

Høringsnotat

Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven (styrket
pårørendestøtte)

Innhold

1	Hovedinnholdet i Regjeringens forslag	4
2	Bakgrunn	5
2.1	NOU 2011:17 Når sant skal sies om pårørendeomsorg (Kaasa-utvalget)	5
2.1.1	Høringsinstansenes vurdering	6
2.2	NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg (Hagen-utvalget).....	7
2.3	Meld. St. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg	8
2.4	Høringsnotat fra Arbeids- og sosialdepartementet	8
3	Om de pårørende	9
4	Grensene for det offentliges ansvar	10
4.1	Den offentlige hjelpeplikten.....	10
4.1.1	Brukere under 18 år	10
4.1.2	Brukere over 18 år	11
4.2	Kommunenes ansvar for tjenestenes forsvarlighet	12
5	Dagens ordninger for pårørende	12
5.1	Kommunale tjenester	12
5.1.1	Rett til vedtak for å lette omsorgsbyrden	13
5.1.2	Avlastning	13
5.1.3	Omsorgslønn	14
5.1.4	Omfang og bruk av omsorgslønn	15
5.2	Stønadsordninger fra folketrygden	16
5.2.1	Innledning.....	16
5.2.2	Folketrygdens stønadsordninger	16
5.3	Permisjonsregler	18
5.3.1	Barns eller barnepassers sykdom	18
5.3.2	Rett til permisjon for å pleie voksne pårørende	19
6	Departementets vurderinger	19
7	Departementets forslag	22
7.1	Forslag til ny bestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven	22
7.1.1	Informasjon, opplæring og veiledning	24
7.1.2	Avlastning	25
7.1.3	Omsorgsstønad	25

8	Økonomiske og administrative konsekvenser	26
9	Lovforslag.....	26

1 Hovedinnholdet i Regjeringens forslag

I regjeringsplattformen står det at regjeringen vil styrke pårørendes situasjon gjennom bedre tilbud om avlastning, veiledning og en gjennomgang av støtteordningene for pårørende. Reform av ordningene med omsorgslønn og pleiepenger for foreldre med syke og funksjonshemmede barn som oppfølging av NOU 2011:17 Når sant skal sies om pårørendeomsorg (Kaasa-utvalget) er et element i dette arbeidet.

I dette høringsnotatet fremmer Helse- og omsorgsdepartementet forslag om styrket pårørendestøtte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. En ny pliktbestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven pålegger kommunen å tilby nødvendig pårørendestøtte til personer som har et særlig tyngende omsorgsarbeid i form av avlastning, informasjon, opplæring og veiledning, og omsorgsstønad.

Pliktbestemmelsen skal utfylle pasient- og brukerrettighetsloven.

De kommunale helse- og omsorgstjenestene skal samhandle med pårørende som har tyngende omsorgsoppgaver. Dette gjelder uavhengig av pårørendes livssituasjon, hvilken relasjon de har til den eller de som har behov for hjelp, eller om de er pårørende til barn, unge, voksne eller eldre. Kommunen har en plikt til å yte nødvendig og forsvarlig helse- og omsorgshjelp til alle som oppholder seg i kommunen. Dette følger også av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-8 som gir pårørende som utfører særlig tyngende omsorgsoppgaver rett til et vedtak om at det skal settes i verk tiltak for å lette omsorgsbyrden og hva tiltakene i tilfelle skal bestå av.

Pårørende er en mangeartet gruppe, og inkluderer alt fra pårørende til barn til barn som pårørende. Deres behov vil variere både ut fra hvilke behov deres nærmeste har og hvilken livsfase og livssituasjon de pårørende selv befinner seg i. Ikke bare er det en vesensforskjell mellom det å ha omsorg for syke barn og det å ha omsorg for syke ektefeller eller foreldre, det er også en forskjell mellom det å være pårørende og yrkesaktiv og det å være pårørende og utenfor yrkeslivet. Derfor er enkelte av folketrygdens stønadsordninger knyttet til hvem man yter omsorg for, og om man har en arbeidstilknytning eller ikke.

Det kan være variasjoner i tildeling av kommunale tjenester også der pårørende har samme rettigheter etter loven. For aldersgruppen over 80 år reduseres tilbud om hjemmetjenester dersom omsorgslønn er innvilget, mens det i aldersgruppen 17-66 år er flest som mottar omsorgslønn i kombinasjon med hjemmetjenester.¹ Det kan tyde på at både pårørendes alder og pårørendes relasjon til bruker kan spille en rolle for tildeling av kommunale helse- og omsorgstjenester.

Helse- og omsorgsdepartementet foreslår å oppheve helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6, og erstatte denne med en ny bestemmelse som samler og tydeliggjør kommunens ansvar overfor de som har et særlig tyngende omsorgsarbeid. Kommunene pålegges å tilby nødvendig pårørendestøtte i form av avlastning, informasjon, opplæring og veiledning, og

¹ Finnvold, Jon Erik (2011): Kommunenes bruk av omsorgslønn 2010. Oppdrag for Kaasa-utvalet/Helsedirektoratet. I NOU 2011:17 Når sant skal sies om pårørendeomsorg.

omsorgsstønad. Tiltakene som regnes opp i bestemmelsen er i all hovedsak en videreføring av dagens ordninger, og kommunen skal fortsatt ha rett og plikt til å foreta en vurdering av hva som utgjør et nødvendig og forsvarlig tilbud til den enkelte. Forslaget medfører imidlertid at kommunen får en tydeligere plikt til å foreta en selvstendig vurdering av pårørendes behov, og fatte vedtak om tiltak. Dermed sikres at det samlede tjenestetilbudet som utformes også ivaretar pårørendes behov. Samlet sett representerer derfor forslaget en ny og forbedret rettsstilling for pårørende. Departementet peker i forlengelsen av dette på det helt grunnleggende i at det må være brukerens ønske om pårørendeomsorg som ligger til grunn for kommunens plikt. Det foreslås ikke endringer i folketrygdens hjelpestønad

2 Bakgrunn

Pårørende utfører mange og krevende omsorgsoppgaver, og det er anslått at pårørende står for nesten halvparten av den samlede innsatsen i helse- og omsorgssektoren. De neste tiårene er det grunn til å forvente at det blir knapphet både på fagutdannet personell og frivillige omsorgsytere, samtidig som omsorgsbehovene forventes å øke. Tiltak for å styrke og bevare pårørendeomsorgen vil derfor få stor samfunnsmessig betydning.

Pårørendeinvolvering er ikke bare et middel for å forbedre og supplere det offentlige tjenestetilbudet. Det er et mål i seg selv. Pårørende er en viktig ressurs både for mennesker som lever med sykdom, funksjonsnedsettelse, psykiske eller sosiale problemer og for helse- og omsorgstjenestene. Pårørende kjenner historien til den som blir syk, og møtene mellom helse- og omsorgstjenestene og pårørende kan derfor gi tjenesteapparatet nødvendig kunnskap om pasienten eller brukeren. Samtidig vet vi at langvarig og omfattende omsorgsinnsats kan øke risikoen for helseskader. Det er derfor gjennom flere utredninger slått fast at det er behov for både å styrke pårørendes innsats, og sikre at denne innsatsen synliggjøres, verdsettes og tydeliggjøres.

2.1 NOU 2011:17 Når sant skal sies om pårørendeomsorg (Kaasa-utvalget)

I Kaasa-utvalgets utredning omtales den kommunale omsorgstjenesten, omsorgslønnsordningen og økonomiske stønadsordninger i folketrygden. Utvalget legger vekt på at ytelser og støtte til pårørende må sikre forsvarlige tjenester for omsorgsmottaker og en forsvarlig totalsituasjon for omsorgsyter.

Utvalget anbefaler en hovedmodell med tre tiltak:

- Ny utvidet pleiepengeordning til foreldre som har barn under 18 år med alvorlige, varige lidelser. Ordningen skal gi rett til pleiepenger inntil 50 pst. med mulighet for gradering ned til 20 pst. Forslaget var ment å sikre foreldrene økonomisk, samtidig som utvalget var opptatt av at foreldrene skulle beholde arbeidstilknytningen, og at barna skulle delta i barnehage/skole.

