

Kommunale avlastningstilbud

Fra tradisjonelle tjenester til
fleksible løsninger?

JORUNN THERESIA JESSEN

RAPPORT

NR 12/14



Kommunale avlastningstilbud

Fra tradisjonelle tjenester til
fleksible løsninger?

JORUNN THERESIA JESSEN

Norsk institutt for forskning om
oppvekst, velferd og aldring
NOVA Rapport 12/2014

Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) er fra 1. januar 2014 et forskningsinstitutt ved Senter for velferds- og arbeidslivsforskning (SVA) på Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA).

Instituttet har som formål å drive forskning og utviklingsarbeid som kan bidra til økt kunnskap om sosiale forhold og endringsprosesser. Instituttet skal fokusere på problemstillinger om livsløp, levekår og livskvalitet, samt velferds-samfunnets tiltak og tjenester.

© Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA), Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA) 2014

ISBN (trykt utgave) 978-82-7894-518-6

ISBN (elektronisk utgave) 978-82-7894-519-3

ISSN 0808-5013 (trykt)

ISSN 1893-9503 (online)

Illustrasjonsfoto: © colourbox.no
Illustrasjon: Gustav Vigeland. Motiver i smijernsport © Vigeland museet/Bono 2014
Desktop: Torhild Sager
Trykk: Allkopi

Henvendelser vedrørende publikasjoner kan rettes til:

Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring
Munthesgt. 29 · Postboks 3223 Elisenberg · 0208 Oslo

Telefon: 22 54 12 00

Nettadresse: www.hioa.no/nova

Forord

Denne rapporten er en undersøkelse om avlastningstilbudet i kommunene, skrevet på oppdrag fra Helsedirektoratet. Bakgrunnen for oppdraget er Meld.St. 29 (2012–2013) «Morgendagens omsorg» med program for en aktiv og framtidsrettet pårørendepolitikk (2014–2020) som setter søkelys på tiltak som kan anerkjenne og støtte pårørende med krevende omsorgsoppgaver. Hensikten med undersøkelsen er å innhente kunnskap om omfang og kjennetegn ved kommunenes tilbud og tiltak som kan styrke og videreutvikle fleksible avlastningsordninger for pårørende.

Tilbud om avlastning er lovregulert og omfatter personer og familier med særlig tyngende omsorgsarbeid, både frivillige omsorgsytere og foreldre med omsorgsplikt for mindreårige barn. Kriteriene for tildeling er ikke fastlagt, men åpne for skjønn og vurderinger av behov. Spørsmålet om hvilke kriterier som vektlegges er derfor et sentralt spørsmål i denne undersøkelsen.

Det empiriske materialet består av kvantitative data fra IPLOS-registeret over mottakere av pleie og omsorgstjenester og kvalitative data basert på intervjuer med ledere i 20 kommuner. Statistikken gir en oversikt over omfanget av avlastningstjenester i og utenfor institusjon og kjennetegn ved mottakerne. Intervjuene gir et bilde av kommunenes strategier, erfaringer og praksis innenfor plikten å tilby avlastning. Spørsmålene som blir belyst er hvilke tjenester som tilbys og hvilke kriterier kommunene legger til grunn for tildeling av avlastning. Hva slags behov og muligheter har den enkelte kommune når det gjelder å utvikle fleksible tjenester og hvilke utfordringer står de overfor?

Som ledd i undersøkelsen har vi hatt kontakt med kontorledere og virksomhetsledere i mange kommuner. Vi retter en stor takk til alle som velvillig avsatte tid til intervjuer og bidro med sine erfaringer. Videre vil vi takke Helsedirektoratet for godt samarbeid og nyttige innspill underveis. Vi vil også takke kollegaer ved NOVA, Jon-Erik Finnvold og Per Erik Solem, som har bidratt med konstruktive kommentarer til rapporten. En særlig takk til prosjektleder Heidi Gautun som var aktiv med i prosjektets tidlige fase, men som dessverre ble forhindret fra å delta i det avsluttende arbeidet med rapporten.

Oslo, august 2014

Jorunn Theresia Jessen

Innhold

Sammendrag	7
1 Innledning	11
1.1 Avlastningens innhold og begrunnelser	11
1.2 Ulike grupper av pårørende	13
1.3 Ulike typer avlastningstiltak	16
1.4 Problemstillinger	17
1.5 Innholdet i rapporten	19
2 Data og metode	21
2.1 Kvantitative data. Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk	22
2.2 Kvalitative data-intervjuer i 20 kommuner	23
3 Mottakere av avlastningstjenester – tilbud, omfang og kjennetegn	25
3.1. En oversikt over avlastningstilbudet for hele landet	25
3.2 Type tjenester og avlastningsformer som er rapportert til IPLOS-registeret	26
3.3 Omfang og kjennetegn ved mottakere av avlastning per 31.12.12.	28
3.4 Oppsummering	35
4 Ulike former for avlastning og kjennetegn ved tilbudene	37
4.1 Avlastning i institusjon/bolig med heldøgns omsorgstjenester	38
4.2 Individuell avlastning utenfor institusjon	41
4.3 Kjennetegn ved de vanligste avlastningstilbudene	43
4.4 Fleksible løsninger og kombinerte tjenester	45
4.5 Oppsummering	49
5 Kommunenes organisering og koordinering av tjenesteapparatet	51
5.1. Ulike former for organisering	51
5.2 Samarbeid og koordinering	52
5.3 Oppsummering	55
6 Kriterier og skjønnsmessige vurderinger ved tildeling av avlastningstjenester ..	57
6.1 Omfattende omsorg	58
6.2 Mangel på ferie og fritid	58
6.3 Hensynet til forsvarlighet	59
6.4 Fysisk og psykisk belastende omsorg	60
6.5 Hensynet til mottakerens omsorgsbehov og funksjonsnivå	61
6.6 Hensynet til diagnose og sykdomsbilde	62
6.7 Hensynet til familiesituasjon og omsorgsyters helse	63
6.8 Kommunale tildelingskriterier	64
6.9 Skjønnsmessige vurderinger	64
6.10 Utfordringer og uklare kriterier	66
6.11 Oppsummering	67

7 Behov, muligheter og utfordringer i den kommunale avlastningstjenesten	69
7.1 Mangel på tilbud.....	69
7.2 Økende press på tjenestene og behov for flere tilbud	70
7.3 Avlastning til voksne som yter omsorg til egne foreldre	72
7.4 Behovet for aktiviserende avlastning.....	73
7.5 Avlastning som forebygging	74
7.6 Kommunenes muligheter for å fange opp behov	75
7.7 Brukernes muligheter for å innvirke på innhold og tilbud	76
7.8 Bruk av frivillige organisasjoner og kommersielle tilbydere	78
7.9 Oppsummering	83
8 Avslutning	85
Summary	91
Referanser	95
Vedlegg: Intervjuguide	99

Sammendrag

Avlastningstjenester er lovregulert og skal gis til personer og familier med særlig tyngende omsorgsarbeid, både frivillige omsorgsytere og foreldre med omsorgsplikt for mindreårige barn. Hensikten er å forebygge helseskader, stress og overbelastning, og gi omsorgsytere nødvendig og regelmessig fritid med mulighet for å delta i vanlige aktiviteter. I Meld.St. 29 (2012–2013), «Morgendagens omsorg», signaliserer offentlige myndigheter i sterkere grad enn tidligere at tiltakene skal avlaste omsorgsgiverne slik at de kan være yrkesaktive. En viktig utfordring for kommunene er derfor å utvikle bedre og mer fleksible avlastningstjenester.

Denne rapporten handler om hvordan dagens avlastningstjenester er organisert, hvilke tjenestetilbud kommunene tilbyr, kjennetegn ved brukerne og hvordan tilbudene varierer i type og omfang. Andre spørsmål som blir belyst er hvilke kriterier som legges til grunn for tildeling av avlastning, hvilke alternative og fleksible løsninger kommunene i praksis kan tilby, og hvilke utfordringer de står overfor på dette området.

Det empiriske materialet som danner grunnlag for rapporten består av IPLOS-data (statistikk per 31.12.12) for alle landets kommuner og kvalitative intervjuer med ledere med ansvar for tildeling og koordinering av helse- og omsorgstjenester i 20 av landets kommuner. Datamaterialet skiller i hovedsak mellom avlastning i og utenfor institusjon rettet mot barn og unge med funksjonsnedsettelse og eldre omsorgsmottakere. Undersøkelsen er gjennomført på oppdrag for Helsedirektoratet og har til hensikt å innhente kunnskap som kan styrke og videreutvikle avlastningsordningene.

Statistikken viser at avlastning utenfor institusjon er den mest utbredte typen avlastning som tilbys omsorgstrengende og deres pårørende. Det er få eldre mottakere av individuelle avlastningstjenester utenfor institusjon,- hele tre av fire brukere er under 18 år. Den største gruppen mottakere er yngre brukere som bor sammen sine foreldre, og det er flest menn/gutter blant mottakerne. Dataene viser en tendens til at store kommuner (over 50 000 innbyggere) har relativt flere mottakere på avlastning i institusjon, mens mindre kommuner (under 10 000 innbyggere) har relativt flere på avlastning utenfor

institusjon. Samtidig viser dataene at mindre kommuner gir gjennomsnittlig flere timer avlastning utenfor institusjon per mottaker, sammenliknet med andre kommuner. Hovedinntrykket er at de største kommunene yter avlastning til flere mottakere og at en noe større andel av avlastningen skjer i institusjon, sammenliknet med mindre kommuner.

Den kvalitative studien viser at avlastning til foreldre med barn og unge med nedsatt funksjonsevne og spesielle behov, i hovedsak gis som tilbud om individuell avlastning i eget eller andres (private) hjem og/eller som avlastning i institusjon/bolig. Avlastning til pårørende med hjemmeboende eldre gis i hovedsak som rullerende opphold i sykehjem og/eller som dagopphold på et dagsenter eller i sykehjem. I praksis blir avlastningstilbud til yngre og eldre vurdert i sammenheng med andre kommunale tjenester og ordninger (hjemmesykepleie, praktisk bistand, omsorgslønn, brukerstyrt personlig assistanse og støttekontakt). Inntrykket er at tilbud om avlastning varierer fra kommune til kommune, avhengig av kapasitet og tilgang på institusjonsplasser.

Det gis bare unntaksvis tilbud om avlastning til voksne som yter omfattende omsorg overfor egne foreldre, og som ikke deler hushold med den hjelpetrengende. Argumentene er at det enten skyldes mangel på søknader og henvendelser, eller at kommunene i slike tilfeller velger å tilby andre kommunale tjenester og praktisk bistand. Samtidig er dette den gruppa pårørende som, ifølge studien, vanskeligst når fram med sine behov for avlastning når det er press på sykehjemmene.

Kriteriene for tildeling av vedtaksfestet avlastning åpner for skjønnsmessige vurdering. Momenter som vektlegges er omsorgsarbeidets omfang og varighet, fysisk og psykisk belastning, sosial isolasjon og mangel på ferie og fritid for pårørende med særlig tyngende omsorgsoppgaver. Intervjudata tyder på at kommunene har ulik tildelingspraksis. Enkelte legger stor vekt på subjektive kriterier (hva omsorgsyter opplever som tyngende og belastende), mens andre tar mer hensyn til objektive forhold (antall våkedøgn, type omsorgsoppgaver, alder og diagnoser). Et fåtall kommuner har utarbeidet egne definerte kriterier og retningslinjer for å sikre en mer likeartet og standardisert praksis.

Intervjuer med lederne for vedtaks- og tildelingskontorene gir inntrykk av forskjeller i kommunenes tilbud om avlastning. Noen viser til nedskjæringer i budsjetter og innstramning i kommuneøkonomien med følger for planlagte

tiltak og strengere tildelingspraksis. Mindre kommuner rapporterer om begrenset kapasitet og mangel på institusjoner og tilrettelagte boliger for barn og unge med funksjonsnedsettelse. Inntrykket er at presset på avlastningstjenesten har økt som følge av nye brukergrupper og etterspørsel etter alternative avlastnings-tiltak til barn og unge med spesielle behov og psykiske lidelser. Utfordringen for avlastningstjenesten er å finne individuelt tilpassete tilbud og alternative løsninger i samarbeid med pårørende, spesialisthelsetjenesten og andre deler av hjelpeapparatet.

Hovedinntrykket er at avlastningstjenesten i stor grad har vært preget av «standardløsninger» avgrenset til bruk av tradisjonelle institusjonstilbud. Det offentlige hjelpeapparatets dreining bort fra institusjonsomsorg og over mot hjemmebaserte tjenester, gjør det nødvendig for kommunene å framskaffe og utvikle nye og fleksible avlastningstilbud. Ordninger som ifølge informantene har bidratt til større fleksibilitet er; fri disponering av timebasert avlastning for pårørende etter behov, økt tilgang til korttidsplass i institusjon ved akutte kriser, forlenget åpningstid på dagsentrene for eldre, og fleksible arbeidstidsordninger (turnus) i avlastningsinstitusjon/bolig for yngre brukere. Undersøkelsen avdekker at kommunene i begrenset og varierende grad har tatt i bruk nye og annerledes måter å løse avlastningsoppgavene på. Et fåtall kommuner har satset på alternative tjenester som supplerer de tradisjonelle avlastningstilbudene. Slike alternativer er individuell hjemmeavlastning til personer med demens, «Inn-på tunet» gårdsavlastning for yngre og eldre brukere, aktivitetsbaserte gruppetilbud utenfor institusjon og skolefritids-avlastning til yngre brukere.

Undersøkelsen avdekker at individuell avlastning (utenfor institusjon) er en tjeneste som i hovedsak går til yngre brukere under 18 år som bor sammen med foreldre. De eksisterende kriteriene for tildeling gir imidlertid ingen holdepunkter for å gjøre alder til et hovedkriterium. I den kvalitative studien fremkommer det at flere kommuner mangler et fullverdig dagsentertilbud og benytter sykehjem som den vanligste avlastningsformen til hjemmeboende eldre med demens. Hovedutfordringen i forhold til eldre mottakere blir derfor å videreutvikle fleksible avlastningsordninger utenfor institusjon, både individuelle ordninger og gruppetilbud.

1 Innledning

I Meld. St. 29 (2012–2013) «Morgendagens omsorg» med program for en aktiv og framtidsrettet pårørendepolitikk (2014–2020), som fikk bred oppslutning i stortinget sommeren 2013, framheves fem typer av tiltak som i en første fase av programplanen skal satses på for å styrke samspill mellom helse- og omsorgstjenester og pårørende. Disse er fleksible avlastningsordninger, pårørendestøtte, informasjon, opplæring og veiledning, samspill og samarbeid, forbedring av omsorgslønnsordningen og forskning og utvikling.

I denne rapporten presenteres funn fra en undersøkelse skrevet på oppdrag fra Helsedirektoratet. Oppdraget var å undersøke omfang og kjennetegn ved avlastningstilbudene, samt framskaffe kunnskap om kommunenes strategier, erfaringer og praksis innenfor plikten å tilby avlastning. Et særlig formål med undersøkelsen var å innhente kunnskap som kan brukes for å styrke og videreutvikle fleksible avlastningsordninger for pårørende.

1.1 Avlastningens innhold og begrunnelser

Kommunens plikt til å tilby avlastning er hjemlet i lov av 24.6.2011 om kommunale helse- og omsorgstjenester mm. (heretter kalt helse- og omsorgstjenesteloven). Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav d skal kommunen skal ha tilbud om avlastning. Avlastningstiltak er rettet mot personer og familier med særlig tyngende omsorgsarbeid, og 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. Det følger av forarbeidene til loven (Prop.91 L (2010–2011)) at 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, gi omsorgs- yter nødvendig fritid og ferie og mulighet til å delta i vanlige samfunnsaktiviteter. Forarbeidene fremhever at tilbud om avlastning skal omfatte både personer som frivillig yter omsorg for sine nærmeste, og foreldre med omsorgsplikt for mindreårige barn.

Pasienters og brukeres rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen, herunder pårørendes rett til avlastning ved særlig tyngende omsorgsarbeid, er hjemlet i lov av 2.7.1999 om pasient- og brukerrettigheter (heretter kalt pasient- og brukerrettighetsloven) § 2-1a andre ledd. Videre kan personer som har særlig tyngende omsorgsoppgaver kreve at den kommunale helse- og omsorgstjenesten treffer vedtak om tiltak for å lette omsorgsbyrden, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-8.

I følge Meld.St. nr. 29 (2012–2013) skal avlastning forebygge helseskader, stress og overbelastning hos pårørende, legge til rette for nødvendig fritid og meningsfylte opplevelser og bidra til deltakelse i arbeidsliv og sosiale aktiviteter. I meldingen signaliserer offentlige myndigheter i sterkere grad enn tidligere at tiltakene skal avlaste omsorgsgiverne slik at de kan være yrkesaktive. Det begrunnes ikke bare ut i fra et likestillingsperspektiv og omsorgsgiverens behov, men også med at demografiske endringer vil føre til et stort behov for arbeidskraft fremover. Den demografiske utviklingen vil også medføre et sterkt press på de offentlige tjenestene. I følge regjeringens program for en aktiv og framtidsrettet pårørendepolitikk vil det derfor være viktig å 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. Å utvikle gode og fleksible avlastningstiltak vil være et bidrag.

Som nevnt ovenfor skal tjenestene være forsvarlige. Dette følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, og gjelder både i innhold og omfang. Loven gir ellers ingen føringer for type avlastning og organisering av denne. Forarbeidene til loven fremhever imidlertid betydningen av at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov og at det gir trygghet og kontinuitet. Tildeling av avlastningstjenester forutsetter en helhetlig og individuell vurdering av både omsorgsmottakers og omsorgsgivers situasjon.

Kommunen kan ikke kreve egenandel for avlastningstjenester, jf. forskrift av 16.12.2011 om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette gjelder også der avlastning ytes i form av korttidsopphold på institusjon.

1.2 Ulike grupper av pårørende

Ulike grupper av pårørende er i dag i en situasjon der de yter omfattende omsorg. Disse er 1) foreldre med omsorg for syke og/eller funksjonshemmede barn, 2) pårørende som yter omsorg til egen ektefelle/samboer, og 3) andre omsorgsytere som for eksempel personer med omsorg for foreldre, søsken eller andre omsorgstrengende. I den første gruppen kan det skilles mellom foreldre som har omsorg for hjemmeboende barn under 18 år og foreldre som yter omsorg til voksne barn, som fysisk funksjonshemmede og psykisk utviklingshemmede. Flere av de sistnevnte foreldrene bor ikke sammen med barna. Omsorgen som ytes av foreldre kan imidlertid være omfattende fordi de fleste av barna bor utenfor institusjon (Søderstrøm & Tøssebro 2011). I gruppe 3 er et stort flertall av omsorgsgiverne voksne barn som yter omsorg til gamle omsorgstrengende foreldre. Et fåtall av disse bor sammen med foreldrene, men de fleste yter omsorg til hjelpetrengende foreldre selv om de ikke deler hushold. (Lingsom 1997, Romøren 2003, Gautun & Hagen 2010). Inntil nylig har tjenester og ordninger som kan støtte omsorgsgivere som ikke bor sammen med den hjelpetrengende fått lite oppmerksomhet både blant forskere og offentlige myndigheter.

Foreldre som yter omsorg til funksjonshemmede barn

Den eneste gruppen med omfattende omsorgsbehov som familien i dag har et lovpålagt ansvar for å yte omsorg til er barn under 18 år (Gautun 2003). En undersøkelse som Finnvold gjennomførte i 2011 (Finnvold 2011) viser at å ha et sterkt funksjonshemmet barn både kan føre til at foreldrene, og spesielt moren, får en svekket helsetilstand og en svak tilknytning til arbeidsmarkedet. 21 prosent av mødrene som svarte på denne undersøkelsen var helt utenfor arbeidslivet, og var heller ikke under utdanning. Av de som var i arbeid, jobbet noen flere deltid enn heltid. I overkant av tre av ti av kvinnene som deltok i undersøkelsen ønsket å jobbe mer, mens i overkant av to av ti ønsket å jobbe mindre. Av de som var utenfor arbeidslivet, svarte 54 prosent at de ønsket å jobbe. Graden av yrkesaktivitet hos mødrene hadde sterk sammenheng med sosiokulturell bakgrunn, mors utdanning, barnets funksjonsevne/ hjelpebehov og mødrenes egenvurderte helsetilstand.

43 prosent av mødrene mottok omsorgslønn fra kommunen. De fleste pårørende som mottok ytelsen mottok også avlastningstjenester til det funksjonshemmede barnet. Jo mer krevende omsorgsoppgaver mødrene hadde, jo flere svarte at de ønsket avlastningstjenester som kunne gjøre det mulig for dem å være yrkesaktive, fremfor å prioritere kontantytelser som kunne gjøre det mulig for dem å være mer hjemme.

Ektefelle/samboeromsorg

I følge undersøkelser som er gjennomført i Norge og andre vestlige land, er hovedomsorgsgivere til kronisk syke og eldre som oftest ektefeller eller barn (Allen, Blieszner & Ka 2000, Lilleaas & Ellingsen 2003, Gautun, Werner & Lurås 2012). Den yngste ektefellen (vanligvis en hustru) gir omsorg til mannen, mens barna tar seg av den gjenlevende moren. En undersøkelse blant personer med KOLS i Norge viser at 70 prosent hadde en eller flere uformelle omsorgsgivere (Caress et al. 2009). Flertallet av omsorgsgiverne var ektefelle, som regel en hustru. Den KOLS-rammede og den nærmeste pårørende svarte på hvert sitt spørreskjema. Ca. 45 prosent av omsorgsgiverne var yrkesaktive. Et fåtall av nærmeste pårørende opplevde at omsorgsforpliktelsene var så store at de hadde måttet redusere stillingen eller slutte å jobbe. Et flertall bekymret seg imidlertid for ektefellen, og for at de ikke kunne være hos han så mye som de opplevde at han trengte. Familieomsorgsgiverne etterspurte offentlig hjelp med transport til helsetjenestene, permisjonsordninger og en større fleksibilitet på arbeidsplassen for å kunne tilpasse seg omsorgssituasjonen. Spesielt når personen med KOLS ble akutt dårligere/syk.

Familier som yter omsorg til hjelpetrequende i alderen 18 til 67 år

Kommunene har i løpet av de siste 20–25 årene fått ansvar for å yte omsorg, utenfor institusjon, til alle grupper av barn og voksne (under 67 år) som har behov for langvarig omsorg (Brevik 2010). Samtidig har utviklingen ført til at også familier har fått et større ansvar for å yte omsorg til grupper som voksne psykisk utviklingshemmede og fysisk funksjonshemmede (Søderstrøm & Tøssebro 2011). Et økende antall personer med psykiske lidelser og/eller rusavhengighet mottar også kommunale tjenester utenfor institusjon. Hvordan pårørende yter omsorg for personer med psykiske lidelser eller rusavhengighet, har vi lite kunnskap om. Vi vet også lite om samspillet mellom kommunale

tjenester og pårørende til disse. Kommunale avlastningstiltak (kanskje andre typer tiltak enn de som tilbys i dag) for disse gruppene vil, som for småbarnsforeldre, ektefeller/samboere, og omsorgsgivere til eldre, både kunne ha betydning for omsorgsgiverens livskvalitet, helse og yrkesdeltakelse.

Døtre og sønners omsorg for gamle foreldre

Pårørende-programplanen i Meld.St. 29 (2012–13) «Morgendagens omsorg», retter et sterkt fokus på hvordan offentlige ordninger og tiltak kan legge til rette for at voksne barn skal klare å kombinerer jobb med omsorg for gamle foreldre. I NOU 2011:11 «Innovasjon og omsorg» og NOU 2011:17 «Når sant skal sies om pårørendeomsorg» (som stortingsmeldingen i stor grad bygger på), er det satt fokus på den jobb- og omsorgssituasjonen som mange i 40–60-årsalderen opplever, når foreldrene blir svært gamle og hjelpetrengende. I de to utredningene refereres det til de første større kartleggingene og studiene som ble igangsatt i Norge fra 2006 om denne jobb og omsorgssituasjonen. En rekke undersøkelser som er gjennomført de siste sju årene viser at omsorgssituasjonen både kan påvirke egen helse, sykefravær, arbeidssituasjonen, deltidsarbeid, og også at omsorgsgiverne sliter med bekymringer og dårlig samvittighet ovenfor den omsorgstrengende (Elisabeth, Kverndokk & Røed 2012, Gautun & Hagen 2011). I undersøkelsene etterlyser omsorgsgivere både fleksible offentlige tjenester og økonomiske støtteordninger og permisjoner som kan brukes i krisesituasjoner og forebygge at de faller helt ut av arbeidslivet (Gautun & Hagen 2010, Gautun, Werner og Lurås 2011). I NOU 2011:11 «Innovasjon og omsorg» og NOU 2011:17 «Når sant skal sies om pårørendeomsorg» settes et sterkt fokus på tiltak som kan bidra til mindre belastninger, og at disse omsorgsgiverne skal klare å stå i arbeid (fram til pensjonsalder) samtidig som de yter omsorg.

