynlighet for å ikkje vera yrkesaktiv eller under utdanning, og heller ikkje ønske å vere yrkesaktiv

	OR	95 % Confidence interval		P-value
Har omsorgslønn	1.47	0.91	2.37	0.12
Får hjelpestønad sats 4 (sats 3 = referanse)	0.78	0.43	1.43	0.43
Barnet brukar rullestol	1.51	0.81	2.82	0.19
Barnet treng mykje tilsyn	1.76	1.03	3.01	0.04
Mor har god eigenvurdert helse	0.54	0.22	1.31	0.17
Mor har svak eigenvurdert helse	3.25	1.99	5.30	0.00
Kan sjølv bestemme kven som pleier barnet	0.99	0.55	1.77	0.97
Barnet har støttekontakt	0.70	0.42	1.16	0.17
Er mottakar av avlastningstenester	0.72	0.44	1.19	0.20
Er mottakar av BPA	0.39	0.12	1.30	0.13
Mor har lågt utdanningsnivå (grunnskule)	4.08	2.56	6.51	0.00
Mor har høgt utdanningsnivå (master+)	0.23	0.03	1.85	0.17
Mor fødd i 3.verden	3.37	1.66	6.84	0.00
Barnet bur saman med mor	1.33	0.82	2.18	0.25
Busett i kommunar med høg arbeidsløyse	1.18	0.66	2.12	0.57
Busett i kommunar med lågt inntektsnivå	0.87	0.52	1.46	0.60

Tabell 2.10 Mottar mor eller far omsorgslønn for å ta vare på barnet?

Ja, begge	1
Ja, mor	43
Ja, far	2
Nei	53
I alt	100
(N)	(1091)

sent) svarte at dei aldri eller i liten grad hadde innverknad på kven som var saman med barnet.

I tabell 2.19 har vi sett nærmare på den gruppa som sjølv har kontroll på kven som pleier barnet. I denne samanhengen spelar igjen mors utdanningsnivå ein klar rolle, der dei med høg utdanning oftare enn andre har innverknad på kven som pleier eller er saman med barnet. Dette resultatet må sjåast i samanheng med resultatata i tabell

4.6, der dei med høg utdanning oftare enn andre er mottakarar av BPA. BPA er ei ordning som er utforma med særleg omsyn til å gje dei som treng tenestene kontroll og medverknad.

4.3 Oppsummering

Ikkje overraskande er det slik at det er behova – målt som hjelpestønad sats 4, tilsynsbehov og

Tabell 2.11 Multivariat logistisk regresjonsanalyse. Sannsynlighet for å vere mottakar av omsorgslønn

	OR	95 % Konfidens intervall		P-verdi
Får hjelpestønad sats 4 (sats 3 = referanse)	1.83	1.30	2.57	0.00
Barnet brukar rullestol	2.64	1.77	3.93	0.00
Barnet treng mykje tilsyn	2.36	1.71	3.25	0.00
Mor har god eigenvurdert helse	0.89	0.61	1.29	0.53
Mor har svak eigenvurdert helse	0.51	0.35	0.75	0.00
Kan sjølv bestemme kven som pleier barnet	0.92	0.66	1.29	0.64
Barnet har støttkontakt	1.28	0.95	1.73	0.11
Er mottakar av avlastningstenester	1.96	1.43	2.69	0.00
Er mottakar av BPA	1.19	0.64	2.20	0.58
Mor har lågt utdanningsnivå (grunnskule)	1.23	0.86	1.76	0.27
Mor har høgt utdanningsnivå (master+)	0.54	0.30	0.99	0.05
Mor fødd i 3.verden	1.30	0.74	2.28	0.36
Mor bur aleine med barnet	1.20	0.88	1.64	0.25
Busett i kommunar med høg arbeidsløyse	0.92	0.63	1.35	0.67
Busett i kommunar med lågt inntektsnivå	1.31	0.95	1.81	0.10
Busett i kommunar som ikkje har omsorgslønn	1.02	0.55	1.86	0.96
Busett i kommunar som har mange omsorgslønsmott.	3.57	2.61	4.90	0.00
Mødre som ønsker å få kontantytningar for å vere heime med barnet	1.95	1.44	2.64	0.00

Tabell 2.12 Spørsmål til dei som ikkje hadde omsorgslønn:

Hva er årsaken til at du/dere ikke mottar omsorgslønn?	
Kjenner ikkje til ordninga	20
Har ikkje søkt	48
Har fått avslag	17
Annet	15
I alt	100
(N)	(578)

bruk av rullestol – er dei faktorane som i størst grad har innverknad på tildeling av tenester og omsorgslønn. Når det gjeld innverknad på kven som er saman med barnet ser det ut til at dei med

dei største omsorgsoppgåvene er dei som har dei største vanskaner med å få velje kven som skal yte omsorg.