- Ny og forsterket kommunal omsorgsstønning. Omsorgsstønningen skal bestå av dagens omsorgslønn og folketrygdens hjelpestønning. Utvalget foreslo at omsorgsstønningen skulle ytes etter fem nasjonale satser, der den laveste satsen skulle være lik ½ G (grunnbeløp) og den høyeste lik 2 ½ G. Stønningen skulle være skattepliktig og regnet som pensjonsgivende inntekt, og fortrinnsvis gis sammen med andre kommunale tjenester/tiltak. Utvalget drøftet ikke hvorvidt stønningen skulle være rettighetsfestet.
- Lovfestet pårørendestøtte i kommunene i form av tiltak som skulle verdsette og inkludere pårørende. De foreslåtte tiltakene inkluderte pårørendekontakt, et samlet vedtak som både beskriver tjenester rettet mot bruker og mot pårørende, koordinator for familien, opplæring/veiledning til mottakere av omsorgsstønning, og krav til kontroll, oppfølging og evaluering.

2.1.1 Høringsinstansenes vurdering

Etter høringsrunden var hovedinntrykket at brukerorganisasjonene var imot utvalgets samlede forslag. Organisasjonene støttet utvalgets forslag om å legge om pleiepengeordningen, men ga uttrykk for at ordningen burde utvides mer enn utvalgets forslag. Mange av høringsinstansene påpekte at forslagene ikke var godt nok konsekvensutredet, heller ikke på likestillingsområdet. Brukerorganisasjonene ønsket 100 pst. utbetaling også etter at barnet har fylt 18 år, da mange funksjonshemmede ungdommer ikke er ferdige med videregående opplæring før etter at de har passert myndighetsalder.

Det var særlig utvalgets forslag om en ny kommunal omsorgsstønning som møtte motstand fra brukerorganisasjonene. Flere uttrykte bekymring for at avvikling av hjelpestønningen til fordel for en kommunal omsorgsstønning ville svekke rettsikkerheten, samtidig som de kommunale forskjellene ville øke og at mange av familiene ville få dårligere økonomi. Enkelte ga også uttrykk for at dagens hjelpestønning og omsorgslønn er to ulike ordninger med ulike formål, og at de behovene som hjelpestønningen bidrar til å dekke ikke vil bli borte selv om ordningene slås sammen.

Når det gjelder utvalgets forslag om lovfestet pårørendestøtte, stilte flere av organisasjonene spørsmål ved kommunenes evne til å oppfylle sine forpliktelser. Dette gjelder for eksempel pårørendeopplæring, hvor flere peker på at kommunene ikke har tilstrekkelig kompetanse til å drive slik opplæring. Flere av høringsinstansene pekte også på at det kommunale tilbudet om avlastning er for dårlig.

Pårørendeorganisasjonene ønsket klarere lovreguleringer knyttet til omsorgslønn for å skape større økonomisk forutsigbarhet og gjøre det lettere å kombinere omsorgsoppgaver med yrkesaktivitet. Det ble gitt uttrykk for et ønske om nasjonale retningslinjer og føringer for å sikre likhet og rettferdighet gjennom en rettighetsfesting av omsorgslønn i pasient- og brukerrettighetsloven.

De fleste kommuner støttet den anbefalte modellen forutsatt at den ikke ville innebære rettighetsfesting av den kommunale omsorgsstønningen. Flere støttet forslaget om

standardisering. Andre pekte på at økt standardisering vil svekke målene om fleksibilitet, individuell vurdering og lokalt skjønn.

Enkelte kommuner uttrykte også bekymring for konsekvensene av å avvikle hjelpestønadene, med den begrunnelse at det kunne redusere brukernes valgmuligheter. Det ble blant annet vist til at flere som i dag får mindre ytelser, kan oppfatte å bli fratatt disse, samtidig som midler som i dag gis til bruker vil bli overført til pårørende med den nye ordningen. Det understrekes også at kommunale ordninger avviker fra folketrygdens mer målrettede ordninger, ved at de kommunale ordningene utgjør den delen av sikkerhetsnettet som skal fange opp de innbyggerne som de øvrige målrettede ordningene ikke ivaretar. Dersom en ny kommunal omsorgsstønad målrettes, er det en risiko for at flere grupper mister sitt sikkerhetsnett. Kommunene viste også til at pårørende først og fremst har behov for avlastning i og utenfor hjemmet, både akutt og planmessig. Videre ble det pekt på at arbeidet med å etablere gode avlastningstiltak bør prioriteres, og det bør vurderes om retten til avlastning i helse- og omsorgstjenesteloven er presis nok, og om den inneholder de viktigste elementene.

Kommunene mente at forslaget ikke var godt nok utredet mht. til økonomiske konsekvenser

2.2 NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg (Hagen-utvalget)

Med bakgrunn i Meld. St. 7 (2008-2009) skulle utvalget utrede muligheter og foreslå nye og innovative grep og løsninger for å møte fremtidens omsorgsutredninger. Utvalget ble blant annet bedt om å legge vekt på føringene i Omsorgsplan 2015, som la opp til en mer aktiv profil som stimulerer til brukerinnflytelse, egenmestring og aktiv deltakelse fra den enkelte, deres familie og sosiale nettverk.

Hagen-utvalget omtalte seks kjennetegn på en ny pårørendepolitikk: synliggjøring, likestilling, fleksibilitet, veiledning, avlastning og verdsetting. Utvalget mente det er avgjørende at rettigheter og stønadsordninger rettet mot pårørende utformes slik at de bidrar til å utfordre og modernisere tradisjonelle oppfatninger av kjønn, og at det i fremtiden må bli lettere å kombinere arbeid og omsorg gjennom for eksempel fleksible og gode permisjonsordninger ikke bare for foreldre med syke barn, men også for ektefeller og barn med krevende omsorgsoppgaver. Utvalget mente at avlastningsordninger må ses på som en nødvendig investering slik at pårørende kan klare å stå i krevende omsorgssituasjoner uten å brenne ut og selv bli brukere av andre velferdsstatlige ordninger. Videre mente utvalget at statusen som pårørende må defineres, og at pårørende bør gis økte rettigheter i lovgivningen, blant annet gjennom permisjonsbestemmelser, rett til opplæring og veiledning, samt at alle kommunale tjenester og ytelser til pårørende samles i en og samme lovbestemmelse i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Høringsinstansene var overveiende positive til Hagen-utvalgets forslag om en reform basert på næromsorg, medborgerskap og samproduksjon med en vektlegging av de muligheter som ligger i samspillet mellom offentlige ordninger og det sivile samfunn. Dette gjelder også de deler av utvalgets forslag som direkte retter seg mot pårørende og samspillet mellom pårørendeomsorgen og den offentlige omsorgen.

2.3 Meld. St. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg

Stortingsmeldingen presenterer en aktiv og fremtidsrettet pårørendepolitikk frem mot år 2020. Fokus på en ny og fremtidsrettet pårørendepolitikk blir i meldingen trukket frem som et av tiltakene for å imøtekomme både dagens behov og morgendagens utfordringer i omsorgssektoren.

I meldingen legges frem et pårørendeprogram for en aktiv og fremtidsrettet pårørendepolitikk for perioden 2014-2020, som skal:

- Synliggjøre, anerkjenne og støtte pårørende som står i krevende omsorgsoppgaver
- Bedre samspillet mellom den offentlige og den uformelle omsorgen, og styrke kvaliteten på det samlede tjenestetilbudet
- Legge til rette for å opprettholde pårørendeomsorgen på dagens nivå, og gjøre det enklere å kombinere yrkesaktivitet med omsorg for barn og unge, voksne og eldre med alvorlig sykdom, funksjonsnedsettelse eller psykiske og sosiale problemer.