Kvinner står for de tyngste omsorgsoppgavene og har størst behov for avlastning

En rekke undersøkelser viser at det er kvinner som står for det meste av familieomsorgen, både til omsorgstrengende hjemmeboende barn, barn som har flyttet ut, voksne, ektefelle, eldre og andre omsorgstrengende (Gautun 2003, Finnvold 2011). Data fra NorLAG-studien (Daatland og Slagsvold 2013) viser at familien bidrar med omtrent halvparten av den omsorgen som eldre

mottar. Omsorg og jevnlig pleie til foreldre består hovedsakelig i hjelp til påkledning, toalettbesøk, måltider/spise og hygiene. Blant dem som har pleietrengende foreldre yter hele 41 prosent av kvinnene og 19 prosent av mennene slik hjelp. Det å yte jevnlig hjelp til pleietrengende foreldre kan ifølge undersøkelsen gå ut over livskvaliteten og innebære begrensninger og forsakelser både personlig, sosialt og i forhold til arbeidslivet. Ordninger og tjenester for å avlaste omsorgsgivere vil derfor i størst grad kunne ha betydning for kvinners livskvalitet og helse, og fremme likestilling i arbeidslivet.

1.3 Ulike typer avlastningstiltak

Avlastningstilbud kan være *individuelle* avlastningstilbud utenfor institusjon og *gruppetilbud* i eller utenfor institusjon. Individuell avlastning kan gis i mottakerens eget hjem eller i andres (private) hjem. (I mange kommuner omtales denne formen for «privat avlastning»). Det individuelle avlastningstilbudet er i hovedsak timebasert. Den omsorgstrengende mottar tilsyn og hjelp i eller utenfor hjemmet eller støtte til å delta i aktiviteter. En undersøkelse som ble gjennomført i 2011 viser at ulike individuelle avlastningstilbud kan være avlastere, støttekontakter og brukerstyrt personlig assistent (BPA) (Finnvold 2011). De fleste vedtak som kommunen fatter for tildeling av støttekontakt og BPA for de over 18, vil mest sannsynlig ikke tildeles som avlastning for pårørende i og med at det ligger i ordningen at det er brukeren selv som skal (klare å) ha arbeidslederansvar for assistenten. Gruppetilbud kan gis som avlastnings- og aktivitetssenter og barneboliger (korttidsinstitusjoner for barn og unge), eller som tidsbegrenset avlastningsopphold i sykehjem.

Antall og hvilke brukere som mottar avlastningstilbud rapporteres fra kommunene til IPLOS-registeret (Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk). I statistikken skilles det mellom følgende fire typer av støtte- og avlastningsordninger: 1) Avlastning i institusjon/bolig, 2) avlastning utenfor institusjon/bolig, 3) støttekontakt og 4) brukerstyrt personlig assistanse (BPA). Det er ikke mulig ved hjelp av denne statistikken å se hvor mange av støttekontaktene og BPA som kommunene tildeler som avlastning for pårørende med særlig tyngende omsorgsoppgaver. Statistikken gir heller ikke informasjon som gjør

det mulig å se hvilke opphold i gruppetilbud og sykehjem som er avlastningstilbud for pårørende slik at de kan dra på ferie eller som er avlastningstilbud i krisesituasjoner.

Det foreligger ingen oversikt over hvorvidt, og i hvilket omfang, kommuner tildeler andre tjenester som rapporteres som f.eks. praktisk bistand, hjemmetjenester, barnehageopphold, dagsenter, transport o.a. der det egentlige formålet er avlastning.

1. 4 Problemstillinger

Følgende spørsmål er belyst i rapporten:

1. Hva kjennetegner de vanligste individuelle avlastningstilbudene og de vanligste gruppetilbudene?
2. Hva er omfang og kjennetegn på gruppen brukere som mottar avlastningstiltak?
3. Hvem er omsorgsgiverne som får avlastning?
4. Hvordan har kommunene organisert tildeling av avlastningstjenester, og selve avlastningstilbudet?
5. Hvilke kriterier legger kommunene til grunn ved tildeling av avlastningstjenester?
6. Hvordan ses andre kommunale tjenester i sammenheng med avlastningstilbudet?
7. I hvilken grad blir ideelle og frivillige benyttet som avlastere?
8. I hvilken grad blir kommersielle aktører benyttet som avlastere?
9. Hvilke behov, muligheter og utfordringer ser kommunene med hensyn til avlastning?

Det er vanskelig å få frem kompleksiteten i dette mangfoldet kun ved hjelp av de registerdata som foreligger. Hovedspørsmålene 3–9 vil derfor i hovedsak bli belyst ved hjelp av kvalitative data (intervjuer) for å synliggjøre ulike måter kommunene organiserer tildeling og avlastningstjenester på og hvilke avlastningstilbud som tilbys. I følge lovverket står kommunene fritt når det gjelder å velge hvordan de organiserer helse- og omsorgstjenestene i kommunene og hvilke tjenester og personalgrupper de velger å satse på. Undersøkelser har vist at det er store variasjoner mellom kommunene i hvordan administrasjonen og

tjenesteapparatet er organisert (Hansen & Grødem 2012, Gautun 2012). Spørsmålet om hvordan kommunene organiserer, koordinerer og tildeler avlastningstjenester (spørsmål 4), er derfor en del av den kvalitative studien.

Undersøkelser viser at det varierer i hvilket omfang kommunene har valgt å satse på avlastningstjenester og/eller omsorgslønn. Noen kommuner har først og fremst valgt å tilby pårørende omsorgslønn, og i mindre grad avlastningstjenester, mens andre kommuner i liten grad tilbyr omsorgslønn, men har satset på å bygge ut avlastningstjenester (NOU 2011:17). Det varierer også i hvilket omfang kommunene tilbyr avlastning i form av individuelle tilbud utenfor institusjon fremfor institusjons- eller gruppetilbud. Dette spørsmålet vil bli belyst ved hjelp av IPLOS-data, mens intervjuene (kvalitative data) har til hensikt å gi et bilde av hvilke andre former for avlastning som tilbys og hvilken plass andre kommunale tjenester har i dette bildet (jf. spørsmål 6).

Et sentralt spørsmål som besvares i den kvalitative studien, er hvilke kriterier som legges til grunn for tildeling av avlastningstjenester (jf. spørsmål 5). Selv om avlastningstjenester er lovpålagte etter helse- og omsorgstjenesteloven, så er kriteriene for tildeling av avlastning ikke fastlagt, men åpne for skjønn ved vurdering av omsorgsgiverens behov og i hvilken grad omsorgsoppgavene er særlig tyngende.

Det er per i dag gjennomført lite forskning på i hvilken grad og på hvilken måte ideelle frivillige og kommersielle tilbydere benyttes som avlastere (jf. spørsmål 7 og 8). Hvilken plass har de i tjenestetilbudet og hvilken rolle har de som avlastere for pårørende med særlig tyngende omsorgsoppgaver? På hvilken måte skiller de kommersielle tilbudene seg fra kommunens? Videre er det interessant å undersøke hvorvidt det er en økende interesse for samarbeid med ideelle og frivillige organisasjoner og økende bruk av kommersielle tilbydere av avlastningstjenester som kommunene inngår avtaler med.

Denne studien undersøker også hvilke behov, muligheter og utfordringer de kommunalt ansatte som jobber med tildeling av avlastningstjenester ser med hensyn til avlastning (spørsmål 9). Noen av de utfordringene kommunene står overfor er veksten i antall eldre og nye brukergrupper. Et sentralt spørsmål er om omfanget av tjenester som gis anses å være tilstrekkelig i forhold til kommunale behov og framtidige utfordringer, og om det planlegges nye og alternative tilbud (eksempelvis avlastning til voksne pårørende som gir

omfattende omsorg til hjelpetrengende foreldre). En annen utfordring for kommunene, er å fange opp behovet for avlastning hos pårørende med omfattende omsorgsoppgaver, samt å la dem få medvirke i utformingen av avlastningstiltakene. Dette er et spørsmål som best kan belyses gjennom kvalitative intervjuer.

1.5 Innholdet i rapporten

I kapittel 2 redegjøres det for hvilke data og metode som er benyttet for å svare på spørsmålene i innledningskapitlet. I kapittel 3 gis en oversikt over omfang og bruk av avlastningstjenester som kommunene tilbyr, og kjennetegn ved mottakerne av disse tjenestene, basert på kvantitative data hentet fra IPLOS-registeret. De neste kapitlene som følger (kap. 4-7) er basert på intervjuer med kommunale ledere og ansatte. Kapittel 4 beskriver ulike former for avlastning som kommunene gir, kjennetegn ved tjenestene, graden av fleksibilitet og hvordan avlastning benyttes i kombinasjon med andre tilbud. Kapittel 5 belyser kommunenes organisering av avlastningstilbudet og koordinering av tjenesteapparatet, mens kapittel 6 gjør rede for hvilke kriterier som kommunene legger til grunn for tildeling av tjenestene. I kapittel 7 presenteres hvilke behov, muligheter og utfordringer som ledere for de kommunale avlastningstjenestene er opptatt av. I et avsluttende kapittel oppsummeres og diskuteres hovedfunn fra studien.

2 Data og metode

Spørsmålene som er stilt i innledningskapitlet er belyst ved hjelp av registerdata, IPLOS (Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk som kommunene rapporterer til staten), og en kvalitativ intervjuundersøkelse som ble gjennomført i 20 kommuner i januar og februar 2014. Ved hjelp av data fra IPLOS-registeret har det vært mulig å tegne et oversiktsbilde for hele landet over omfang av avlastningstiltak som rapporteres, og noen kjennetegn ved brukere som er tildelt disse. Den mest oppdaterte statistikken i IPLOS-registeret, og som presenteres i rapporten, er for 2012.

Flere av de spørsmålene som er stilt i innledningskapitlet (spm. 1+ 3–9) kan ikke belyses ved hjelp av IPLOS-registeret per i dag. Ved å gjennomføre kvalitative intervjuer i et begrenset antall kommuner, har vi kunnet si noe om kompleksiteten i organisering av tildeling av avlastningstjenester i kommunene, fange opp eventuelle andre typer tilbud og ordninger enn de som er rapportert til IPLOS-registeret som det fattes vedtak om avlastning for, samt undersøke kriterier for og vurderinger som gjøres ved tildeling av avlastningstjenester. En del av den informasjonen som framkommer i intervjuene er til dels faktaopplysninger om hvilke tilbud den enkelte kommune tilbyr og tjenesteytnerne (forvaltningen) erfaringer og synspunkter på tjenestenes kvalitet og innhold. De pårørende (omsorgsyterne) er ikke intervjuet om sine behov og erfaringer med avlastningstilbudet i kommunene. Rapporten kan derfor ikke gi et fullstendig bilde av hvordan avlastningen i praksis fungerer for den enkelte mottaker eller for ulike grupper av pårørende.

Intervju-undersøkelsen retter seg mot virksomhetsledere i et mindre utvalg av landets kommuner (20) og er av den grunn ikke representativ for alle landets kommuner. Kommuner som nylig har mottatt midler fra Helse- og omsorgsdepartementet for å igangsette nye prosjekter og alternative avlastningsformer, er ikke med i undersøkelsen. Framstillingen vil derfor ikke gi en fullstendig oversikt over alle de ulike tiltak og tjenestetilbud som finnes på landsbasis.

2.1 Kvantitative data. Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk

IPLOS er et register over søkere og mottakere av pleie- og omsorgstjenester i alle landets kommuner. Registeret har også data om mottakere av avlastning der det skilles mellom 1) Avlastning i institusjon (korttidsopphold i sykehjem, avlastningsbolig og annet) og 2) Avlastning utenfor institusjon (individuell avlastning i eget eller andres hjem). I tillegg rapporteres mottakere av støttekontakt, brukerstyrt personlig assistanse (BPA) og dagsenter, som i noen tilfeller tildeles som vedtak om avlastning.

I statistikken er det opplysninger om antall mottakere av ordningene fordelt etter alder, kjønn, kommunestørrelse, husstand, omsorg for barn, størrelsen på bistandsbehov og antall timer avlastning som bruker er tildelt per uke/måned. Antall timer som tildeles sier bare noe om bistandsbehov utenfor institusjon. IPLOS-registeret har også diagnosedata, men som vi per i dag ikke kan benytte. Diagnosevariabelen har store begrensninger fordi det er et mindretall av mottakerne av pleie- og omsorgstjenestene som det er registrert diagnose for (kun ca. 30 prosent). Det er også usikkerhet knyttet til diagnoser som er registrert. Oversikten som presenteres i denne rapporten bygger både på analyser av data som vi har fått overlevert fra SSB til dette prosjektet, samt analyser utført av Mørk, Sundby, Otnes, Wahlgren og Gabrielsen (2013). SSB har gitt oss data på aggregert nivå. Opplysninger om individer i kommuner med mindre enn fem mottakere er utelatt og inngår ikke i statistikkgrunnlaget.

I kapittel 3 er dataene presentert som fordelinger og krysstabeller som viser både antall og prosent. Tabellene er basert på IPLOS-data innhentet på bestilling fra SSB, og viser antall tjenestemottakere som mottok avlastning i og utenfor institusjon per 31.12.12, etter kommunestørrelse (innbyggertall), kjønn, alder (inndelt etter fire alderskategorier), husstand («bor alene», «med andre» eller «med foreldre»), etter bistandsbehov og gjennomsnittlig antall timer avlastning utenfor institusjon, samt omsorg for barn. Inndelingen er i hovedsak basert på byråets inndeling i kategorier ved publisering og presentasjon av data. Oversiktstabellen som innledningsvis viser forholdet mellom antall mottakere av avlastning sammenliknet med andre tjenester (støttekontakt og BPA) per 31.12.12, er hentet fra Mørk m.fl. (2013).

2.2 Kvalitative data-intervjuer i 20 kommuner

Vi har gjennomført intervjuer med i alt 24 informanter i 20 kommuner om avlastning for pårørende med særlig tyngende omsorgsoppgaver. Datainn-samlingen ble meldt til NSD Personvernombudet for forskning, før kommu-nene ble kontaktet. Både kommunene og informantene som deltar i studien er anonyme.

Kommunene er delvis valgt etter størrelse slik at både større og mindre kommuner er inkludert i studien. Kommuneutvalget er også geografisk spredt på flere fylker. For å begrense tid brukt på reise under datainnsamlingen, ble det noen steder valgt klynger av kommuner med nærhet til hverandre. Blant de i alt tyve kommunene valgte vi å intervju seks mindre kommuner (under 19 000 innbyggere), hvorav den minste har 3000 innbyggere, og seks kommu-ner med 20–49 000 innbyggere. I tillegg valgte vi åtte større kommunene (over 50 000 innbyggere), hvorav tre har over 100 000 innbyggere (storbyer). Til forskjell fra registerdata og randomiserte utvalg, er disse kommunene ikke representative for alle landets kommuner. Flertallet av norske kommuner har et innbyggertall på under 10 000, mens vi i den kvalitative studien bare fanger opp et fåtall. Intervjuundersøkelsen kan derfor ikke gi et representativt bilde av hvordan alle store og små kommuner organiserer sine tjenester. Selv om ikke resultatene er generaliserbare, gir intervjudataene et bilde av kommunenes erfaringer og praksis, og et innblikk i hva kommunene tilbyr av tjenester.

Kontakten med hver enkelt kommune ble etablert gjennom henvendelser på e-post og telefon til overordnet ledelse; helse- og omsorgssjef eller enhets-leder for virksomhetene. Samtlige kommuner har egne nettsider med henvis-ning til kommunale virksomheter. Hensikten var å intervju ledere med overordnet ansvar for tildeling og koordinering av vedtaksbestemte tjenester innenfor helse- og omsorg i hver enkelt kommune. Vi antok at dette var informanter som hadde best oversikt og kjennskap til omfang og organisering av tjenestene.

I de fleste kommuner var forvaltningen og ansvaret for tildeling av tje-nestene organisert og samlet i ett felles kontor/enhet. Kontorene har forskjellige navn, henholdsvis: «vedtakskontor», «bestillerkontor», «tildelingskontor», «for-valtningsenhet», «samordningsenhet», «inntakskontor» og annet. Intervjuene er i hovedsak gjennomført med ledere for disse kontorene (enhetsledere), og i

rapporten har vi valgt å omtale kontorene som *tildelings- og vedtakskontor*. I noen få kommuner var ansvaret for avlastning fortsatt plassert hos utførerene. I disse tilfellene intervjuet vi virksomhetsledere eller saksbehandlere.

I de fleste (14) tilfeller har ledere for forvaltningsenheten stilt opp til intervju, og i seks tilfeller ble vi henvist til virksomhetsledere og saksbehandlere som ifølge administrasjonen var best egnet til å svare på de spørsmålene vi ville undersøke. Alle informantene fikk tilsendt en e-post med informasjon om undersøkelsen, med et vedlagt brev fra Helsedirektoratet med oppfordring om å delta i undersøkelsen. For å oppnå å undersøke 20 kommuner, har vi måttet ta kontakt med noen flere kommuner enn de som opprinnelig var planlagt – i alt ble 25 kommuner kontaktet. Årsaken til at det ikke var mulig å gjennomføre intervjuer med alle de kommunene vi først hadde kontaktet skyldes ikke uttalte avslag, men at det tok lengre tid enn beregnet å få laget avtaler med overordnede ledere. På grunn av knappe tidsrammer og travle ledere, har vi derfor kontaktet andre kommuner/informanter som kunne stille opp til intervju på kortere varsel.

I halvparten av kommunene var det ulike enheter/personer som behandlet søknader om avlastning til yngre og eldre brukere. I enkelte av kommunene ønsket også leder å ta med en saksbehandler i intervjuet. Det er derfor blitt gjennomført intervju med noen flere informanter enn planlagt, dvs. i alt 24 informanter i de 20 kommunene. De fleste av intervjuene (18) er gjennomført ansikt til ansikt og varte mellom 1 og 1 1/2 time. To av intervjuene er foretatt over telefon fordi det var vanskelig å få avtaler som passet med den planlagte reiseruten i prosjektet.

Ved hjelp av den kvalitative studien har det vært mulig å synliggjøre ulike grupper av *omsorgsgivere* (foreldre, pårørende) som ikke fanges opp i statistikken, fordi IPLOS-registeret gjelder *mottakere* av tjenester. Det har også vært mulig å synliggjøre og skille mellom andre typer tjenester enn de som er rapportert til IPLOS-registeret som avlastningstjenester (i og utenfor institusjon), eksempelvis gruppetilbud i form av dagsenter til eldre og alternative avlastningstilbud til yngre mottakere.

3 Mottakere av avlastningstjenester – tilbud, omfang og kjennetegn

Dette kapitlet gir en oversikt over omfanget og bruk av avlastningstjenester på landsbasis og kjennetegn ved *mottakere* av avlastning i og utenfor institusjon. Opplysningene er i hovedsak basert på IPLOS-data (individbasert pleie- og omsorgsstatistikk).

3.1. En oversikt over avlastningstilbudet for hele landet

Ved hjelp av registerdata for 2012 belyses følgende spørsmål: *hvor stort er omfanget av avlastningstjenester og hva kjennetegner gruppen mottakere som mottar slike tjenester*¹. Avlastningstilbud er i denne statistikken registrert for omsorgsmottaker, ikke den pårørende som har særlig tyngende omsorgsarbeid. Tabellene som presenteres er utarbeidet på grunnlag av individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS) innhentet fra Statistisk sentralbyrå (SSB). Framstillingen er i hovedsak basert på data innhentet ved utgangen av kalenderåret og gir et tverrsnittsbilde av antall mottakere av avlastning per 31.12.12. Dette er den mest vanlige rapporteringsformen for IPLOS-data. Tall som viser mottakere av ulike tjenester ved utgangen av året, benyttes som basis for analyser av endring av tjenesteforbruk over tid og for oversikter over antall brukere av langtids- og korttidsopphold i institusjon og utenfor institusjon (jf. Mørk m.fl., 2013).

I kapitlet gis en oversikt over antall personer som mottar avlastning – både i og utenfor institusjon, fordelt på alder, kommunestørrelse, kjønn, husstand, omsorg for barn og bistandsbehov. Tabell 4a viser hvordan bruken av avlastning varierer med kommunestørrelse (målt i innbyggertall). Statistikken inkluderer ikke befolkningsgrunnlaget i de enkelte kommunene og heller ikke et aldersjustert dekningsgrunnlag, dvs. hvor mange som får avlastning i forhold til innbyggertall og aldersfordeling.

¹ IPLOS-statistikk for 2013 foreligger ikke ennå.

Framstillingen tar sikte på å gi et bilde av omfang og variasjon i bruk av avlastningstjenester i og utenfor institusjon per 31.12.12. Fordi gjennomstrømningen av pasienter er relativ høy i institusjoner med tidsbegrenset opphold vil fordelinger basert på tall ved utgangen av året (per 31.12.12) gi et tverrsnittsbilde av fordelingen av avlastningsbehovet, men ikke hvor mange brukere som benytter seg av avlastningen i løpet av et helt år.

3.2 Type tjenester og avlastningsformer som er rapportert til IPLOS-registeret

I IPLOS-registeret skilles det mellom *avlastning i institusjon* og avlastning *utenfor institusjon*. Avlastning i institusjon innebærer både midlertidig og rullerende opphold i døgninstitusjon (sykehjem) for omsorgstrengende eldre, syke og personer med demens, og avlastning i avlastningscenter eller barnebolig for yngre omsorgstrengende med funksjonsnedsettelse.

Andre individuelle tjenester som støttekontakt og brukerstyrt personlig assistent (BPA), gis i hovedsak ikke som vedtak om avlastning, fordi disse tjenestene har et annet formål. Støttekontakt gis primært til brukere som, på grunn av funksjonshemming, sykdom og lignende, har behov for assistanse på fritiden og trenger hjelp til å komme seg ut. Brukerstyrt personlig assistanse er en alternativ organisering av praktisk og personlig bistand for sterkt funksjonshemmede med behov for assistanse i dagliglivet. I motsetning til støttekontakt og BPA er individuell avlastning (utenfor institusjon) innrettet mot *omsorgsytters behov* for nødvendig fritid og avlastning fra krevende omsorgsoppgaver.

Dagsenter (ordinær plass) rapporteres som egen tjeneste til IPLOS-registeret og inngår ikke som avlastning i denne statistikken. Dagsenter er et tilbud om aktivisering og sosialt fellesskap for omsorgstrengende eldre, syke og personer med demens. Opphold på dagsenter gis også som vedtak om avlastning (vederlagsfritt) og blir i slike tilfeller registrert som «avlastning utenfor institusjon». Det er ikke mulig å identifisere hvor mange som mottar støttekontakt, BPA eller dagsenter som vedtak om «avlastning utenfor institusjon».

Tabell 1 (hentet fra Mørk m.fl., 2013) gir en oversikt over antall mottakere av ulike tjenester basert på tall innhentet fra kommunene «ved slutten av året» (per 31.12.12) og «i løpet av året» 2012. Sammenlikningen viser at antallet registrerte mottakere varierer for samtlige tjenester avhengig av

registreringsform (per dato eller periode). Dette kan skyldes at en og samme mottaker kan ha vært innom tjenestene flere ganger i løpet av året, og at en del mottakere ikke fikk tjenester på slutten av året. Gjennomstrømmingen for mottakere generelt varierer for de fleste tjenestetyper i løpet av et helt år, men er størst for tidsbegrenset avlastningsopphold i institusjon, en tjeneste som ofte er rullerende med flere korte opphold (uker, døgn og helger) og opphold på dagsenter. Tjenester som omfatter korttidsopphold i institusjon og på dagsenter har en relativ stor gjennomstrømming, i det de betjener 2–3 ganger flere mottakere i løpet av året enn det er mottakere ved slutten av året.

Tabell 1. Antall mottakere av ulike tjenester i løpet av året og ved utgangen av året, etter tjenestetype.

Type tjenester	Per 31.12.12	I løpet av året
Avlastning:		
<i>Utenfor institusjon</i>	8 072	10 155
<i>I institusjon</i>	2 605	7 875
Andre tjenester:		
<i>Støttekontakt</i>	29 976	35 374
<i>BPA</i>	2 892	3 335
<i>Dagsenter</i>	19 979	27 109

Kilde: Mørk m.fl. (2013).

Hver mottaker kan motta flere typer tjenester.

Antall tjenestemottakere registrert med avlastningsopphold i institusjon var 2605 på slutten av året 2012 (per 31.12.12.) og 7875 i løpet av året. Det er registrert 271 530 mottakere av ulike antall pleie- og omsorgstjenester (tilsammen 22 tjenester) ved slutten av året, hvorav mottakere av avlastning *i institusjon* kun utgjør én prosent. I alt 341 519 personer er registrert som mottakere av pleie- og omsorgstjenester i løpet av året, hvorav antall mottakere av institusjonsavlastning utgjør to prosent av det totale tjenestetilbudet.

Antall personer registrert som mottakere av avlastning *utenfor* institusjon var 8072 i slutten av året (per 31.12.12) og 10 155 i løpet av året. Avlastning utenfor institusjon utgjør tre prosent av det samlede antall mottakere av pleie- og omsorgstjenester (tilsammen 22 tjenester) registrert ved slutten av året og i løpet av året. For denne avlastningsformen er gjennomstrømmingen mindre. Forskjellen i antall brukere av avlastning i og utenfor institusjon er størst når vi sammenlikner tallene per 31.12.12.

Tabell 1 viser også at antallet som mottar støttekontakt og dagsenter er adskillig høyere enn mottakere av BPA og avlastning utenfor institusjon. En grunn til dette er at støtte- og fritidskontaktordningen favner mange ulike grupper (yngre og eldre funksjonshemmede, familier med sammensatte problemer, rusmiddelmissbrukere mv.), og at dagsenter er et aktivitets- og omsorgstilbud til hjemmeboende eldre.