Tabell 2.13 Multivariat logistisk regresjonsanalyse. Sannsynlighet for ikkje å kjenne til ordninga med hjelpestønad

	OR	95 % Konfidens intervall		P-verdi
Får hjelpestønad sats 4 (sats 3 = referanse)	0.39	0.19	0.77	0.01
Barnet brukar rullestol	0.31	0.13	0.77	0.01
Barnet treng mykje tilsyn	0.60	0.39	0.91	0.02
Mor har god eigenvurdert helse	0.59	0.30	1.16	0.12
Mor har svak eigenvurdert helse	1.41	0.85	2.34	0.18
Mor har lågt utdanningsnivå (grunnskule)	1.53	0.93	2.50	0.09
Mor har høgt utdanningsnivå (master+)	1.58	0.66	3.78	0.30
Mor fødd i 3.verden	2.50	1.24	5.06	0.01
Mor bur aleine med barnet	1.31	0.84	2.04	0.24
Busett i kommunar med høg arbeidsløyse	0.69	0.38	1.27	0.23
Busett i kommunar med lågt inntektsnivå	1.00	0.63	1.60	0.99
Busett i kommunar som ikkje har omsorgslønn	0.42	0.14	1.22	0.11
Busett i kommunar som har mange omsorgslønsmott.	0.44	0.26	0.73	0.00

Tabell 2.14 Andel som hadde vore mottakar av kommunal teneste/yting siste 12 månader. Prosent (N=1099):

Andel som ikkje hadde fått nokon tenester	25
Heimesjukepleie	2
Heimehjelp	1
Avlastningstenester	21
BPA	5
Støttekontakt	41

Tabell 2.15 Brukarar av avlastningstenester, støttekontakt og BPA. Subjektiv tilfredshet med tenestetilbodet. Prosent. N

	I alt	Veldig/ganske fornøyd	Ganske/veldig misfornøyd	(N)
Avlastningstenester	100	84	16	(631)
Støttekontakt	100	87	13	(473)
BPA	100	82	18	(62)

Bruken av tenester er klart betinga av sosial bakgrunn i den forstand at mødrer med høg utdanning har større kontroll enn andre med kven

det er som yter omsorg til barnet, og er også oftare mottakar BPA og til dels avlastningstenester.

Tabell 2.16 Multivariat logistisk regresjonsanalyse. Sannsynlighet for å vere mottakar av avlastningstjenester.

	OR	95 % Konfidens intervall		P-verdi
Får hjelpestønad sats 4 (sats 3 = referanse)	1.84	1.31	2.59	0.00
Barnet brukar rullestol	0.92	0.62	1.36	0.68
Barnet treng mykje tilsyn	3.67	2.78	4.85	0.00
Mor har god eigenvurdert helse	0.91	0.64	1.29	0.60
Mor har svak eigenvurdert helse	0.95	0.67	1.36	0.78
Mor har lågt utdanningsnivå (grunnskule)	0.91	0.65	1.28	0.59
Mor har høgt utdanningsnivå (master+)	1.77	0.95	3.30	0.07
Mor fødd i 3.verden	0.76	0.45	1.30	0.32
Mor bur aleine med barnet	0.95	0.71	1.28	0.75
Busette i minst sentrale kommunar ¹	0.81	0.52	1.26	0.35

¹ Kommunar med mindre enn 5 000 innbyggjarar og som ligg utanfor pendlingsområdet til større kommunar.

Tabell 2.17 Multivariat logistisk regresjonsanalyse. Sannsynlighet for å vere mottakar av støttekontakt.