I stortingsmeldingen heter det at pårørendeprogrammet skal fokusere på tiltak som gjør det lettere å kombinere arbeid og omsorg, og som bygger på likestilling mellom kjønn, og anerkjenner og verdsetter pårørendes kompetanse og innsats, og som støttes faglig gjennom opplæring og veiledning. Det legges vekt på tiltak som støtter pårørende og styrker samspillet mellom pårørende og helse- og omsorgstjenestene. Det dreier seg blant annet om fleksible avlastningsordninger, pårørendestøtte, informasjon, opplæring og veiledning, samspill og samarbeid, samt forbedring av omsorgslønnsordningen. Som et ledd i pårørendeprogrammet skal også endringer i de økonomiske kompensasjonsordningene og permisjonsbestemmelsene utredes.

2.4 Høringsnotat fra Arbeids- og sosialdepartementet

Arbeids- og sosialdepartementet har lagt frem et høringsforslag om ny pleiepengeordning med høringsfrist 15. desember 2015.

Arbeids- og sosialdepartementet foreslår å utvide pleiepengeordningen ved å inkludere grupper som i dag faller utenfor. Dette gjelder barn med varig sykdom som ikke faller innunder dagens unntaksregler og syke barn som i dag ikke oppfyller kravet om livstruende eller svært alvorlig sykdom. Samtidig foreslås det forenklinger i regelverket. Dagens tosporssystem med pleiepenger frem til 12 år i tilknytning til behandling i helseinstitusjon (§ 9-10) og frem til 18 år ved svært alvorlig sykdom (§ 9-11) foreslås opphevet, og at det etableres én regel som gir rett til pleiepenger uavhengig av om barnet er behandlet på sykehus eller pleies hjemme. Det foreslås en utvidet generell øvre aldersgrense på 18 år. Det foreslås videre å fjerne flere krevende skjønnsvilkår, som for eksempel «svært alvorlig sykdom» og «ustabil». Det skal være tilstrekkelig at barnet er sykt og har behov for kontinuerlig tilsyn og pleie. Det må imidlertid være årsakssammenheng mellom sykdommen og pleiebehovet, og kravet til behov for kontinuerlig tilsyn og pleie vil i seg selv indikere at sykdommen har en viss alvorlighet. Det foreslås videre at pleiepenger skal ytes fra en dagkonto på 1300 dager, enten oppdelt i

perioder eller i inntil fem år ved sammenhengende uttak. Pleiepenger skal videre ytes med 100 pst. inntektskompensasjon i 260 dager (tilvarende ett år hvis sammenhengende uttak) og 66 pst. kompensasjon i 1040 dager (fire år hvis sammenhengende uttak). I tillegg foreslås det å gjøre ordningen mer fleksibel ved øke graderingsmuligheten til 20 pst. slik at det skal bli lettere å kombinere pleieoppgaver og yrkesdeltagelse.

Høringsfristene for endringene i pleiepengeordningen og dette høringsnotatet om styrket pårørendestøtte er satt slik at høringsinstansene skal ha mulighet for å vurdere de separate forslagene opp mot hverandre.

3 Om de pårørende

Forskning anslår at det i dag utføres om lag 100 000 årsverk i den uformelle, og i all hovedsak familiebaserte omsorgen (Rønning m.fl. 2009). Den uformelle omsorgen er altså om lag på samme størrelse som det den offentlige omsorgstjenesten yter, men er lite synlig i offentlig statistikk og saksbehandling.

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten må forholde seg til pårørende til brukere i alle aldersgrupper, og som har ulike relasjoner til den eller de som har behov for hjelp. Pårørende til eldre brukere av den kommunale omsorgstjenesten er den største gruppen. De består i all hovedsak av ektefeller, barn og barnebarn. Forskning viser at voksne barn sjelden er hovedomsorgskilde for eldre foreldre. De fleste eldre med hjelpebehov får både hjelp av en partner når de har det, og fra offentlige tjenester. Pårørende til barn som har et omsorgsbehov er i en særstilling, ettersom foreldre til barn under 18 år er den eneste gruppen pårørende som har et lovpålagt ansvar for å yte omsorg. Som følge av en ønsket utvikling fra institusjonsbasert omsorg til hjemmebasert omsorg, har noen foreldre opplevd et større omsorgsansvar for barn med nedsatt funksjonsevne både når de er barn og etter at de har blitt voksne. Samtidig har utbyggingen av den kommunale helse- og omsorgstjenesten medført at flere får hjelp. Andelen tjenestemottakere under 67 år er de siste ti årene mer enn fordoblet.

En undersøkelse av kommunenes bruk av omsorgslønnsordningen tyder på pårørendes alder og relasjon til omsorgsmottaker kan ha betydning for tildeling av kommunale helse- og omsorgstjenester. I 2010 var 71 pst. av omsorgslønns-mottakerne i aldersgruppen 27-59 år, mens 27 pst. var over 60 år. 60 pst. av omsorgslønns-mottakerne yter omsorg for egne barn, mens 25 pst. yter omsorg for ektefelle. Et lignende bilde tegner seg når vi ser på aldersfordelingen hos de som mottar omsorg. I 2010 var 44 pst. av omsorgsmottakerne under 18 år, mens 57 pst. var under 27 år. Til sammenligning var 48 pst. av omsorgsmottakerne under 27 år i 2002. I kun 18 pst. av tilfellene dreide det seg om omsorg gitt til personer over 67 år. Eldre brukere opplever også i større grad at omsorgslønn kommer som erstatning for andre tjenester. Det er særlig for gruppen over 80 år at tilbud om hjemmetjenester reduseres dersom omsorgslønn er innvilget, mens det i aldersgruppen 17-66 år er flest som mottar omsorgslønn i kombinasjon med hjemmetjenester.

Det er et stort potensial for bedre samhandling mellom de offentlige tjenestene og pårørende. I flere utredninger er det pekt på at samspillet med pårørende er mangelfullt og ofte tilfeldig. Tiltak som anerkjenner og verdsetter pårørendes kompetanse og innsats, og som støttes av kommunene gjennom avlastning, opplærings- og veiledningstilbud er etterspurt. Pårørendes kompetanse som er opparbeidet gjennom omsorgsinnsats og samhandling med ulike instanser, deltakelse i likemannsarbeid og kurs og veiledning for pårørende, og ikke minst lang erfaring med hvordan ulike tjenestetilbud virker inn på den som har tjenestebehovet, er en kompetanse tjenesteapparatet må vite å verdsette og benytte.

Nye løsninger for pårørendestøtte må ta utgangspunkt i at de pårørende er i ulike livssituasjoner og har ulike behov.

4 Grensene for det offentliges ansvar

4.1 Den offentlige hjelpeplikten

Kaasa-utvalget viser til at det juridiske ansvaret for omsorg over tid er 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.

4.1.1 Brukere under 18 år

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

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. Mange barn med funksjonsnedsettelser har 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. 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.

4.1.2 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 lovfastsatte vilkår for å motta slik bistand. 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.

Kommunens vurdering skal skje på bakgrunn av brukerens totale livssituasjon. Dette omfatter ikke bare helse- og omsorgsbehovet, men også 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. 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 holdepunkt er brukerens hjelpebehov. Dette behovet definerer det offentliges ansvar, og kan ikke uten videre skyves over på private.

Mange 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. Vilkårene om individuell behandling og brukermedvirkning åpner for tilpasninger på brukerens 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.

4.2 Kommunenes ansvar for tjenestenes forsvarlighet

Et fellestrekk ved helse- og omsorgstjenester er at de skal dekke grunnleggende behov hos brukeren, enten det dreier seg om praktisk bistand eller personlig stell og pleie. For å oppnå formålet med tjenestene må kommunen sikre at tjenestene er faglig forsvarlige. Ansatte i helse- og omsorgstjenesten må være i stand til å gi 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.

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:

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

En sentral faktor 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.

5 Dagens ordninger for pårørende

5.1 Kommunale tjenester

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 består av en blanding av tradisjonelle helsetjenester, som hjemmesykepleie og plass i sykehjem, samt tjenester etter tidligere lov om sosiale tjenester, som personlig assistanse, herunder praktisk bistand, opplæring og støttekontakt, avlastning, og bolig med heldøgns

omsorgstjenester. I tillegg til dette fremgår av lovens § 3-6 at kommunen skal ha tilbud om omsorgslønn til personer som har et særlig tyngende omsorgsarbeid.