Fordi støttekontaktens viktigste oppgave er å hjelpe den enkelte til en meningsfull og aktiv fritid, vil ordningen likevel ha en avlastende funksjon i likhet med dagsenter for eldre og praktisk bistand i form av opplæring og hjelp til egenomsorg og personlig stell.

I følge SSB (Mørk m.fl., 2013) har det vært en økning i de fleste tjenestetypene i perioden 2007–2012. Både tidsavgrenset opphold (korttids plass) og avlastning i institusjon er registrert med mer enn 30 prosent flere mottakere i 2012 enn i 2007. Også støttekontakt og dagsenter er tjenester med relativ stor tallmessig økning i antall mottakere. Størst prosentvis økning har det vært i praktisk bistand og brukerstyrt personlig assistanse, med mer enn 40 prosent økning.

3.3 Omfang og kjennetegn ved mottakere av avlastning per 31.12.12.

Alder

Tabell 2 viser at de fleste som mottok avlastningstjenester i 2012 var under 67 år, ifølge statistikk utarbeidet av SSB (2013). Det samme gjelder for støttekontakt og BPA. Blant de som mottok avlastning utenfor institusjon (i slutten av året) var hele 98 prosent under 67 år. Samtidig viser aldersfordelingen for mottakere av støttekontakt at 18 prosent av brukerne var over 67 år.

Tabell 2. Tjenestemottakere som mottar avlastning og andre tjenester, etter alder per 31.12.12. Prosent (antall)

Tjenester	Under 67 år	67 år og eldre	(N)
Avlastning:			
<i>I institusjon</i>	75	25	100 (2605)
<i>Utenfor institusjon</i>	98	2	100 (8072)
Andre tjenester:			
<i>Støttekontakt</i>	82	18	100 (29 976)
<i>BPA (brukerstyrt personlig assistanse)</i>	90	10	100 (2892)
<i>Dagsenter</i>	45	55	100 (19 979)

Kilde: IPLOS-registeret. Tallene (N) i tabellen er hentet fra Mørk m.fl. (2013).

Blant de som mottok avlastning i institusjon var 75 prosent under 67 år, mens bare 25 prosent var 67 år og eldre. Blant de som mottok avlastning utenfor institusjon var hele 98 prosent under 67 år. Til sammenlikning viser tabellen at over halvparten av brukerne ved dagsentrene (ordinær plass) er over 67 år.

Både avlastning utenfor institusjon, støttekontakt og BPA, er ifølge statistikken i stor grad rettet mot mottakere som er under 67 år og deres pårørende. I følge tall fra SSB (Mørk m.fl. 2013) har mer enn fire av ti mottakere under 18 år støttekontakt, mens bare to prosent av mottakerne under 18 år har brukerstyrt personlig assistent (BPA).

Tabell 3 viser at bruk av avlastningstjenester varierer etter ulike aldersgrupper. Barn og unge under 18 år utgjør den største brukergruppen (69 %) blant de som mottar avlastning, både i og utenfor institusjon. Brukere i aldersgruppen 50 til 66 år er i liten grad mottakere av avlastning i og utenfor institusjon, og blant de som mottar avlastning er bare åtte prosent over 67 år og eldre.

Tabell 3. Mottakere av vedtaksfestet avlastning – i og utenfor institusjon, etter alder per 31.12.12. Prosent (N).

	0–17 år	18–49 år	50–66 år	67 år og eldre	I alt
Utenfor institusjon	75 (6100)	21 (1680)	1 (110)	2 (182)	100 (8072)
I institusjon	50 (1308)	22 (574)	3 (85)	25 (638)	100 (2605)
Totalt	69 (7400)	21 (2254)	2 (195)	8 (820)	100 (10 677)

Kilde: IPLOS-registeret

Flere yngre enn eldre mottar avlastning *utenfor* institusjon. I alt tre av fire mottakere (75%) av vedtaksfestet avlastning utenfor institusjon, er under 18 år, mens en av fire mottakere er over 18 år (i alt 25 %). Blant disse er de fleste (21%) i aldersgruppen 18–49. Blant eldre mottakere er det svært få mottakere av avlastning utenfor institusjon, kun tre prosent er 50 år og eldre.

Tabellen viser også at flere yngre enn eldre mottar avlastning i institusjon, dvs. opphold på avlastningssenter, barnebolig, tilrettelagt døgnbemannet botilbud o.l. Halvparten (50%) av alle som mottar institusjonsavlastning er under 18 år, mens to av ti mottakere (22 %) er i aldersgruppen 18–49 år, og en av fire (25%) er over 67 år.

Forøvrig er det små variasjoner når vi sammenlikner andelen som mottar avlastning i og utenfor institusjon for gruppene 18–49 år og 50–66 år. Det vanlige er også at unge voksne med funksjonsnedsettelse flytter over i bofelleskap eller omsorgsboliger slik at behovet for avlastning utenfor institusjon avtar for denne gruppen mottakere. Utflyttingen er imidlertid avhengig av at kommunene har tilstrekkelig med tilrettelagte boliger.

Kommunestørrelse

Tabell 4a og 4b viser hvordan mottakerne av vedtaksfestet avlastning fordeler seg etter kommunestørrelse. Det er flest mottakere i store kommuner. Men fordi vi ikke har opplysninger om hvor mange i de ulike kommunene som kan være aktuelle for å motta avlastning, kan vi ikke ut fra tabellene si noe om i hvilken grad kommuner av ulik størrelse satser på avlastningstiltak. Vi kan imidlertid få en viss antydning om satsningen ved å sammenlikne med antall innbyggere i kommuner av ulik størrelse.

Befolkningsstatistikken viser at omlag hver fjerde innbygger (23%) bor i kommuner med mindre enn 10 000 innbyggere, hver sjettede (17%) bor i kommuner med 10 000 til 19 999 innbyggere, hver fjerde (23%) bor i kommuner med 20 000 til 49 999 innbyggere, mens hele 37 prosent bor i kommuner med over 50 000 innbyggere (SSB, befolkningsstatistikk per.01.01.13).

Tabell 4a viser at fordelingen av avlastningsmottakere ikke er særlig forskjellig fra befolkningsfordelingen, henholdsvis 20, 15, 26 og 39 prosent, men forskjellen antyder likevel at de største kommunene (over 50 000 innbyggere) gjør noe større bruk av vedtaksfestet avlastning enn mindre kommuner (under 10 000 innbyggere). Denne tendensen er ikke betydelig.

Tabell 4a. Mottakere av vedtaksfestet avlastning i og utenfor institusjon, etter kommunestørrelse (innbyggertall) per 31.12 12. Prosent (N)

Type avlastning:	Under 10 000 innbyggere	10–19 999 innbyggere	20–49 999 innbyggere	Over 50 000 innbyggere	Totalt
Utenfor Institusjon	22	15	26	37	100 (8072)
I institusjon	16	15	26	43	100 (2605)
Samlet avlastning	20	15	26	39	100 (10 677)

Kilde: IPLOS-registeret

Tabellen viser også en tendens til at store kommuner har relativt flere mottakere på avlastning i institusjon, mens de minste kommunene har relativt flere på avlastning utenfor institusjon.

Neste tabell (4b) viser at i alt tre av fire brukere (76 %) mottar avlastning *utenfor* institusjon, mens en av fire (24 %) mottar avlastning innenfor.

Tabell 4b. Mottakere av avlastning i og utenfor institusjon, etter kommunestørrelse per 31.12 12. Prosent (N)

Kommunestørrelse (innbyggere)	Avlastning – utenfor institusjon	Avlastning – i institusjon	Samlet avlastning
(under 10 000)	81	19	100 (2164)
(10 000–19 999)	76	24	100 (1595)
(20 000–49 999)	75	25	100 (2803)
(50 000 og over)	72	28	100 (4115)
Totalt	76 (8072)	24 (2605)	100 (10 677)

Kilde: IPLOS-registeret

I de minste kommunene utgjør mottakerne av avlastningen utenfor institusjon 81 prosent av alle mottakere, mot 72 prosent i de største kommunene. Samtidig viser tabellen at i kommuner over 50 000 innbyggere utgjør mottakerne av institusjonsavlastning en forholdsvis større andel (28 %) enn i de minste kommunene (19 %).

Hovedinntrykket er at det ikke er store forskjeller etter kommunestørrelse, men at de største kommunene yter avlastning til flere og at en noe større andel av avlastningen skjer i institusjon i store kommuner.

Det kan være mange grunner til at bruk av avlastning varierer med kommunestørrelse – alt fra ulik alderssammensetning, kommunalpolitiske prioriteringer og institusjonstilfang. Dataene gir ikke noe sikkert grunnlag for å si hva forskjellen skyldes.

Kjønn

Statistikken viser at det blant tjenestemottakere er flest gutter/menn som får avlastning – dette gjelder både utenfor institusjon og i institusjon (tabell 5).

Av de i alt 8072 tjenestemottakerne som får avlastning *utenfor* institusjon (per 31.12.12) er 38 prosent jenter/kvinner og 62 prosent gutter/menn. Sammenholdt med aldersfordelingen (vist i tabell 3) er tre av fire mottakere i alderen 0–17 år, noe som indikerer at det er flest gutter som mottar avlastning i denne kategorien.

Tabell 5. Mottakere av vedtaksfestet avlastning i og utenfor institusjon, etter kjønn. Prosent (N).

Avlastning	Kvinner	Menn	Alle
Utenfor institusjon	38	62	100 (8067)
I institusjon	38	62	100 (2605)
Totalt	38	62	100 (10 671)

Kilde IPLOS-registeret

Av i alt 2605 tjenestemottakere som får avlastning *i institusjon*, er 38 prosent jenter/kvinner og 62 prosent gutter/menn.

I følge oversikt fra SSB over av alle typer pleie- og omsorgstjenester, er det flest kvinner blant mottakere (Mørk m.fl. 2013). Her viser statistikken en omvendt fordeling mellom kjønnene sammenliknet med andelen som mottar avlastningstjenester. Blant unge under 18 år er det imidlertid flere gutter enn jenter blant mottakere av pleie- og omsorgstjenester, tilsvarende kjønnsfordelingen for mottakere av avlastning.

Husstand

Samlet sett viser tabell 6 at personer som «bor alene» utgjør en svært liten andel av dem som får avlastning i og utenfor institusjon, sammenliknet med mottakere som «bor sammen med andre» (ektefeller/samboere/ voksne barn) eller «med foreldre». Blant de som mottar avlastning bor halvparten av mottakerne med foreldre, mens 39 prosent bor med andre pårørende (samboer/ektefeller/ voksne barn). Bare en liten andel av de som mottar avlastning bor alene (3 %).

**Tabell 6. Mottakere av avlastning i og utenfor institusjon, etter husstand (per 31.12.12)
Prosent (N)**

	Husstand				I alt
	Bor alene	Bor med andre	Bor med foreldre	Uoppgitt	
Avlastning utenfor institusjon	3	36	53	8	100 (8072)
Avlastning i institusjon	6	47	42	5	100 (2605)
Samlet avlastning	3 (359)	39 (4110)	50 (5407)	8 (801)	100 (10 677)

Kilde: IPLOS-registeret

Omsorgsmottakere som bor sammen med foreldre (dvs. barn og unge) utgjør 53 prosent av de som får avlastning utenfor institusjon og 42 prosent av de som får avlastning innenfor institusjon. Blant mottakere av institusjonsavlastning bor 47 prosent sammen med andre (ektefeller/samboere), mens seks prosent bor alene.

Fordelingen avspeiler det samme mønsteret som tidligere vist, at andelen som mottar avlastning utenfor institusjon i størst grad omfatter hjemmeboende barn og unge. Avlastningen gis til foreldre som har særlig tyngende omsorgsoppgaver overfor hjemmeboende barn og unge med funksjonsnedsettelse (fysisk funksjonshemming, psykiske lidelser, atferdsproblematikk, personlighetsforstyrrelser og lignende). Avlastning til pårørende utenfor institusjon vil i hovedsak innebære individuell (timebasert) avlastning i familiens eget hjem eller i andres (private) hjem, samtidig som det ofte gis andre gruppetilbud i form av fritidsopplegg, støttekontakter og annet.

Bistandsbehov

Bistandsbehov er et mål for i hvilken grad en mottaker er selvhjulpen på de fleste områder (noe/avgrenset) eller helt avhengig av hjelp på flere områder (SSB 2013). Tabell 7 viser at to av fem mottakere av avlastning (41 prosent) har et omfattende behov for bistand. Samlet sett har litt over halvparten (i alt 52 prosent) et mer begrenset og middels stort behov.

Tabell 7. Mottakere av avlastning i og utenfor institusjon, etter bistandsbehov per 31.12.12. Prosent (antall)

	Bistandsbehov				I alt
	Noe/avgrenset	Middels til stort behov	Omfattende behov	Uoppgitt	
Avlastning utenfor institusjon	20 (1619)	39 (3176)	33 (2672)	8	100 (8072)
Avlastning i institusjon	5 (131)	27 (718)	64 (1676)	4	100 (2605)
Samlet avlastning	16 (1750)	36 (3894)	41 (4348)	7 (685)	100 (10 677)

Kilde: IPLOS-registeret

Blant de som mottar avlastning i institusjon har om lag to av tre mottakere (64 prosent) et omfattende bistandsbehov, mens 27 prosent har et middels stort behov. Kun en av tjue mottakere (5 %) har et mindre avgrenset behov.

Blant de som får avlastning utenfor institusjon, har kun en av tre mottakere (33 prosent) tilsvarende stort/ omfattende behov. Tabellen viser at seks av ti mottakere av avlastning *utenfor* institusjon, har et avgrenset eller middels stort bistandsbehov (tils. 59 %). Ved mindre bistandsbehov er det naturlig nok mer vanlig å benytte avlastning utenfor institusjon. De mest ressurskrevende brukerne (som bor utenfor institusjon) mottar som oftest omfattende helse- og omsorgstjenester i egne hjem. I slike tilfeller er det behov for institusjonsavlastning for å sikre tilstrekkelig avkobling og tid til andre familiemedlemmer, barn og søsken.

Tall fra SSB (Mørk m.fl. 2013) viser at de som har avlastning i institusjon/bolig får flest timer avlastning. Dernest følger mottakere med personlig assistent, praktisk bistand og avlastningstilbud utenfor institusjon. Hjemmeboende mottakere av avlastning i institusjon får i snitt et langt større antall timer hjelp enn utenfor institusjon. Blant de som mottok avlastning utenfor institusjon fikk to prosent mindre enn to timer pr uke, mens 30 prosent fikk hjelp mer enn femten timer pr. uke i 2012. Blant de som mottok avlastning i institusjon/bolig derimot fikk fire prosent hjelp mindre enn to timer pr uke, mens hele 80 prosent fikk hjelp mer enn femten timer pr. uke i 2012. Dette skyldes at bistandsbehovet er størst for de som mottar institusjonsavlastning.

Tabell 8. Mottakere av timebasert avlastning utenfor institusjon. Gjennomsnittlig timer i uken per 31.12.12.

Kommuner	Antall	Gjennomsnittlig antall timer utenfor institusjon
(0–10 000)	1540	23
(10–19 999)	1160	17
(20–49 999)	2041	15
(50 000 og over)	2654	14
Totalt	7395	17

Kilde: IPLOS-registeret

I følge tabell 8 er timebasert avlastning utenfor institusjon mest benyttet i kommuner under 10 000 innbyggere. Sammenliknet med gjennomsnittlig antall timer på landsbasis (17) får andelen som mottar avlastning utenfor institusjon i gjennomsnitt 23 timer per uke i mindre kommuner, mens mottakere i store kommuner (over 50 000 innbyggere) får i gjennomsnitt 14 timer. Forskjellen i gjennomsnittlig timetall mellom kommunene tyder på at mindre kommuner bruker mer ressurser på tiltak utenfor institusjon enn større kommuner (som ofte har et bredt tiltaksapparat med flere type institusjoner). Gjennomsnittlig timer i uken for mottakere av «avlastning i institusjon» er ikke registrert for den enkelte kommune og inngår ikke i tabellen.

Mottakere av avlastning som har omsorg for egne barn

I følge tall fra IPLOS-registeret (ikke vist i tabell) er det svært få mottakere av avlastning som har omsorg for egne barn, bare 21 personer i institusjon og 98 personer utenfor institusjon. Tallene utgjør henholdsvis 0–2 prosent. Når det gjelder spørsmålet om hvor mange mottakere som har omsorg for barn er det mange kommuner som ikke har rapportert disse opplysningene til IPLOS.

3.4 Oppsummering

IPLOS-data (per 31.12.12) viser at individuell avlastning utenfor institusjon er den mest utbredte typen avlastning som tilbys omsorgstrengende og deres pårørende. I alt tre av fire brukere (76 %) mottar avlastning *utenfor* institusjon, mens en av fire (24 %) mottar avlastning innenfor. Støttekontakt, BPA og dagsenter kan også tilbys som avlastning, men på bakgrunn av de opplysningene som rapporteres til IPLOS er det ikke mulig å fastslå hvor mange som tildeles disse tjenestene som vedtak om avlastning.

Avlastningstjenester går i hovedsak til mottakere som bor sammen med pårørende som yter omsorg. Den største gruppen mottakere er barn og ungdom som bor sammen med sine foreldre. Andre grupper er mottakere som bor sammen med og får omsorg fra ektefelle/samboere og voksne barn. I følge statistikken er det bare en liten andel mottakere av avlastning som bor alene, noe som tyder på at det sjelden gis avlastning til pårørende som yter omsorg til eldre og syke foreldre de ikke bor sammen med.

De fleste omsorgsmottakere som får avlastningstjenester er ifølge statistikken under 67 år. Blant de som mottar avlastning *utenfor* institusjon er tre av fire mottakere under 18 år. Det er flere gutter/menn enn jenter/kvinner som mottar avlastning, både i og utenfor institusjon. To av tre som mottar avlastning i institusjon har et omfattende bistandsbehov, mens de fleste mottakere av avlastning utenfor institusjon har et mer avgrenset behov.

Undersøkelsen viser også en tendens til at store kommuner (over 50 000 innbyggere) har relativt flere mottakere på avlastning i institusjon, mens mindre kommuner (under 10 000 innbyggere) har relativt flere på avlastning utenfor institusjon. Samtidig viser dataene at mindre kommuner gir gjennomsnittlig flere timer avlastning utenfor institusjon per mottaker, sammenliknet med andre kommuner. Hovedinntrykket er at de største kommunene yter avlastning til flere mottakere og at en noe større andel av avlastningen skjer i institusjon, sammenliknet med mindre kommuner.

4 Ulike former for avlastning og kjennetegn ved tilbudene

Dette kapitlet gir en oversikt over hvilke former for avlastning kommunene benytter og hva som kjennetegner tilbudene. Kapitlet besvarer tre av hovedspørsmålene (1 og 3 og 6) som er stilt innledningsvis: Hvem er omsorgsgiverne som får avlastning? Hva kjennetegner de vanligste avlastningstilbudene og hvordan ses andre kommunale tjenester i sammenheng med disse? Sentralt i denne sammenhengen er hvilke alternative løsninger, supplerende tilbud og kombinasjoner av løsninger kommunene benytter for å skape fleksibilitet i tjenestetilbudet (pkt.4.5). Framstillingen er basert på intervjuer med ledere og saksbehandlere i utvalget (20 kommuner) supplert med brosjyrer og dokumenter fra kommunene samt informasjon på kommunenes nettsider. Kapitlet skiller i hovedsak mellom avlastning i og utenfor institusjon, rettet mot barn og unge med funksjonsnedsettelse og eldre omsorgsmottakere.

Avlastningen skal ifølge helse- og omsorgstjenesteloven gis i kommunale tiltak eller hos kommersielle tjenestetilbydere som kommunen engasjerer, og skal i likhet med andre tjenester ligge på et *forsvarlig* nivå (§4-1). Brukerne skal gis et helhetlig og koordinert tilbud (§4-1). Tilbudene skal være tilpasset pårørendes og omsorgsmottakerens behov slik at den enkelte omsorgsyter får mulighet til å ha en tilnærmet normal tilværelse og få mer overskudd til de daglige omsorgsoppgavene.

Opplysninger framkommet i denne undersøkelsen viser at avlastning til foreldre med omsorgstrengende barn og unge gis både i form av individuell avlastning og som gruppetilbud i en avlastningsinstitusjon (senter eller bolig). Avlastning til pårørende med omsorg for hjemmeboende eldre gis i hovedsak som korttidsopphold og rullerende plasser i institusjon (sykehjem) og/eller som dagopphold på dagsenter eller sykehjem. Disse brukerne har ofte et omfattende omsorgs- og tilsynsbehov som følge av demens, slag eller annen sykdom. I tillegg vil hjemmesykepleie, praktisk bistand og andre støtteordninger (fritidskontakt, BPA og omsorgslønn) ofte fungere som avlastning for pårørende.

4.1 Avlastning i institusjon/bolig med heldøgns omsorgstjenester

Institusjonsavlastning til barn og unge med nedsatt funksjonsevne

Kjennetegn ved barn og unge som mottar avlastning i heldøgns institusjoner er at de som oftest har funksjonsnedsettelse, helsetilstander og sykdom som krever ekstra pleie og omsorg. En stor del av barna har en utviklingshemning eller en multifunksjonshemning, i tillegg til fysiske funksjonsnedsettelse. Institusjonsavlastning gis både i form av døgn, helger og ferieopphold. De fleste kommuner tilbyr plasser i en korttidsinstitusjon, betegnet som *avlastningscenter* eller *avlastningsbolig*. Unntaksvis benytter kommunene særskilte og spesialtilpassete tiltak i døgnbemannet bolig til enkeltbrukere med spesielle behov når disse ikke kan plasseres sammen med andre barn og unge.

Avlastningsbolig/senter er tilbud til familier med hjemmeboende barn. Barnets faste bopel er hos foreldrene og boligen/senteret ivaretar for kortere eller lengre perioder foreldrenes daglige omsorgsoppgaver. Enkelte kommuner tilbyr opptil 50–75 prosent botid i institusjon samtidig som barnet er definert som hjemmeboende. Institusjonsoppholdet skal sikre at familier får et helhetlig tjenestetilbud som både gir tilsyn og avlastning til barn med nedsatt funksjonsevne. Inntrykket er at opphold i avlastningsbolig/senter tildeles etter noe ulike kriterier, avhengig av ledig kapasitet og antall plasser. I en av kommunene blir avlastningsplass i avlastningsboligen/senteret først innvilget når det ikke kan forventes at en individuell avlaster vil mestre oppdraget alene, eller når brukeren er avhengig av mange hjelpemidler.

Kommunene har ansvar for å sikre kvalifisert personell til avlastningsboligene/sentrene og for å sikre kvaliteten i tjenesten (Johansen 2014)². Boligene/sentrene tilbyr tilsyn og aktiviteter, leksehjelp, oppgaver i boligen og sosialt fellesskap med barn og voksne ansatte på heldøgns basis. I tillegg benyttes omsorgsboliger med døgnkontinuerlig tilsyn tilknyttet bofellesskap for psykisk utviklingshemmede som avlastningsplasser der kommunene ikke har eget avlastingscenter.

De fleste kommuner som deltar i undersøkelsen tilbyr opphold i avlastningsbolig/senter, tilpasset barn og unge med funksjonsnedsettelse og

² Det er anslått at det i 2014 er ca. 1000 slike plasser på landsbasis (Johansen 2014).

spesielle behov. En bolig/senter med fem sengeplasser kan i praksis være et tilbud til tyve barn. Oppholdet kan variere fra to til fire døgn i måneden, avhengig av plass og brukerens behov. Tilbudet varierer fra kommune til kommune, avhengig av kapasitet og ledige plasser.

De fleste boligene/sentrene tar imot barn/ungdom i alderen 0–18 år. I noen tilfeller gis det tilbud om institusjonsavlastning helt fram til fylte 23 år dersom den unge bor hjemme og ikke kan flyttes over i tilrettelagte botilbud (omsorgsboliger eller institusjoner for psykisk utviklingshemmede). I andre tilfeller opererer kommunene med en klar aldersgrense på maks 18 år. Kommuner som mangler omsorgsboliger (døgnbemannet) til unge voksne må ofte forlenge avlastningstilbudet ved alternativt å tilby støttekontakt eller individuell avlastning utenfor institusjon til mottakere over 18 år.

Avlastningsboligen/senteret kan i noen tilfeller være inndelt i flere avdelinger/enheter etter alder (små og store barn) og funksjonsnivå. Noen sentre har eksempelvis en egen avlastningsavdeling for små barn med vanlige funksjons-nedsettelse og annen avdeling for barn med multifunksjonsnedsettelse og større hjelpebehov (med diagnosene ADHD, Tourettes, Aspberger eller autisme). Andre institusjoner (sentre) har adskilte avdelinger etter alder for hhv. små og store barn. Ofte dreier det seg om «omfattende vedtak», dvs. flere døgn per måned. Mangel på institusjonsplass kan føre til at antall døgn som tilbys blir redusert i forhold til foreldrenes behov for at kommunen skal kunne gi flest mulig barn et tilbud om avlastning.