	OR	95 % Konfidens intervall		P-verdi
Får hjelpestønad sats 4 (sats 3 = referanse)	0.48	0.35	0.66	0.00
Barnet brukar rullestol	0.64	0.44	0.93	0.02
Barnet treng mykje tilsyn	1.69	1.29	2.22	0.00
Mor har god eigenvurdert helse	0.93	0.66	1.31	0.69
Mor har svak eigenvurdert helse	1.05	0.75	1.48	0.76
Mor har lågt utdanningsnivå (grunnskule)	1.09	0.79	1.50	0.61
Mor har høgt utdanningsnivå (master+)	0.97	0.56	1.66	0.90
Mor fødd i 3.verden	0.89	0.53	1.50	0.66
Mor bur aleine med barnet	0.88	0.66	1.17	0.37
Busette i minst sentrale kommunar ¹	0.98	0.63	1.50	0.91

¹ Kommunar med mindre enn 5 000 innbyggjarar og som ligg utanfor pendlingsområdet til større kommunar.

5 Preferansar for bruk av kontantyttingar

Tabell 5.1 viser at den største gruppa (47 prosent) faktisk meiner at den beste løysinga ville vere å få kontantstøtte for sjølv å vere heime med barnet. Ei anna relativt stor gruppe (27 prosent) meinte at

det beste ville vere å få kommunale tenester for å kombinere omsorgsarbeid med yrkesaktivitet eller utdanning. I tabell 2.21 og 2.22 er desse to gruppene nærmare analysert. Etersom dei utgjer ein stor del av utvalet vil resultatata dels framstå som eit spegelbilde av kvarandre:

- Det er tydeleg at mødrer til barn med særleg store tilsynsbehov ikkje ønskjer kontantstøtte,

Tabell 2.18 Multivariat logistisk regresjonsanalyse. Sannsynlighet for å vere mottakar av BPA.

	OR	95 % Konfidens intervall		P-verdi
Får hjelpestønad sats 4 (sats 3 = referanse)	0.75	0.39	1.45	0.39
Barnet brukar rullestol	4.87	2.57	9.22	0.00
Barnet treng mykje tilsyn	2.53	1.17	5.44	0.02
Mor har god eigenvurdert helse	0.88	0.41	1.91	0.75
Mor har svak eigenvurdert helse	0.73	0.32	1.63	0.44
Mor har lågt utdanningsnivå (grunnskule)	1.23	0.61	2.47	0.56
Mor har høgt utdanningsnivå (master+)	3.10	1.40	6.86	0.01
Mor fødd i 3.verden	0.97	0.35	2.68	0.95
Mor bur aleine med barnet	1.49	0.82	2.70	0.19
Busette i minst sentrale kommunar ¹	0.65	0.22	1.88	0.43

¹ Kommunar med mindre enn 5 000 innbyggjarar og som ligg utanfor pendlingsområdet til større kommunar.

Tabell 2.19 Svar på spørsmålet «I hvilken grad har du/dere selv fått bestemme hvilke pleiere/hjelpere som skal være sammen med barnet de siste 12 månedene? Etter høgaste fullførte utdanning. Prosent. (N)

	Alle	Grunnskoleutdanning	Høgare utdanning
Svaralternativer			
I stor grad	38	33	62
I noen grad	15	12	10
I liten grad	16	15	6
Aldri	24	31	16
Ønsker ikkje å velje	6	8	4
Uoppgitt	1	1	2
I alt	100	100	100
(N)	737	(129)	(50)

men helst vil ha kommunale tenester for kunne kombinere yrke og utdanning.

- Mødrer med låg utdanning og innvandrarar frå 3. verda vil helst ha kontantstøtte for å vera heime, mens mødrer med høg utdanning har heilt motsette preferansar, og ønskjer å vere yrkesaktive og ha hjelp av kommunale tenester.

5.1 Korleis kan variasjonar i preferansar tolkast?

Resultata er overraskande i den forstand at så vidt mange har preferansar for kontantytningar. Særleg sett på bakgrunn av dei positive verknadene av yrkesaktivitet som fleire studiar har observert for mødrer som har ansvar for funksjonshemma barn. Resultata fortel at dei som har dei mest krevjande omsorgsoppgåvene oftare enn andre helst vil vera yrkesaktive. Likevel ser det ut til at mange helst vil stå utanfor arbeidsmarknaden. Kvifor?