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 pårørendes situasjon.

5.1.1 Rett til vedtak for å lette omsorgsbyrden

Pasient- og brukerrettighetsloven har i § 2-8 en egen bestemmelse rettet til pårørende med særlig tyngende omsorgsoppgaver. Bestemmelsen har følgende ordlyd:

De som har særlig tyngende omsorgsarbeid, kan kreve at den kommunale helse- og omsorgstjenesten treffer vedtak om at det skal settes i verk tiltak for å lette omsorgsbyrden og hva tiltakene i tilfelle skal bestå i.

Bestemmelsen er overført fra den tidligere sosialtjenesteloven av 1991, der den kom inn for å støtte opp under den private omsorgsinnsatsen der denne er ønsket. I lovens forarbeider (Ot.prp. nr. 29 (1990-91)) vises det til at mye tyngende omsorgsarbeid ikke bare er et resultat av mangelfulle offentlige tilbud, men også et resultat av et ønske fra mange pårørende om å påta seg et slikt arbeid langt utover det de er rettslig forpliktet til. Det offentlige har en klar oppgave i å støtte opp under dette arbeidet. Målet må være å bedre kvaliteten på dette omsorgsarbeidet ved å gi veiledning, økonomisk støtte og hjelp i hjemmet, samt å gi omsorgsgiveren mulighet til fritid og ferie.

Samtidig vises det til at målet ikke alltid vil være å fastholde den private omsorgen. I mange tilfeller vil det være ønskelig for de berørte å komme seg ut av en omsorgssituasjon i familien, og derfor bør tjenesteapparatet alltid ta andre alternativer i betraktning når støttetiltak skal vurderes i forhold til private omsorgsforhold.

Departementet viste til at for den private omsorgsgiver er det avgjørende å få visshet om hvordan omsorgsarbeidet vil arte seg i tiden fremover. En slik klarhet kan være avgjørende for om omsorgsgiveren kan påta seg eller fortsette et krevende omsorgsarbeid. Det er derfor av stor betydning for den enkelte omsorgsgiver å ha rett til at kommunen fatter vedtak om tiltak for å lette omsorgsbyrden.

5.1.2 Avlastning

I helse- og omsorgstjenestelovens § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav d fremgår det at kommunen har plikt til å tilby avlastningstiltak. Det fremgår av forarbeidene til bestemmelsen at kommunen skal ha avlastningstilbud til personer og familier med særlig tyngende omsorgsarbeid. Avlastningstiltak er en forutsetning for at pårørende og andre skal ha mulighet til å utføre en så stor andel av omsorgstjenestene som de utfører i dag. Avlastning kan gis ut fra ulike behov og organiseres på ulik måte. Tjenesten kan tilbys i eller utenfor hjemmet, i eller utenfor institusjon, og skal omfatte et forsvarlig tjenestetilbud for personen som har omsorgsbehovet. Avlastningstiltak skal hindre

overbelastning, og gi omsorgsyter nødvendig fritid og ferie og mulighet til å delta i vanlige samfunnsaktiviteter.

Statens helsetilsyn fant i sitt landsomfattende tilsyn i 2010 at kommunene gjennomgående «ikke kartla og vurderte pårørendes omsorgsbyrde, situasjon og behov for avlastning», og at saksbehandlingen ved søknader om avlastning bar preg av sjablonmessige og standardiserte vurderinger, og at vedtakene var mangelfulle og ikke ga tilstrekkelig opplysning om klagemuligheter (Statens helsetilsyn rapport 5/ 2011).

5.1.3 Omsorgslønn

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.

Kommunen plikter å gi et nødvendig og forsvarlig tjenestetilbud til den som har behov for det. Der brukeren selv, pårørende og kommunen er enige, kan omsorgsyter kompenseres for det omsorgsarbeidet han eller hun utfører. Tjenesten skiller seg derfor fra andre (i all hovedsak statlige) økonomiske ytelser. Det er en hel rekke tjenester som i praksis er aktuelle å vurdere som alternativ eller supplement i forbindelse med en søknad om omsorgslønn, for eksempel avlastning, hjemmetjenester, dagtilbud og korttidsopphold på sykehjem. Det er dermed en rekke tjenester og tiltak som kan få betydning ved vurderingen av om omsorgslønn skal innvilges eller ikke.

Lovgivers hovedformål med omsorgslønnsordningen har vært å bidra til best mulig omsorg for personer som har særlig stort omsorgsbehov på grunn av alder, funksjonshemming eller sykdom, og å gjøre det mulig for private omsorgsgivere å fortsette omsorgsarbeidet. Å få omsorgslønn innebærer at kommunen engasjerer pårørende eller andre frivillige omsorgsgivere som oppdragstakere, evt. som arbeidstakere. Ytelsen er skattepliktig og pensjonsgivende (gir pensjonsopptjening).

Omsorgslønn ytes til personer med særlig tyngende omsorgsarbeid som utfører oppgaver som ellers måtte vært utført av kommunen. Ordningen gjelder både overfor ektefeller og andre frivillige omsorgsytere uten omsorgsplikt, og for foreldre som har omsorgsplikt for sine mindreårige barn. Det er brukerens ønske om pårørendeomsorg som ligger til grunn for kommunens plikt. Pårørende kan ikke trekkes lenger inn i omsorgsarbeidet enn hva bruker til enhver tid ønsker og tillater.

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. Videre er det kommunen som, ut fra en samlet helhetsvurdering av tjenestetilbudet som ytes den omsorgstrengende, avgjør hvilket nivå lønnen skal ligge på og varigheten av vedtaket. 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.

5.1.4 Omfang og bruk av omsorgslønn

Omsorgslønnsordningen ble sist kartlagt i 2010 i forbindelse med Kaasa-utvalgets arbeid, og er tidligere kartlagt i 1995 og 2002 (Løve 1997; Skollerud 2003 og Finnvold 2011). Basert på disse kartleggingene, konkluderte Kaasa-utvalget med at ordningen over tid er blitt mer omfattende og kostbar for kommunene. I 1995 var det 3500 brukere hvor pårørende mottok omsorgslønn. Tilsvarende tall for 2010 var 9070. I 2014 var det 9529 brukere hvor pårørende mottok omsorgslønn. Imidlertid har antall mottakere av hjemmetjenester økt i samme periode, slik at andelen som mottar omsorgslønn har ligget stabilt på rundt fem pst. i perioden 2011 til 2014.

Utgiftene er mer enn firedoblet fra 1995 til 2010. 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. Økningen ble i all hovedsak forklart med økningen i antall omsorgslønsmottakere. De siste årene har vi sett at bruken av omsorgslønn har blitt forholdsmessig noe redusert i forhold til andre kommunale tjenester. Når det likevel er en økning i antall omsorgslønsmottakere, skyldes dette først og fremst en økning i det totale antallet mottakere av helse- og omsorgstjenester

I 2010 fikk mottakerne i gjennomsnitt betalt for 10,6 timer i uken, et timetall som ikke hadde endret seg fra 2002. I 2010 utgjorde omsorgslønnen en gjennomsnittlig månedsinntekt på 5700 kroner, noe som tilsvarer en timelønn på 124 kroner/timen.

Helsedirektoratet gjennomførte i 2014 en utredning av omsorgslønnsordningen, hvor de fant et spenn i timesatsene fra 102 til 180 kroner timen. I kartleggingen fra 2010 oppga 80 pst. av kommunene at omsorgslønsmottakere får timelønn etter samme lønnsats som for hjemmehjelp, mens de resterende 20 pst. oppga at omsorgslønnen ble beregnet etter andre satser. Det er også mange kommuner som ikke har, eller som har svært få, omsorgslønsmottakere. I 2014 var det 150 kommuner som hadde mellom 0 og 5 mottakere av omsorgslønn.