Institusjonsavlastning til eldre omsorgsmottakere

Institusjonsavlastning for eldre omsorgsmottakere gis i hovedsak som tidsavgrenset opphold på sykehjem og i døgnbemannede boliger. Mottakerne er omsorgstrengende personer med psykiske og somatiske plager som slag, kronisk sykdom og kognitiv svikt/demens. Avlastningstilbudet varierer ofte fra enkeltstående, sporadiske helger til rullerende opphold. En rullerende plass kan innebære to til tre ukers sammenhengende opphold med tilsvarende antall uker med hjemmetjenester i eget hjem. Tilbudet om avlastning gis ofte som faste uker eller helger og tildeles for et halvt eller ett år om gangen for å sikre stabilitet og forutsigbarhet for bruker.

Til forskjell fra korttidsopphold i institusjon som gis mot betaling, er avlastningsopphold vederlagsfritt. Pasienter på avlastning har imidlertid rett til de samme tjenestene som andre pasienter. Undersøkelsen viser at dette praktiseres ulikt i kommunene. Et eksempel på avvik og ulovlig praksis er en av kommunene som rapporterer at brukere på avlastningsopphold må benytte sin egen fastlege under oppholdet og dekke utgifter til helsehjelp og følge til lege, samt medbringe egne medisiner og annet medisinsk utstyr. I noen tilfeller innvilges både korttidsplass og avlastningsplass i samme sykehjem. I andre kommuner tilbys kun korttidsplass mot betaling. Ledere i mindre kommuner gir uttrykk for at sykehjemmene har god kapasitet og som oftest kan imøtekomme behovet for kortvarige og rullerende opphold. Muligheten for institusjonsavlastning framstilles som mindre tilfredsstillende i noen av de større kommunene.

Samtlige kommuner i undersøkelsen tilbyr avlastning i institusjon, dvs. at en eller flere plasser på sykehjemmet er forbeholdt avlastning. Den minste kommunen som deltar i undersøkelsen (under 5000 innbyggere) har i alt fem avlastningsplasser på sykehjemmet, pluss én plass på dagsenteret. Ved mange sykehjem finnes egne avdelinger til personer med demens som også tilbyr dag- og døgnavlastning til brukere med behov for ekstra tilsyn.

Det er stor forskjell mellom kommunene når det gjelder omfang og tilbud av avlastningsplasser i institusjon til eldre brukere. I følge en av informantene kan mangelen på sykehjemsplasser og institusjonsavlastning til personer med demens være en utfordring:

I vår kommune må vi ta hensyn til logistikk. For å gi flest mulig tilbud om rullerende opphold sykehjem gir vi ofte tilbud etter standard på 2 uker inne og 4 uker hjemme. Det er nødvendig med et system når kommunen er så stor. Vi prøver å ta hensyn til akutte behov ved sykdom o.l. hos pårørende, men det er ikke alltid det finnes plass i institusjon eller omsorgsbolig. Da må vi heller spille på andre tilbud.

Som eksempel på andre tjenestetilbud nevnes tilbudet om trygghetsavdeling på sykehjem, der den eldre kan legges inn ved kriser og akutte behov, uten vedtak om avlastning.

4.2 Individuell avlastning utenfor institusjon

Avlastning utenfor institusjon til barn og unge

Avlastning utenfor institusjon til barn og ungdom med funksjonsnedsettelse, gis som timeavlastning i form av individuell avlastning i eget hjem eller i andres (private) hjem. Dette er en avlastningsform som alle kommunene benytter i større eller mindre grad. Kommunene engasjerer enkeltpersoner som individuelle avlastere eller assistenter som enten kommer hjem til familien, har tilsyn med barnet og følger barnet på aktiviteter, turer og ferieopphold for at foreldrene skal få muligheter til hvile og avkobling og tid sammen med andre familiemedlemmer. Rekruttering av avlastere foregår som regel i familiens eget sosiale nettverk.

Individuell avlastning gis både til barn, unge og voksne over 18 år med funksjonsnedsettelse. En individuell avlaster kan enten ta med seg barnet og den unge på aktiviteter utenfor hjemmet (på linje med en støttekontakt) eller være sammen med barnet i foreldrehjemmet slik at foresatte kan gjøre ting på egen hånd. I spesielle tilfeller benytter kommunen individuelle avlastere eller assistenter for å avlaste familier med barn som har somatiske eller progredierende sykdommer og av den grunn ikke kan være i avlastningsbolig pga. smitte og egne behandlingsregimer. Vedkommende avlaster familien på kvelds- og nattetid for at familien skal få sove og ha barnet boende hjemme. De fleste avlastere er ufaglærte, men i tilfeller der det trengs forsterket avlastning vil de fleste kommuner benytte faglært personell (hjelpepleiere og sykepleiere). Inntrykket er likevel at ordningen med individuell avlastning til barn og unge blir mest benyttet i større kommuner.

Individuell avlastning innebærer ofte at avlasteren tar imot barnet/ ungdommen i sitt eget (private) hjem på ettermiddager, i helger og ferier. Ordningen er utbredt og omfatter et stort antall barn. Enkelte større kommuner har flere hundre barn registrert som mottakere av denne formen for individuell avlastning i private hjem. Avlastningshjemmet er som oftest rekruttert via familiens nettverk og avlasterne er ikke faglærte. Bruk av individuell avlastning i vanlige (private) familier er imidlertid avhengig av at problematikken ikke er for omfattende. Ved større problematikk, eksempelvis omfattende psykiske lidelser, atferdsavvik, multifunksjonshemming eller autisme, vil det

som regel være nødvendig å gi et forsterket avlastningstilbud i form av et spesialtilpassete opplegg med faglærte miljøarbeidere.

Avlastning utenfor institusjon til eldre mottakere

Avlastning til eldre utenfor institusjon gis ofte i form av timebasert opphold på *dagsenter* (eller kommunale «bo- og servicesenter») på dagtid i ukedagene. Antall timer og dager som tilbys er avhengig av de pårørendes behov og av åpningstiden på dagsenteret, som varierer i de ulike kommuner. Noen dagsentre har kun åpent noen få timer midt på dagen – mens andre kommuner tilbyr heldags opphold et par–tre dager i uken eller har utvidet åpningstiden til alle dager i uken. Inntrykket er at de største kommunene har mest variasjon og bredde i dag-tilbudene. De har ofte flere sentre og forskjellige former for dagtilbud – både dagsenter for eldre med demens og somatiske plager, kvelds-senter for personer med demens og dagplasser i sykehjem. Opphold på dagsenter kan gis som vedtak om avlastning eller som et rent aktivitetstilbud som i vedtaket begrunnes i fra brukerens behov. Samtidig vil det fungerer som avlastning for pårørende.

Avlastning til pårørende med hjemmeboende eldre og syke ektefeller og samboere kan også gis som *timebasert individuell avlastning*. Tilbudet om individuell demensavlastning innebærer at avlaster kommer hjem til brukeren en fast tid en–to ganger per uke, med varighet inntil tre timer. Denne formen er imidlertid lite benyttet til eldre og personer med demens, med unntak av én større kommune som i flere år har satset på individuell avlastning for pårørende til hjemmeboende med demens. Denne formen for hjemme-avlastningen gis ofte i kombinasjon med andre tjenester som hjemmesykepleie og dagsenter. Opplegget går ut på å engasjere kvalifiserte avlaster i kombinasjon med opplæring og kursing. Kommunen har som utgangspunkt at eldre mennesker skal kunne bo hjemme så lenge som mulig. I følge ledelsen har tilbudet om hjemmeavlastning følgende begrunnelse:

Pårørende til demente trenger å komme seg ut og treffe andre, få litt ro og ikke være bekymret for hva som skjer med den man har omsorg for. Avlastning er nødvendig for å unngå stressbelastning, og gir dem et friminutt.

Fordelene som framheves er at individuell avlastning kan gis av de samme personer (avlastere) i pasientens eget hjem over tid og på den måten skape ro og trygghet. Pårørende gir uttrykk for tilfredshet med ordningen fordi den gir stabilitet og forutsigbarhet for omsorgsgiver og trygghet for mottaker. Tilbudet passer særlig godt for brukere som blir urolige av å bli hentet og fraktet til dagsenter og tilbud utenfor hjemmet og ikke takler møte med mange mennesker.

For denne kommunen har satsningen på hjemmeavlastning for personer med demens vært en vellykket satsning. «*Ordningen utsetter institusjonsinnleggelse (kostnadseffektivitet) og reduserer stress hos pårørende*», ifølge kontorlederen. Per i dag har kommunen en stor andel eldre som mottar denne formen for individuell hjemmeavlastning (om lag 100 personer). Antall på vedtak har økt som følge av bevisst satsing fra kommunen, som ønsker å videreføre og utvide tilbudet.

I de fleste andre kommuner i undersøkelsen er hjemmeavlastning til brukere med demens lite benyttet. Individuell hjemmeavlastning er ifølge lederne vanskelig å skaffe med mindre omsorgsyter har noen i nettverket (en slektning, venn, nabo) som kan benyttes. Mange mener at pårørende og omsorgsmottaker trenger fritid og avkobling fra hverandre, og at brukere med demens har godt av å komme hjemmefra. I stedet for hjemmeavlastning gir kommunene andre hjemmetjenester og støtteordninger (som kan gis vederlagsfritt i likhet med avlastning). Eksempelvis kan et lavterskeltilbud på seniorsenteret fungere som avlastning for pårørende med hjemmeboende eldre. I praksis tilbys praktisk bistand, støttekontakt, BPA, dagtilbud på et kommunalt dagsentersenter i kombinasjon med andre ordninger utenfor institusjon.

4.3 Kjennetegn ved de vanligste avlastningstilbudene

Institusjonsopphold på sykehjem er ifølge undersøkelsen fortsatt den mest vanlige formen for avlastning som tilbys pårørende til eldre omsorgsmottakere. Dette gjelder for samtlige kommuner med unntak av en storkommune som primært benytter individuell avlastning. Bare to av kommunene i undersøkelsen opplyser at dagsenter benyttes som den mest vanlige avlastningsformen.

Individuell avlastning hos en vanlig (privat) familie er det tilbudet som ifølge samtlige ledere/kommuner blir mest benyttet til barn og unge med

funksjonsnedsettelse. I en av de store kommunene som er intervjuet, får to av tre søkere med yngre hjemmeboende barn denne formen for vedtaksfestet avlastning. Omfanget skyldes at de foreldrene etterspør tilbudet og ser det som et godt fungerende og stabilt tilbud sammenliknet med institusjoner med mange ansatte. Det vektlegges at avlastning i ordinære familier/hjem byr på et normalt familieliv med aktiviteter, voksne omsorgspersoner og lekekamerater, uten det tradisjonelle fokuset på behandling eller diagnoser.

Alternative former for avlastning

Gårdsavlastning «Inn på tunet»

«Inn på tunet» er et tilrettelagt avlastningstilbud som flere kommuner har avtaler om. Tilbudet startet som et satsingsprosjekt i regi av staten og Innovasjon Norge i perioden 2010–12. Det er et relativt nytt konsept som tilbys over hele landet (ca. 800 gårdsbruk på landsbasis). Opplegget har til hensikt å tilby tilpassede aktiviteter i forhold til arbeid og opplevelser. Brukerne får ta del i dagligdagse gjøremål, stell og dyrepass på gården som gjør avlastningsoppholdet til et aktivitetsbasert tilbud med et pedagogisk innhold.

«Inn på tunet» opphold gis som et individuell avlastningstilbud til barn og unge på ettermiddager /ukedager, og i enkelte tilfeller som skolefritidstilbud. Noen kommuner har avtaler med opptil 6–8 forskjellige «Inn på tunet» gårder for barn og unge under 18 år. Bare én av kommunene benytter tiltaket som avlastning til andre målgrupper og eldre personer med demens. Samtlige kommuner betegner tilbudet som godt og forsvarlig med engasjerte og kvalifiserte fagfolk. Tilbudet bidrar til å gjøre tjenestetilbud mer differensiert og er et supplement til tradisjonell avlastning.

Fritidsavlastning – før og etter skoletid

I alt seks av tyve kommuner i utvalget gir tilbud om en eller annen form for skolefritidsavlastning for barn og unge med funksjonsnedsettelse. Tilsynstilbudet gis noen steder både før og etter skoletid og på skolens fridager til elever i ungdomsskole og/eller videregående skole. Kriteriet for tildeling er omfattende tilsynsbehov grunnet en funksjonsnedsettelse som gjør at barnet/ungdommen ikke kan være alene hjemme, og hensynet til at foreldrene skal kunne stå i jobb. Noen kommuner gir tilbudet som vedtak om støttekontakt

– dvs. at det driftes på fritids-/støttekontakt budsjett. Fritidsavlastningen før og etter skoletid foregår noen steder i skolens lokaler og andre steder i avlastningsboligen, der de følges av assistenter. Assistentene er tilsatt som avlastere og lønnes over det kommunale avlastningsbudsjettet. Tilsynsordningen er svært populær hos foreldre og får gode tilbakemeldinger.

4.4 Fleksible løsninger og kombinerte tjenester

Fleksible tjenester handler om muligheter for nye og annerledes måter å løse avlastningsoppgavene på. Spørsmålet er i hvilken grad det finnes rom for å endre de tradisjonelle tiltakene og hvorvidt den enkelte kommune har andre og kreative svar på nye behov som oppstår. Hvor fleksible er tilbudene og hvordan ses andre kommunale tjenester i sammenheng med avlastningstilbudet?

I denne undersøkelsen svarer over halvparten av kommunene at tilbudene til de pårørende på ett eller flere områder er fleksible. Tiltak som nevnes er fleksibel bruk av korttidsplasser i institusjon og muligheter for bruker å bytte dager, helger og uker etter behov eller ved akutte kriser. Andre eksempler er fri disponering av timebasert avlastning etter behov, utvidet åpningstid på dagsentrene og avlastningsboliger, og endringer i turnusordninger for ansatte for å skape større fleksibilitet.

Noe av hensikten ved å gi rullerende plasser på sykehjem (2–3 ukers opphold) er å skape forutsigbarhet for pårørende. Bruken av rullerende plasser kan imidlertid gjøres fleksibel ved at tilbudet kan endres i tråd med brukerens og familiens behov. Et eksempel som nevnes er tilfellet der en pleiepasient etter slag ble innvilget tre ukers opphold på sykehjem og tre ukers opphold i eget hjem med praktisk bistand og hjemmesykepleie, som rullerende tilbud i ett år. Det viktigste for de pårørende var at ukene ble gitt som et stående tilbud, dvs. at de hele tiden kunne velge å si ja eller nei til tilbudet uten å miste plassen.

Andre former for fleksibilitet som fremheves er at tilbudene kan benyttes mer fritt etter behov, at institusjonene er åpne for bytte av dager, døgn og helger og at åpningstiden kan utvides og forlenges ved særlige behov. I noen kommuner har dagsentrene størst muligheter for å imøtekomme behovet for forlenget opphold og bytte av oppholdstider, mens i andre er det primært sykehjemmet som kan tilby akutt beredskap og kriseplasser.

Ikke alle kommuner har akuttberedskap og disponible plasser forbeholdt akutte kriser, men enkelte strekker seg langt for å imøtekomme familiens behov: *«pårørende skal aldri la være å spørre om å bytte tidspunkt eller få ekstra avlastning når krisen er der. I vår kommune kan det avgjøres av den enkelte saksbehandler - vi trenger ikke formell søknad».*

I følge virksomhetslederen må kommunen i mange tilfeller overskride budsjettet for å dekke akutte behov. Hun mener at muligheten for å være fleksibel handler mer om holdninger enn om ressurser. *«Det er viktig å være fleksible for å hindre utbrenthet. Vi lar heller andre vente i køen på ordinære på korttidsplasser».*

Andre ledere framhever at fleksibiliteten i slike tilfeller først og fremst er avhengig av ressurser og god planlegging. God gjennomstrømming, kort liggetid og god utnyttelsesgrad i sykehjem og institusjon kan bidra til at det til enhver tid er nok plasser til korttids- og avlastningsopphold.

Individuell avlastning (utenfor institusjon) karakteriseres av de fleste kommuner som gode og fleksible ordninger. For foreldre med funksjonshemmede barn og unge kan det være tilstrekkelig med et par timer i uken, mens andre familier trenger mer. I en av kommunene er det praksis å innvilge avlastning med ett til to døgn i måneden, pluss fem døgn ekstra per år som familien selv disponerer.

I noen tilfeller kan det være en fleksibel løsning å gi *supplerende avlastning* i form av andre kommunale tjenester – bistand/hjemmehjelp, støttekontakt eller BPU. En av de kommunale lederne understreker betydningen av å være kreativ og benytte andre ordninger dersom disse kan bidra til et bedre og mer fleksibelt tilbud. Og dessuten vil det være billigere med hjemmebaserte tjenester enn med institusjon: *«Hvis omsorgsyter opplever at det å få huset vasket vil være det mest avlastende for hennes familie, så vil det være et godt og rimelig alternativ».*

I de få tilfellene der kommuner har innvilget støttekontakt som et avlastningsvedtak, er begrunnelsen at kontorene *«i praksis ikke skiller mellom individuell avlaster og støttekontakt, men ser på helheten i situasjonen».* Formålet med støttekontakt er å gi omsorgsmottakere (både unge og eldre) assistanse på den sosiale arenaen og hjelp til å delta i fritidsaktiviteter. Ordningen har samtidig et avlastende formål for familien og de pårørende.

Når det gjelder BPA oppgir kun én av kommunene at de har innvilget ordningen som avlastingsvedtak. I særlige tilfeller der foreldre har svært krevende omsorgsoppgaver, har kommunens løsning vært å engasjere en av foreldrene som betalt assistent for sitt eget barn (BPA). Ordningen framstilles som en fleksibel løsning for foreldre til barn med Aspberger og Angelmanns syndrom som på grunn av hyperaktivitet eller utagerende atferd og søvnproblematikk ikke kan være på avlastningsopphold i grupper med andre barn, men trenger tett oppfølging av voksne i stabile og trygge omgivelser. Noen av disse familiene har tidligere vært hjemmeværende med pleiepenger fra NAV. I følge leder ved et av vedtakskontorene, er omsorgslønnen for lav til å fungere som et godt alternativ til arbeidsinntekt. I stedet for omsorgslønn er foreldre tilbudt ansettelse som BPA for eget barn, både for å sikre lønnsinntekt og trygge barnets omsorgsbehov. Ledelsen ser det som en alternativ løsning for å unngå institusjon og for å unngå at for mange «fremmede» avlastere må settes inn på dag- og på natt-tid.

Som alternativ til den tradisjonelle institusjonsavlastningen er det i noen kommuner særlig satset på gruppetilbud med et aktiviserende innhold til barn og unge med funksjonsnedsettelse. Dette gjelder særlig helg- og ferieavlastning for unge brukere fra 13–18 år. Ett av tiltakene har vært å kombinere avlastning med utflukter og hytteturer i helgene i regi av avlastningssenteret, noe som forutsetter fleksible arbeidstidsordninger og endringer i turnus. I følge en av lederne er det: *«nødvendig å satse mer på positive aktiviteter og turopplegg for å få ungdom til å ville dra på avlastning utenfor hjemmet. Det er ikke nok å tilby bolig, mat og kontakt med andre voksne på korttidsopphold. Avlastningen må være interessant og spennende».*

For å få til et mer fleksibelt opplegg med muligheter for utflukter og turer har kommunen godkjent at senteret endrer arbeidstid og turnus for personalet fra seks til fire uker, noe som innebærer at de ansatte går 13 timers turnus i helgene.

Fleksibilitet beskrives også som differensierte tilbud og sammensatte tjenester. Det vil si at kommunene tar i bruk et større spekter av tjenestetilbud og kombinerer ulike ordninger og tiltak etter mottakerens behov. De ordinære avlastningstilbudene varierer ifølge undersøkelsen mellom individuelle tilbud og gruppetilbud, men i mange tilfeller blir de gitt i kombinasjon med andre

kommunale tjenester. Dette gjelder særlig for gruppen barn og ungdom under 18 år med spesielle behov (psykisk utviklingshemming og multifunksjonshemminger). Dette er en gruppe som ofte får flere kommunale tjenester i tillegg til avlastning, både støttekontakt og praktisk bistand (betalingsvedtak) i tillegg til døgn- og ferieopphold hos individuelle avlastere (familier) og/eller i avlastningsbolig (senter).

Den vanligste kombinasjonen i forhold til yngre omsorgsmottakere er å kombinere individuell avlastning (i eget hjem eller andres hjem) med døgn og helge-opphold i avlastningsbolig (institusjon). Eksempler på slike vedtak er når kommunene fatter vedtak om 8–10 døgn per måned med avlastning i barnebolig, pluss 20 timer individuell avlastning som kan disponeres fritt av familien. I spesielle tilfeller med alvorlig syke barn som trenger helkontinuerlig pleie og tilsyn, kan kommunene sette inn flere former for hjelp, både praktisk bistand og medisinsk tilsyn for å unngå institusjonsopphold, hvis de mener dette er forsvarlig.

Når det gjelder eldre omsorgsmottakere, er opphold på dagsenter og døgnavlastning på sykehjem en vanlig kombinasjon av tiltak som forekommer ofte. Innenfor demensomsorgen vil kommunale tiltak som demens-koordinator og opplæring av pårørende også utgjøre sentrale deler av tilbudet. Hjemmebasert omsorg er et viktig alternativ til institusjonsbasert omsorg, dette gjelder også avlastningen.

Samtlige kommuner legger stor vekt på at avlastning skal ses i sammenheng med andre tiltak og vurderes ut fra kommunens totale tjenesteyting. I de fleste søknader om avlastning vil vedtaks- og tildelingskontorene foreta en helhetlig vurdering av behovet for hjelpetiltak og om nødvendig gi tilbud om andre tjenester i tillegg. Avlastning til eldre mottakere gis både i og utenfor institusjon, for eksempel som tidsavgrenset og rullerende opphold på sykehjem og/eller som dagopphold på et dagsenter. Inntrykket er at begge avlastningsformene ses i kombinasjon med andre tjenester – som støttekontakt, BPA, hjemmetjenester og praktisk bistand i form av opplæring og veiledning.

I følge informantene er det viktig å foreta en *helhetlig vurdering* av både søkerens omsorgsbyrde og mottakerens omsorgsbehov. Det betyr at mange kontor ser det som nødvendig å avklare om søknadene er uttrykk for et *reelt* behov ved å undersøke bakgrunn og motiv for søknaden. Eksempler som

nevnes er tilfeller der pårørende ber om institusjonsavlastning til ektefellen uten at det foreligger et reelt behov, men fordi de er engstelige og bekymret for ikke å få nok avlastning og støtte i eget hjem. Når pårørende til pleie-trengende foreldre søker om avlastning, kan det noen ganger oppfattes som uttrykk for bekymring mer enn et faktisk behov. Samtidig er det ofte vanskelig for kontorene å skille ut adekvate opplysninger. Inntrykket er at kommunene i slike saker er opptatt av å finne alternative løsninger i samarbeid med pårørende og ofte vil sette inn andre typer tjenester. Kommunene har også muligheter for å redefinere søknaden om avlastning dersom de vurderer omsorgsbyrden og situasjonen annerledes enn søkeren og i stedet tilby andre typer hjemmebaserte tjenester i form av praktisk bistand til stell og pleie i kombinasjon med forsvarlig medisinsk tilsyn i hjemmet.

4.5 Oppsummering

Den vanligste formene for avlastning til foreldre med barn og unge med nedsatt funksjonsevne er tilbud om individuell avlastning utenfor institusjon – i eget eller andres (private) hjem og/eller som gruppetilbud i en avlastningsinstitusjon/bolig. Individuell avlastning i (private) besøkshjem blir beskrevet som et godt fungerende og stabilt tilbud til yngre brukere. Rekruttering av avlastere skjer som oftest i familiens egen omgangskrets eller sosiale nettverk. Individuell avlastning utenfor institusjon er imidlertid avhengig av at problematikken ikke er for omfattende. Unntaksvis benytter kommunene forsterkede tiltak i døgnbemannet bolig til enkeltbrukere som ikke kan plasseres sammen med andre barn og unge. Avlastning til pårørende med hjemmeboende eldre gis i hovedsak som rullerende opphold (døgn og uker) i sykehjem og/eller som vedtak om dagopphold på et dagsenter eller sykehjem. Eldre omsorgsmottakere har ofte et omfattende omsorgs/tilsynsbehov som følge av demens, slag og/eller annen kronisk sykdom. I tillegg er det vanlig at kommunene vurderer behovet for avlastning i sammenheng med hjemmetjenester og andre støtteordninger (praktisk bistand, omsorgslønn, brukerstyrt personlig assistanse og støttekontakt) for å kunne gi yngre og eldre brukere et *helhetlig* tilbud.

Kommunene i utvalget har i varierende grad tatt i bruk nye og fleksible måter å løse avlastningsoppgavene på. Eksempler på alternative tiltak er

gårdsavlastning «Inn-på tunet», aktivitetsbaserte gruppetilbud og skolefritidsavlastning for yngre brukere, og individuell demensavlastning rettet mot eldre brukere. Som eksempler på fleksible løsninger, fremheves tilbudene om korttidsplass og muligheter for bytte av dager, helger og uker etter behov og ved akutte kriser. Fri disponering av timebasert avlastning etter behov, utvidet bruk av dagsentrene og alternative arbeidstidsordninger i avlastningsinstitusjoner, er også eksempler på ordninger som bidrar til større fleksibilitet. Hovedinntrykket er likevel at kommuner med et bredt sammensatte og differensiert tjenestetilbud har større forutsetninger for å etablere fleksible løsninger.