Tabell 2.20 Multivariat logistisk regresjonsanalyse. Sannsynlighet for sjølv å bestemme kven som skal pleie/hjelpe barnet

	OR	95 % Konfidens intervall		P-verdi
Får hjelpestønad sats 4 (sats 3 = referanse)	0.59	0.41	0.85	0.01
Barnet brukar rullestol	1.24	0.82	1.86	0.31
Barnet treng mykje tilsyn	1.02	0.75	1.38	0.89
Mor har god eigenvurdert helse	0.94	0.64	1.38	0.76
Mor har svak eigenvurdert helse	1.10	0.75	1.61	0.62
Mor har lågt utdanningsnivå (grunnskule)	0.81	0.55	1.18	0.27
Mor har høgt utdanningsnivå (master+)	3.19	1.88	5.44	0.00
Mor fødd i 3.verden	0.62	0.33	1.18	0.15
Mor bur aleine med barnet	0.88	0.64	1.21	0.42
Busette i minst sentrale kommunar ¹	1.03	0.63	1.67	0.91

¹ Kommunar med mindre enn 5 000 innbyggjarar og som ligg utanfor pendlingsområdet til større kommunar.

Tabell 2.21 Svar på spørsmålet «Dersom du/dere kunne velge, hva ville vært den beste løsningen for å ivareta familiens behov ved krevende omsorgsoppgaver? (velg kun ett alternativ)». Prosent. (N)

Svaralternativer		
Foretrekker kontantstøtte (omsorgslønn, hjelpestønad eller lignende) for sjølv å utføre omsorgsarbeid hjemme	47	(497)
Foretrekker å få kommunale tjenester (Hjemmehjelp, hjemmesykepleie, avlastning, BPA) slik at omsorgsarbeid kan kombineres med yrke eller utdanning	27	(285)
Foretrekker kontantstøtte (omsorgslønn, hjelpestønad eller lignende) slik at vi kan ansette hjelpere til å være hjemme mens vi er på jobb eller skole	9	(97)
Vet ikke/usikker	11	(120)
I alt	100	(1062)

Noko av forklaringa kan ligge i utvalsplanen. Utvalet omfattar personar som alt har ei kontantytting, nemlig hjelpestønad. Kontantstøtte som utvalskriterium er ikkje ideelt dersom ein skal studere haldningar og preferansar til kontantstøtte og tenester. Det er fordi det kan finnast familiar med like krevjande omsorgsoppgåver som ikkje har hjelpestønad, og som har gjort ideologiske val om ikkje å nytta offentlege ordningar. Kor stor ei slik gruppe eventuelt er veit vi ikkje.

Ei anna forklaring kan vere mekanismar som ligg bak den sosial gradienten. Grupper som har det dårlegaste utgangspunktet på arbeidsmarkna-

den er også dei som velgjer å halde seg utanfor. Frå den relativt sparsomme litteraturen om yrkeserfaringar, klasse og funksjonshemming har vi sett at desse gruppene kan ha gode grunnar for å halde seg utanfor. Det handlar mellom anna om liten fleksibilitet i yrkesutøvinga og arbeidsoppgåver som ofte «gjer lite tilbake» til den som utfører dei. Elles kan den kontrollen høgt utdanna mødrer utviser når det gjeld kommunale tenestilbod (BPA og kontroll over kven som yter tenester) også vere ein indikator for deira relasjonar til yrkesarenaen.

Tabell 2.22 Multivariat logistisk regresjonsanalyse. Sannsynlighet for å ønske å få kontantstøtte for å vere heime

OR	95 % Konfidens intervall			P-verdi
Får hjelpestønad sats 4 (sats 3 = referanse)	0.79	0.58	1.09	0.16
Barnet brukar rullestol	0.61	0.41	0.89	0.01
Barnet treng mykje tilsyn	0.49	0.37	0.64	0.00
Mor har god eigenvurdert helse	1.05	0.74	1.48	0.79
Mor har svak eigenvurdert helse	1.41	1.00	1.99	0.05
Mor har lågt utdanningsnivå (grunnskule)	1.99	1.43	2.77	0.00
Mor har høgt utdanningsnivå (master+)	0.53	0.29	0.97	0.04
Mor fødd i 3.verden	1.98	1.16	3.36	0.01
Mor bur aleine med barnet	1.33	1.00	1.77	0.05