I rapporten om «Kommunenes bruk av omsorgslønn 2010» (Finnvold 2011) ble kommunene spurt om hvilke forhold de vektlegger ved tildeling av omsorgslønn. Om lag halvparten av respondentene oppgir at kommunens økonomi på tildelingspunktet ikke har betydning, mens 42 pst. svarer at kommunens økonomi har noe betydning. Samtidig er 63 pst. av kommunene helt eller delvis enig i utsagnet «Omsorgslønnsordningen vil kunne spare min kommune for penger». Det er med andre ord ikke gitt at hensynet til kommuneøkonomien fører til flere avslag på omsorgslønn.

I en kunnskapsoppsummering fra Helsetilsynet fremgår det at det er store variasjoner i hvordan omsorgslønnsordningen praktiseres, og at tildelingen ikke alltid er i tråd med anbefalingene i rundskrivet fra 1998 (Helsetilsynet 2009). Tildeling av omsorgslønn later til å være mer avhengig av hvilken kommune man bor i enn selve omsorgsbelastningen eller omsorgsbehovet. Det reises i rapporten spørsmål ved om kommunene i tilstrekkelig grad klarer å ivareta ansvaret om tildeling av forsvarlig tjeneste, når kommunene må bruke skjønnsvurderinger, der blant annet kommunens økonomiske situasjon inngår. Ved

gjennomgang av 37 klagesaker om tildeling av omsorgslønn viste det seg at i 21 tilfeller ble kommunenes vedtak endret eller opphevet av Fylkesmannen.

5.2 Stønadsordninger fra folketrygden

5.2.1 Innledning

Som det fremgår av gjennomgangen foran følger det av helse- og omsorgstjenesteloven sett i sammenheng med pasient- og brukerrettighetsloven at den enkelte har rett til «nødvendige helse- og omsorgstjenester». Med «nødvendige helse- og omsorgstjenester» menes riktige tjenester og omsorg til riktig tid og i riktig mengde. Hva som ligger i riktige tjenester vil avhenge ikke bare av den enkeltes tjenestebehov, men også den enkeltes brukers egne preferanser. Lovgivningen legger opp til at to tjenestemottakere med samme behov kan få ulike tjenester, fordi enkelte vil kunne kjenne en særlig trygghet ved institusjonsinnleggelse, mens andre ønsker å bo hjemme så lenge som mulig. Kommunens ansvar for å sikre et individuelt tilrettelagt tjenestetilbud følger også av helse- og omsorgstjenestelovens formålsbestemmelse om å sikre tilpasning av tjenestetilbudet til den enkeltes behov, og å sikre at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet.

Når det gjelder statlige stønadsordninger for pårørende og særskilt omsorgstrengende, hovedsakelig nedfelt gjennom folketrygdloven, er disse gitt fortrinnsvis for å sikre økonomisk trygghet ved å kompensere for inntektstap og særlige utgifter ved for eksempel uførhet, sykdom og skade. Folketrygdloven er en rettighetslov som innebærer at den enkelte gis rett til nærmere angitte trygdeytelser når lovens vilkår er oppfylt. Trygdeytelsene vil ofte være mer forutsigbare enn kommunale helse- og omsorgstjenester.

5.2.2 Folketrygdens stønadsordninger

Hjelpestønad

Hjelpestønad er hjemlet i kapittel 6 i folketrygdloven.

Etter § 6-4 kan det ytes ordinær hjelpestønad til personer som på grunn av varig lidelse har behov for særskilt tilsyn og pleie, og hvor det foreligger et privat pleieforhold. Etter § 6-5 kan det gis forhøyet hjelpestønad til barn og unge under 18 år dersom de har et pleie- og tilsynsbehov som er vesentlig større enn det som dekkes av ordinær hjelpestønad. Ved vurderingen av pleie- og tilsynsbehovet og hvilken sats som skal gis, legges det blant annet vekt på hvor mye den fysiske og psykiske funksjonsevnen er nedsatt, hvor omfattende pleieoppgaven og tilsynet er, hvor stort behovet for stimulering, opplæring og trening er og hvor mye pleieoppgaven binder den som gjør arbeidet. Hjelpestønad gis til den som har behov for pleie - ikke til den som utfører pleien. Foreldre vil som verge for barnet disponere stønaden. Det er ikke krav om forutgående yrkesaktivitet eller tap av pensjonsgivende inntekt for rett til hjelpestønad.

Hjelpestønad er en kontantstøtte som ytes etter flere satser. Ordinær hjelpestønad gis med sats 1 (1 171 kr/mnd pr 1. januar 2015). Forhøyet hjelpestønad gis med 2, 4 eller 6 ganger ordinær sats 1. Dette utgjør sats 2 (2 342 kr/mnd), sats 3 (4 684 kr/mnd) og sats 4 (7 026 kr/mnd). Hjelpestønad sats 0 (1 089 kr/mnd) omhandler hjelp i huset. Ordningen med sats 0 ble opphevet 1. januar 1992, men overgangsordningen løper ennå for enkelte brukere som mottok stønaden på opphevingstidspunktet. Hjelpestønad er skattefri.

Pleiepenger

Formålet med pleiepenger fra folketrygden er å kompensere for bortfall av arbeidsinntekt for yrkesaktive som må være midlertid borte fra arbeidet for å pleie syke barn, jf. folketrygdloven §§ 9-1 til 9-3.

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. 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.

Pleiepenger etter denne bestemmelsen ytes fra og med åttende dag. Vilkåret om at pleiebehovet skal strekke seg over mer enn syv dager utelukker tilståelse av pleiepenger ved enkle sykdommer eller skader fordi disse ikke krever kontinuerlig omsorg og pleie over så lang tid. Det forventes at omsorgspenger (sykt-barn-dager) etter folketrygdloven § 9-5 benyttes 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 heller 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 til den som har omsorg for barn under 18 år med livstruende eller annen svært alvorlig sykdom eller skade. For den som har omsorg 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.

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.

I utgangspunktet skal pleiepenger ikke tilstås ved et varig pleiebehov hos barnet. Pleiepenger skal ikke ytes for å dekke inntektstap som følge av varig pleiebehov hos barn.

Den aktuelle ytelsen fra folketrygden er da hjelpestønad. Det kan imidlertid gjøres unntak når en varig sykdom forverrer seg og kommer inn i en ustabil fase. I slike perioder kan det foreligge rett til pleiepenger. Videre kan pleiepenger ytes i startfasen av varig, svært alvorlig sykdom. Ved svært alvorlig progredierende sykdom hvor barnet blir gradvis dårligere og dør tidlig kan det foreligge en kontinuerlig rett til pleiepenger.

Pleiepengebestemmelsene 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 kontinuerlig rett til pleiepenger kan også hjelpestønad tilstås i tillegg dersom hjelpebehovet til barnet er ekstra stort.

Pleiepenger etter folketrygdloven § 9-12

Folketrygdlovens § 9-12 gir yrkesaktive rett til å være hjemme for å pleie nærstående ved forventet dødsfall. Som nærstående regnes familiemedlemmer, men også gode venner og naboer kan omfattes av begrepet. Pleien må ytes i hjemmet, enten i pleieyters eller pleiemottakers hjem. Stønaden gis i inntil 60 dager for hver pasient.

5.3 Permisjonsregler

5.3.1 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 permisjonsdager. 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 nærstående i hjemmet i livets slutfase har etter arbeidsmiljølovens § 12-10 rett til permisjon i 60 dager.

5.3.2 Rett til permisjon 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 folketryktdloven.

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.

6 Departementets vurderinger

Aldringen av befolkningen i årene som kommer vil redusere andelen yrkesaktive. I tillegg vil omsorgsbehovet øke, blant annet på grunn av utviklingen i medisinsk teknologi og fordi mennesker med funksjonsnedsettelse lever stadig lenger. Denne positive velferdsutviklingen gir et press på den yrkesaktive befolkningen fordi det vil bli større etterspørsel både etter arbeidskraft og pårørendeomsorg. Det er et dilemma at økt pårørendeomsorg vil kunne gå på bekostning av arbeidsmarkedsdeltakelse og omvendt. 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?