5 Kommunenes organisering og koordinering av tjenesteapparatet

Dette kapitlet gir en oversikt over hvordan kommunene organiserer og koordinerer avlastningstjenestene og belyser hvordan ulike enheter i kommunene samarbeider ved søknad om avlastning. Kapitlet besvarer hovedspørsmål 4 i innledningskapitlet.

5.1. Ulike former for organisering

Organisering etter bestiller-utfører modellen

De tyve kommunene som er intervjuet er i hovedsak organisert etter bestiller-utfører modellen. Tildeling av tjenester vedtas på administrativt nivå i sentraladministrasjonen, og de tjenester som søkeren er innvilget «bestilles» fra virksomhetene. Organiseringen innebærer at alle helse- og omsorgstjenester er samlet i en egen avdeling/seksjon som fatter vedtak om lovregulerte tjenester. Kartlegging av behov for avlastning foregår ved at ansvarlig saksbehandler innhenter pasientjournal, legeopplysninger, foretar hjemmebesøk, utreder og fremmer forslag til vedtak. Vedtaket skal angi hvilke tjenester som gis, og hvor mye og hvor ofte søker kan forvente å motta tjenester. Selve vedtaket effekteres og iverksettes av den virksomheten som skal utføre tjenesten (utfører-enhetene), eksempelvis avlastningsboligen eller sykehjemmet.

Hensikten med å samle ansvaret for alle pleie- og omsorgstjenestene er å koordinere innsatsen og gi et samordnet og helhetlig tjenestetilbud. I de fleste kommuner består det samlede tjenestetilbudet av hjemmetjenester (hjemmesykepleie og praktisk bistand), avlastning i og utenfor institusjon, psykisk helsetilbud, BPA, kommunale boliger, dagsenter, omsorgsboliger og langtidsopphold i institusjon mm. Ansvaret for støtte-/fritidskontakt, barnevern, rus- og psykiatri, er i noen kommuner tillagt avdelinger for kultur og psykisk helse, som fatter vedtak om tiltak for egne brukere.

Kommuner som er organisert etter denne modellen har valgt forskjellige navn på enheten som tildeler tjenestene, eksempelvis «Bestillerkontor», «Tildelingskontor», «Tjenestekontor», «Forvaltningsenhet», «Mottakskontor»,

«Søknadskontor» o.l. Kontorene skal fungere som «en dør inn» for alle helse- og omsorgstjenester og er ifølge informantene en fordel for brukere med sammensatte tjenestebehov. Ved å sørge for enhetlig saksbehandling skal kontorene sikre lik tilgang til tjenester, uavhengig av hvor i kommunen folk bor. I forbindelse med organiseringen har målet vært at tjenestetilbudene skal bli mer synlige og at saksbehandlerne skal bli mer tilgjengelige (treffetid på telefon).

Kommuner som er organisert etter bestiller-utfører modellen ser det også som en fordel at flere fagområder og faggrupper samles innenfor en og samme enhet/avdeling. Når ansvaret for helse- og omsorgstjenester, barnevern og bolig er underlagt samme ledelse kan det være enklere å planlegge og samordne tiltakene.

Organisering etter områdemodellen

I enkelte mindre kommuner er ansvaret for tildeling av avlastningstjenester fordelt på ulike virksomhetsområder (resultatenheter), og ikke samlet inn under en enhetlig ledelse. Det framkommer av intervjuene at områdemodellen finnes i ulike varianter. Avlastningstjenester (for yngre og eldre brukergrupper i og utenfor institusjon) var enkelte steder organisert i en egen resultatenhet (med eget budsjettansvar), mens samordningen av tjenestene foregikk i en annen resultatenhet. I andre kommuner lå ansvaret hos én resultatenhet som både tildelte og utførte tjenesten. Organiseringen medførte en oppsplitting av ansvaret for tjenester til brukere under og over 18 år. Enkelte kommuner har egne avdelinger for «funksjonshemmede» eller «barn og familie» som tildeler tjenester til foreldre med barn og unge under 18 år, mens avdelinger for «hjemmetjenester» eller «pleie og omsorg» tildeler tjenester (sykehjem, hjemmesykepleie m.m.) til voksne og eldre mottakere. Søknad om omsorgslønn blir eksempelvis behandlet og vedtatt i forskjellige avdelinger avhengig av alder på mottaker (over og under 18 år).

5.2 Samarbeid og koordinering

Informantene er i hovedsak fornøyd med måten samarbeidet fungerer på i egen kommune. Tildeling av avlastning og andre helse- og omsorgstjenester etter bestiller-utfører modellen foregår i egne inntaks- og vedtaksmøter der

ledere og saksbehandlere fra ulike avdelinger og virksomheter deltar. Hvilke avdelinger som er representert og hvor mange som deltar og møtehyppighet, varierer med type saker og kommunal praksis. Inntrykket er at vedtaks- og inntaksmøtene fremmer samarbeid og dialog og fungerer som støtteorgan for bestillerenheten før vedtakene fattes.

Samarbeid og koordinering foregår ved at saksbehandler utreder søknaden i forkant av møtet, samler informasjon fra relevante tjenester, etater, pårørende og foretar ett eller flere hjemmebesøk (ofte i samarbeid med utfører-enheten). Ved søknader om avlastning blir virksomhetslederne for utøvende tjenester (eks. sykehjemmet, hjemmetjenesten og distrikts-medisinsk senter) ofte konsultert på forhånd under selve utredningen – eller trukket inn i selve behandlingen når saken behandles i møte. Om nødvendig diskuteres sakene i egne fagmøter med leder eller andre ansatte ved kontoret. Saksbehandler eller leder legger deretter fram sak og forslag til vedtak i ukentlige eller månedlige møter hvor de ulike virksomhetsområdene (hjemmetjenesten, sykehjem, avlastningssenter, bydelsoverlege med flere) møter med faste representanter, eller etter behov. Den mest vanlige formen for samarbeid er at saksbehandler i bestiller-enheten tar kontakt med utøvende virksomheter via telefon for å innhente en faglig vurdering (eks. sykepleiesammenfatning) basert på pasienten/mottakerens journal.

I noen større kommuner er samarbeidet formalisert i form av skriftlige rutiner. Samhandlingsrutinene er spesifikt rettet inn mot hver enkelt virksomhet og beskriver ansvarsområde og deltakere for alle virksomhetene. Vedtakskontoret kan ifølge rutinene være pålagt å initiere samarbeidsmøter, mens hver enkelt virksomhet er pålagt et særskilt ansvar for å samarbeide om tjenestene. For å sikre at koordinering finner sted, stilles det i noen kommuner krav til at all samhandling skal dokumenteres før det kan fattes enkeltvedtak om avlastning eller andre pleie- og omsorgstjenester. Type dokumentasjon kan være telefonsamtaler, mail (elektronisk samhandling) eller skriftlig referat fra nettverksmøter, der søkeren er tilstede. Inntrykket er at bestillerenhetene jobber tett med utfører-enhetene i de fleste kommuner, både når det gjelder utredning, hjemmebesøk og vurdering av avlastningsbehov.

Hensikten med enhetlig organisering er bedre koordinering og likebehandling som skal sikres ved at saksbehandlingen følger samme prosedyrer

og faste rutiner. Selv om rutinene er gode er det ikke alltid de fungerer optimalt eller etterlevs i praksis. I følge informantene kan det enten skyldes tidspress eller at kravene til samarbeid oppleves som krevende for saksbehandlere og av den grunn fører til «unnfallenhet» eller «bevisst velges bort». Noen ledere gir uttrykk for at det kan det være krevende å samarbeide med utførerene (eks. sykehjemmene) om avlastning, og særlig med eksterne instanser som psykiatri og barnevern.

Utfordringer blir å få til en god samordning og lik politikk på hvordan saker skal vurderes og fordeles, særlig ved behov for flere type tjenester – som hjemmesykepleie, korttidsopphold og omsorgslønn.

Enkelte informanter gir uttrykk for at avlastningstiltakene må utredes og planlegges bedre i samråd med de som skal utføre og gjennomføre avlastningstilbudet. De mener det er viktig å være tydelig på hva kommunen har å tilby og sjekke ut med utfører hva som finnes av ressurser. Utfordringen er *«å sikre størst grad av enighet fra starten av ved å samarbeide med utførerene»*.

Samtlige kommuner ga uttrykk for at koordinering av tjenester er blitt bedre og enklere etter innføring av et felles journal- eller fagsystem. Plassadministrasjonssystemet gir oversikt over alle ledige plasser og innskrevne på avlastningsplasser i institusjon, i tillegg til at tildelingskontorene får bedre kontroll med plasser og ventelister.

Som følge av oppdelingen i ulike ansvarsområder forutsetter områdemodellen stor grad av samarbeid og koordinering i form av felles møter med de ulike virksomhetene. I mindre kommuner, hvor virksomhetslederne er fysisk samlet på ett sted (kommuneadministrasjonen) foregår det mye uformell kontakt mellom ulike avdelinger og et oversiktlig og lite fagmiljø som gjør det enklere å invitere til samarbeid og diskusjon. Ledere i mindre kommuner gir uttrykk for at de har god kjennskap til familier som er innvilget avlastning, fordi forholdene her er mer oversiktlige. Saksbehandler kjenner igjen navnet på søkere: – *«dersom nye navn betyr det at noen har flyttet hit»*.

Selv om samarbeidet sies å fungere bra etter områdemodellen, er inntrykket likevel at mange kommuner ønsker å samle tjenestene for å få bedre oversikt og muligheter for koordinering.

5.3 Oppsummering

Den kvalitative studien viser at kommunene i utvalget er organisert på litt ulike måter. De fleste er organisert etter bestiller-utfører modellen som innebærer enhetlig organisering og koordinering av pleie- og omsorgstjenestene. Kartlegging av behovet for avlastning foregår ved at ansvarlig saksbehandler innhenter pasientjournal, legeopplysninger, foretar hjemmebesøk, utreder og fremmer forslag til vedtak. Vedtaket skal angi hvilke tjenester som gis, og hvor mye og hvor ofte søker kan forvente å motta tjenester. Selve vedtaket effektueres og iverksettes av den virksomheten som skal utføre tjenesten (utfører-enhetene), eksempelvis avlastningsboligen eller sykehjemmet. Inntrykket er at bestillerenhetene jobber tett med utfører-enhetene i de fleste kommuner.

6 Kriterier og skjønnsmessige vurderinger ved tildeling av avlastningstjenester

Kapitlet gir en framstilling av hvilke kriterier kommunene legger til grunn ved tildeling av avlastningstjenester (jf. spørsmål 5 innledningsvis).

I følge lov om pasient- og brukerrettigheter § 2-8 kan personer som har «særlig tyngende omsorgsoppgaver» kreve at kommunale helse- og omsorgstjenesten treffer vedtak om tiltak for å lette omsorgsbyrden. «Særlig tyngende omsorgsarbeid» er i lov om helse og omsorgstjenester (§ 3-6) knyttet til omsorgslønn. I tillegg foreligger det et rundskriv om omsorgslønn fra Helse- og omsorgsdepartementet der kriteriene for tildeling er nærmere spesifisert (Rundskriv I-42/98). Rundskrivet slår fast at det å ha «*særlig tyngende omsorgsarbeid*» skal være et «*tungt moment i vurderingen av om kommunen skal tilby omsorgslønn*». Videre skal omsorgsarbeidet ha et visst omfang for at det skal regnes som tyngende. Bestemmelsen tar ikke sikte på personer som kun yter noe hjelp eller mindre tjenester, eller gir hjelp over en kort tid, eksempel i forbindelse med kortvarige, lettere sykdomstilfeller.

I intervjuundersøkelsen kommer det fram at de fleste kontorene henviser til rundskriv I-42/98 Omsorgslønn, som et viktig dokument og som retningsgivende for tildeling av avlastningstiltak. Inntrykket er at rundskrivet fortsatt er retningsgivende for kommunenes praksis, både når det gjelder omsorgslønn og avlastningstjenester.

I følge rundskrivet kan følgende momenter tillegges vekt for å avgjøre hvorvidt omsorgsarbeidet er «særlig tyngende»:

- *Omfang: omsorgsarbeidet må ha et visst omfang for å regnes som tyngende (dvs. utover det som normalt forventes i tid og innsats)*
- *Varighet: om omsorgsyter arbeider mange timer pr måned (ingen fast grense)*
- *Fysiske og psykiske belastninger*
- *Nattarbeid og avbrudd i nattesøvn*
- *Sosial isolasjon*
- *Mangel på ferie- og fritid*
- *Omsorg for mer enn en person (søsken)*
- *Omsorgplikten for mindreårige barn*

Ved vurdering av hva som er «særlig tyngende» omsorgsarbeid, refererer de fleste til en eller flere av disse momentene i sine vurderinger. I tillegg har noen kommuner utarbeidet egne definerte tildelingskriterier i forsøk på å standardisere tilbudet og forenkle saksbehandlingen.

6.1 Omfattende omsorg

Et hovedkriterium for tildeling er at omsorgsarbeidet må ha et visst omfang for å regnes som tyngende. I følge flere informanter kan dette kriteriet være vanskelig å avgjøre fordi det reiser spørsmålet om hvilken omsorg som normalt forventes av tid og innsats fra foreldre til funksjonshemmede barn eller fra en ektefelle. For å kunne avgjøre dette spørsmålet legges det vekt på at omsorgsarbeidet må være *vesentlig tyngre enn normalt* og foregå over lang tid, og ikke bare i en kort periode.

I en kommunal veileder for saksbehandling heter det blant annet at:

... foreldrenes omsorgsplikt overfor mindreårige barn skal medregnes før arbeidet kan anses å være omfattende og særskilt tyngende. Ektefeller forutsettes å utføre sin del av dagliglivets alminnelige gjøremål.

Vanlig kommunal praksis ved tildeling av korttidsavlastning i institusjon er at kommunene legger vekt på om søkeren (ektefelle/samboer eller foreldre) har mye nattarbeid og yter omsorg mange flere timer per måned enn det som er vanlig omsorgsarbeid.

I tillegg til omfanget legges det vekt på hvorvidt omsorg og pleie for syk eller demensrammet ektefelle fører til mye nattarbeid og avbrutt nattesøvn. Graden av belastning kan ofte være vanskelig å vurdere ut fra en standard av hva som er «vanlig» omsorg overfor barn og unge, og hva man bør forvente av normalomsorg og hjelp fra voksne barn, ektefeller eller samboere overfor syke og aldrende pårørende. I tilfeller med omsorgstrengende barn og unge er det vanlig å anta at behovet for vanlig omsorg synker med økende alder.

6.2 Mangel på ferie og fritid

Omsorgssituasjonen til familier med funksjonshemmede barn er betinget av forventningene om å leve et normalt liv og delta i samfunnet på lik linje med

andre mennesker. Flere av informantene er opptatt av dette og at avlastnings-tilbudet også bør være tilbud som kan hjelpe foreldre til å stå i og fortsette i jobb selv om de får et funksjonshemmet barn. Det framheves hvor viktige det er:

... at foreldre får påfyll i hverdagen og ikke bare går hjemme og har fokus på det syke barnet. Hensikten med avlastning er at foreldre kan få pusterom og hvile ved at barna drar på helge- og ferieavlastning, og har en skolefritidsordning med personlig assistent som gjør at de kan være borte hele dagen.

Disse familiene har store forpliktelser og gjør en stor innsats for å klare omsorgen for sine barn. Samtidig ønsker mange å være yrkesaktive som andre foreldre. Inntrykket er at ledere og saksbehandlere legger stor vekt på dette momentet ved vurdering og tildeling av avlastning og har forståelse for foreldrenes behov for fritid og ferie. Hvorvidt brukerne er tilfredse med tilbudet som kommunene gir, er et annet spørsmål som ikke besvares i denne undersøkelsen.

6.3 Hensynet til forsvarlighet

Flere av informantene peker på at avlastningstiltaket skal holde et forsvarlig kvalitetsnivå og sikre omsorgsmottakeren tilfredsstillende omsorg. Hensynet til forsvarlighet blir særlig framhevet av ledere som i intervjuene har fokus på økonomiske ressurser og presset på kommunens økonomi. En av informantene framhevet at de som alle andre kommuner må ta hensyn til økonomi og derfor legger seg på et forsvarlighetsnivå; «*dvs. at vi ikke gir et tilbud som er under det som er forsvarlig hjelp*». I intervjuene kommer det fram at et forsvarlig nivå kan være vanskelig å oppfylle når kommunen ikke har tilstrekkelig med avlastningsplasser i bolig/institusjon å tilby de som trenger det. Alternativet blir da i samarbeid med søkeren å finne andre løsninger og tjenester som kan redusere belastningen og utgjøre et forsvarlig tilbud. Dette løses ofte ved å øke omfanget av kommunale tjenester, ved å tilby omsorgslønn eller gi støttekontakt og praktisk hjelp som avlastning.

Enkelte ledere er opptatt av at avlastning skal være formålstjenlig for bruker:

Det blir ikke nødvendigvis sett på som formålstjenlig at voksne barn med store omsorgsbehov skal bo i foreldrehjemmet. Ikke fordi avlastningstilbudet som kommunen kan sette inn i hjemmet er dårlig, men fordi vi velger å ta hensyn til framtidig omsorgssituasjon – det at foreldrene etter hvert kan bli gamle, skrøpelige og falle fra.

Dersom det er formålstjenlig at brukeren bor hjemme, tar de hensyn til omsorgsgivers arbeidssituasjon/helse og brukerens tilstand/sykdom.

I de fleste kommuner tildeles omsorgslønn i kombinasjon med andre tjenester, som støttekontakt og avlastning. Noen av informantene i denne studien gir imidlertid uttrykk for at omsorgslønn ikke alltid ses på som et godt eller forsvarlig tilbud. Det hender at saksbehandler er uenig i at omsorgslønn er løsningen og mener at den aktuelle familien heller bør benytte institusjonsavlastning. I følge en av informantene kan det være *«vanskelig å gå imot familiens ønske om omsorgslønn, men av og til trumfer vi det (våre meninger) igjennom og gir søkeren tilbud om andre tiltak i stedetfor»*.

6.4 Fysisk og psykisk belastende omsorg

Noen av de momentene som er omtalt i rundskriv I-42/98 om omsorgslønn, forutsetter stor grad av personlig og faglig skjønn, også når de trekkes inn i vurderingen av avlastning. Dette gjelder særlig vurderinger av hva som psykisk belastende og hvilken innsats som normalt kan forventes av foreldre som har omsorgsplikt for mindreårige barn.

Hvorvidt omsorgsarbeidet oppfattes som mer fysisk eller psykisk belastende enn vanlig vil være avhengig av hvordan den enkelte saksbehandler vurderer belastningsnivået hos omsorgsgiveren. En av lederne uttrykker det slik:

Hva som er «tyngende» vil være individuelt – noen foreldre har lavere terskel enn andre – det vil si at de tåler mindre. Dette er fintfølede vurderinger som vi som saksbehandlere må gjøre. I noe tilfeller oppleves ting store og tungt for familiene og de klarer ikke hverdagene på samme måte som andre familier.

I følge leder har den enkeltes mestringssevne liten sammenheng med økonomiske ressurser eller høy utdanning. Hennes erfaringer er at familier uten særlig nettverk er mer utsatte og sårbare for psykiske belastninger og derfor

trenger mer avlastning enn andre familier. Hensynet til familiesituasjonen blir derfor en viktig faktor i vurderingen av behov.

Når saksbehandlere skal vurdere graden av belastning kan de velge å ta mer hensyn til omsorgsgivers subjektive opplevelse av belastning framfor mer objektive kriterier. Det betyr at de legger vekt på hva den enkelte søker opplever som mest tyngende og slitsomt og hva slags hjelp den enkelte etterspør – slik at subjektive behov blir utslagsgivende for tilbud om avlastning (eks. tilsyn på kveldstid).

I noen tilfeller kan det også være nødvendig å «omdefinere søkerens behov». I følge ledere hender det at saksbehandler og pårørende har ulike løsninger på problemet. Pårørende til eldre pleietrengende kan være så slitne at de kun ser institusjonsavlastning som eneste løsning, mens saksbehandler med oversikt over kommunens ressurser og hjelpetiltak ser andre muligheter og kan tilby dagopphold i kombinasjon med andre kommunale tjenester.

Et viktig kriterium for tildeling, er hensynet til sosial isolasjon som kan oppstå som følge av at omsorgsgiver føler seg psykisk eller fysisk utslitt. Dette er særlig aktuelt for pårørende som yter omsorg til samboere/ektefeller som ikke kan være alene som følge av sykdom eller demens. I slike tilfeller blir det viktig å foreta en helhetlig vurdering av hvor stor den samlede belastningen er for familien og den enkelte søker.

6.5 Hensynet til mottakerens omsorgsbehov og funksjonsnivå

I tillegg til de momentene som følger av rundskriv I-42/98 Omsorgslønn, er enkelte kommuner særlig opptatt av hensynet til mottakerens funksjonsnivå og eget omsorgsbehov. Helse- og omsorgstjenesteloven forutsetter at mottaker ikke kan ta vare på seg selv, eller er avhengig av praktisk eller personlig hjelp for å klare dagliglivets gjøremål. I tilfellet mindre barn kan omsorgsbehovet bestemmes ut fra diagnose, graden av funksjonsnedsettelse og barnets psykiske og fysiske fungering. Ved tildeling av skolefritidsavlastning før og/eller etter skoletid til foreldre med skolebarn har noen kommuner satt som betingelse at barnet må ha et omfattende tilsynsbehov grunnet en funksjonsnedsettelse. Kriteriet er at barnet eller ungdommen ikke kan være alene hjemme den tiden foreldrene/omsorgsgiver er fraværende på arbeid. Tilsvarende legger flere kommuner stor vekt på dette hensynet ved tildeling av avlastning i tilfeller der

omsorgsmottaker har langtkommende demens og omsorgen er «særlig tyngende» fordi vedkommende må ha kontinuerlig tilsyn. Ved tildeling av tjenester legges det derfor særlig stor vekt på hvorvidt omsorgsmottaker er en person som ikke kan være alene. Samtidig mottar kommunene flere søknader fra eldre ektefeller som ønsker institusjonsavlastning selv om omsorgsmottaker/ektefellen klarer seg alene. Søknaden om avlastning kan ifølge kontorleder skyldes pårørendes egen sviktende helse eller relasjonsproblemer og vil ikke nødvendigvis bli innvilget. I slike tilfeller forsøker kontoret å avklare motivet og bakgrunnen for søknaden for å komme fram til andre løsninger.

Kommunene vil som oftest vurdere andre alternativer enn institusjon, eksempelvis hjemmesykepleie og praktisk bistand dersom eldre omsorgsmottakere kan klare seg selv uten tilsyn. Inntrykket er også at hensynet til omsorgsmottakers egne ønsker og behov for stabilitet går foran pårørendes ønsker om institusjonsavlastning. Som eksempel nevnes et tilfelle der tildelingskontoret mottok henvendelse om avlastning fra NAV. Begrunnelsen var at arbeidssøker ikke kom seg over i lønnet arbeid pga. tyngende omsorgsoppgaver hjemme. I dette tilfelle fikk søker avslag på søknaden om institusjonsavlastning fordi omsorgsmottakeren ikke selv ønsket å flytte og ha opphold på et sykehjem. Alternativet for kommunen var å tilby dagsenter (som har relativ kortere åpningstid enn institusjon) i kombinasjon med transporttjenester. Andre muligheter som ble vurdert var brukerstyrt personlig assistent kombinert med pleie- og omsorgstjenester. Hensynet til hvorvidt den omsorgstrengende er selv villig til å motta avlastningstilbudet er således et viktig kriterium for mange kommuner.

6.6 Hensynet til diagnose og sykdomsbilde

Inntrykket er at kommunene har forskjellig praksis i forhold til å vektlegge diagnoser eller stille krav til at barnet skal være under utredning. For noen er dette et av flere kriterier som utløser tjenester og avlastning til pårørende. Selv om barn med ADHD-diagnoser kan være mer krevende enn jevnaldrende funksjonsfriske barn, er det ikke lenger slik at denne diagnosen automatisk utløser avlastning. Flere kommuner stiller derfor krav til at funksjonshemningen skal være diagnostisert etter en sakkyndig vurdering. Autismediagnoser hos barn og unge vil eksempelvis lettere utløse tjenester og avlastning dersom

familiene må takle utagerende og voldelig atferd, med mye nattevåk og en vanskelig situasjon i forhold til søsken.

6.7 Hensynet til familiesituasjon og omsorgsyters helse

Familieforhold og helsesituasjon er hensyn som mange kommuner trekker fram som viktige når de vurderer behovet for avlastning. Selv om diagnoser og funksjonsnivå kan være lik i mange saker er det ifølge informantene viktig å ta hensyn til omsorgsyters mestringsevne og hvorvidt den enkelte familie takler presset og oppgavene. Omsorgsgivers helse og ressurser vil variere fra person til person, men erfaringen tilsier at slitasje kan over tid føre til lavere terskel for å takle stress og fysiske belastninger. Noen personer er mer sårbare og utsatte enn andre mht. hvor mye de tåler av fysiske og psykiske belastninger. Det er av den grunn viktig å komme tidlig inn i familiene med støtte og avlastning for å hindre utmattelse hos omsorgsgivere. I slike saker kan det ifølge lederen være riktig å sette inn andre former for hjelpetiltak:

Når foreldre er psykisk syk eller ressursvake og av den grunn ikke mestrer omsorgen er ikke avlastning nødvendigvis det rette tiltaket – her kan det være nødvendig å gå inn med tiltak fra andre instanser, eksempel familievernkontor, barnevern eller psykiatri.