Tabell 2.23 Multivariat logistisk regresjonsanalyse. Sannsynlighet for å ønske å kombinere yrke og utdanning med kommunale tenester

	OR	95 % Konfidens intervall		P-verdi
Får hjelpestønad sats 4 (sats 3 = referanse)	1.70	1.21	2.39	0.00
Barnet brukar rullestol	1.51	1.03	2.22	0.04
Barnet treng mykje tilsyn	2.64	1.85	3.75	0.00
Mor har god eigenvurdert helse	1.22	0.84	1.78	0.30
Mor har svak eigenvurdert helse	0.72	0.47	1.10	0.13
Mor har lågt utdanningsnivå (grunnskule)	0.39	0.25	0.63	0.00
Mor har høgt utdanningsnivå (master+)	2.02	1.17	3.50	0.01
Mor fødd i 3.verden	0.28	0.13	0.62	0.00
Mor bur aleine med barnet	0.76	0.53	1.07	0.11

Dels kan resultatet også vere en variant av den rasjonaliteten som reven gjer uttrykk for der han ser opp på rognebæra: høgt heng dei og sure er dei. Det eg ikkje kan få vil eg heller ikkje ha (Elster 1983)

6 Eigenvurdert helse

Eigenvurdert helsetilstand er eit av dei mest brukte måla på utbreiing av sjukdom i befolkninga. Samanlikna med eit representativt utval kvinner henta får Statistisk sentralbyrås helse og

levetidsundersøkingar kjem mødrane i undersøkinga dårleg ut. Forskjellen er relativt dramatisk.

Den gruppa som reknar si eiga helse som svært god har sjeldan låg utdanning eller er eineforsørgjarar eller er fødd i 3. verda. Dette er mønster som er typisk for slike undersøkingar, utan at vi har grunnlag for å seie at dei sosiale variasjonane er større for denne gruppa. Helsetilstanden er ikkje påverka av kva slags tenestetilbod dei nyttar. Blant dei som har dårleg eigenvurdert helsetilstand er det ein klar overrepresentasjon av mødrer til barn som treng mykje tilsyn.

Tabell 2.24 Respons på spørsmålet «Hvordan vurderer du din egen helse sånn i sin alminnelighet? Vil du si den er. Prosent. (N)

Alle	100	100
Meget god	36	17
God	45	37
Verken god eller dårlig	13	29
Dårlig/meget dårlig	6	17
(N)	6457	1041

Kilde: Kilde: Levekårsundersøkelsen. Helse, omsorg og sosial kontakt, Statistisk sentralbyrå, 2008

Tabell 2.25 Multivariat logistisk regresjonsanalyse. Sannsynlighet for å vurdere egen helse som dårleg eller svært dårleg

	OR	95 % Confidence interval		P-value
Får hjelpestønad sats 4 (sats 3 = referanse)	0.75	0.49	1.15	0.19
Barnet brukar rullestol	0.79	0.48	1.31	0.36
Barnet treng mykje tilsyn	1.78	1.22	2.59	0.00
Kan sjølv bestemme kven som pleier barnet	1.11	0.75	1.64	0.61
Barnet har støttekontakt	1.05	0.73	1.49	0.81
Er mottakar av avlastningstenester	0.96	0.67	1.37	0.81
Er mottakar av BPA	0.76	0.34	1.70	0.51
Mor har lågt utdanningsnivå (grunnskule)	1.43	0.97	2.12	0.07
Mor har høgt utdanningsnivå (master+)	0.34	0.12	0.98	0.05
Mor fødd i 3.verden	1.51	0.82	2.79	0.19
Mor bur aleine med barnet	1.38	0.96	1.96	0.08

Tabell 2.26 Multivariat logistisk regresjonsanalyse. Sannsynlighet for å ha svært god eigenvurdert helse