Sett fra et samfunnsperspektiv er det en utfordring av mange omsorgsgivere blir syke i perioder fordi omsorgsbyrden er for stor. Konsekvensen kan bli uførhet eller langvarig arbeidsledighet. Målet er derfor å ha et godt støtteapparat for de pårørende, og at en bygger opp økonomiske ordninger som både støtter opp om pårørendeomsorg samtidig som den er et insentiv til å beholde arbeid utenfor hjemmet.

For den pårørende kan det være betydelige utfordringer i å være en omsorgsperson. Mange pårørende mister sosialt nettverk og opplever isolasjon og ensomhet. Mange opplever at deres synspunkter ikke blir hørt og respektert av det offentlige hjelpeapparatet. De møter et fragmentert hjelpeapparat med flere ulike instanser å forholde seg til, samtidig som de ofte opplever manglende samhandling mellom de kommunale helse- og omsorgstjenestene, spesialisthelsetjenesten og Arbeids- og velferdsetaten. Pårørende som velger å yte omsorg for sine nærmeste, risikerer frafall fra arbeidslivet og reduserte

karrieremuligheter. Mange pårørende kan derfor oppleve utrygghet for økonomi og fremtidig pensjon.

Det er også utfordrende å etablere tilstrekkelige systemer for å sikre at kvaliteten på omsorgen er god. Dette kan føre til at bruker ikke får de tjenester vedkommende har rett på. I noen situasjoner kan pårørendeomsorg føre til et problematisk avhengighetsforhold mellom bruker og omsorgsyter. Det må være et grunnleggende mål at brukers rett til selvstendighet og selvbestemmelse kan opprettholdes når man vurderer det samlede tjenestetilbudet.

Kommunenes frihet til å organisere tjenestetilbudet ut fra lokale forhold og behov, gir ikke bare kommunene en mulighet til, men også en plikt til å tilpasse tjenestetilbudet ut fra en individuell vurdering av hver enkelt tjenestemottaker. Departementet viser her til pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1a om rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen og § 3-1 om pasient og brukers rett til medvirkning. Fordi tjenestemottakerne ikke er en homogen gruppe med samme ønsker og behov, åpner loven for at to brukere med samme tjenestebehov kan få ulike tilbud ut fra egne preferanser og ønsker om hvordan livet skal leves.

Regjeringen vil utvikle en helse- og omsorgstjeneste som setter bruker og pårørende i sentrum, og som tar utgangspunkt i den enkeltes behov. Standardiserte krav til tjenesten og mer vilkårsstyrte ordninger kan redusere muligheten for å tilpasse tilbudet til den enkeltes ønsker og behov, gjøre ordningene mindre fleksible og vanskeligere å se i sammenheng med et helhetlig tjenestetilbud.

Departementet ser at det er et ønske fra bruker- og pårørendeorganisasjoner om økt forutsigbarhet og et fleksibelt tjenestetilbud som er tilpasset den enkelte families behov. Forutsigbarhet er viktig for å sikre muligheten til å planlegge hverdagen, fleksibilitet er viktig for å sikre tjenestetilbudets treffsikkerhet. Det hjelper lite om ordningene er forutsigbare, dersom de ikke treffer dem den er ment å hjelpe. Utfordringen er derfor å finne løsninger som sikrer mer forutsigbarhet, samtidig som det ikke legges uønskede restriksjoner på kommunenes mulighet for å skreddersy tjenester til den enkelte bruker.

Omsorgslønnsordningen har vært oppfattet å være uforutsigbar og lite rettfærdig, blant annet fordi det er store forskjeller mellom kommunene når det gjelder utmåling og tildeling av omsorgslønn. Det oppleves også som ikke å være i tråd med intensjonen bak ordningen at kommunens økonomiske situasjon kan virke inn i vurdering av hvorvidt søknad om omsorgslønn innvilges.

I NOU 2011:17 la Kaasa-utvalget frem forslag om å avvikle dagens omsorgslønnsordning og folketrygdens hjelpestønad. Ordningene skulle erstattes med en ny, forsterket omsorgsstønad på kommunalt nivå som tok opp i seg dagens omsorgslønn og folketrygdens hjelpestønad, se punkt 2.1. Hovedvekten av høringsinstansene støttet ikke Kaasa-utvalgets forslag om å avvikle hjelpestønaden.

Departementet vil bemerke at folketrygdlovens formål er å gi økonomisk trygghet ved å sikre inntekt og kompensere for særlige utgifter ved sykdom, skade og uførhet. Loven

bygger altså på at medlemmet får en rett til nærmere angitte ytelser når lovens vilkår er oppfylt. Bestemmelsene om hjelpestønad er bygget opp slik.

Den kommunale helse- og omsorgstjenesteloven bygger på kommunenes plikt til å gi nødvendige helse- og omsorgstjenester gjennom et sett av ulike tjenestetilbud, som omfatter bla hjemmesykepleie og plass i sykehjem, personlig assistanse, herunder praktisk bistand, opplæring og støttekontakt, avlastning og bolig med heldøgns omsorgstjenester. I tillegg skal kommunene ha tilbud om omsorgslønn til personer som har et særlig tyngende omsorgsarbeid. Kommunens ansvar er i all hovedsak avgrenset til å yte tjenester.

Pasient og brukerrettighetsloven gir i § 2-1 a andre ledd rett til nødvendige kommunale helse- og omsorgstjenester. Som hovedregel er det kommunen som avgjør hvilken tjeneste som skal gis og hvor den skal gis. Eksempelvis kan kommunen i utgangspunktet avgjøre om tjenesten skal ytes i form av hjemmetjenester eller plass i sykehjem. Lovgiver har valgt å gi kommunene denne fleksibiliteten, da dette antas å gi en mer hensiktsmessig bruk av tilgjengelige ressurser, fremfor om alle kommuner måtte innrette tjenestetilbudet likt etter en felles mal.

Det å oppheve dagens rett til hjelpestønad for å legge denne inn i en forsterket omsorgsstønad slik Kaasa-utvalget foreslo, vil måtte følges opp med en tilsvarende regulering av rettigheten i pasient- og brukerrettighetsloven for å ikke svekke hjelpestønadmottakernes rettsstilling.

Fordelen ved en slik form for rettighetsfesting er stor grad av forutsigbarhet for brukere og pårørende. På denne måten tar man bruker og pårørende på alvor og gir dem reell avgjørelsesmyndighet ved valg av kommunale tjenester. Dette har i seg selv betydelig verdi. Det er pårørende som vet hva som er det beste tjenestetilbudet for en selv og sine nærmeste.

På den annen side kan en rettighetsfesting medføre at den kommunale innsatsen i forhold til pårørende dreies mot omsorgsstønad. En slik dreining vil påvirke andre kommunale tjenestetilbud, som hjemmetjenester og avlastning, og på den måten gi mindre spillerom for både pårørende og kommunen til å etablere et godt individuelt tilbud til alle. Eller sagt på en annen måte; kommunen vil i større grad yte omsorgsstønad fremfor selv å utvikle og etablere gode avlastningsordninger. Dette kan medføre et mindre fleksibelt tjenestetilbud, som igjen vil gjøre det vanskeligere å tilpasse tilbudet til den enkeltes behov. Særlig vil dette gjelde pasienter og brukere som primært ønsker andre type tjenester enn omsorgsstønad, og de pasienter og brukere som ikke vil være omfattet av en eventuell rett til forsterket omsorgsstønad.

Etter en samlet vurdering mener derfor Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og sosialdepartementet at overføring av hjelpestønad til kommunene med en påfølgende rettighetsfesting av omsorgslønn i pasientpasient- og brukerrettighetsloven på tilsvarende måte som i folketrygdloven §§ 6-4 og 6-5, ikke vil sikre den nødvendige fleksibiliteten i det samlede tjenestetilbudet, men heller kunne svekke den enkeltes mulighet for å få individtilpassede tjenester.