Hensynet til andre familiemedlemmer, i særdeleshet søsken, blir av mange kommuner framhevet som et svært viktig hensyn i forhold til familiens behov for avlastning. Familier med flere barn kan ha vansker med å ivareta andre omsorgsoppgaver fordi det syke eller funksjonshemmede barnet tar all oppmerksomhet, tid og krefter. I følge foreldre styres familiens aktiviteter og gjøremål ofte av dagsformen til det funksjonshemmede eller syke barnet (Skomli,2014). Avlastning kan derfor gi familiemedlemmene mer tid til normale aktiviteter og muligheter til å styre dagen selv. Generelt legges det stor vekt på at familien skal ha normal aktivitet sammenliknet med andre familier, og at det enkelte familiemedlem skal få muligheter til å opprettholde gode familie-relasjoner og bevare sosiale nettverk.

6.8 Kommunale tildelingskriterier

For å sikre en mer enhetlig praksis har enkelte større kommuner valgt å utarbeide egne kriterier og beregningsmodeller for tildeling av avlastningstjenester til funksjonshemmede barn og unge. Kriteriene tar utgangspunkt i barnas funksjonsnivå og alder og er et forsøk på spesifisere og beregne faktorer som skal tillegges vekt. Et eksempel fra en kommune på en slik beregning er at barnets funksjonsnivå vektlegges med 75 prosent, mens barnets livssituasjon og sosiale forhold vektlegges med 25 prosent ved vurderingen.

Et annet kriterium er at barnets funksjonsnivå skal vurderes i forhold til jevnaldrende funksjonsfriske barn – dette gjelder både somatisk hjelpebehov og behov for bistand om natten. Blant annet kreves det at diagnose foreligger før avlastningsopphold i institusjon er aktuelt. I tilfeller der kommunene har utarbeidet egne tildelingskriterier for helse- og omsorgstjenesten, er kriteriene mer generelle og har ikke spesifiserte krav til avlastning utover rundskrivet. Det legges vekt på at den omsorgstrengende selv ønsker hjelp og avlastning, samt at alle avlastningstiltak skal planlegges i samarbeid med omsorgsyter og mottaker, og tilpasset mottakers evner og alder.

6.9 Skjønnsmessige vurderinger

Ulike oppfatninger og faglig perspektiv

Det går fram av undersøkelsen at de fleste kontorene ser rundskriv I-42/98 om Omsorgslønn som en god rettesnor for vurderinger og tildeling av avlastningstjenester. Kravet til at omsorgsarbeidet skal være «særlig tyngende», framstilles her som et tungt argument i vurderingen av hvor mye omsorgslønn og avlastning kommunene tilbyr i hver enkelt sak. Samtidig er dette kriterier som forutsetter stor grad av skjønn og derved stiller krav til faglige vurderinger og begrunnelser.

De fleste som er intervjuet i denne undersøkelsen gir uttrykk for at skjønn er nødvendig for fleksible og individuelle løsninger. Dersom saksbehandler skal ta hensyn til omsorgsgivers situasjon og den enkeltes behov for avlastning kommer de ikke utenom skjønnsmessige vurderinger. De fleste ser det som positivt og en fordel at avlastning gis etter individuelle behov. En av lederne uttrykker det slik:

Folk innretter seg forskjellig. Dersom en skal ta hensyn til hva den pårørende kan makte og tåle av oppgaver kommer en ikke utenom skjønnsmessige vurderinger.

I de fleste kommuner foregår tildeling av behovsprøvde tjenester (avlastning, støttekontakt, hjemmetjenester o.l.) i egne vedtaks- eller inntaksmøter der forslag til vedtak blir framlagt og diskutert i gruppen. I følge lederne er det nødvendig med veiledning og kollegial støtte for å sikre kvaliteten på skjønnnet. Krav om likebehandling ivaretas ved at saksbehandlerne diskuterer de vanskelige sakene og vurderinger i interne fagmøter før vedtak fattes. Det legges vekt på at saksbehandlerne trenger møteplasser og faglige fora for å diskutere saker de er i tvil om for å komme fram til en riktig beslutning. Forutsetningen er et trygt fagmiljø dersom saksbehandlerne skal bringe fram vanskelige saker og lydhørhet for kollegaers innvendinger og synspunkter når det er uenighet om vedtak. Det framgår av intervjuene at saksbehandlere og ledere kan ha forskjellige perspektiv og tilnærming til en sak avhengig av om de er i administrasjonen eller ute i virksomhetene. Hvorvidt vurderingene blir diskutert med utfører-enhetene eller bare internt på vedtakskontoret, varierer mellom kommunene.

Samtlige virksomhetsledere ser det som positivt at vedtakskontorene består av ulike fagpersoner og ansatte med forskjellig erfaringsbakgrunn fordi det bidrar med forskjellige innfallsvinkler og oppfatninger i en sak. Ved større kontor er det ofte flere faggrupper ansatt – sykepleier, vernepleier, fysioterapeut, sosionom og jurist i tillegg til ledere med forvaltningserfaring. I saker om avlastning og omsorgstjenester kan det føre til uenigheter. Faggruppene kan ha forskjellige perspektiver og vektlegge ulike faktorer i en sak, alt fra fritid, miljø og boligforhold, samhandling og relasjoner. De fleste opplever likevel at tverrfaglighet er viktig og positivt for saksbehandlingen og at faggruppene har respekt for hverandres ståsted. I større kommuner har ledelsen eksempelvis satt sammen brede fagteam for å sikre størst mulig tverrfaglighet slik at ulike faglige synspunkter kan bringes fram og synligjøres.

Samtidig legger kontorene stor vekt på at alle ansatte, uansett fagbakgrunn, følger de samme saksbehandlingsprosedyrer og rutiner. «Regler og forskrifter er det faglige fundamentet for utøvelse av skjønn, det er grunnmuren i vedtaket», ifølge en av informantene. Derfor blir kostnadskrevende tiltak, som søknader om institusjonsplasseringer, BPU og omsorgslønn og avtaler med

eksterne aktører, ofte behandlet i egne fagteam. Hensikten er å sikre forsvarlig saksbehandling og kontroll med vedtakene. Selv om det er helt nødvendig å ta hensyn til individuelle forskjeller forutsetter lederen at den som saksbehandler og tildeler er såpass faglig trygg at vedkommende «tør å bruke skjønn». For å sikre juridisk forsvarlig behandling og god kvalitet på vedtakene er det ifølge mange kommuner blitt mer vanlig å stille krav til saksbehandlerutdanning eller gjennomført interne opplæringskurs: «*Mens vedtakskontoret for avlastningstjenester tidligere var nedprioritert og bare fungerte som 'vedtaksloft', krever vi i dag kvalifisert bemanning*».

I mindre kommuner med liten bemanning har løsningen vært å diskutere søknader på tvers av virksomhetsområder eller med tildelingskontoret i nabokommunen for å sikre riktig og mest mulig like avgjørelser.

For ledere og saksbehandlere er det å utøve skjønn både en utfordring og en vanskelig oppgave. Det kan dreie seg om krevende saker der saksbehandler bruker mye tid på kartlegging før vedtak, ved å innhente mye informasjon og foreta grundig saksutredning i forkant. Når det helhetlige tilbudet er avgjørende for hva slags avlastning som skal gis, må saksbehandler veie grunner for og imot. Samtidig er tilbudet hele tiden avhengig av ressurser – hvor mye hjelp kommunen kan tilby, hva som er forsvarlig og hva som er til det beste for familien. De fleste gir uttrykk for at skjønnsutøvelse er vanskelig. Særlig gjelder dette avgjørelser knyttet til prioriteringer og manglende kapasitet – som kan dreie seg om knapphet på institusjonsplasser. Tildeling av omsorgslønn og BPA beskrives likevel av mange ledere som de vanskeligste sakene der skjønn er mest påkrevet.

6.10 Utfordringer og uklare kriterier

Intervjuene tyder på at det å vurdere og avgjøre behov for avlastning oppleves av mange som vanskelig og en utfordring for saksbehandleren på grunn av uklare grenser og kriterier for tildeling. Et eksempel er avlastningsbehov hos foreldre som har omsorgsplikt for funksjonshemmede barn. I følge ledere er det vanskelig å avgjøre fordi grensene for hva som er «normal omsorg» og hva som er «tyngende omsorg» i forhold til små barn, ofte er uklare. Fordi omsorgen utøves i hjemmet kan det være vanskelig å sette en grense for hva som er foreldrenes plikt og hva det offentlige skal bidra med. Dette er antakeligvis noe av grunnen til variasjoner i kommunal praksis.

Fordi foreldre med funksjonshemmede barn opplever at omsorgen er «veldig krevende» kan det ifølge saksbehandler noen ganger være vanskelig å gi avslag selv om omsorgen som ytes tilsvarer det som forventes av «normal» omsorg. Det kan også være vanskelig å konfrontere foreldre med at tjenester som har vart over lang tid må avsluttes. I noen saker vil saksbehandler vurdere det som mer riktig å sette inn andre hjelpetiltak enn bare avlastning. Basert på en faglig og skjønnsmessig vurdering kan det eksempelvis være nødvendig å gå inn med tiltak fra familievernkontor eller barnevernet eller barne- og ungdomspsykiatrien: «*Når foreldre er psykisk syke eller ressursvake og av den grunn ikke mestrer omsorgen er ikke avlastning nødvendigvis det rette tiltaket*», ifølge virksomhetsleder.

Selv om de fleste mener at bruk av skjønn er nødvendig, etterlyses klarere rammer og mer spesifikke kriterier for bedre å kunne avgjøre hva som er «god nok», «tilstrekkelig» og «forsvarlig» avlastning. Noen peker på behovet for en minstenorm for tildeling av antall timer til personer som yter særlig tyngende omsorg. Andre etterlyser nytt rundskriv og nye forskrifter på området og standarder for vurdering av omsorgslønn.

6.11 Oppsummering

Undersøkelsen viser at behovet for avlastning kan være vanskelig å vurdere fordi det mangler klare definisjoner av hva som er «tyngende omsorgsarbeid». Rundskriv I-42/98 om omsorgslønn, benyttes av de fleste kommuner som veiledende ved vurdering av behov og som tildelingskriterier. Momenter som i stor grad vektlegges ved tildeling er omsorgsarbeidets omfang og varighet, graden av fysisk og/eller psykiske belastning, sosial isolasjon, og mangel på ferie og fritid for omsorgsgivere. Hensynet til at tjenesten holder et forsvarlig nivå, mottakerens funksjonsnivå, samt omsorgsyters helse og familie- og arbeidssituasjon blir i varierende grad vektlagt. Kriteriene åpner i stor grad for skjønnsmessige vurderinger, og inntrykket er kommunene har en noe ulik tildelingspraksis. Enkelte legger stor vekt på hva omsorgsyter opplever som tyngende og belastende (subjektive kriterier), mens andre tar mer hensyn til objektive forhold (antall våkedøgn, type omsorgsoppgaver, alder og diagnoser). Blant kommunene som deltar i den kvalitative studien har kun et fåtall utarbeidet egne definerte kriterier og retningslinjer for å etablere en mer likeartet og standardisert praksis.

7 Behov, muligheter og utfordringer i den kommunale avlastningstjenesten

Et sentralt spørsmål i undersøkelsen er hvilke behov, muligheter og utfordringer kommunene ser med hensyn til avlastning (jf. spørsmål 9). Er kommunenes tilbud tilstrekkelige eller mangelfulle i forhold til brukernes behov, og hvilke tiltak og planer mener lederne (informantene) er nødvendig for å løse dagens utfordringer?

En av utfordringene i den kommunale avlastningstjenesten er å fange opp brukernes behov og samarbeide med pårørende for å finne fram til gode løsninger for den enkelte. En annen utfordring er samarbeidet med frivillige og kommersielle aktører og spørsmålet om hvorvidt kommunene benytter disse som avlastere (jf. spørsmål 7 og 8). Problemstillingene som blir belyst til slutt i kapitlet gir et bilde av kommunenes prioriteringer og samspillet mellom det offentlige og eksterne tilbydere.

7.1 Mangel på tilbud

Hovedinntrykket fra intervjuene er at de færreste kommuner har nok avlastningstilbud, unntaket er et par større kommuner med god økonomi. Flere ledere rapporterer om nedskjæringer i budsjetter og innstramning i kommuneøkonomien med følger for planlagte tiltak og strengere tildelingspraksis. Mindre kommuner rapporterer om for liten kapasitet og begrenset med plasser i avlastningsboliger og institusjon for barn og unge med funksjonsnedsettelse. I tillegg har flere kommuner mangel på tilrettelagte tilsynsboliger til ungdom over 18 år, noe som øker presset på avlastningsinstitusjonene. I et par mindre kommuner har mangel på sykehjemsplasser ført til at tilbudet om korttidsavlastning for eldre og personer med demens er begrenset i forhold til registrerte behov. Stort belegg og knapphet på institusjonsplasser har ifølge kontorledelsen ført til et dårligere og mindre fleksibelt tilbud.

7.2 Økende press på tjenestene og behov for flere tilbud

Kontorlederne i middels store kommuner forteller om et økende press på omsorgstjenestene og stor etterspørsel etter avlastningstiltak til barn og unge med funksjonsnedsettelse, både i og utenfor institusjon. Lederen for vedtakskontoret i en av de større kommunene har registrert et voksende behov for avlastningstilbud til familier med barn under 18 år (fra 160 familier i 2007 til ca. 250 registrerte familier i 2012). Spesielt gjelder dette barn og unge med funksjonsnedsettelse og spesielle behov knyttet til atferd- og personlighetsforstyrrelser og psykiske lidelser. Ungdom med autisme, Asperger og psykiatriske diagnoser (ofte gutter med utagerende atferd), er brukergrupper som det ifølge kommunene er vanskelig å finne riktige tilbud til. Mangel på psykiatriske behandlingstilbud til denne gruppen unge har ifølge flere kommunale ledere ført til økt press på kommunens avlastningstjenester. Ledere forteller om foreldre som strever og opplever at tilbudet er for dårlig, men først og fremst etterspør de behandlingstilbud til barna.

Foreldre som yter omsorg til barn med alvorlige psykiske lidelser trenger ifølge kommunene andre former for avlastnings- og behandlingstilbud enn de tradisjonelle tilbudene som benyttes av personer med psykiske utviklingshemming i og utenfor institusjon. Mange ansatte og ledere opplever denne type saker som særlig krevende og som et økende problem. De ser det som en utfordring for kommunene å finne nye løsninger i samarbeid med spesialisthelsetjenesten og andre kommuner. Ofte vil det være behov for døgnplass i behandlingstilbud (barne- og ungdomspsykiatri) og tettere samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Inntrykket er at samarbeidet med psykiatrien ikke fungerer like bra i alle kommuner, og at det ifølge informantene er preget av *«masse møter og krangling om hvem som skal betale»*.

En annen gruppe pårørende som ifølge undersøkelsen mangler avlastningstilbud, er foreldre til ungdom med sykdommen ME (kronisk utmattelsessyndrom). Vedtakskontoret i en av de større kommunene rapporterer om en økning i barn som lider av sykdommen. Noen av de unge har vært ute av skolen i lengre tid, opptil flere år, før den kommunale helse- og omsorgstjenesten får vite om situasjonen. Selv om barna ikke er syke nok til å få hel-døgns tilsyn, er det uansett en psykisk belastende situasjon for foreldre som må stille opp med pleie og tilsyn over tid. I følge lederen for et av bydelskontorene

har kommunen sjelden noe tjenestetilbud å sette inn for denne gruppen når foreldrene søker om avlastning:

Som bykommune opplever vi en utvikling i retning av mer barne- og ungdomspsykiatri og en vekst i ME problematikk. Bildet er sammensatt. Vi er inne i en utvikling generelt der det snur seg mot psykiatri, men har ikke tilbudene.

I mange av kommunene rapporterer kontorledere om økt press og etterspørsel etter alternative avlastningstilbud til yngre brukere med psykiske lidelser, atferdsavvik eller multifunksjonshemminger. I flere kommuner er det mangel på faglærte miljøarbeidere og nødvendig spesialkompetanse som kreves for å skreddersy et individuelt avlastningsopplegg. Individuelle avlastere rekrutteres ofte i familienes eget nettverk, og mange kommuner har ikke et fast etablert og egnet tilbud i kommunal regi, eksempelvis egne plasser tilknyttet avlastningsinstitusjonen. Disse har i noen tilfeller valgt å kjøpe tjenester fra eksterne tilbydere for å imøtekomme behovet. Flere kommersielle aktører og firmaer kan tilby forsterkede og individuelt tilpassede opplegg, men i flere kommuner blir denne løsningen sett på som både dyr og krevende.

Flere kommunale ledere rapporterer om knapphet på tilrettelagte boliger til gruppen unge funksjonshemmede og psykisk utviklingshemmede over 18 år som trenger tilsyn/nattevakt og et trygt boligmiljø. Mangel på tilsynsboliger fører til at unge voksne bor lengre hjemme hos foreldrene enn nødvendig – noe som gir økt press på avlastningstjenesten. Når avlastningen må videreføres, er dette problematisk fordi aldersspennet i avlastningsboligen kan bli for stort. I noen tilfeller plasseres unge voksne sammen med syke pleietrengende barn helt ned i ettårsalder. For avlastningstjenesten kan det oppleves som en vanskelig balansegang å tildele eller omgjøre plasser til de som har behov, og samtidig ta hensyn til sammensetningen av barnegruppen for å få tilbudet til å fungere. Barnet må passe inn og det må være plass. Mangelen på boliger representerer derfor en utfordring for flere kommuner og virker inn på avlastningstilbudet til foreldrene. Løsningen for mindre kommuner har vært å søke interkommunalt samarbeid fordi de har for få yngre brukere til å drive en egen døgnkontinuerlig avlastningsinstitusjon.

7.3 Avlastning til voksne som yter omsorg til egne foreldre

Inntrykket er at kommunene bare unntaksvis gir tilbud og vedtak om avlastning til voksne som har omfattende omsorg for egne foreldre. Begrunnelsen er dels at dette skyldes mangel på søknader og henvendelser fra pårørende, og dels «at det ikke vil være riktig» å gi avlastning til omsorgsyttere som ikke bor under samme tak som omsorgsmottaker (egne foreldre). Inntrykket er at tildelingskontorene i slike tilfeller heller velger å tilby kombinerte tjenester og praktisk bistand ut fra en helhetsvurdering. Samtidig er dette den gruppa pårørende som ifølge lederen «*vanskeligst når fram med sine behov for avlastning når det er press på sykehjemmene*».

Det er få eksempler i det kvalitative materiale på at denne gruppen pårørende blir innvilget avlastning. I et par kommuner er det innvilget avlastning til voksne døtre som ga omfattende pleie og tilsyn og sørget for stell og medisiner til en forelder med langtkommende demens. Omsorgstaker klarte seg alene i egen bolig med hjelp fra hjemmesykepleien og tilsyn fra sine voksne barn. Avlastning ble i dette tilfelle innvilget som rullerende opphold på institusjon. En av informantene gir uttrykk for at det i mindre kommuner er mer vanlig at voksne barn tar sine gamle foreldre hjem for pleie og omsorg når de er bosatt «på bygda», enn det er i mer sentrale strøk.

I noen kommuner gis det bare avlastning til voksne barn i tilfeller der en omsorgstrengende forelder (mor eller far) deler bolig med sine barn. En middels stor innlandskommune rapporterer om i alt fire slike søknader fra pårørende som har fått innvilget helge- og ferieavlastning i tillegg til hjemmesykepleie og praktisk bistand. En annen kommune har kun mottatt en slik søknad hvor de innvilget avlastning til en voksen datter som overtok omsorgsansvaret for sin pleietrengende syke mor etter langtidsopphold på sykehjem. Familien fikk i dette tilfelle innvilget døgnavlastning på sykehjemmet i kombinasjon med hjemmetjenester.

Det opplyses at voksne barn alternativt søker *omsorgslønn* for å kunne gå ned i stilling uten for mye inntektstap når de velger å pleie gamle hjemmeboende foreldre. Ifølge ledere er omsorgslønn og avlastning til pårørende en god investering og besparende for kommunen som unngår innleggelses og utgifter ved langtidsopphold. Likevel er inntrykket at svært få kommuner

innvilger rullerende institusjonsopphold eller dagsenter som avlastning til pårørende som ikke deler hushold med omsorgsmottaker.

7.4 Behovet for aktiviserende avlastning

Flere av informantene gir uttrykk for at kommunene må tenke nytt innenfor avlastningsfeltet, og at det har vært for mye «standardløsninger» avgrenset til bruk av tradisjonelle institusjoner og individuell avlastning i ordinære familier. Et av kontorene som har satset på bredde i tiltakene, sier det slik:

Folk fungerer forskjellig – vi kan ikke putte alle inn i en løsning. Derfor er det viktig å utvikle og utvide menyen av tiltak. Vi hjelper ingen ved å si at dette er de tiltakene som finnes i vår kommune – her kan vi ikke hjelpe; den holdningen har det vært alt for mye av innenfor pårørendeomsorgen. Skal familien få gode liv så kan vi ikke operere med standardløsninger.

Informantene er også opptatt av å videreutvikle aktivitetsbaserte avlastningsformer som alternativ til tradisjonell institusjonsavlastning. Et eksempel er gruppeaktiviteter og hytteturer utenfor institusjon, der miljøarbeidere eller individuelle avlastere følger barnet på aktivitetene. Ordningen vil ifølge kontorleder skape trygghet, samtidig som det er stimulerende for barnet å få avlastning i en gruppe der det er aktiviteter:

Selv om tilbudet skal ha en avlastende effekt skal det også oppleves som positivt og godt for barnet. Avlastning kan være et negativt befengt ord for barnet som tas ut av familien. Det er derfor viktig å definere det som noe positivt og knytte det til aktiviteter.

Sitatene er uttrykk for en holdning om at det er nødvendig å satse på variasjon i tilbudene for å kunne tilby tjenester som passer hver enkelt familie og bruker. Vi har ikke grunnlag for å si noe om hvor utbredt denne holdningen er.

Konseptet «Inn-på-tunet» er et aktivitetspreget avlastningstilbud som benyttes av flere kommuner i denne undersøkelsen, fordi det er populært blant brukerne, både barn, unge og eldre mottakere. Andre muligheter som nevnes er å ta i bruk skoler, gymsaler og dagsentre som ofte står tomme på ettermiddags- og kveldstid for å utvide og videreutvikle aktivitetstilbudene til barn og unge.

Aktivitetsbasert avlastning for eldre derimot, er ikke spesielt framhevet av informantene i denne studien. Mange kommunale lederne peker på at formålet med avlastning er et annet enn opptrening og rehabilitering som krever et aktivt opplegg under institusjonsoppholdet. Likevel er det en generell trend at tjenestetilbudene skal ha en mer aktiv profil, og et innhold og opplegg som i større grad enn før utnytter den enkeltes ressurser, kapasitet og mestringssevne.

En av informantene framhever at kontakt med foreldreforeninger og brukere har frambrakt nye krav og tilbud om aktivitetsbaserte opplegg som skiturer, fiske, sport, skating og annet, til yngre brukergrupper. Dette er type aktiviteter som ungdom synes det er attraktivt å delta på og som samtidig fungerer godt som avlastning for foreldre. I følge informantene etterlyser foreldregrupper og interesseorganisasjoner i større grad nye og skreddersydde tilbud til barn med psykiatrisk lidelser, autismediagnoser og atferdsforstyrrelser.

7.5 Avlastning som forebygging

De kommunale lederne er opptatt av at omsorgstilbudene dreies mer mot hjemmebaserte tjenester for å forebygge institusjonsopphold for eldre omsorgsmottakere. Den enkelte skal få mulighet til å bo og leve selvstendig – og ha en aktiv meningsfylt tilværelse. Enkelte kommuner har satset på særlige tiltak rettet mot eldre for at de skal bli i stand til å ivareta seg selv og mestre hverdagen hjemme. «Rehabilitering i hjemmet», «tidlig innsatsteam» og «miljøarbeidertjeneste» er tiltak som skal bidra til å forebygge innleggelse. Det vil si at kommunen setter inn mer hjelp i hjemmet, i stedet for institusjonsopphold etter sykdom og skader som lårbeinsbrudd og annet. Dette er tiltak som kan ha en avlastende funksjon og positiv virkning for pårørende som ellers måtte ha stilt opp med hjelp og tilsyn som kunne blitt særlig omsorgskrevende. Andre forslag til tiltak er en egen miljøarbeidertjeneste som kan settes inn for å forebygge innleggelse.

Forebygging skjer også ved at de kommunale virksomhetene, hjemmetjenesten og helsestasjoner m.m., fanger opp behov for avlastning på et tidlig stadium før familiene sliter seg ut. Enkelte framhever viktigheten av å sette inn tjenester i stort nok omfang fra starten av for å forebygge, ikke bare avhjelpe

kriser. Det kan i praksis bety at vedtakskontoret tidlig og på lavest mulig omsorgsnivå setter inn rikelige tilbud om avlastning og støtte.