	OR	95 % Confidence interval		P-value
Får hjelpestønad sats 4 (sats 3 = referanse)	1.03	0.68	1.56	0.89
Barnet brukar rullestol	0.97	0.60	1.57	0.90
Barnet treng mykje tilsyn	0.94	0.65	1.37	0.74
Kan sjølv bestemme kven som pleier barnet	0.96	0.65	1.43	0.86
Barnet har støttekontakt	0.94	0.66	1.35	0.75
Er mottakar av avlastningstenester	0.93	0.65	1.35	0.72
Er mottakar av BPA	0.87	0.40	1.90	0.73
Mor har lågt utdanningsnivå (grunnskule)	0.57	0.35	0.92	0.02
Mor har høgt utdanningsnivå (master+)	1.25	0.65	2.41	0.50
Mor fødd i 3.verden	0.28	0.10	0.79	0.02
Mor bur aleine med barnet	0.61	0.41	0.91	0.02

Vedlegg I: trekk ved nettoutval og fråfall

Tabell 2.27

	I alt	Besvart	Frafall	Antall personer
<i>Hjelpestønadssats</i>				
Sats 3	100	52.7	47.3	1 427
Sats 4	100	55.1	44.9	570
<i>Mors alder</i>				
Under 30 år	100	0.0	100.0	2
30 til 34 år	100	28.3	71.7	120
35 til 39 år	100	46.1	53.9	432
40 til 44 år	100	56.2	43.8	651
45 år eller eldre	100	59.0	41.0	792
<i>Mors fødeland</i>				
Noreg	100	53.5	46.5	1 745
Norden	100	43.6	56.4	39
Europa unntatt Norden og Tyrkia	100	65.5	34.5	55
Asia, Afrika, Sør- og Mellom-Amerika, Tyrkia	100	50.3	49.7	145
Nord-Amerika, Oseania	100	46.2	53.8	13
<i>Mors høyeste fullførte utdanning i 2009</i>				
Lav	100	42.8	57.2	467
Middels	100	52.8	47.2	796
Høy	100	62.3	37.7	689
Ukjent	100	37.8	62.2	45
<i>Mors sysselsettingsstatus</i>				
Lønnstager	100	55.6	44.4	1 593
Selvstendig	100	61.7	38.3	60
Ikke sysselsatt	100	41.6	58.4	344
<i>Mors inntekt etter skatt</i>				
Under 100 000	100	58.9	41.1	107
100 000 til 249 999	100	50.6	49.4	678
250 000 til 349 999	100	52.3	47.7	733
350 000 til 449 999	100	57.4	42.6	359
450 000 eller meir	100	59.2	40.8	120
Ja	100	30.0	70.0	50
Nei	100	54.0	46.0	1 947
<i>Antall barn</i>				
1	100	45.5	54.5	178
2	100	55.1	44.9	742
3	100	53.0	47.0	706
4 eller fleire	100	54.4	45.6	371

Tabell 2.27

	I alt	Besvart	Frafall	Antall personer
<i>Landsdel</i>				
Østlandet elles	100	52.1	47.9	463
Oslo og Akershus	100	51.7	48.3	389
Hedmark og Oppland	100	57.5	42.5	146
Agder og Rogaland	100	54.5	45.5	268
Vestlandet	100	52.7	47.3	374
Trøndelag	100	55.6	44.4	160
Nord-Norge	100	54.8	45.2	197
<i>Sentralitet</i>				
0	100	49.7	50.3	197
1	100	48.5	51.5	134
2	100	57.5	42.5	318
3	100	53.4	46.6	1 348

Litteratur

Hjelpestønad mars 2008:

<http://www.nav.no/Om+NAV/Tall+og+analyse/Annen+statistikk/Hjelpest%C3%B8nad/Hjelpest%C3%B8nad/90497.cms>

Arksey, H. and C. Glendinning (2007). «Choice in the context of informal care-giving.» *Health And Social Care in the Community* 15(2): 165–175.

Breslau, N., D. Salkever, et al. (1982). «Women's labor force activity and responsibilities for disabled dependents: a study of families with disabled children.» *Journal of Health and Social Behavior* 23(June): 169–183.

Elster, J. (1983). *Sour Grapes*. Studies in the subversion of rationality, Cambridge University Press.