7 Departementets forslag

7.1 Forslag til ny bestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven

Fremtidens helse- og omsorgstjenester skal utvikles sammen med brukere og pårørende. Det er et mål at pårørende skal få en større og tydeligere plass i helse- og omsorgstjenesten. Pårørende som tar vare på sine nærmeste, skal bli møtt av offentlige tjenester som arbeider sammen med dem, veileder og støtter dem og gir avlastning når det trengs. Ingen skal måtte påta seg omfattende omsorgsarbeid dersom de ikke ønsker det eller dersom de mener at kommunen vil kunne gi et bedre og mer forsvarlig tjenestetilbud.

I Meld. St. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg ble det varslet en politikk som skal bidra til at pårørende blir verdsatt og synliggjort, og som gir økt likestilling og mer fleksibilitet. Et sentralt punkt i dette er å synliggjøre, anerkjenne og støtte pårørende som står i krevende omsorgsoppgaver. Samtidig er det viktig å bedre samspillet mellom den offentlige og uformelle omsorgen, og på den måten styrke kvaliteten på det samlede tjenestetilbudet. Dette for å kunne opprettholde pårørendeomsorgen på dagens nivå, og gjøre det enklere å kombinere yrkesaktivitet med omsorg for barn og unge, voksne og eldre med alvorlig sykdom, funksjonsnedsettelse eller psykiske og sosiale problemer.

Pårørende står for nesten halvparten av de samlede omsorgsoppgavene som ytes til brukerne i dag. Mange opplever imidlertid at denne innsatsen ikke anerkjennes. Å samle tiltakene rettet mot pårørende i en felles bestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven vil ikke bare være et virkemiddel for å sikre nødvendig pårørendestøtte, det vil også kunne bidra til å synliggjøre og anerkjenne pårørendes innsats.

Pårørende til brukere av kommunale omsorgstjenester finnes i alle aldersgrupper, og har ulike relasjoner til den eller de som har behov for hjelp. Løsninger for pårørendestøtte må derfor ta utgangspunkt i at de pårørende er i ulike livssituasjoner og har ulike behov. I tråd med Pårørendeprogrammet som er vedtatt av Stortinget gjennom behandlingen av Meld. St. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg, legger departementet til grunn at nye løsninger for styrket pårørendestøtte skal bedre samspillet mellom den offentlige og den uformelle omsorgen, og styrke kvaliteten på det samlede tjenestetilbudet. Kommunene skal gi et tilbud som er samordnet med pårørendes innsats, og tilby nødvendig veiledning og avlastning for å forbedre pårørendes situasjon.

Pasient- og brukerrettighetslovens § 2-8 har følgende ordlyd: *«De som har særlig tyngende omsorgsarbeid, kan kreve at den kommunale helse- og omsorgstjenesten treffer vedtak om at det skal settes i verk tiltak for å lette omsorgsbyrden og hva tiltakene i tilfelle skal bestå i.»*

Bestemmelsen har i dag ingen motsvarende pliktbestemmelse i den kommunale helse- og omsorgstjenesteloven. Med unntak av bestemmelsen om omsorgslønn, har helse- og omsorgstjenesteloven ingen bestemmelser som er uttrykkelig rettet mot pårørende. Det betyr at dagens regelverk i liten grad gir pårørende klarhet i eller veiledning om hvilke tjenester de kan be om. Det betyr også at det kan være vanskelig for pårørende å klage over manglende tjenestetilbud. Det er på denne bakgrunn departementet foreslår å innføre

en ny pliktbestemmelse om kommunens ansvar for pårørende. Den nye bestemmelsen vil samle og tydeliggjøre kommunens ansvar overfor de som har et særlig tyngende omsorgsarbeid

Det foreslås at dagens § 3-6 om omsorgslønn i helse- og omsorgstjenesteloven oppheves og erstattes med en ny bestemmelse om kommunens ansvar for pårørende. Samtidig foreslås det å oppheve § 3-2 første ledd nummer 6 bokstav d). Slik ny bestemmelse foreslås å lyde:

Til personer med særlig tyngende omsorgsarbeid skal kommunen kunne tilby nødvendig pårørendestøtte i form av

1. Informasjon, opplæring og veiledning
2. Avlastning
3. Omsorgsstønad

Nære omsorgspersoner skal ikke være et tillegg til tjenestemottaker, men selvstendige individer som må møtes i den livssituasjonen de befinner seg i, og som må tas på alvor og trekkes inn i omsorgsarbeidet. De er en sentral samarbeidspartner for kommunen, og kommunen må derfor bidra til å legge til rette for best mulige betingelser når de påtar seg omsorgsoppgaver. Departementet ønsker å synliggjøre dette gjennom å samle alle tjenester til pårørende i én bestemmelse for på denne måten å sikre at enkelttjenestene ses i sammenheng med og er en integrert del av det samlede tjenestetilbudet til brukeren.

Gjennom dette forslaget ønsker departementet - som et ledd i en mer helhetlig pårørendepolitikk - å tydeliggjøre kommunens plikter overfor pårørende.

Den nye bestemmelsen samler og tydeliggjør kommunens ansvar overfor de som har et særlig tyngende omsorgsarbeid. Kommunene pålegges å tilby nødvendig pårørendestøtte i form av avlastning, informasjon, opplæring og veiledning, og omsorgsstønad. Tiltakene som regnes opp i bestemmelsen er i all hovedsak en videreføring av dagens ordninger, og kommunen skal fortsatt ha rett og plikt til å foreta en vurdering av hva som nødvendig og forsvarlig tilbud til den enkelte. Forslaget medfører imidlertid at kommunen får en tydeligere plikt til å foreta en selvstendig vurdering av pårørendes behov, og fatte vedtak om tiltak. Dermed sikres at det samlede tjenestetilbudet som utformes, også ivaretar pårørendes behov. Samlet sett representerer derfor forslaget en ny og forbedret rettsstilling for pårørende.

Når bestemmelsen retter seg mot de som har «et særlig tyngende omsorgsarbeid» skyldes dette at det er overfor disse det offentlige har et særskilt ansvar. Disse utfører et betydelig omsorgsarbeid som kommunen ellers måtte ha utført. Bestemmelsen er imidlertid ikke til hinder for at kommunen yter tilsvarende bistand til pårørende med mindre omsorgsansvar, og i enkelte tilfeller vil kravet til forsvarlighet kunne nødvendiggjøre særskilt bistand også til disse.

For ordens skyld understreker departementet at det er brukerens ønske om pårørendeomsorg som ligger til grunn for kommunens plikt. Pårørende kan ikke trekkes lenger inn i omsorgsarbeidet enn hva bruker til enhver tid ønsker og tillater. Overgangen

mellom barn og voksen er en situasjon hvor det er naturlig at kommunen vurderer omfanget av pårørendeomsorgen. Oppnådd myndighetsalder er en overgang til selvstendighet også for dem som har behov for assistanse og pleie for å klare seg i hverdagen, og kommunen skal legge til rette for at bruker settes i stand til selv å bestemme over sin omsorgssituasjon. Forsvarlighetskravet tilsier også at det er en grense for hvor omfattende omsorgsoppgavene bør være. Dersom omfattende omsorgsoppgaver fører til helseskader og sosial tilbaketrekning, vil dette kunne gå ut over både den som yter og den som mottar omsorgen.

Det stilles ikke noe krav om slektskap eller familieforhold mellom brukeren og omsorgsgiveren. På samme måte som etter pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 b) vil det som hovedregel være pasienten eller brukeren som bestemmer hvem som skal være hans eller hennes nærmeste.

På samme måte som pasient- og brukerrettighetsloven §2-8 om tiltak ved særlig tyngende omsorgsoppgaver, kreves også her at omsorgsoppgavens omfang er mer omfattende enn at den pårørende yter noe hjelp eller mindre tjenester, eller yter hjelp over kort tid, for eksempel i forbindelse med kortvarige, lettere sykdomstilfeller.

7.1.1 Informasjon, opplæring og veiledning

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b pålegger kommunen å kunne tilby personlig assistanse, herunder praktisk bistand og «opplæring» og støttekontakt. Med «opplæring» siktes her til opplæring av tjenestemottaker til dagliglivets gjøremål. Disse bestemmelsene er i utgangspunktet rettet mot bruker.

I mange tilfeller vil kommunens plikt til å sørge for forsvarlige tjenester tilsi at også pårørende må gis informasjon, opplæring og kunnskap om sykdommer, aktuelle behandlings- og støttetiltak og den enkeltes rettigheter.

For å forebygge helseskader og bidra til trygghet i omsorgssituasjonen, bør kommunen tilby differensierte informasjons- og støttetiltak. Dette gjøres både for at de pårørende selv skal kunne mestre sin egen situasjon, og for at de skal kunne spille konstruktivt sammen med det profesjonelle hjelpeapparatet. Bruker- og pårørendeorganisasjoner har en lang tradisjon for å engasjere, informere og skolere pårørende, blant annet gjennom selvhjelps- og likemannsarbeid. Kommunene oppfordres til å samarbeide med frivillige og brukerorganisasjoner om utvikling av samtalegrupper, pårørendeskoler og andre tiltak for pårørende.

Mange pårørende har omfattende kompetanse og lang erfaring. Ofte vil pårørende sitte med annen eller mer informasjon og kunnskap enn kommunen. Dette gjelder særlig for pårørende til personer med sjeldne diagnoser. I tillegg vil pårørende ofte kjenne brukers historie, behov og preferanser bedre enn det kommunale tjenestebehovet, og mange pårørende har også lang erfaring med hvordan ulike tjenestetilbud virker inn på den som har tjenestebehovet. Dette er en kompetanse tjenesteapparatet bør verdsette og benytte.

Det er derfor viktig at omsorgstjenesten samarbeider med de pårørende om hva slags støtte og informasjon de har behov for, og hva kommunen selv kan lære av pårørende.

Informasjons-, opplærings- og veiledningstiltak kan fungere som en arena for gjensidig informasjonsutveksling mellom pårørende og de kommunale tjenestene. Målet bør være å få i stand en erfaringsutveksling mellom den formelle og den uformelle omsorgen. Det kan blant annet skje gjennom å oppsøke pårørende og brukere i deres eget hjem. Gjennom å observere og delta i den omsorgen pårørende yter, vil omsorgstjenesten få et klarere bilde av hvilket bistandsbehov pårørende har. De pårørende vil, på sin side, få en arena hvor de ikke bare kan få formidlet sine behov, men også sin kunnskap til omsorgstjenesten. Slike møter kan bidra til større grad av gjensidighet i forholdet mellom den formelle og den uformelle omsorgen, og at samarbeid med brukere og pårørende blir en naturlig og integrert del av de kommunale omsorgstjenestene.

7.1.2 Avlastning

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav d om avlastningstiltak er knyttet til ivaretagelsen av pårørendes behov. I tråd med et ønske om å samle og tydeliggjøre kommunens plikter overfor pårørende, foreslår derfor departementet å flytte denne bestemmelsen til en ny, samlet bestemmelse om pårørendestøtte.

Omfattende omsorgsoppgaver kan øke risikoen for helseskader og sosial tilbaketrekning. For å forebygge helseskader, stress og overbelastning, legge til rette for fritid og meningsfulle opplevelser og bidra til deltakelse i arbeidsliv og sosiale aktiviteter, bør det utvikles bedre og mer fleksible avlastningsordninger for pårørende. Suksesskriteriet er ikke antall korttidsplasser i institusjon, men effektiv utnytting av ressurser, samtidig som individuelle behov blir møtt. For pårørende og tjenestemottaker bør det være et trygt og forutsigbart tilbud og godt koordinert med det øvrige tjenestetilbudet. Avlastning kan skje i eller utenfor hjemmet, i tilknytning til aktivitetstiltak og frivillig sektor, samt ha ulik varighetsgrad fra en kveldsstund til flere uker.

Den vanligste formen for avlastning er at tjenestemottaker får et tilbud om korttidsopphold på sykehjem eller i avlastningsbolig for barn/unge. Flere kommuner prøver imidlertid ut nye løsninger særlig overfor pårørende til yngre tjenestemottakere. Lovverket gir også mulighet til å sette inn avlastningstiltak i hjemmet deler av døgnet eller uken. Det gir pårørende fri til å hente seg inn, ta ferie, besøke venner, ivareta personlige behov eller delta i samfunnslivet. Det gis også avlastning til pårørende gjennom å tilby dagtilbud til brukere. Undersøkelser viser at tilrettelagt dagaktivitetstilbud for personer med demens kan redusere belastning og stress for pårørende, samtidig som det gir meningsfulle opplevelser for den enkelte bruker. For å bygge ut dagtilbud til personer med demens, har regjeringen etablert et øremerket tilskudd til dette formålet.

7.1.3 Omsorgsstønad

For å synliggjøre at omsorgslønn ikke er lønn i tradisjonell forstand, blir begrepet endret til «omsorgsstønad». For å oppnå bedre integrering med det kommunale tjenestetilbudet, legger bestemmelsen opp til at omsorgsstønad skal sees i sammenheng med det øvrige

tilbudet kommunen gir pårørende. Tilbudet skal baseres på individuell vurdering av samlet omsorgsbehov.

Ved utmåling av omsorgsstønad kan kommunen fortsatt legge folketrygdloven § 6-4 sjette ledd om hjelpestønad til grunn. Dersom det kan være adgang til både hjelpestønad og kommunal omsorgslønn, anvendes hjelpestønad først. Kommunen kan ta hensyn til hjelpestønnen ved tildeling og utmåling av omsorgslønnen. Kommunen kan også kreve at den som trenger omsorg søker om hjelpestønad før søknaden om omsorgslønn blir behandlet. Når vedkommende har søkt om hjelpestønad, skal kommunen behandle søknaden om omsorgsstønad på vanlig måte. Kommunen kan ikke vente til søknaden om hjelpestønad er behandlet. Utover dette er bestemmelsen en videreføring av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6 og det vises til tidligere omtale av denne.

Det er et overordnet mål at pårørende til både eldre og yngre med langvarige bistandsbehov skal oppleve at de blir mer verdsatt. Tilbud om omsorgsstønad er bare aktuelt å vurdere der dette er et ønske både fra bruker og pårørende. Kommunen vil ikke etter dette forslaget ha plikt til å yte omsorgsstønad der de finner at andre tjenester vil gi et nødvendig og forsvarlig samlet tjenestetilbud til brukeren. Departementet viser samtidig til pasient- og brukerrettighetslovens § 3-1 annet ledd om rett til medvirkning.

8 Økonomiske og administrative konsekvenser

Departementets forslag om en ny pårørendebestemmelse medfører i det vesentligste en videreføring og tydeliggjøring av gjeldende rett.

Det at bestemmelsene samles, og at tilbudene til pårørende dermed skal ses i sammenheng, vil kunne påvirke etterspørselen etter tjenester til pårørende. Samtidig vil et bedre samspill med bruker og pårørende sikre bedre utnyttelse av de samlede omsorgsressursene, og sette de pårørende som ønsker det bedre i stand til å yte omsorg for sine nære. Samlet sett vurderer departementet at forslaget ikke vil ha administrative og økonomiske konsekvenser av betydning.

9 Lovforslag

Utkast til lovtekst:

I

Helse- og omsorgstjenesteloven

§ 3-2 første ledd nr. 6 bokstav d oppheves

§ 3-6 skal lyde:

§ 3-6 Kommunens ansvar overfor pårørende

Til personer med særlig tyngende omsorgsarbeid skal kommunen kunne tilby nødvendig pårørendestøtte i form av:

- 1. Informasjon, opplæring og veiledning**
- 2. Avlastning**
- 3. Omsorgsstønad**

II

Pasient- og brukerrettighetsloven

§ 2-7 annet ledd skal lyde:

For vedtak om tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6 bokstavene a til c, 3-6 og 3-8, som forventes å vare lenger enn to uker, gjelder likevel reglene i forvaltningsloven kapittel IV og V med de særlige bestemmelsene som følger av loven her.

III

Loven gjelder fra den tid Kongen bestemmer.