Behov for flere og bedre dagtilbud til eldre

En annen viktig utfordring i dagens helse-Norge, er å få flere og bedre dagtilbud til eldre og personer med demens. Inntrykket er at dagsentrene i mange kommuner har begrenset kapasitet og korte åpningstider – spesielt gjelder dette for mindre kommuner. I følge undersøkelsen er dagsentrene flere steder kun åpne et par–tre dager per uke. Mange tar til orde for at dagsentrene bør utvide virksomheten og forlenge åpningstidene slik at flere brukere kan benytte tilbudet. Dersom dagsentrene skal kunne bli et reelt og fullverdig alternativ til institusjon må det bli et heldagstilbud med normalt lange åpningstider. Det vises blant annet til alternative måter å organisere dagtilbudet på i Danmark, der kommunene ordner med transport og hjelp til stell og påkledning ved henting og bringing og oppholdstiden er utvidet med kveldsåpent. En av lederne som er intervjuet uttrykker det slik:

Vi kan spare masse på at folk sover hjemme i egen seng; det er kostnadmessig mye mer effektivt at de kan bo i sin egen bolig i stedet for på institusjon. – Her hjemme (i Norge) har vi altfor lenge hatt tradisjon for sykehjemsplasser. Her legges de eldre inn på heldøgnsomsorg i sykehjem i stedet for at vi bygger ut dagtilbudene.

Flere kommuner rapporterer om foreløpige planer for å utvide dagtilbudene og øke kapasiteten på dagsentrene med lengre åpningstider og flere ukedager.

7.6 Kommunenes muligheter for å fange opp behov

De fleste kontorene i undersøkelsen er opptatt av å fange opp brukernes behov. Det vanligste er at dette skjer via søknader fra familie og pårørende og henvendelser og meldinger fra hjemmetjenesten, men også fra helsesøster, PP-tjeneste, skole og barne- og ungdomspsykiatrien og NAV. Også fastleger og sykehus blir nevnt som viktige medspillere som i flere saker søker om avlastning på vegne av pårørende. Enkelte kommuner har tett dialog med spesialisthelsetjenesten, og mottar meldinger fra sykehus om trafikkskadede og nyfødte med funksjonsnedsettelse. De fleste kontor har faste møter og

kontakt med pårørende til funksjonshemmet ungdom i forbindelse med overgangen fra barn til voksen (18 år) der de diskuterer behov for flytting og videre hjelp.

Flere virksomhetsledere gir uttrykk for at de er *«forbauset over hvor sent mange pårørende kommer for å be om hjelp»*. Dette er uttrykk for skjulte behov hos foreldre, ektefeller og voksne barn som strekker seg for langt. Kommunene klarer ikke å fange opp alle behov, et problem som også er beskrevet av nasjonalt kompetansemiljø for utviklingshemming (Utvikling, 2014)). I følge informantene hender det at hjemmesykepleien må overtale ektefeller/samboere til å ta imot avlastning; *«Da må vi overtale og si at det de har gjort er godt nok – at de trenger en pause og må ta vare på egen helse»*. Det kan ifølge leder være flere grunner til at pårørende nøler med å søke hjelp: *«Det er fortsatt slik at demens er litt skam og tabu. Noen søker ikke hjelp, men vil klare det selv»*.

I enkelte kommuner satses det på aktive informasjonskanaler for å fange opp pårørendes behov for avlastning og hjelp til personer med demens. Økende fokus på demens har resultert i egne stillinger (demenskoordinator) og tiltak i form av demensteam, informasjonsdager, annonser, oppsøkende team og undervisningsopplegg for pårørende. I følge kontorlederen har satsningen ført til større åpenhet og bevissthet rundt problematikken slik at *«terskelen for å kontakte kommunen og be om avlastning er blitt mindre blant folk»*.

Spørsmålet er om det er lettere å fange opp behov for pleie- og omsorgstjenester i mindre kommuner der forholdene er mer gjennomsiktede. I følge en av informantene har de eldre i små kommuner ofte et større familienettverk og barn som stiller opp og yter frivillig omsorg, sammenliknet med eldre i større byer. På dette området kan det også være forskjeller mellom bygd og mer sentrale strøk innenfor en og samme kommune.

7.7 Brukernes muligheter for å innvirke på innhold og tilbud

Brukermedvirkning handler om retten til å innvirke på innhold og tilbud. I intervjuer med lederne av vedtaks- og tildelingskontorene har vi spurt hvilke muligheter pårørende har til å medvirke i utforming av avlastningstilbudene?

Brukernes anledning til å medvirke skjer i praksis gjennom hjemmebesøk, og koordinerende møter der kommunale virksomhetsledere møter de pårørende og diskuterer behov og gjennomgår individuelle planer og tiltak.

Medvirkning for pårørende til eldre med demens ivaretas blant annet i kontakten med sykehjemmet i inn- og utskrivningsmøter. Inntrykket er at det er spesielt mye bruk av nettverksgrupper og ansvarsgrupper overfor barn og unge med tilrettelagte tjenester, barn med spesielle behov, psykisk utviklingshemmede og barn med hjerneskade. Pårørende til barn/ungdom har ifølge ledere ofte sterke synspunkter som det må tas hensyn til.

Informantene gir uttrykk for at de i stor grad vektlegger hva brukerne selv ønsker, men at de samtidig må ta hensyn til økonomiske rammer og kommunale ressurser. Ifølge lederen for et større kontor blir samarbeidet godt ivaretatt innfor rammen av det kommunen har å tilby:

Vi skal lytte og vi skal høre – men samtidig har vi våre rammer, kriterier og hensynet til likhetsprinsipper. Jeg synes at de som jobber her er flinke i møtet med brukere, de pårørende skal føle seg ivaretatt på møtet. Vi svarer ikke på søknaden der og da – den gis skriftlig med begrunnelser.

Hovedinntrykket er at brukermedvirkning i størst grad handler om å «høre og lytte» på pårørendes behov og ønsker. De fleste er opptatt av å komme fram til en felles løsning i dialog med bruker, basert på samhandling og forståelse. Samtidig gjøres det klart at ikke alle søkere kan eller vil få det de ber om. En viktig forutsetning er at det må foretas en helhetlig vurdering av hvor stor omsorgsbyrden er for den enkelte pårørende. Mange ledere er opptatt av at de pårørende alltid skal gis informasjon om andre og alternative tilbud når institusjonsavlastning ikke blir vurdert påkrevet, eksempelvis utvidet bruk av hjemmetjenester og dagtilbud. Inntrykket er at det ikke alltid er mulig å imøtekomme familienes ønsker om avlastning i eget hjem dersom problematikken er for krevende, eller hvis «barnets beste» er å få avlastning utenfor familien. En annen grunn er mangelen på kompetent personell. Alternativet er heller å tilby omsorgslønn, og finne andre løsninger: *«lønn blir en måte å vise familien anerkjennelse for stor omsorg og innsats»*.

Brukermedvirkning skjer også i form av faste møter mellom pårørende og avlastningsinstitusjonen. I følge en av lederne kan pårørende ha urealistiske forventninger som virksomheten ikke kan innfri, eksempelvis krav til at avlastningen skal være aktivitetsbasert, eller ha et pedagogisk innhold: *«De har*

gode ønsker for sine barna sine og stiller krav som ikke kan innfris. Derfor er det veldig viktig å avklare hva kommunen kan tilby», ifølge lederen.

Inntrykket er at de pårørendes muligheter for å innvirke på innhold og tilbud er høyst varierende og at kommunenes praksis er forskjellig. Når det gjelder pårørendes muligheter til å påvirke innholdet i institusjons- og dag-sentertilbudet til eldre, kan dette synes mer avgrenset enn for foreldre til yngre brukere. Foreldre til yngre brukere stiller større krav til barnas tilbud.

Inntrykket er at det praktiseres større grad av medvirkning når det gjelder muligheten for foreldre til selv å foreslå individuelle avlastere, støttekontakter og for å godkjenne BPA til egne funksjonshemmede barn. I enkelte kommuner er det gjeldende praksis at foreldre til svært syke barn selv kan få bestemme hvem de vil ha som individuelle avlastere, eksempelvis personer i eget familienettverk, besteforeldre o.l. Andre eksempler på medvirkning er når pårørende tas med på befaring for å velge privat tilbyder: *«Ved avlastning hos private er det pårørende som godkjenner avlaster, både når det gjelder hvem som skal ha ansvar for opplegget rundt ungdommen og hvordan tiden skal brukes».*

I en av de større kommunene er praksis at nærmeste familie ikke skal brukes som individuelle avlastere. Medvirkningen er avgrenset til at de pårørende får innflytelse på valg av avlaster (utenfor familien) ved at bruker og avlaster kan møtes og velge om de vil «ha hverandre» før tilbudet iverksettes. Inntrykket er at mange av kontorene legger særlig vekt på hva brukeren selv mener og har behov for når det søkes om avlastning utenfor hjemmet.

7.8 Bruk av frivillige organisasjoner og kommersielle tilbydere

Institusjons- og tjenestetilbud i regi av frivillige organisasjoner og kommersielle tilbydere er viktige supplement til offentlige tjenester (NOU 2011:17, s.54). I denne undersøkelsen ser vi på hvilken funksjon disse aktørene har i avlastning for pårørende med særlig tyngende omsorgsoppgaver og hvilken plass de har i det totale avlastningstilbudet.

Intervjuer med ledere av vedtaks- og tildelingskontorene avdekker at bruken av og holdningen til kommersielle aktører som avlastere varierer med hensyn til type tjenester. Hovedinntrykket er at disse først og fremst benyttes til BPA og praktisk bistand, og i mindre grad til avlastning. Kjøp av

avlastningstjenester fra kommersielle tilbydere er mest vanlig i de tre største kommunene som deltar i denne undersøkelsen. Opplysningene fra ledere og ansatte i små og mellomstore kommuner tyder på store forskjeller i bruk og erfaringer.

Noen av de større kommunene har avtaler med firmaer som blant annet drifter avlastningsboliger. I den største kommunen i utvalget drives alle boligtilbudene av kommersielle aktører. Aktørene har fått oppdragene gjennom konkurranseutsetting og gir tilbud til flere kommuner. Avtalen med de private firmaene har økt de siste årene, uten at de kommunale tilbudene er blitt redusert.

En av de mest benyttete gruppetilbudene fra eksterne aktører er «Inn-på-tunet» gårdsavlastning, som flere små og store kommuner har inngått kontrakt med. I likhet med andre aktivitetsbaserte opplegg for barn og unge er gårdsavlastning et svært populært tiltak som det er stor etterspørsel etter. Enkelte kommuner rapporterer at de har planer om å utvide avtalene med kommersielle tilbydere om liknende tilbud. Et annet eksempel er kommersielle firmaer som tilbyr leirskoleopplegg eller gruppeaktiviteter på ukedager etter skoletid med organisert opplegg i form av leker, ballspill, matlaging, film, pass av dyr og annet. I slike tilfeller gis tiltaket som vedtak om timebasert avlastning i gruppe.

Inntrykket er at eksterne tilbydere ofte blir brukt til å dekke behovet for alternative avlastnings- og tilsynsordninger til barn og unge med psykiske lidelser, atferdsproblematikk og autismediagnoser. I store og mellomstore kommunen har bruken av tilbydere økt de siste årene som følge av nye og «krevende» saker og mangel på behandlingstilbud og hjelp fra spesialisthelsetjenesten til denne målgruppen (ofte 13–14-åringer). Flere ledere opplyser at de er i ferd med å etablere rammeavtaler med eksterne tilbydere om spesialopplegg for unge med personlighetsforstyrrelser og psykiske lidelser i krevende saker der kommunene ikke har kvalifisert og egnet personell. Det er blant annet behov for avlastere og personlige assistenter som for en kortere eller lengre periode kan gå inn i turnus for å bemanne et avlastningsopplegg med ekstra tilsyn og omsorg – enten som individuelle avlastere i brukerens eget hjem eller i et forsterket opplegg i en døgnbemannet bolig. En av lederne sier det slik: «*Det er helt*

nødvendig for kommunen å rekruttere personlige assistenter til individuell avlastning på kveld/natt fra private firmaer. Vi får ikke tak i folk selv».

I noen tilfeller benyttes eksterne firmaer/aktører som tilbyr et pakketilbud i form av heldøgns assistanse, oppfølging og tilsyn – dvs. at de «tar hele jobben for foreldrene», eller firmaer som baserer opplegget på at foreldrene selv er arbeidsledere. Andre eksempler på slike avtaler er tilsynsordningen for barn og ungdom (etter skoletid og på skolens fridager) som foreløpig bare finnes i noen kommuner. Kontrakten med de eksterne tilbyderne inneholder avtale om fast pris per benyttet plass, transportkostnader og kjøp av kommunale skole-assistenter.

Når det gjelder bruk av aktører som avlastere for pårørende til omsorgstrengende eldre, er det færre eksempler. De private avtalene som finnes omfatter sykehjem og dagsenter for eldre og personer med demens. De aktuelle kommunene opplyser at de ikke har nok kapasitet til å dekke behovet for sykehjemsplasser og hjemmetjenester og derfor velger å kjøpe plasser hos kommersielle tilbydere, inkludert korttidsplasser og avlastning. En av de større kommunene som deltar i undersøkelsen har innført fritt brukervalg, som innebærer at brukere kan velge mellom kommunal avlastning eller privat tilbyder som kommunen har avtale med.

Kommuner som ikke benytter kommersielle tilbydere oppgir enten økonomiske eller politiske grunner for dette. Noen gir uttrykk for at de heller vil satse på egne ressurser, mens andre benytter private tilbydere kun i spesielle saker der omsorgsmottaker kan være i grupper sammen med andre barn, eller ved akutte plasseringer.

Kommunenes erfaringer og holdninger til bruk av eksterne aktører er svært varierende. Lederne i en av de største kommunene har gode erfaringer med de kommersielle tilbydere og mener at det ikke er noen forskjeller mellom kommunal og privat drift på pleie- og omsorgsfeltet. I følge lederen er det viktig å få på plass rammeavtaler med private aktører dersom akutte situasjoner oppstår og kommunene ikke har egnede tilbud. Det rapporteres om gode erfaringer med private aktører som har skaffet tilrettelagte tilbud til barn med store hjelpebehov. Oppleggene som beskrives besto av egne boliger med spesialbemanning og fagpersonell som kommunen selv ikke kunne framskaffe. En av grunnene til at kommunen benytter private aktører er at: «*De private*

har et konkurransefortrinn fordi de lønner bedre enn kommunen og derved kan rekruttere de gode fagfolkene».

I intervjuene kommer det også fram at en del ledere er skeptiske til bruk av kommersielle firmaer fordi det medfører problemer med styring, mangel på kontroll med innhold og oppfølging, korte kontrakter og manglende kontinuitet. Det hevdes at tilbyderne har egeninteresse i at brukerne blir værende i tiltaket av økonomiske grunner. I tilfeller der yngre brukere trenger helhetlig oppfølging for å få til endring og utvikling mot en mer selvstendig tilværelse, fremstilles det som bedre å benytte kommunale tjenester:

De kommersielle er ikke noe gode på å følge opp sakene for videre plassering og tenke utvikling. De har ingen statlige føringer og rammer for driften slik barneverninstitusjoner har, eller statlige bemanningsnormer, kvalitetsrammer eller tilsynsordninger – det må tjenestekontoret selv passe på og føre tilsyn med.

Flere tar til orde for å styrke de kommunale tilbudene og ser på bruken av kommersielle tiltak kun som et nødvendig supplement ved kriser og akutte plasseringer, blant annet fordi de kommersielle tilbudene ofte medfører store utgifter. Mange kommuner ønsker å drifte egne tilbud, men mangler ressurser og kompetanse. De som er avhengig av å kjøpe tjenester virker opptatt av å etablere tilsyn og samarbeidsrutiner, gode drifts- og rammeavtaler, og mener det må stilles krav til kompetanse hos de kommersielle tilbyderne. I følge informantene er det i ferd med å vokse fram et marked med private tilbydere, og spesielt i store kommuner. Endrete behov og mangel på faste avtaler med private institusjoner kan i noen tilfeller føre til at kommunene inngår rammeavtaler med nye leverandører, noe som kan skape konflikter i forholdet til foreldre og brukere som ikke vil bytte leverandør.

I større byer og kommuner er det i tillegg et marked for private service- og tjenesteleverandører som løsrevet fra den offentlige omsorgssektoren tilbyr flere former for service til hjemmeboende eldre mot betaling. Dette kan eksempelvis være tilsynsordninger, praktisk bistand, hjelp til innkjøp m.m. som samtidig fungerer avlastende for pårørende som ikke kan bistå eldre aleneboende foreldre.

Hovedinntrykket fra undersøkelsen er at kommunene først og fremst benytter kommersielle tilbydere som et supplement til det kommunale avlastningstilbudet. De fleste ser det som et nødvendig supplement begrunnet med at de ikke har nok avlastningsplasser i institusjon og/eller mangler tilgang på kvalifisert personell til forsterket avlastning og ved kriser og akutte plasseringen. Det mest vanlige er rammeavtaler og kontrakter med aktører som leverer forsterket opplegg/spesialtilpasset tilbud til barn og unge med funksjonsnedsettelse og atferdsforstyrrelser, ofte i form av døgnbemannet bolig med miljøterapeuter.

I hvilken grad blir ideelle og frivillige aktører benyttet som avlastere?

I følge programmet for en aktiv og framtidsrettet pårørendepolitikk skal samfunnets samlede omsorgsressurser styrkes og mobiliseres. Dette kan blant annet skje ved å engasjere flere frivillige i arbeidet (Meld.St. 29, 2012–13). Frivillige gjør i hovedsak frivillig innsats i regi av frivillige organisasjoner mens ideelle organisasjoner tilbyr tjenester og driver sykehjem og hjemmetjenester som også innebærer avlastning.

Inntrykket fra intervjuundersøkelsen er at kommunene i liten grad bruker frivillige organisasjoner til avlastningstjenester, men ser på dem som et supplement til offentlige tjenester. Den viktigste samarbeidspartneren er frivillighetssentraler som har en stor bredde i sosiale omsorgstiltak³. Sentralene bidrar med aktivitetsvenner, praktisk hjelp, vask av hus, snømåking, hagearbeid, transporttjenester, innkjøp og hjelp til sosiale aktiviteter. Flere av kommunene samarbeider også med det lokale seniorsenteret, idrettsforeninger og ulike ideelle organisasjoner som Civitan, Røde Kors, Rotary, Lions og Kiwani. De frivillige aktørene bidrar med dagtilbud, praktisk hjelp og ulike støtteordninger til eldre omsorgstrengende og personer med demens, og ofte med fritids- og aktivitetstilbud til yngre brukere.

Inntrykket er at den kommunale avlastningstjenesten i store kommuner i liten grad samarbeider med kristne foreninger, menigheter og veldighetsorganisasjoner om å yte avlastning. Samarbeidet med frivillige aktører skjer først og fremst i demensomsorgen der frivillige benyttes som aktivitetsvenn,

³ De fleste av landets kommuner har egne frivillighetssentraler. Ved utgangen av 2009 var det til sammen 335 sentraler fordelt på 276 kommuner.

noe som også har et avlastende formål. Et annet eksempel er samarbeid om opplæringstilbud til pårørende til demente. Bruk av frivillighetssentralen, seniorsenter og frivillige organisasjoner handler i stor grad om å informere om tilbudene og videreformidle kontakt.

Blant kommunene i undersøkelsen er det et par steder inngått nærmere samarbeid med menigheten og diakonitjenesten, som kobles inn etter behov. Kirken og kristne organisasjoner spiller en sentral rolle, og frivillige fra menigheten har etablert en egen tjeneste som tilbyr gratis barnevakt, turopplegg og besøksordning til enslige foreldre som mangler nettverk og trenger avlastning. De frivillige inngår avtaler med pårørende om avlastning og andre hjemmebaserte tjenester på privat basis, i form av tilsyn, stell og pleie av kronisk syke og demensrammede. Kommunen formidler bare kontakt.

Inntrykket er at mange kommuner er positivt innstilt til frivillige organisasjoner, men at det i praksis er lite samarbeid. Begrunnelsen er at daglig drift tar for mye fokus og at tildelingskontorene har for lite tid og ressurser å sette inn i forhold til planlegging og utvikling av nye tilbud generelt. Flere sier at de ønsker å få til en bedre kontakt med frivillige organisasjoner, mens andre er mer skeptiske og mener at frivillige ikke kan benyttes som avlastere fordi det vil gi for lite forutsigbarhet. Forutsigbarhet fremstilles som en nødvendig forutsetning for at tilbudet om avlastning skal fungere. Holdningen er at frivillige bare kan benyttes på dagtid og at de ikke kan forpliktes for oppdrag.

7.9 Oppsummering

Undersøkelsen viser at kommunenes avlastningstilbud varierer i innhold og omfang. De fleste kommuner rapporterer om udekkete behov og etterspørsel etter mer aktivitetsbaserte tilbud til ungdom. Flere rapporterer om økende press på omsorgstjenestene og stor etterspørsel etter avlastningstiltak til nye brukergrupper, særlig barn og unge med multifunksjonshemminger og psykiske lidelser. I tillegg har flere kommuner mangel på tilrettelagte tilsynsboliger til ungdom over 18 år, noe som øker presset på avlastningstilbudene. Ledere rapporterer om nedskjæringer i budsjetter og innstramning i kommuneøkonomien med følger for planlagte tiltak og strengere tildelingspraksis. Inntrykket er at det i varierende grad finnes fleksible løsninger som svar på nye utfordringer.

Undersøkelsen viser at kommunene fanger opp behovet for avlastning via flere instanser, fra fastleger og sykehus, hjemmetjenesten, helsesøster, skole, PP-tjeneste og barne- og ungdomspsykiatrien og NAV, i tillegg til brukerens familie og pårørende. Inntrykket er at det finnes mange skjulte behov for demensavlastning som ikke fanges opp, men at aktiv informasjon bidrar til at terskelen for å kontakte kommunen er blitt mindre.

Ideelle og frivillige organisasjoner benyttes i liten grad som avlastere. Organisasjonenes tilbud ses først og fremst som et supplement til offentlige tjenester. Den viktigste samarbeidspartneren er frivillighetssentraler. Hovedinntrykket at kommersielle tilbydere først og fremst benyttes til BPA og praktisk bistand, og i mindre grad til avlastning.

Intervjuene avdekker at de pårørendes muligheter for å innvirke på innhold og tilbud i avlastningen som gis hjemmeboende eldre, synes mer avgrenset enn for foreldre til barn med funksjonsnedsettelse som stiller større krav til barnas tilbud. Inntrykket er at det er spesielt mye bruk av nettverksgrupper og ansvarsgrupper for barn og unge brukere med behov for tilrettelagte tjenester. Brukernes muligheter til å medvirke skjer i praksis gjennom hjemmebesøk og koordinerende møter med kommunale virksomhetsledere, og ved at pårørende selv får velge avlastere, støttekontakter og godkjenne BPA.

8 Avslutning

Denne rapporten belyser en rekke aspekter ved den kommunale avlastningstjenesten; omfanget og bruken av avlastningstjenester, kjennetegn ved mottakerne og ulike former for tilbud som gis, hvordan avlastningstjenesten er organisert, samarbeidet med pårørende, frivillige og kommersielle aktører, og hvilken plass andre kommunale tjenester har i dette bildet. Sentrale spørsmål er hvilke kriterier som kommunene legger til grunn for tildeling av tjenester og hvilke behov, muligheter og utfordringer kommunene står overfor på feltet.

Det empiriske materialet som danner grunnlag for undersøkelsen består av IPLOS-data (statistikk per 31.12.12) og kvalitative intervjuer med kommunale ledere som har ansvar for tildeling og koordinering av helse- og omsorgstjenester. Statistikken gir en oversikt over omfang og bruk av avlastningstjenester på landsbasis og kjennetegn ved mottakere av avlastning. Intervjuene gir et bilde av kommunenes strategier, erfaringer og praksis innenfor plikten å tilby avlastning. Dette kapitlet oppsummerer og diskuterer hovedfunnene fra undersøkelsen.

Hva er omfanget og kjennetegn ved gruppen som mottar kommunale avlastningstjenester? Undersøkelsen viser at den største andelen brukere mottar tilbud om avlastning utenfor institusjon. I alt tre av fire brukere (76 %) mottar avlastning utenfor institusjon, mens en av fire (24 %) mottar avlastning innenfor. Avlastningstjenester går i hovedsak til mottakere som bor sammen med pårørende som yter omsorg. Den største gruppen mottakere er barn og ungdom som bor sammen med sine foreldre. I følge statistikken er det bare en liten andel mottakere av avlastning som bor alene, noe som tyder på at det sjelden gis avlastning til pårørende som yter omsorg til eldre og syke foreldre de ikke bor sammen med.

De fleste omsorgsmottakere som får avlastningstjenester er ifølge statistikken under 67 år. Blant de som mottar avlastning utenfor institusjon er tre av fire mottakere under 18 år. Det er flere gutter/menn enn jenter/kvinner som mottar avlastning, både i og utenfor institusjon. Blant de som mottar avlastning i institusjon har to av tre mottakere et omfattende bistandsbehov. Undersøkelsen viser også en tendens til at de største kommunene yter

avlastning til flere mottakere og at en noe større andel av avlastningen skjer i institusjon, sammenliknet med mindre kommuner.

Hva kjennetegner de vanligste avlastningstilbudene til barn, unge og eldre?

Undersøkelsen tyder på at den vanligste formen for avlastning til foreldre med omsorgstrengende barn og unge er individuell avlastning utenfor institusjon. Tilbudet gis som timebasert avlastning i eget hjem eller døgn- og helgeopphold i avlasterens (private) hjem og blir beskrevet som et godt fungerende og stabilt tilbud til yngre brukere. Rekruttering av avlastere skjer som oftest i familiens egen omgangskrets eller sosiale nettverk. Bruk av individuell avlastning utenfor institusjon er imidlertid avhengig av at problematikken ikke er for omfattende. Unntaksvis benytter kommunene forsterkede tiltak i døgnbemannet bolig til yngre brukere som ikke kan plasseres sammen med andre barn og unge (pga. personlighetsforstyrrelser, autisme, atferdsavvik, multifunksjonshemming og annet).

Avlastning til pårørende med hjemmeboende eldre gis i hovedsak som rullerende opphold (døgn og uker) i sykehjem og/eller som vedtak om dagopphold på et dagsenter eller sykehjem. Eldre omsorgsmottakere har ofte et omfattende omsorgs/tilsynsbehov som følge av demens, slag og kronisk sykdom. Institusjonsavlastning blir ofte gitt i kombinasjon med andre kommunale tjenester (hjemmesykepleie, praktisk bistand, dagsenter) for å forebygge institusjonsinnleggelse.

De fleste kommuner vurderer behovet for avlastning i sammenheng med andre kommunale tjenester og støtteordninger (praktisk bistand, omsorgslønn, brukerstyrt personlig assistanse og støttekontakt) som kan gi yngre og eldre brukere et helhetlig tilbud. I praksis blir manglende avlastningstilbud kompensert for med tilbud om omsorgslønn eller andre tjenester. Inntrykket er at tilbudene varierer fra kommune til kommune, avhengig av kapasitet og tilgang på institusjonsplasser og avlastere.

Hvilke kriterier legger kommunene til grunn ved tildeling av tjenester?

Mange kommuner benytter rundskriv I-42/98 om omsorgslønn som veiledning for tildeling av avlastningstjenester. Momenter som tas i betraktning ved vurdering av behov er omsorgsarbeidets omfang og varighet, graden av fysisk og/eller psykiske belastning, sosial isolasjon og mangel på ferie og fritid for

omsorgsgivere. Kriteriene åpner i stor grad for skjønnsmessige vurderinger og inntrykket er at kommunene har en noe ulik tildelingspraksis. Mens enkelte kontor legger stor vekt på hva omsorgsyter opplever som tyngende og belastende (subjektive kriterier), tar andre mer hensyn til objektive forhold (antall våkedøgn, alder og diagnoser). Hva som er tilstrekkelig og forsvarlig avlastning er opp til den enkelte kommune å avgjøre. Blant kommunene har et fåtall utarbeidet egne definerte kriterier og retningslinjer for å etablere en mer likeartet og standardisert praksis. Selv om skjønn synes nødvendig for å vurdere individuelle behov, viser ulikheter i kommunal praksis at det er nødvendig med en nærmere debatt om kriteriene, og en nærmere avklaring av hva som er god, tilstrekkelig og forsvarlig avlastning.

Hvordan samhandler kommunene med pårørende, frivillige og kommersielle aktører?

I følge Hagen-utvalget (NOU 2011:11) må framtidens omsorgstjenester samhandle med pårørende slik at de opplever at det er behov for dem og at de ikke blir tvunget inn i en rolle som omsorgsyter fordi det offentlige tjenesteapparatet er utilstrekkelig. Inntrykket fra denne undersøkelsen er at samspillet med pårørende er noe mangelfullt og tilfeldig. Intervjuene avdekker at de pårørendes muligheter for å innvirke på innhold og tilbud i avlastningen som gis hjemmeboende eldre synes mer avgrenset enn for foreldre til barn med funksjonsnedsettelse som stiller større krav til barnas tilbud. Muligheten for de pårørende til å medvirke handler i praksis om at foreldre til funksjonshemmede barn selv får velge avlastere, støttekontakter og godkjenne brukerstyrt personlig assistent (BPA).

Den nye pårørendepolitikken skal bedre samspillet mellom det offentlig og den uformelle omsorgen, og styrke og mobilisere samfunnets samlede omsorgsressurser. Dette kan blant annet skje ved å engasjere flere frivillige i arbeidet (Meld.St. 29, 2012–13). Inntrykket fra intervju-undersøkelsen er imidlertid at kommunene i begrenset grad bruker frivillige som avlastere. De ideelle og frivillige organisasjonene sees først og fremst som et supplement til offentlige tjenester. Den viktigste samarbeidspartneren er frivillighetssentraler som har en stor bredde i sosiale omsorgstiltak. Når det gjelder samarbeidet med kommersielle tilbydere er hovedinntrykket at kommunene først og fremst benytter disse ved tilbud om BPA og praktisk bistand, og i mindre grad til avlastning.

Hvilke behov, muligheter og utfordringer står kommunene overfor?

Sentralt i denne rapporten er spørsmålet om hvilke behov, muligheter og utfordringer kommunene ser med hensyn til avlastning? Er omfanget av tjenester tilstrekkelig, hvilke avlastningstilbud mangler og hvor fleksibelt er tjenestetilbudet?

Det framgår av intervjuene med de kommunale lederne at behovet for avlastningstiltak og etterspørselen etter tilbud varierer mellom kommunene. Hovedinntrykket er at de færreste kommuner har tilstrekkelig antall avlastningsplasser i forhold til tilmeldt behov. Unntaket er et par større kommuner med god økonomi som i tillegg til et godt utbygget institusjons- og dagsentertilbud har utviklet et eget tilbud om hjemmebasert demensomsorg. Mange kommuner rapporterer om økende press på omsorgstjenestene og stor etterspørsel etter avlastningstiltak til barn og unge med funksjonsnedsettelse og psykiske lidelser – både i og utenfor institusjon. Flere ledere rapporterer om nedskjæringer i budsjetter og innstramning i kommuneøkonomien med følger for planlagte tiltak og strengere tildelingspraksis. I mindre kommuner rapporteres det om for liten kapasitet og begrenset med plasser i avlastningsboliger og institusjoner for barn og unge med funksjonsnedsettelse. I tillegg har flere kommuner mangel på tilrettelagte tilsynsboliger til ungdom over 18 år, noe som øker presset på avlastningsinstitusjonene.

Fleksible avlastningsordninger og alternative løsninger

Fleksible avlastningsordninger er et av flere tiltak som kan bidra til å gjøre det enklere å kombinere yrkesaktivitet med omsorg for barn og unge, voksne og eldre med alvorlig sykdom, funksjonsnedsettelse eller psykiske og sosiale problemer (Meld.St. 29 (2012–13)). Denne undersøkelsen avdekker at kommunene i begrenset og varierende grad har tatt i bruk nye og fleksible måter å løse avlastningsoppgavene på. Eksempler på alternative løsninger og nye tiltak er gårdsavlastning «Inn-på tunet» for yngre, individuell demensavlastning for eldre brukere, aktivitetsbaserte former for gruppeavlastning, og skolefritids-avlastning. På spørsmål om fleksible løsninger, fremheves bruken av korttidsplasser for unge og eldre, med muligheter for bytte av dager, helger og uker etter behov og ved akutte kriser. Fri disponering av timebasert avlastning etter behov, utvidet åpningstid på dagsentrene for eldre brukere, og alternative turnusordninger i avlastningsinstitusjoner er også eksempler på ordninger som gir

større fleksibilitet i tilbudene. Inntrykket er at muligheten for å tilby bredt sammensatte tjenester ofte er en forutsetning for fleksible og differensierte avlastningstiltak.

En generell trend er at tjenestetilbudene skal ha en mer aktiv profil og et innhold og opplegg som i større grad enn før utnytter den enkeltes ressurser, kapasitet og mestringsevne. En framtidsrettet og god tjeneste skal også legge til rette for aktivisering av omsorgsmottakere, både sosialt og fysisk. Hovedinntrykket er at kommunene er blitt mer opptatt av å framskaffe aktivitetsrettede tilbud (turer, sport, musikk, ridning m.m.) til barn og unge, og at flere er i gang med å endre innholdet i de tradisjonelle avlastningsinstitusjonene i retning av aktivitetssentre.

I følge St.meld. 25 (2005–06) står framtidens helse- og omsorgstjenester overfor en vekst i nye yngre brukergrupper og flere eldre med hjelpebehov (Brevik 2010). Nyere forskning (Gautun, Grødem og Hermansen 2012) peker på at utviklingen kan skyldes reformer og opptrappingsplaner som har gitt kommunene større ansvar for å yte tjenester til yngre brukere, samt et økende forventningspress fra deres pårørende og brukerorganisasjoner.

Tendensen kommer også til uttrykk i denne undersøkelsen om avlastning. Flere av kommunene i utvalget rapporterer om vekst i nye og yngre brukergrupper med sammensatte og omfattende tjenestebehov. Det dreier seg særlig om yngre brukere med psykiske lidelser, autismediagnoser og personlighetsforstyrrelser som trenger ressurskrevende avlastningstiltak i form av forsterkede og spesialtilpassede opplegg. Disse representerer nye grupper mottakere som det er vanskelig å finne riktige tilbud til, samtidig som mangel på psykiatriske behandlingstilbud gir økt press på kommunens avlastningstjenester. Presset kan føre til forskjeller i kommunal praksis og en økende «konkurrans» om tjenestene mellom forskjellige grupper.

En annen utfordringen for kommunene er å skaffe flere og alternative avlastningstilbud til eldre omsorgstrengende og personer med demens. Helse-tilsynets rapport (2007) påpeker at mange eldre som kan ha behov for hjemmebasert avlastning og støttekontakt ikke får tilbud om slike tjenester, og at avlastning til eldre stort sett blir gitt som opphold i sykehjem. Denne undersøkelsen peker på behovet for et utvidet dagsentertilbud til eldre brukere. Dersom dagsentrene skal kunne bli et reelt og fullverdig alternativ til institusjonsavlastning må det bli et heldagstilbud med normale åpningstider.

Undersøkelsen har vist at individuell avlastning er en tjeneste som i hovedsak går til yngre brukere under 18 år som bor sammen med sine foreldre. De eksisterende kriteriene for tildeling gir imidlertid ingen holdepunkter for å gjøre alder til et hovedkriterium. Avlastningsopphold på sykehjem og dagsenter er tradisjonelle løsninger som i stor grad tilbys eldre omsorgstrengende, men som ikke passer for alle. Erfaringer fra enkeltkommuner viser at individuell avlastning også kan gis til personer med demens, i brukerens eget hjem, og at dette tilbudet fungerer som et godt alternativ til institusjon.

Pårørendeprogramplanen i Meld.St. 29 (2012–13), «Morgendagens omsorg», retter et sterkt fokus på hvordan offentlige ordninger og tiltak kan legge til rette for at voksne skal kunne kombinere jobb med omsorg for gamle foreldre. I NOU 2011:17 etterlyses tiltak som kan bidra til mindre belastninger for at disse omsorgsgiverne skal klare å stå i arbeid (fram til pensjonsalder) samtidig som de yter omsorg. Intervjuene med ledere i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten avdekker at det bare unntaksvis gis tilbud om avlastning til voksne med omsorg for egne foreldre som støtte for at disse skal kunne kombinere belastende omsorgsoppgaver med fulltids arbeid. Argumentene er at det enten skyldes mangel på søknader og henvendelser, eller at kommunene i slike tilfeller heller velger å tilby hjemmetjenester. Samtidig er dette den gruppe pårørende som vanskeligst når fram med sine behov for avlastning når det er press på sykehjemmene. Utfordringen for kommunene blir å fange opp behovene for tjenester og gi avlastning til denne gruppen pårørende.

Det kan virke som om den kommunale avlastningstjenesten står ved et veiskille, der kommunene må tenke nytt og utradisjonelt for å løse det økte presset på tjenestene. Det offentlige hjelpeapparatets dreining bort fra institusjonsomsorg og over mot hjemmebaserte tjenester, gjør det spesielt nødvendig å framskaffe og utvikle alternative avlastningstilbud til eldre mottakere. Hovedinntrykket er at avlastningstjenesten har vært preget av for mye «standardløsninger» avgrenset til bruk av tradisjonelle institusjoner. Målet må være å forebygge institusjonsinnleggelse av omsorgstrengende og unngå helsemessige belastninger og økonomiske vanskeligheter hos pårørende som påtar seg krevende omsorgsoppgaver. Rapporten peker på behovet for en videre debatt og videreutvikling av fleksible og differensierte avlastningstilbud som passer hver enkelt familie og bruker. Utfordringen er å finne tilpassede løsninger i samarbeid med pårørende, spesialisthelsetjenesten og andre deler av hjelpeapparatet.

Summary

According to the Norwegian Health and Care Services Act, municipalities shall provide respite for individuals and families who have a particularly heavy burden of care, whether they are voluntary caregivers or parents obliged to care for underage children. The purpose is to prevent negative consequences to the caregiver's health, stress and fatigue, and give the caregivers necessary and scheduled time- off with an opportunity to participate in ordinary activities.

In 'Future Care', Report to the Storting (White Paper, No.29, 2012–2013), the Government presents a program for an active, future-oriented informal care policy that will create a framework that makes it easier to combine paid work with caring for children, adolescents, adults and elderly (with serious illness, disabilities or mental health and social problems). Developing better and more flexible respite services is therefore important.

This report addresses questions relating to the organization of respite services in Norway, which services the municipalities provide, user characteristics, and variations in type and scope of services the municipalities offer. Other aspects are what criteria caseworkers use when they allocate respite services, what alternatives and flexible solutions the municipalities actually offer, and what challenges they face in this context.

The empirical material in this report is quantitative and qualitative. The statistics stem from the IPLOS-register – individual-based nursing and care data, compiled from all municipalities by the Norwegian Directorate of Health. The qualitative data is from interviews we had with managers who are responsible for allocating and coordinating health and care services in 20 Norwegian municipalities. The quantitative data distinguishes mainly between recipients of respite services within and outside institutions. This study is commissioned by the Norwegian Directorate of Health, with the intent to acquire knowledge that can enhance and develop the respite services.

Characteristics of the services

An analysis of the data from the IPLOS-register (per 12.31.2012) shows that the majority of the recipients are younger than 67 years old. Respite services are mainly given to care-dependents who live with relatives who provide the

care. The largest group of recipients are children and youth living at home. The qualitative study shows that respite for parents of children with disabilities and special needs is primarily offered individually in their own or private homes and/ or as respite in auxiliary housing.

The statistical data shows that larger municipalities spend more resources on institutional respite than smaller municipalities. In small municipalities, the recipients on average receive more hours of respite outside institutions than those in larger municipalities. Most recipients of respite services, whether within or outside institutions, are male. Very few elderly and their relatives receive individual respite services outside of an institution - as much as three out of four recipients of individual and private respite are younger than 18. Respite services are rarely offered to adults who provide extensive care for their parents when they do not live in the same household.

The qualitative study reveals that respite for relatives of elderly living at home usually consists of placement in a nursing-home (for days or weeks) according to a set schedule and/or day-care in an adult day-care center. Elderly receiving family care usually have extensive needs for care due to dementia, stroke or chronic illness. The municipalities also have home-based services and various other types of assistance (e.g. practical assistance, cash for care, personal assistants and companion-services) that are considered along with respite care for young and elderly care-dependents.

Criteria used to grant respite services

The legislation on eligibility to respite services permits the exercise of discretion when assessing applicant's needs. The caseworkers decide whether the law's criteria for "particularly heavy burden of care" is met. Our interviews show that if the caregiving is physically & mentally straining for the caregiver, that affects granting of respite services. Other aspects that are emphasized are the extent and duration of the care given, social isolation, and lack of vacation and spare time. The municipalities differ in their allocation practices. Some municipalities emphasize what the caregiver finds taxing and exhausting (subjective criteria). Others focus more on aspects such as the number of sleepless nights, type of tasks, age and diagnosis (objective criteria). A few municipalities have developed their own set of criteria and guidelines to establish more contingent and standardized practice.

Needs, possibilities and challenges

The impression from the interviews is that the scope of respite services varies between municipalities and that there is a shortage of places for respite in the smaller and medium sized municipalities. Several managers reported that budget cuts and the retrenchment of the municipalities' finances have had consequences for services that were planned, and lead to stricter practices for allocating respite. Small municipalities reported that they did not have enough capacity and a limited number of places for institutional respite and accommodated housing for youngsters with disabilities. In addition, the pressure on institutions offering respite has increased due to new groups of users.

This study reveals that the municipalities, to a limited and variable extent, have started to use new and innovative ways to fulfil their obligations to provide respite. According to our informants, the following schemes allow for more flexibility: giving the caregiver freedom to use the hourly granted respite when needed, increasing availability to short-term institutional places in emergencies, extending the opening hours at adult day-care centers and flexible working hours for institutional staff. A few municipalities have developed alternatives that supplement the traditional respite services. Examples are individual respite for people with dementia, stays and activities on farms for younger and older recipients, activity based types of respite, and after-school respite.

Public services' shift away from institutional care towards more home based services require that the municipalities develop new and flexible types of respite services. The qualitative study reveals that smallest municipalities often lack satisfactory day-care centers and that they use nursing homes as the most common form of respite for elderly with dementia, who still live at home. This is one of many challenges. The growing number of new and younger groups of users has also lead to an increasing demand for alternative ways to provide respite for children and youth with special needs (e.g. autism, Asperger and psychiatric diagnoses), according to the managers we have interviewed. The main impression is that there has been too much use of "standardized solutions" in the respite services, limited to using traditional institutions and individual respite. The challenge is to find appropriate options and develop new solutions in collaboration with the specialized health services.

Referanser

- Allen KR, Blieszner R, Roberto KA (2000). Families in the middle and later years: A review and critique of research in the 1990s. *J Marriage Fam* 2000; 62(4): 911–16.
- Brevik, I. (2010), *De nye hjemmetjenestene, langt mer enn bare eldreomsorg. Utvikling, status og yngres bruk av hjemmebaserte tjenester 1989–2007*. NIBR-rapport 2010. Oslo: Norsk Institutt for by og regionforskning.
- Caress AL, Luker KA, Chalmers KI, Salmon MP. (2009) A review of the information and support needs of family carers of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *J Clin Nurs* 2009;18 (4): 479–91.
- Datland, S. O & B. Slagsvold (2013) *Vital aldring og samhold mellom generasjoner. Resultater fra den norske studien av livsløp, aldring og generasjon* (NorLAG) – runde 1 og 2. NOVA Rapport 15/2013.
- Elisabeth, F, S. Kverndokk & K. Røed (2012) Labour supply in the terminal stages of lone parents' lives, *Journal of Population Economics Journal of the European Society for Population Economics* (ESPE). Springer-Verlag 2012.
- Finnvold, J.E. (2011), *Yrkesdeltaking og erfaringar med kommunale støtteordningar og hjelpetilbod hos mødrer med funksjonshemma barn*. Vedlegg 2 i NOU 2011:17, Når sant skal sies om pårørendeomsorg.
- Gautun, H. (2003) *Økt individualisering og omsorgsrelasjoner i familien. Omsorgsmønstre mellom middelaldrende kvinner og menn og deres gamle foreldre*. Dr.grads-avhandling, Sosiologisk Institutt, Universitetet i Oslo.
- Gautun, H. (2007). Hvordan gjøre det lettere for seniorene å kombinere jobb med omsorg for gamle foreldre? *Søkelys på arbeidslivet*, 24 (1), 5-14.
- Gautun, H. & G. Hernes (2006), Bestemor mellom jobb og oldemor? *Aldring og Livsløp*, 4.
- Gautun, H. & K. Hagen (2009), paper presentation 'Does the supply of public care services towards the very old affect labour force participation of their children?' Paper presentation at ESA conference 5 sept 2009 Lisbon.
- Gautun, H & K. Hagen (2010), How do middle-aged employees combine work with caring for elderly parents? *Community, Work & Family*, 2010 (4):393-409.
- Gautun, H., A. Werner & H. Lurås (2011), Care challenges for informal caregivers of chronically ill lung patients: Results from a questionnaire survey. *Scandinavian Journal of Public Health*, Volume 40(1), February 2012.

- Gautun, H., A. Grødem & S. Hermansen (2012), *Hvordan fordele omsorg? Utfordringer med å prioritere mellom eldre og yngre brukere*. FAFO-rapport nr. 2012:62. Oslo:FAFO.
- Grue, L. (1994), *Avlastning: bruk og behov*. Oslo: Institutt for sosialforskning, 1994. (Notat/INAS: 94:10).
- Hansen, I.L. & A.S. Grødem (2012), *Samlokaliserte boliger og store bofellesskap. Perspektiver og erfaringer i kommunene*. Faf-rapport nr 2012:48. Oslo: Faf.
- Hansen, T., B. Slagsvold, & R. Ingebretsen (2012), Å gi personlig pleie til foreldre: Går det utover psykisk velvære? *Tidsskrift for velferdsforskning*, 2012 (15): 176-192.
- Johansen, L.H. (2014), Avlastning – alternativ og utfordringer. *Utvikling*, 8(1):11-13.
- Kotsadam, A., N. Jakobsson (2012), Uformell omsorg- et hinder for kvinner på arbeidsmarkedet? *Søkelys på arbeidslivet*, 29 (1-2):97-110.
- Lilleaas UB, Ellingsen D. *The woman body's condition*. Bergen: Fagbokforlaget, 2003.
- Lingsom S. (1997), *The substitution issue. Care policies and their consequences for family care*. Dr.gradsavhandling, Sosiologisk Institutt, Universitetet i Oslo. NOVA, rapport 6/97.
- Lov om pasient-og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) (2011). www.lovdata.no
- Meld.St. 29 (2012–2013) *Morgendagens omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Mørk E., S. Sundby, B. Otnes, M. Wahlgren & B. Gabrielsen (2013), Pleie- og omsorgsstatistikk 2012. Statistikk om tjenester og tjenestemottakere. SSB, Rapport 43/2013. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- NOU 2011:11. *Innovasjon i omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet
- NOU 2011:17. *Når sant skal sies om pårørendeomsorg. Fra usynlig til verdsatt og inkludert*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Prop.91 L (2010-2011). Lov om kommunale helse og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven).
- Rundskriv I-48/98. Omsorgslønn.
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rundskriv/1986/i-4298.html?id=445616>
- Skomli, M. (2014), Tanker rundt det å søke om avlastning. *Utvikling*, 8 (1):3.
- SSB Befolkningsstatistikk per 01.01.13. Folkemengde 1. januar og endringene hittil i år. Heile landet, fylke og kommuner. Statistikkbanken, Statistisk sentralbyrå.

- Statens Helsetilsyn (2008), *Avlastning og støttekontakt – tjenester med betydning for et bedre liv*. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2007 med avlastnings- og støttekontakttjenester etter sosialtjenesteloven. Rapport nr. 4/2008. Oslo: Statens helsetilsyn.
- St.meld. 28 (1999-2000). Innhold og kvalitet i omsorgstenestene Omsorg 2000. Sosial- og helsedepartementet
- St.meld. 25 (2005–2006). Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer. Helse- og omsorgsdepartementet.
- St.meld. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling- på rett sted- til rett tid. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Söderström, Sylvia og Jan Tøssebro (2011), *Noen hovedlinjer i utviklingen av levekår og tjenester for utviklingshemmede*. NTNU Samfunnsforskning AS, Mangfold og inkludering.
- Utvikling (2014), (8)1, Tema: Avlastning, Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemning (NAKU).

Vedlegg: Intervjuguide

1. Kommunens organisering av tildeling og vedtak om avlastning

2. Omfang og kjennetegn ved avlastningstilbud

Hva kjennetegner de ulike avlastningstilbudene kommunen benytter?

Hvilke type avlastningstilbud/ordninger blir mest benyttet? (Hvorfor)

3. Kriterier og begrunnelser for tildeling/vedtak

4. Synspunkter på tilbud, innhold og muligheter

Hva slags avlastningsformer/tilbud fungerer godt i din kommune?

Hvor fleksible opplever du at tilbudene er?

Er kommunens tilbud (typer og omfang) tilstrekkelig i forhold til pårørendes behov?

Hva kan gjøres når/hvis tilbudet ikke dekker omsorgsyterens behov?

Trengs det nye ordninger/ tiltak?

Er de planlagt/ igangsatt noen nye tilbud de siste årene?

5. Synspunkter på medvirkning

Hvordan fanger dere opp pårørende med behov for avlastning?

I hvilken grad og hvordan får pårørende anledning til å medvirke i utforming av avlastningstilbudene?

6. Rekruttering og bruk av avlastere

I hvilken grad og hvordan benytter kommunen seg av ideelle og frivillige avlastere?

I hvilken grad og hvordan benytter kommunen seg av kommersielle tilbydere?

Hva kjennetegner de kommersielle private tilbudene til forskjell fra de kommunale?

Har bruken av private tilbydere av avlastningstjenester økt de siste årene?

Har dere ønsker om og mulighet til å benytte andre/flere typer frivillige eller private kommersielle aktører?