Gordon, M., L. Rosenman, et al. (2006). «Constrained labor: Maternal employment when children have disabilities.» *Journal of Applied*

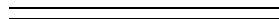
Research in Intellectual Disabilities 20(3): 236–246.

Lewis, S., C. Kagan, et al. (1999). «Economic and psychological benefits from employment: the experiences and perspectives of mothers of disabled children.» *Disability & Society* 14(4): 561–571.

NAV (2008). «Statistikk over hjelpestønad.» <http://www.nav.no/Om+NAV/Tall+og+analyse/Annen+statistikk/Hjelpest%C3%B8nad/Hjelpest%C3%B8nad/90497.cms>.

Shearn, J. and S. Todd (2001). «Maternal employment and family responsibilities: the perspectives of mothers of children with intellectual disabilities.» *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 13(3): 109–131.

Sloper, P. (1998). «Models of service report for parents of disabled children. What do we know? What do we need to know?.» *Child: Care, Health and Development* 25(2): 85–89.



Bestilling av publikasjoner

Offentlige institusjoner:

Departementenes servicesenter

Internett: www.publikasjoner.dep.no

E-post: publikasjonsbestilling@dss.dep.no

Telefon: 22 24 20 00

Privat sektor:

Internett: www.fagbokforlaget.no/offpub

E-post: offpub@fagbokforlaget.no

Telefon: 55 38 66 00

Publikasjonene er også tilgjengelige på
www.regjeringen.no

Trykk: 07 Aurskog 10/2011



Norges offentlige utredninger 2010 og 2011

Statsministeren:

Arbeidsdepartementet:

Medvirkning og medbestemmelse i arbeidslivet.
NOU 2010: 1.
Grunnlaget for inntektsoppgjørene 2010.
NOU 2010: 4.
Aktiv deltakelse, likeverd og inkludering.
NOU 2010: 5.
Grunnlaget for inntektsoppgjørene 2011.
NOU 2011: 5.

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet:

Nemndsbehandling av forbrukertvister. NOU 2010: 11.
Velferd og migrasjon. NOU 2011: 7.
Bedre integrering. NOU 2011: 14.

Finansdepartementet:

Pensjonslovene og folketrygdreformen I.
NOU 2010: 6.
Bedre rustet mot finanskriser. NOU 2011: 1.
Ny finanslovgivning. NOU 2011: 8.

Fiskeri- og kystdepartementet:

Fornyings-, administrasjons- og kirke- departementet:

Håndhevelse av offentlige anskaffelser. NOU 2010: 2.

Forsvarsdepartementet:

Helse- og omsorgsdepartementet:

Drap i Norge i perioden 2004–2009. NOU 2010: 3.
Arbeid for helse. NOU 2010: 13.
Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet. NOU 2011: 9.
Innovasjon i omsorg. NOU 2011: 11.
Når sant skal sies om pårørendeomsorg. NOU 2011: 17.

Justis- og politidepartementet:

Ny klageordning for utlendingssaker. NOU 2010: 12.
I velferdsstatens venterom. NOU 2011: 10.
Juryutvalget. NOU 2011: 13.
Standardisert personskadeerstatning. NOU 2011: 16.

Kommunal- og regionaldepartementet:

Kompetansearbeidsplasser – drivkraft for vekst i hele landet. NOU 2011: 3.
Rom for alle. NOU 2011: 15

Kulturdepartementet:

Lett å komme til orde, vanskelig å bli hørt – om moderne mediestøtte. NOU 2010: 14.
Ytringsfrihet og ansvar i en ny mediehverdag.
NOU 2011: 12.

Kunnskapsdepartementet:

Mangfold og mestring. NOU 2010: 7.
Med forskertrang og lekelyst. NOU 2010: 8.
Et åpnere forskningssystem. NOU 2011: 6.

Landbruks- og matdepartementet:

Mat, makt og avmakt. NOU 2011: 4.

Miljøverndepartementet:

Et Norge uten miljøgifter. NOU 2010: 9.
Tilpassing til eit klima i endring. NOU 2010: 10.

Nærings- og handelsdepartementet:

Mellomlagerløsning for brukt reaktorbrensel og langlivet mellomaktivt avfall. NOU 2011: 2.

Olje- og energidepartementet:

Samferdselsdepartementet:

Utenriksdepartementet: