

Suksess eller katastrofe?

Utviklingstrekk etter rettighetsfesting av brukerstyrt personlig assistanse (BPA)

Rune Ervik, Gro Marit Grimsrud, Egil Kjerstad og Tord Skogedal Lindén



Rapporttittel	Suksess eller katastrofe? Utviklingstrekk etter rettighetsfesting av brukerstyrt personlig assistanse (BPA)
Prosjektnummer	102285, KS FoU-prosjekt nr. 194041
Institusjon	NORCE Norwegian Research Centre
Oppdragsgiver	Kommunesektorens organisasjon (KS)
Gradering	Åpen
Rapportnr	19-2020
ISBN	978-82-8408-098-7
Antall sider	88
Publiseringsmnd.	Mars 2021
Stikkord	Brukerstyrt personlig assistanse, fylkesmannens klagebehandling, kostnadsutvikling, likhet i tjenestetilbud, rettighetsfesting, samfunnsdeltakelse, standardisering, tildelingspraksis, timetall
Sammendrag	

Denne rapporten presenterer ny kunnskap om brukerstyrt personlig assistanse (BPA) fremskaffet i et prosjekt finansiert av Kommunesektorens organisasjon (KS). Sentralt i forskningsprosjektet, og for denne rapporten, er å beskrive utviklingstrekk ved og organisering av ordningen etter rettighetsfesting, samt å vurdere mulige fremtidige løsninger.

Forord

I januar 2020 lyste Kommunesektorens organisasjon (KS) ut en tilbudsforespørsel for KS FoU-prosjekt nr. 194041, «Brukerstyrt personlig assistanse – betinget suksess eller helt katastrofe?». Formålet med oppdraget var å fremskaffe kunnskap om brukerstyrt personlig assistanse (BPA-ordningen).

Gruppen som har gjennomført prosjektet for KS har bestått av fire forskere fra NORCE Norwegian Research Centre; Rune Ervik, Gro Marit Grimsrud, Egil Kjerstad og Tord Skogedal Lindén (prosjektleder). Ingrid Lundeberg har vært kvalitetssikrer.

Prosjektperioden har vært mars – november 2020. Oppstart av prosjektet falt sammen med utbruddet av koronaviruset (Covid 19). Det ga behov for en forskyvning av datainnsamling. Vi vil takke alle informanter som bidro med sin kunnskap og erfaring om BPA i en hektisk periode preget av stor arbeidsmengde, spesielt for ansatte i kommunene.

Kontaktpersoner hos oppdragsgiver har vært Anne Gamme (fagansvarlig) og Jon Anders Drøpping (FoU-ansvarlig). Vi takker for godt samarbeid.

Prosjektet har videre hatt god støtte fra en referansegruppe bestående av Ragnhild Øvrebø (juridisk rådgiver i Stavanger kommune), Frode Lauareid (KS), Helga Birgitte Aasdalen (spesialrådgiver kommuneøkonomi i KS) og Øyvind H. Karlsen (rådgiver i Trondheim kommune).

I arbeidet med rapporten har vi benyttet data fra Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR): «Forfatterne er eneansvarlig for tolkning og presentasjon av de utleverte data. Avdeling helseregistre har ikke ansvar for analyser eller tolkninger basert på de utleverte data».

Vi vil også takke Hilde Kjerland i NORCE for redigering og støtte i rapportavslutningsfasen.

Bergen, 18. mars 2021, Tord Skogedal Lindén

Innhold

Forord	2
Sammendrag	6
Summary	10
1. Innledning	14
2. Kunnskapsoppsummering	15
2.1. Innledning: litteratursøk og avgrensning	15
2.2. Rettighetsfesting: timetildeling og antall brukere	15
2.3. Kostnadsutvikling	15
2.4. Tildelingspraksis: sammenlignbare helse- og omsorgstjenester	16
2.5. Diagnoser	17
2.6. Velferdsteknologi	18
2.7. Klager til Fylkesmannen	18
2.8. Statliggjøring av ansvaret for BPA.....	19
2.9. Oppsummering.....	20
3. Datakilder og metode	21
3.1. Datakilder	21
3.2. Utvalgelse av kommuner, fylkesmenn, pasient- og brukerombud og organisasjoner	21
3.3. Gjennomføring av informantintervjuene	22
3.4. Nærmere om analyse av kostnadsutviklingen	22
4. BPA-ordningen – noen sentrale utviklingstrekk	23
4.1. Innledning.....	23
4.2. Noen nasjonale hovedtall.....	23
4.3. Utviklingen i kommunale kostnader	30
4.4. Nærmere om enkeltkommuner	35
4.5. Oppsummering.....	39
5. Tildelingspraksis – kommunenes erfaringer	41
5.1. Gis BPA i samme omfang som «ordinære» tjenester?	41
5.2. «BPA-brukere er forskjellig fra andre med bistandsbehov»	41
5.3. «BPA skiller seg fra andre måter å gi tjenester på»	42
5.4. Utfordringer	44
5.5. Kommunenes erfaringer med å gi BPA til brukere som har heldøgns bo- og omsorgstilbud.....	45
5.6. Oppsummering.....	46
6. Velferdsteknologi.....	47
6.1. Oppsummering.....	48
7. Fylkesmannens klagesaksbehandling	49
7.1. Innledning.....	49
7.2. Utvikling i klagesaker til Fylkesmannen 2012–2019	49
7.3. Grunnlag for klageutfall	53
7.4. Intervju med Fylkesmannen i tre fylker og POBO	56

7.4.1.	Kriterier for utvalg	56
7.4.2.	Utfall og omgjøring av BPA vedtak: Fylkesmannens vurderinger	57
7.4.3.	Kilder for Fylkesmannens klagesaksbehandling.....	59
7.4.4.	Samarbeid mellom Fylkesmenn for å oppnå større grad av likebehandling	59
7.4.5.	Kommunenes bruk av tilbakemeldinger fra Fylkesmannen i sitt arbeid	60
7.4.6.	Kommunenes egne erfaring med klagesaker.....	60
7.5.	Oppsummering.....	63
8.	Mulige konsekvenser av å flytte ansvar fra kommune til stat.....	64
8.1.	Standardisering og likhet.....	64
8.2.	Tjenestekvalitet og intensjoner i ordningen	67
8.3.	Kostnader	69
8.4.	Andre forhold	71
8.5.	Oppsummering.....	71
9.	Referanser	73
10.	Appendiks: KS-survey om BPA i store kommuner	77
10.1.	Erfarer kommunene at BPA gis i likt omfang som sammenlignbare helse- og omsorgstjenester?.....	77
10.2.	Gir kommunen BPA til brukere som har heldøgns bo- og omsorgstilbud (f.eks. bofellesskap, sykehjem)?	78
10.3.	Har innføring av lovfestet rett til BPA endret antallet med- og omfanget av BPA vedtak?	80
10.4.	Vedlegg: Spørsmålsstruktur i survey, kartlegging av BPA-K10-4084566	85

Tabelloversikt

Tabell 1: Antall BPA brukere per 31.12. Årlig vekst i antall brukere per 31.12. 2009–2019.	24
Tabell 2: Antall tildelte timer med BPA 2009–2018. Brukere per 31.12. Vekst fra året før	25
Tabell 3: Gjennomsnittlig timetall per bruker per uke. 2009–2018.	26
Tabell 4: Antall BPA brukere i løpet av året med omfattende bistandsbehov. Prosentvis andel av alle brukere. Hele landet. 2017–2019.....	27
Tabell 5: De største diagnosegruppene målt i antall BPA brukere. Bokstaver i parentes angir diagnosegrupper brukt i ICPC-2.	27
Tabell 6: Arbeid og utdanning. Antall brukere som (i) har behov for bistand, (ii) mottar bistand, (iii) har behov for transport og (iv) mottar transport. Utvalg av kommuner («Ikke-prikkete» kommuner). 2017–2019.	28
Tabell 7: Organisasjonsarbeid, kultur og fritid. Antall brukere som (i) har behov for bistand, (ii) mottar bistand, (iii) har behov for transport og (iv) mottar transport. Utvalg av kommuner («Ikke-prikkete» kommuner). Antall brukere gjennom hele året. 2017–2019.....	29
Tabell 8: Utvikling i lønnskostnader inklusiv sosiale utgifter. Lønnskostnad per time 400 kr/t i 2020. Vekst i samlet kostnadsnivå fra året før.	34
Tabell 9: Utvikling i lønnskostnader inklusiv sosiale utgifter. Lønnskostnad per time 440 kr/t i 2020. Vekst i samlet kostnadsnivå fra året før.	34
Tabell 10: Antall brukere, antall timer tildelt og gjennomsnittlig timetall per bruker per år. Utvalgte kommuner. 2017–2019.....	37
Tabell 11: Antall klager til Fm, mottakere og klageomfang for BPA sammenlignet med samlede helse- og omsorgstjenester, 2012–2019.....	49
Tabell 12: Utfall av rettighetsklager hos Fylkesmannen 2017–2019, antall saker	50
Tabell 13: Utfall av klagesaker i ulike Fylkesmannsembeter, samlet for årene 2017 og 2018.....	52
Tabell 14: Utfall av klagesaker BPA, 2019.....	53
Tabell 15: Avsluttede klagesaker BPA 2017–2018, fordeling av utfall og årsaker i %, hele landet ..	54
Tabell 16: Avsluttede klagesaker BPA 2019, fordeling av utfall og årsaker i %, per Fm og hele landet	55
Tabell 17: Henvendelser om BPA til POBO på landsbasis i perioden 2013–2019. Årsaker til henvendelsene	56
Tabell 18: Timepriser for assistenter i kommunen og for BPA i tjenestekonsesjonsordningen.....	81
Tabell 19: Timetall, antall vedtak og aldersfordeling.....	82
Tabell 20: Omfang av BPA ordninger og antall brukere som følge av rettighetsfestingen	84

Figuroversikt

Figur 1: Klageprosent samlede helse- og omsorgstjenester og for BPA, 2012–2019.....	50
Figur 2: Utfall av rettighetsklager hos Fylkesmannen 2017–2019, %-fordeling	51

Sammenheng

Suksess eller katastrofe? Utviklingstrekk etter rettighetsfesting av brukerstyrt personlig assistanse (BPA)

Rapporten beskriver sentrale utviklingstrekk ved brukerstyrt personlig assistanse (BPA) etter at ordningen ble rettighetsfestet i 2015. Rettighetsfestingen førte til at enkelte grupper med nedsatt funksjonsevne nå kan kreve av bostedskommunen sin å få tjenestene praktisk og personlig bistand organisert som BPA dersom timebehovet er omfattende. Vi omtaler først hovedfunn før vi oppsummerer funn for rapportens ulike problemstillinger.

Ser man på kostnader for kommunene, er BPA er en liten tjeneste sammenlignet med andre tjenester innen helse- og omsorgssektoren. Hvor godt man oppfatter at ordningen fungerer vil avhenge av hvem man spør. I dette prosjektet har vi ikke hentet inn synspunkt fra brukerne. En tidligere evaluering gjennomført for Helsedirektoratet (Ervik m.fl. 2017), viste at mange brukere er godt fornøyde med ordningen. I et brukerperspektiv vil ordningen dermed gjerne fremstå som en suksess ved å fremme samfunnsdeltakelse og selvstendighet, selv om både brukere og organisasjoner etterlyser en rausere tildelingspraksis.

Hverken organisasjoner som representerer brukere eller kommunesektoren vil imidlertid entydig karakterisere ordningen som en suksess eller katastrofe. Forskergruppen bak denne rapporten, som analyserer visse utviklingstrekk etter rettighetsfestingen, har tidligere betegnet rettighetsfestingen som en betinget suksess. Utviklingen i antall brukere og tildelte timer de siste årene tilsier en lignende konklusjon. BPA-brukere har i gjennomsnitt høyere timetall enn i sammenlignbare tjenester. Rapporten dokumenterer en økning i kostnadene knyttet til ordningen. Flere kommuner opplever det som problematisk. Det er fortsatt slik at variasjon i tildelingspraksis og klagesaksbehandling kan tyde på at regelverk ikke oppleves som klart nok. BPA-ordningen har en spenning mellom å fremme uavhengighet og brukerstyring, og samtidig sikre likhet mellom brukergrupper innenfor og utenfor ordningen. I tillegg må kommunene sikre kostnadskontroll for helse- og omsorgstjenestene der BPA inngår. Askheim (2019) har hevdet at denne spenningen blir mer fremtredende jo mer etablert ordningen blir.

En eventuell flytting av ansvar for BPA fra kommune til stat kan bøte på flere utfordringer ved ordningen i dag, men ikke alle, og kan samtidig medføre nye utfordringer. Statlig ansvar vil kunne gi større grad av likhet og mindre forskjellsbehandling, men kan samtidig gi mer standardisering og dermed mindre tilpasning til individuelle behov. Ulike forventninger til ordningen fra brukere og forvaltning er sannsynligvis en viktig grunn til at ulike aktører har så forskjellige syn på hvordan ordningen bør fungere, og det er derfor grunn til å tro at ordningen vil være omstridt også i årene fremover.

I rapporten har vi brukt offisielle registre som IPLOS og KPR for data om antall BPA-brukere, timetall, diagnoser m.m., og fra Nestor for omfang og utfall av klagesaker. I tillegg har vi intervjuet informanter i utvalgte kommuner, fylkesmannsembeter, organisasjoner, KS (Kommunesektorens organisasjon), Pasient- og brukerombudet og Fagforbundet. Vi har også hatt nytte av en survey som KS gjennomførte i 2019 og gjorde tilgjengelig for dette prosjektet. Rapporten svarer på følgende problemstillinger (uthevet):

Hvordan har rettighetsfestingen påvirket antall brukere og omfanget av BPA-vedtak?

Ved inngangen til 2014 var antall BPA-brukere 3014, og ved utgangen av 2019 hadde tallet steget til 3600. Den prosentvise veksten på 20 % i femårsperioden etter rettighetsfestingen var ikke vesentlig større enn i femårsperioden før (19 %). Selv om den prosentvise veksten er forholdsvis

høy, ligger en vekst på ca. 600 brukere betydelig under anslagene som ble estimert i forbindelse med forarbeidet til rettighetsfestingen. Når det gjelder antall tildelte BPA-timer, er utviklingen en annen enn for antall brukere. Samlet antall timer gitt mellom 2014 og 2018 økte med 47 %. Gjennomsnittlig timetall per uke per bruker har økt fra 22,9 timer i 2009 til 36,6 i 2019. En forsiktig konklusjon er at rettighetsfestingen ikke har resultert i vesentlige endringer i antall brukere som får sitt tjenestetilbud organisert gjennom BPA-ordningen, men at antallet timer brukerne får tildelt (i gjennomsnitt) har hatt en betydelig vekst etter rettighetsfestingen. Kommuneinformantene avviser at økningen i timetall etter 2015 har sammenheng med rettighetsfestingen alene, og peker i stedet på at timetallet har økt i takt med at brukerne har fått økt behov for bistand over tid.

Hvordan har kostnadsutviklingen for kommunesektoren som følge av ordningen vært?

Veksten i kostnadene er rundt 56 % i perioden 2014–2018. Kostnadsveksten drives i hovedsak av en sterk vekst i antall timer tildelt gjennom ordningen. Nivået på kostnadsveksten i kroner er naturligvis avhengig av lønnskostnadene som legges til grunn. Veksten varierer fra 1,146 milliard kroner i «lavkostnadsalternativet» til 1,262 milliarder kroner i «høykostnadsalternativet», en differanse på rundt 116 millioner kroner.

Kostnadsutviklingen er drøftet med utgangspunkt i den observerte timetallsøkningen og data om gjennomsnittlige lønnskostnader per time for assistenter (timelønnsatser inklusiv sosiale utgifter). Lønnsatsene er hentet fra intervjuer med kommuneinformanter og fra en undersøkelse KS rettet mot et utvalg større kommuner i 2019. Det er stor spredning i rapporterte timekostnader. I tillegg kommer at noen kommuner bare bruker egne ansatte, noen bruker bare private mens andre kommuner bruker begge deler. Kommunes egne timesatser er lavere enn prisen på tjenestekonsesjonsordninger.

Vi har funnet store forskjeller i gjennomsnittlig timetall i kommunene. Med utgangspunkt i data fra de største kommunene, der sammensetningen av potensielle brukere er relativt lik, ser vi at den «rauseste» kommunen gir gjennomsnittlig 2886 timer per bruker i året, mens den «mest tilbakeholdne» gir 1566. Det er imidlertid ikke alltid at de kommunene som framstår som «tilbakeholdne» i timetall, er tilbakeholdne med hensyn til vekst i antall brukere. Det kan tenkes at kommuner som har lavt gjennomsnittlig timetall oftere gir BPA til brukere som ikke tilfredsstiller rettighetsfestingens krav om et timebehov på 32 timer eller mer per uke, mens de som har høye gjennomsnittstall i mindre grad gir BPA til brukere som ikke tilfredsstiller rettighetskriteriene.

Uansett kan disse tallene ses som uttrykk for ulike prioriteringer. «Rause» kommuner kan heve listen for hva som oppfattes som gode og akseptable BPA-ordninger blant eksisterende og mulige brukere av ordningen. Det problematiske med smitteeffekter er at de kommunene som oppfattes som «tilbakeholdne» tildeler BPA-retten og leverer timetall i henhold til det man oppfatter rettighetsfestingen åpner opp for. De kommunene som «hever listen» kan på sin side oppfatte det på samme måte. I så måte er en av hovedutfordringene med rettighetsfestingen av BPA at oppfatningen av hva rettighetsfestingen skal innebære spriker, både blant de som administrerer ordningen i kommunene, blant politikere lokalt og nasjonalt, og mellom brukere. Brukere kan dermed ende opp med å ha vidt forskjellige forventninger, og krav, til ordningen.

Hvilke diagnoser har BPA-brukerne?

Diagnoser i tilknytning til lidelser i nervesystem og muskel-skjelett er de hyppigst forekommende blant brukerne. Tallene tyder på at mange brukere har flere lidelser. Det må derfor antas at det finnes BPA-brukere med til dels alvorlige og sammensatte lidelser, noe som naturlig nok også vil kunne påvirke timetallsbehovet. En stabil andel på i underkant av 40 % av brukerne har omfattende bistandsbehov.

Erfarer kommunene at BPA gis i likt omfang som sammenlignbare helse- og omsorgstjenester?

Kommuneinformantene hevder å tilstrebe lik utmåling av timer til BPA-brukere som for brukere av ordinært organiserte tjenester. Likevel tilkjenner de at BPA-brukere i gjennomsnitt har høyere timetall. Informantenes forklaringer er dels at BPA-brukere i gjennomsnitt er yngre enn brukere av ordinære tjenester, og derfor har et høyere aktivitetsnivå som igjen gir høyt timetall. De påpeker også at BPA-brukere oftere har mer omfattende behov enn mottakere av ordinære tjenester, og at det er vanskelig rent praktisk å få til gode BPA-ordninger dersom ukentlig bistandsbehov er lavt. BPA-brukere framstår dessuten som relativt ressurssterke og får god hjelp av interesseorganisasjoner og private leverandører til å argumentere for høyt timetall. Det mest utfordrende ved ordningen synes å være uklarheter rundt hva BPA-ordningen skal være. Det er vanskelig å kombinere idealet om at ordningen skal gi mulighet for mer uavhengige liv og samtidig skulle utmåle timer på samme måte som for tradisjonell tjenesteorganisering.

Gir kommunen BPA til brukere som har heldøgns bo- og omsorgstilbud?

Kommunene hvor vi har gjort intervju har hatt få søknader om BPA for personer som bor i samlokaliserte boliger med felles bemanning, og har derfor begrenset erfaring knyttet til dette. Kommunene oppgir å vurdere søknader fra personer i slike boformer på lik linje med andre som ikke bor på institusjon, men mange ser for seg problemer knyttet til overlappende tjenestetilbud og ressursløsning.

I hvilken grad er bruk av velferdsteknologiske løsninger en aktuell problemstilling i kommunene når timebehov skal vurderes?

Bruk av velferdsteknologi kan inngå i kommunal forvaltnings vurdering av timetildeling, slik at bruk av teknologiske løsninger kan redusere den tildelte timemengden gitt at forsvarlighetskravet fortsatt er innfridd. Kommunene i vår undersøkelse har ulik erfaring med bruk av velferdsteknologi, slik at problemstillinger rundt teknologi og timetallsvurdering for BPA er varierende. Velferdsteknologi har så langt liten innvirkning på utmåling av BPA.

Hva vektlegges i Fylkesmannens vurderinger ved evt. omgjøring av vedtak?

Det relative omfanget av klagesaker for BPA-ordningen (4,5–5,7 %) er høyere enn klageomfanget samlet for helse- og omsorgstjenester (<1 %) i perioden 2012–2018. De vanligste årsakene til klager er manglende eller lav tildeling av timer. Kommunenes avgjørelser blir stadfestet i de fleste sakene. Der vedtakene ikke stadfestes, varierer det mellom embedene mht. om sakene blir opphevet med tilbakesendelse og ny behandling av kommunen, eller om det gis endringsvedtak der bruker får helt eller delvis medhold. Videre er det forskjeller i hva ulike fylkesmenn vektlegger når det gjelder hva slags bistand som bør inngå, f.eks. med hensyn til aktivitet utenfor hjemmet. I noen grad kan dette være et resultat av at embedene vektlegger ulike rettskilder i klagesaksbehandlingen, og at de i liten grad samarbeider for å oppnå mer likebehandling.

Pasient- og brukerombudet (POBO) er også intervjuet om klager. POBO knyttet variasjon mellom kommuner i håndteringen av BPA-saker til kultur- og holdningsforskjeller. Det vide «mandatet» for ordningen gitt av Stortinget skaper utfordringer for kommuner med omsyn til å avgjøre hva som gir tilstrekkelig bistand for å sikre likestilling.

Til sammen kan dette tyde på at klagebehandlingen i begrenset grad sier noe om tilstanden i kommunene, men mer om et uklart regelverk som åpner opp for problematiske forskjeller.

Hva vil være konsekvensene av å flytte BPA ut av ansvarsområdet til kommunene og inn i statlig lovverk, f.eks. som en standardisert tjeneste eller ytelse fra NAV?

Konsekvenser av å gi staten ansvar for BPA vil avhenge av hvordan ordningen blir organisert og administrert av staten. Det er sannsynlig at statlig ansvar vil medføre økt grad av standardisering og dermed større likhet i tjenestetilbudet over hele landet. Dette trenger imidlertid ikke være til fordel for brukerne, fordi standardisering kan gå bekostning av individuelle behov. En gruppe som kan tape på dette, er brukere som ikke oppfyller minstekrav for timebehov til å ha rett på ordningen.

Andre mulige konsekvenser av statlig ansvar er at det blir likere tjenesteinnhold uavhengig av geografi, mindre fokus på helse og mer på samfunnsdeltakelse, og at det blir færre konflikter og mindre uenighet rundt praktiseringen av BPA. Samtidig er det ikke sikkert at forventninger om en rausere statlig tildelingspraksis vil bli oppfylt. Med statlig ansvar for BPA kan det dessuten oppstå insentiv til å flytte kostnader fra kommune til stat, og kommunen vil kanskje ikke se tjenester i sammenheng på samme måte som når BPA er en kommunal ordning. Resultatet kan bli en mindre fleksibel ordning.

Kommunen vil redusere sine utgifter dersom staten overtar ansvar og finansiering. Om kostnadene totalt sett vil øke avhenger av flere forhold, bl.a. om tildelingspraksis endres.

Summary

Success or disaster? Developments following the establishment of the statutory right to user-controlled personal assistance (UPA)

The report describes key developments in user-controlled personal assistance (UPA) after the right to UPA was established by law in 2015. UPA is an alternative way of organizing the (conventional) municipal services of practical and personal assistance, and the new legislation meant that some groups with disabilities could now claim the right to have these services organized and delivered as UPA when the need for assistance is comprehensive. We first comment upon overall findings before presenting results for individual questions.

UPA is a small service compared to other services in the health and care sector. Whether UPA is described as a success or disaster depends on who you ask. This report does not include user interviews, but earlier research by Ervik et al. (2017) has shown a high level of user satisfaction. Although user organizations demand a more generous level of spending, from a user perspective UPA contributes importantly towards independent lives and participation in community life.

While the UPA-scheme is contested, neither organizations representing users, nor the municipal sector will unequivocally characterize the scheme as a success or a disaster. The research group behind this report has previously described the statutory right to UPA as a conditional success, and the development in the number of users and allocated hours in recent years indicates a similar conclusion. In addition, it is still the case that variation in allocation practice and in the considerations of appeals, may indicate that regulations are not considered clear enough. UPA-users on average are provided more hours than in comparable health and care services. The data analyzed here document a significant increase in costs, which several municipalities find problematic.

A potential transfer of responsibility for UPA from municipality to state can remedy several challenges with the current scheme but can also lead to new ones. State responsibility is e.g. likely to provide a greater degree of equality and less unequal treatment but can at the same time lead to increased standardization at the expense of individual needs. Different expectations from users and municipalities can probably explain some of the diverging views on how UPA works. Inherent tensions in the UPA scheme have not disappeared as the scheme is becoming more established (Askheim 2019).

In the report, we have used official data registers such as IPLOS and KPR for data on the number of UPA users, hours, diagnoses, etc., and Nestor for the scope and outcome of complaints. In addition, we draw on interviews with informants in selected municipalities, county governors' offices, interest groups, KS (the Norwegian Association of Local and Regional Authorities), the patient and user ombudsman and a trade union. We have also benefited from a survey that KS conducted in 2019 and made available for this project.

The report answers the following questions (in bold):

How has the statutory right affected the number of users and the scope of UPA decisions?

At the beginning of 2014, the number of UPA users was 3014, and by the end of 2019, the number had risen to 3600. A growth of 20 % after the introduction of the statutory right does not represent a clean break with the 19 % growth seen in the five-year period prior to 2015. Although the percentage growth is quite high, the growth of approx. 600 users is significantly below the estimates which were made in connection with the preparations for the establishment of rights.

The growth in the number of hours allocated, on the other hand, shows a sharp rise (47 %) in the period 2014–2018. The average number of hours per week per user has increased steadily from 22.9 hours in 2009 to 36.6 in 2019. A cautious conclusion is that the establishment of rights has not resulted in significant changes in the number of UPA users, but the number of hours allocated to users (on average) has increased significantly following the establishment of statutory rights.

The municipal informants reject that the increase in hours after 2015 is related to the establishment of rights alone. Instead, they point out that the number of hours has increased as users have needed more assistance over time.

The development of UPA-related costs for the municipal sector

The growth in costs in the years 2014–2018 is around 56 %. Costs are largely driven by growth in allocated hours, which increased by 47 % in the period. Depending on the wage costs per hour, costs increased by 1,146 billion kroner in a «low cost scenario» to 1,262 billion kroner in a «high cost scenario».

In this report, the cost development is calculated on the basis of observed increases in hours and on data on hourly labour costs for assistants (including social expenses), which we have obtained from interviews with municipal officers and from a survey conducted by KS in 2019. The large spread in hourly wage rates complicates the cost assessments, as does the fact that some municipalities solely use their own employees for UPA services, other municipalities only use private providers, while yet other municipalities use both private and municipal providers. Municipal hourly wage rates are somewhat lower than the wage rates municipalities negotiate with private providers.

We have found large differences in the average number of hours in the municipalities. Whereas the "most generous" of the largest municipalities provides an average of 2886 hours per user per year, the "most reserved" gives 1566. However, it is not always true that the municipalities that appear to be "reserved" in hours are reserved regarding growth in the number of users. It may well be that municipalities with low average hours more often give UPA to users who do not meet the required number of hours needed for the unconditional right to UPA, while those with high average numbers to a lesser extent give UPA to users who do not meet this criterion.

In any case, these figures can be seen as expressions of different priorities. Generous municipalities can raise the list for what is considered a good and acceptable UPA scheme among existing and potential users of the scheme around the country. The problem with contagion effects is that the municipalities that are perceived as "reserved" assign the right to UPA and deliver hours in accordance with what they perceive the scheme opens up for. The same can be said for municipalities that "raise the list". One of the main challenges with the establishment of a right to UPA, is thus that the perception of what the scheme should entail differs, both among the local authorities that administer the scheme, among politicians locally and nationally, and between users. It is therefore no wonder that users end up with very different expectations, and requirements, for the scheme.

What diagnoses do UPA users have?

Diagnoses in connection with disorders of the nervous system and musculoskeletal system are the most common among the users in the sample. The figures indicate that many users have several, partly serious and complex disorders, which will result in the need for a high number of hours. Close to 40 % of UPA users have comprehensive needs for assistance.

Do the municipalities experience that hours are equally provided to UPA as to comparable health and care services?

The municipal informants claim to strive for the same measurement of hours for UPA users as for users of ordinary services. Nevertheless, they declare that UPA users on average are provided more hours. Their own explanations are partly that UPA users on average are younger than users of ordinary services. Hence, they have a higher level of activity, which in turn results in more hours. Furthermore, UPA users generally have more extensive needs than recipients of ordinary services do, and if the weekly need for assistance is low, it is difficult to find a workable way of organizing UPA. UPA users also appear to be relatively resourceful, and they benefit from interest groups and private UPA suppliers who help them argue for more hours.

The most challenging part of the scheme seems to be ambiguities about what the UPA scheme should cover. Informants find it difficult to gauge UPA hours on equal terms with ordinary services as long as the latter is restricted to providing sound health- and care services while the aim of the UPA scheme is to give users the prospects of more independent lives and to participate in community life.

Does the municipality provide UPA to users who have round-the-clock and care services?

Municipalities in our study have had limited experience of providing UPA to people living in co-located homes with shared staffing. Municipal representatives say they will consider applications from people living in such housing facilities on an equal footing with other users who do not live in an institution. The municipalities envisage problems related to overlapping services and a waste of labour resources.

To what extent is the use of welfare technology an issue when hourly needs are to be assessed?

The use of welfare technology can be included in the assessment of hours and can thus reduce the number of hours allocated. The municipalities in our study seem to have different experiences with the use of welfare technology, so issues related to technology and assessment of hours for UPA vary. Welfare technology so far has limited importance in the assessment of hours.

What is emphasized in the County Governor's assessments when reversing a decision?

For the period 2012–2018, the relative scope of complaints for the BPA scheme (4.5–5.7 %) was higher than the total scope of complaints for health and care services (<1 %). The most common reasons for appeals are lack of allocation or low allocation of hours. The municipalities' decisions are confirmed in most cases. Where the user's appeal is fully or partially upheld, the offices differ regarding whether the cases are canceled and returned to the municipalities for reprocessing, or whether changes are made to the decision given by the municipality. We find that these judgements have changed within the same office over time. Furthermore, when it comes to what should be included in UPA, e.g. about activity outside the home, there are variations in what different county governors emphasize. To some extent, this may be a result of offices emphasizing

different sources of law in their work, and that there is minimal cooperation between them to ensure equal judgement.

The patient and user ombudsman linked the variation between municipalities in the handling of UPA cases to cultural and attitudinal differences. The broad "mandate" for the scheme given by the Storting creates challenges for municipalities with regard to deciding what provides sufficient assistance to ensure equality with non-disabled persons.

All in all, this may indicate that the complaints speak less of the situation in the municipalities and more of unclear regulations that open up for problematic differences.

What will be the consequences of moving the responsibility for UPA from the municipalities to the state, e.g. as a standardized service or an allowance from NAV?

The consequences of giving the responsibility for UPA to the state depend on how the state will organize and administer the scheme. Nevertheless, it is likely that state responsibility will lead to an increased degree of standardization and thus greater equality in the service provision across the country. This is not necessarily to the benefit of the users because standardization would also mean less attention to individual needs. Users who do not meet the requirements, e.g. those who do not meet the minimum requirements for hourly requirements to be entitled to the scheme, may lose out if the UPA scheme is handed over to the state.

Potential benefits of the state taking over the responsibility are that the service content becomes less dependent on where the users live, less focus on healthcare and more on community participation, and fewer conflicts and disputes about the ways in which UPA is practiced. Potentially negative consequences are that the state will not necessarily be more generous in its allocation practice and that state responsibility for UPA may be an incentive to move costs from municipality to state. Furthermore, the state will not have the same ability as the municipalities to see different services in context. The result can be a less flexible scheme.

Regarding costs, the municipality will reduce its expenses if the state takes over the responsibility and the financing. Whether the overall costs will increase depends on several factors, e.g. whether the allocation practice will be significantly different from the current practice.

1. Innledning

Denne rapporten presenterer ny kunnskap om brukerstyrt personlig assistanse (BPA) fremskaffet i et prosjekt finansiert av Kommunesektorens organisasjon (KS). Helse- og omsorgstjenesteloven forplikter kommunen til å tilby BPA. BPA kan kort beskrives som:

(...) en alternativ måte å organisere tjenestene praktisk og personlig bistand (personlig assistanse) på for personer med nedsatt funksjonsevne og stort behov for bistand i dagliglivet, både i og utenfor hjemmet. Målet er å bidra til at personer med bistandsbehov får et aktivt og mest mulig uavhengig liv til tross for funksjonsnedsettelse (Helsedirektoratet, 2015: 7).

BPA ble rettighetsfestet i 2015. Et nytt rundskriv ble tilgjengelig i desember 2015, og enkelte grupper kan nå kreve å få tjenester organisert som BPA. Rettighetsfestingen omfatter ikke helsetjenester. Praksis og lovanvendelse varierer mellom kommuner og fylkesmenn. En av utfordringene ved BPA er nettopp forholdet mellom lik praksis og kommunalt selvstyre, og et kjennetegn ved rettighetslovgivning er ifølge Kjørstad at: «Kommunenes og fylkeskommunenes økonomiske handlefrihet, deres autonomi og det kommunale selvstyret er blitt innskrenket. Kommunene og fylkeskommunene framtrer i større grad som administratorer av statlig politikk og regelverk enn som selvstendige lokale politiske aktører» (2003: 342). Ordningen har vært omstridt både før og etter rettighetsfestingen, og et utvalg er nedsatt av regjeringen for å vurdere ordningen. Rapporten deres kommer etter planen sommeren 2021.

Sentralt i forskningsprosjektet, og for denne rapporten, er å beskrive utviklingen i kostnader ved og organisering av ordningen etter rettighetsfesting, samt å vurdere mulige fremtidige løsninger. Rapporten gir slik oppdatert kunnskap om viktige problemstillinger knyttet til BPA, og utfyller tidligere forskning.

I rapporten diskuterer vi følgende problemstillinger:

1. Har innføring av rettighetsfesting endret antallet brukere med BPA?
2. Har innføring av rettighetsfesting endret omfanget av BPA-vedtak?
3. Hvordan har kostnadsutviklingen for kommunesektoren som følge av ordningen vært?
4. Hvilke diagnoser har BPA brukere?
5. Erfarer kommunene at BPA gis i likt omfang som sammenlignbare helse- og omsorgstjenester?
6. Gir kommunen BPA til brukere som har heldøgns bo- og omsorgstilbud (f.eks. bofellesskap, sykehjem)?
7. I hvilken grad er bruk av velferdsteknologiske løsninger en aktuell problemstilling i kommunene, når timebehov skal vurderes, og hvilke velferdsteknologiske løsninger blir det i så fall henvist til og benyttet?
8. Hva vektlegges i Fylkesmannens vurderinger ved evt. omgjøring av vedtak?
9. Hva vil være konsekvensene av å flytte BPA ut av ansvarsområdet til kommunene og inn i statlig lovverk, for eksempel som en standardisert tjeneste eller ytelse fra NAV?

Problemstillingene undersøkes ved hjelp av et bredt sammensatt datamateriale, som omfatter dokumentanalyse, registerdata, intervjudata og aggregerte data på kommunenivå. I neste kapittel gir vi en kunnskapsoppsummering basert på tidligere studier og forskning. I kapittel 3 gir vi en gjennomgang av metode og data som danner grunnlag for rapporten. I de påfølgende kapitlene følger analysen av de ni problemstillingene listet over. Hovedfunn er oppsummert i sammendrag på norsk og engelsk. I appendiks presenterer vi kort en undersøkelse gjennomført av KS i 2019.

2. Kunnskapsoppsummering

2.1. Innledning: litteratursøk og avgrensning

I denne kunnskapsstatusen oppsummerer vi viktige funn i tidligere forskning for prosjektets problemstillinger. Det betyr for eksempel at vi ikke går inn på tema som brukererfaringer og assistentrollen (se f.eks. Neumann og Gundersen 2019, Ervik, Kjerstad, Lindén og Rubecksen 2017 eller Guldvik, Christensen og Larsson 2014 for dette temaet), spesifikke brukergrupper (se f.eks. Jenhaug og Askheim 2018 om barnefamilier) eller tjenesteleverandører (se f.eks. Andersen, Hugemark og Bjelke 2014). Utgangspunktet for oppsummeringen er søk på *brukerstyrt personlig assistanse* i bibliotekssøketjenesten Oria, supplert med enkelte publikasjoner som ikke er registrert i Oria. Fremstillingen er i hovedsak avgrenset til fagfellevurderte artikler, bøker og forskningsrapporter som omhandler Norge og/eller nordiske land. Hovedvekt er lagt på norskspråklige utgivelser etter rettighetsfestingen i 2015. Askheim (2013) gir en god kunnskapsstatus for studier frem mot rettighetsfesting i 2015, mens Askheim (2019) også oppsummerer nyere forskning.

2.2. Rettighetsfesting: timetildeling og antall brukere

For spørsmålet om *rettighetsfesting har endret omfanget av BPA-vedtak* viser tidligere forskning at antall BPA-vedtak har økt etter rettighetsfesting, og særlig gjelder dette for eldre brukere (over 67 år) og barn og unge (under 18) (Ervik m.fl. 2017). Imidlertid er økningen mindre enn Helse- og omsorgsdepartementet hadde forventet. Kostnadene for kommunesektoren kan likevel være betydelige. Også Agenda Kaupang (2017), som bygger sin undersøkelse på tall fra Kostra, viser til en økning i antall brukere i årene 2014–2016 for utvalget av kommuner i undersøkelsen.

2.3. Kostnadsutvikling

Kostnadsutvikling er først og fremst belyst i rapporter. Evalueringen bestilt av Helsedirektoratet, gjennomført av Uni Research Rokkansenteret (Ervik m.fl. 2017), bygger på en enkel kostnadsanalyse med tall for 2015 og 2016. Med utgangspunkt i en samlet timetallsendring for BPA for alle kommunene ble det beregnet at dette medførte kostnadsøkning på om lag 260 millioner samlet for de to årene. Timesatsene som ble benyttet i utregningene ble innhentet fra kommuner som inngikk i en egen survey med utvalgte kommuner. Denne evalueringen slår samtidig fast at kommunal ressursbruk i BPA-ordningen bør undersøkes nærmere. Evalueringen ble gjennomført kort tid etter rettighetsfestingen, og datagrunnlaget var derfor begrenset.

Agenda Kaupang (2017) finner i sin undersøkelse av perioden 2014–2016 også en økning i utgifter til BPA-ordningen. Begge undersøkelsene understreker at anslagene er usikre, og at det har vært utfordrende å innhente kostnadsdata fra kommunene. Interesse- og brukerorganisasjoner har hevdet at kommunene strammer inn tildelingspraksis, bl.a. med økt kontroll med hva tildelte timer brukes til og med restriksjoner på reiser (Ervik m.fl. 2017). Møen (2018) og Askheim, Andersen og Guldvik (2017: 34) hevder også at norske kommuner har forsøkt å stramme inn hvilke tjenester som kan utføres av assistenter i BPA-ordningen.

Når det gjelder kostnader viser Askheim, Andersen og Guldvik (2015: 19) til flere studier som sier at BPA-ordningen reduserer behov for hjemmehjelp, hjemmesykepleie og støttekontakt, men også

at timetallet øker når tjenestene gis i form av BPA. I hvilken grad kommunene kan redusere kostnader ved hjelp av BPA er derfor vanskelig å slå fast.

Vista Analyse har vurdert kostnader og gevinster ved BPA-ordningen i et oppdrag gjennomført for Uloba (Rasmussen og Strøm 2018). Forfatterne sammenligner kostnader med BPA og andre kommunale helse- og omsorgstjenester, og finner at BPA er kostnadseffektiv og ressursbesparende. Rapporten fra Vista analyse har en bred tilnærming, og ser bl.a. på forhold som arbeidsdeltakelse for brukere og familiemedlemmer, deltagelse i studier og bruk av helsetjenester, samt forhold som vanskeligere kan måles rent økonomisk, som samfunnsdeltakelse og livskvalitet. Kostnadsgjennomgangen fra Vista Analyse bygger på offentlig tilgjengelig informasjon og ikke egne undersøkelser eller registerdata. Forfatterne understreker at et mer omfattende datamateriale vil være nødvendig for å gi enda mer presise kostnadsvurderinger.

2.4. Tildelingspraksis: sammenlignbare helse- og omsorgstjenester

Hvorvidt BPA gis i samme omfang som tjenestetilbudet ville vært ved å organisere tjenestene på en annen måte, er et tema som diskuteres mer generelt i omsorgsforskningen. Gautun (2018) har stilt spørsmål ved om eldre nedprioriteres i pleie- og omsorgssektoren til fordel for unge brukere av for eksempel BPA.¹

Gautun knytter dette til forståelsen kommunalt ansatte har av ulike gruppers behov, og hvordan dette påvirker tjenestetildeling. Hun bruker BPA som et eksempel på at mål som tilpasset arbeid, utdanning og sosiale aktiviteter kan være med å forklare hvorfor unge og eldre brukere får ulike tjenester. Ervik m.fl. (2017) peker på at rundskrivet fra 2015, som utdyper rettighetsfestingen, kan oppleves som delvis motstridende i sin vektlegging av samfunnsdeltakelse og livskvalitet samtidig som timetildeling skal være som i tradisjonelle tjenester. I rapporten fra Agenda Kaupang pekes det på motstridende forventninger mellom brukerstyring og at tjenesteomfanget ikke skal være annerledes enn ved kommunal tjenesteyting (2017: 19). I rapporten framgår det at kommunalt ansatte mener BPA-brukere oppfatter at deres tjeneste skiller seg fra andre tjenestetyper, og at det medfører en fare for forskjellsbehandling.

Gabrielsen (2011: 2) viser at 45 prosent av BPA-brukerne også mottar hjemmesykepleie, som er den vanligste tilleggstjenesten, mens ordinær praktisk bistand som renhold o.l. mottas av 25 prosent av BPA-brukerne. Ifølge Askheim, Andersen og Guldvik (2015: 7) viser ulike undersøkelser at 40–45 prosent av BPA-brukerne mottar andre tjenestetilbud enn BPA, og at dette ofte er medisinske tjenester fra hjemmesykepleie. Trenden går imidlertid ifølge denne rapporten mot at BPA er eneste tjenestetilbud (Askheim, Andersen og Guldvik 2015: 7).

Forfatterne slår fast at BPA har medført flere timer enn andre kommunale tilbud (Askheim, Andersen og Guldvik 2015: 12). Rapporten peker på tidligere forskning som kan forklare hvorfor det er slik:

Guldvik og Andersen (2013) peker på fire forhold som synes å virke i retning av at BPA mottakere får mer omfattende hjelp enn de som mottar tradisjonelle tjenester. Det handler for det første om at brukerne får en individuell behandling ved at det skjer en grundig individuell kartlegging av hjelpebehov og som også medfører individuell tildeling (ikke standardisert). For det andre er ordningen kjennetegnet ved brukerinnflytelse. Det

¹ At rettighetsfestingen fra 2015 ikke omfattet personer over 67 år, har vært omstridt. Stortinget har nylig vedtatt at personer som er innvilget BPA har rett til å beholde ordningen også etter fylte 67 år.

vektlegges en dialog med bruker som omfatter at brukers ønsker og vurderinger tas hensyn til. For det tredje er det et bredere spekter man får hjelp til ved at det er snakk om tjenester både i og utenfor hjemmet. Endelig vil ordningens karakter medvirke til at det kan gis noe ekstra timer slik at det blir lengre vakter for assistentene og dermed større fleksibilitet i bruken av timene. (...) I tillegg kan alder synes å ha en betydning og at yngre og middelaldrende personer med funksjonsnedsettelse kan få mer hjelp enn eldre (Gautun mfl. 2012, Hamran og Moe 2013) (Askheim, Andersen og Guldvik 2015: 12).²

Ervik m.fl. (2017) finner et mindre entydig svar på tildelingspraksis. Flertallet av kommunene i undersøkelsen oppgir at BPA gir flere timer enn andre kommunale tjenester, men mange kommuner mener også at dette ikke er tilfelle.

Askheim, Andersen, Guldvik, Jenhaug og Begg (2014: 22) gir følgende vurdering basert på en dokumentanalyse av hvilke tjenester som skal inngå i BPA:

Samlet framkommer det en tydelig spenning mellom ideologiske målsettinger i form av mål som aktivitet, deltakelse og uavhengighet på den ene siden og en strengere økonomisk realisme på den andre. Tvetydigheten kan kanskje ses som utslag av en spenning mellom politisk nivå og administrativt nivå i departementet der administrativt nivå holder igjen, mens politikerne er opptatt av de ideologiske føringene som ligger i ordningen. Uansett har dette skapt et uklart bilde av hva BPA skal inneholde, og det har blitt overlatt til kommunene å spesifisere innholdet i de enkelte ordningene innenfor de rammene de har til rådighet.

Askheim m.fl. (2014) viser hvordan det stadig oppstår diskusjoner rundt hvilket innhold en BPA-ordning skal ha, og hvilke tjenester som ikke bør eller kan inkluderes. Askheim vurderer BPA som en suksess, og begrunner det med den høye brukertilfredsheten og hvordan ordningen fremmer uavhengighet og deltakelse. Askheim hevder samtidig at spenningene mellom ulike mål i ordningen nevnt ovenfor er blitt tydeligere jo mer etablert ordningen er blitt (2019: 30).

BPA kan tildeles brukere med *heldøgns bo- og omsorgstilbud*. Ervik m.fl. (2017) finner at veksten i antall BPA-brukere med avlastningstilbud ikke er spesielt sterk så langt. I litteraturen diskuteres heldøgns bo- og omsorgstilbud i liten grad.

2.5. Diagnoser

Spørsmålet om hvilke *diagnoser BPA brukere* har er ikke studert inngående i litteraturen vi har gått gjennom, og spesielt ikke etter rettighetsfestingen. Askheim, Bengtsson og Bjelke (2014: 11) oppgir følgende fordeling for 2010: 80 % bevegelsehemming (mobility impairments), 23 % sensoriske svekkelser (sensory impairments), 12 % psykisk utviklingshemming (intellectual impairments) og 19 % ervervet hjerneskade (acquired brain injuries). Artikkelen angir ikke eksplisitt hvorfor tallene overstiger 100, men årsaken må være at enkelte brukere har flere diagnoser. I en kort oversiktsartikkel utgitt av SSB finner Gabrielsen (2011) at BPA-brukere har større hjelpebehov sammenlignet med gjennomsnitt for mottakere av hjemmetjenester. Gabrielsen (2011: 20) avslutter den korte diskusjonen om hjelpebehov slik:

Dersom en sammenligner med alle brukere av hjemmesykepleie og praktisk bistand, som er tildelt tilnærmet samme tjenesteomfang som mottakere av BPA, er andelen personer

² Henvisninger til tidligere forskning m.m. vist til i sitat er ikke listet i denne rapportens referanseliste.

med nedsatt kognitiv og sosial fungering langt høyere. Dette bekrefter langt på vei at brukere av brukerstyrt personlig assistanse i hovedsak er en ung gruppe mennesker hvor relativt sterke fysiske funksjonshemninger er den dominerende faktoren bak tjenestene som mottas.

Askheim, Andersen og Guldvik (2015: 7) viser til forskningsrapporten til Johansen, Askheim, Andersen og Guldvik fra 2010, og sier at 80 prosent av brukerne er bevegelseshemmet, og 40 prosent har flere funksjonsnedsettelse. SSB-forskerne Haugstveit og Otnes (2017) har i en senere artikkel vist at det fremdeles er få eldre BPA-brukere. En viktig forklaring kan ifølge forskerne være at ordningen krever at brukerne selv evner å organisere nødvendig hjelp. Imidlertid viser Ervik m.fl. (2017) som nevnt over til en økning i brukere med kognitiv svikt, og brukerne av BPA utgjør en sammensatt gruppe.

2.6. Velferdsteknologi

BPA-ordningen, med sin en-til-en-utforming, kan bli ekstra utfordrende om antallet personer med behov for assistanse øker uten at tilgjengelig arbeidskraft nødvendigvis øker tilsvarende. Det aktualiserer velferdsteknologi, og i et lite omtalt punkt i rundskrivet heter det: «Dersom deler av personens bistandsbehov kan dekkes på en forsvarlig måte ved bruk av for eksempel velferdsteknologiske løsninger, kan dette tas med i vurderingen av timebehovet» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015: 3–4).

Spørsmålet om velferdsteknologi for BPA-brukere er imidlertid så vidt vi vet i liten grad tematisert i faglitteraturen. Vi har kun funnet et eksempel på statistikk hvor Gabrielsen (2011: 22) oppgir at rundt 30 prosent i denne brukergruppen har trygghetsalarm. Se Olsen og Søndergård (2019) for betydningen av velferdsteknologi mer generelt innen f.eks. helse, pleie og omsorg.

2.7. Klager til Fylkesmannen

Fylkesmannen (Fm) er klageinstans for brukere som ikke er fornøyd med kommunale vedtak om BPA. Undersøkelsen til Begg (2006), gjennomført omtrent ti år før rettighetsfestingen, er den mest grundige gjennomgangen til nå av konkrete klagesaker som kommer til Fylkesmannens behandling. Begg gikk gjennom rundt 40 % av klagesakene for årene 2001–2003. Hun oppsummerer blant annet at Fylkesmennene syntes å utvise stor forsiktighet med å overprøve kommunenes vurderinger, både når det gjaldt hvilke tjenester som var mest hensiktsmessige og nivået på tjenestene. Dette gjenspeilte seg i en relativt høy stadfestelsesprosent.

Askheim m.fl. (2014) diskuterer omfang og resultat av klager på BPA til fylkesmannen i tidsperioden 2001–2013, samt hvorvidt praksis varierer mellom embeter. Tilgangen på informasjon varierer i tidsperioden, og saksbehandlingssystemet Nestor (NETtbasert System for Tilsyn og Rettighetssaker), som gir god statistikk over klager, ble ikke opprettet før i 2012. Askheim m.fl. (2014: 110–111) finner stor variasjon i antall klager mellom embeter, men samtidig at det har gått mot mindre svingninger fra år til år og færre klager. Klageomfanget for BPA målt i prosent av mottakere er høyere enn for sammenlignbare tjenester som støttekontakt og omsorgslønn i denne perioden (2014: 112). Resultat for klagene er bare tilgjengelig for 2012–2013, og mer enn to tredjedeler av klagene disse årene endte med stadfesting av kommunale vedtak (2014: 113). Rapporten gir ikke svar på hva som vektlegges i fylkesmennenes vurderinger ved (eventuelle) omgjøringer av vedtak.

Ervik m.fl. (2017) viser også at det relative antallet klager er vesentlig større for BPA enn samlet for andre helse- og omsorgstjenester. Videre viser rapporten at antall tildelte timer og manglende tildeling er de to viktigste grunnene til klager. Timetallsvurdering i forhold til behov og manglende innvilgning er ifølge samme rapport de viktigste årsakene til at fylkesmannen gir klager medhold.

2.8. Statliggjøring av ansvaret for BPA

Hvilke konsekvenser det kan få å flytte ansvaret for BPA-ordningen fra kommune til stat er i liten grad diskutert i tidligere rapporter og forskningspublikasjoner. Ervik m.fl. (2017) antyder at rettighetsfestingen, i alle fall etter de første (knappe) tre årene, ikke hadde nådd målet om større likebehandling mellom kommuner og at tildelingspraksis varierer mye etter kommune. Interesse- og brukerorganisasjoner gir i den evalueringen uttrykk for skepsis til tildelingspraksisen i kommunene. Ulik kommunal økonomi, ulike prioriteringer og ulik skjønnsutøvelse påvirker tildelingspraksis, hevdes det. Stor variasjon i tildelingspraksis er også påpekt av Pasient og brukerombud (se for eksempel årsmelding for Oslo og Akershus 2018). I Ervik m. fl (2017) formidler informantene at lokal fleksibilitet og tilpasning også kan slå heldig ut for brukerne. Denne evalueringen påpeker videre at statlig organisering ikke nødvendigvis gir mer likhet enn kommunal organisering, og at en slik endring kan gjøre ordningen mer rigid og formalistisk.

Brennan, Rice, Traustadóttir og Anderberg (2017) diskuterer hvilken betydning det har for implementering av nasjonale forpliktelser om funksjonshemmedes rettigheter at kommunenivået i Norge, Sverige og Island har så stort ansvar (riktignok noe ulikt utformet i de tre landene). Analysen viser bl.a. til forhold som kommunale finansieringsvanskeligheter, ulik tjenestetilgang, varierende tolkning av tjenestetilbud og utfordringer når brukere flytter mellom kommuner.

Selv om endring av ansvarsområde i liten grad diskuteres i litteraturen, kommer relevante forhold likevel frem. Askheim m.fl. (2014: 30) viser f.eks. hvordan det i diskusjonen forut for rettighetsfesting av BPA i 2015 ble diskutert om det å gi økte rettigheter for en gruppe kan gå på bekostning av grupper som ikke er omfattet av rettigheten. Man kan tenke seg en lignende utvikling dersom staten overtar ansvar for BPA.

Noen av bekymringene for mulige uheldige konsekvenser av rettighetsfesting fra brukernes perspektiv kan knyttes til en diskusjon om ansvarsforhold. Møen (2018) er f.eks. opptatt av hvordan sterkere individuell rett til BPA kan medføre mer kontroll og detaljstyring fra det offentlige side, og i denne sammenheng fra kommunen. Askheim, Andersen og Guldvik (2017) skriver om hvordan man i norsk debatt om rettighetsfesting har vært opptatt av å unngå den samme utviklingen som i Sverige, der et mer omfattende statlig finansieringsansvar, har medført betydelig økte utgifter etter styrkingen av individuelle rettigheter til BPA.

I sin diskusjon av statlig policyutforming gir Askheim m.fl. (2014: 31) videre en oppsummering av hvordan BPA har vært preget av uklare signal fra myndighetenes side, noe som har gitt kommunene utfordringer med å organisere og implementere denne ordningen:

Under de overordna ideologiske målformuleringene knyttet til BPA i form av deltakelse, aktivitet, uavhengighet og likestilling har den statlige politikken være preget av betydelig tvetydighet, motsetningsfylte signaler og vakling når det gjelder hvor bredt ordningen skal favne innholdsmessig, hvem som skal tilgodeses med BPA og hvilken vekt evnen til brukerstyring skal vektlegges. Det kan spores en tydelig spenning mellom en ideologisk argumentasjon som legger vekt på BPAs potensiale til frigjøring og deltakelse for

funksjonshemmede og en økonomisk argumentasjon som legger vekt på de kostnadsmessige sidene ved ordningen.

Askheim m.fl. (2014) diskuterer ikke dette ift. endring av ansvarsforhold, men de drøfter forhold som vil kunne påvirkes av en eventuell flytting av ansvar fra kommune til stat.

2.9. Oppsummering

- Norge er en spesiell kontekst å studere BPA i. Ifølge Brennan, Traustadóttir, Rice & Anderberg (2018) er nordiske velferdsstater foregangsland med hensyn til avinstitusjonalisering og brukerstyrt personlig assistanse, men en slik status kan være en hindring for ytterligere fremgang. Velferdstjenestene i disse landene er svært omfattende, og den etablerte tjenestemodellen kan gjøre at det kan bli vanskeligere å få gjennomslag for ytterligere reformer, som f.eks. økt brukerstyring og kontroll med tjenestene. Sett fra perspektivet til organisasjoner som jobber for BPA-brukernes interesser, er dette uheldig.
- Rettighetsfestingen i 2015 ser ut til å ha økt omfanget av BPA-vedtak i betydningen økt timetall, og ser også ut til å ha gitt en viss økning i antall personer med BPA.
- Kommunenes kostnader til BPA har økt etter rettighetsfestingen i 2015.³
- Tidligere forskning tyder på at BPA-brukere får tildelt flere timer enn brukere av sammenlignbare helse- og omsorgstjenester.
- Fysisk funksjonshemming peker seg ut som viktig årsak for å få BPA, men diagnoser og hjelpebehov diskuteres lite i litteraturen.
- Spørsmål knyttet til heldøgns bo- og omsorgstilbud eller velferdsteknologi er knapt diskutert i faglitteraturen.
- Antallet klager er vesentlig større for BPA enn samlet for øvrige andre helse- og omsorgstjenester. Dersom klager får medhold fra fylkesmannen, skyldes det ofte en for lav timetallsvurdering ift. behov og manglende innvilgning av søknad.
- Konsekvenser av å flytte ansvaret for BPA-ordningen fra kommune til stat tematiseres lite i litteratur om BPA. Likebehandling og mindre variasjon i tildelingspraksis er en mulig positiv endring, mens mindre lokal fleksibilitet er en mulig negativ endring.

Felles for alle disse spørsmålene er at de er interessante å belyse omtrent fem år etter rettighetsfestingen ble innført, og noen av spørsmålene er dessuten i liten grad belyst i tidligere rapporter og studier.

³ Vi kommer tilbake til en diskusjon av kostnadsutviklingen i kapittel 4, men nevner her at det er viktig å skille mellom det vi kan betegne som brutto kostnaden ved BPA og differansekostnadene. Sistnevnte er vanskelig å anslå, men representerer forskjellen mellom kostnadene ved ordinær tjenesteorganisering og organisering gjennom BPA. Brutto kostnaden bør i prinsippet justeres for differansekostnaden.

3. Datakilder og metode

I dette kapitlet redegjør vi kort for datakilder, utvalg av informanter, gjennomføring av intervju og utfordringer i datainnsamlingsprosessen.

3.1. Datakilder

Analysene i denne rapporten bygger på kvantitative og kvalitative data fra flere kilder. Følgende offentlige tilgjengelige dataregistre er brukt:

- IPLOS (Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk, SSB) for antall BPA-brukere og timetall pr kommune 2010–2016
- KPR (Kommunalt pasient- og brukerregister, Helsedirektoratet) for diagnoser, type tjenester, antall brukere og timetall pr kommune 2017–2019
- Nestor (NETTbasert System for Tilsyn og Rettighetssaker) for omfang og utfall av klagesaker til Fylkesmannen for BPA ordningen i perioden 2012 – 2019
- Surveybasert undersøkelse om BPA fra 2019, gjort tilgjengelig av oppdragsgiver (KS)

Videre har vi samlet inn egne data gjennom intervjuer med representanter fra:

- forvaltningen i 10 kommuner
- tre fylkesmannsembeter
- pasient- og brukerombudet (POBO) i Oslo og Akershus
- Uloba - Independent Living Norge (Uloba)
- Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO)
- KS-advokat
- Fagforbundet (FF)

I tillegg bygger analysene på innsikter fra forskningslitteratur og rapporter.

3.2. Utvelgelse av kommuner, fylkesmenn, pasient- og brukerombud og organisasjoner

Ti kommuner ble valgt ut på grunnlag av tre kriterier. For det første måtte de ha over 15 brukere for at erfaringene deres ikke skulle bli for nært knyttet til enkeltvedtak og enkeltpersoner. Deretter var vi ute etter variasjon i gjennomsnittlige antall timer per bruker; altså noen kommuner med lavt- og noen med høyt antall timer. Til slutt sørget vi for at alle landsdeler var representert.

Det første kriteriet utelukker i praksis landets minste kommuner. De 10 valgte kommunene har alle mer enn 15 000 innbyggere. Det er ikke usannsynlig at kommuner med få eller ingen BPA-brukere har andre erfaringer og utfordringer knyttet til BPA-ordningene enn de vi rapporterer her. Når det gjelder de mellomstore og store kommunene, er det grunn til å tro at undersøkelsen i rimelig grad gjenspeiler den kommunale hverdagen for denne kategorien kommuner. Et tegn på det var at selv om det var variasjoner i kommunens erfaringer, kom det ikke fram noe vesentlig nytt i de sist gjennomførte intervjuene sammenliknet med de første. Videre samsvarer funnene i denne undersøkelsen i stor grad med KS sin undersøkelse blant store kommuner i 2019 (KS 2019).

De tre fylkesmannsembetene ble valgt ut fra at de skulle være mest mulig ulike med hensyn til antall omgjøringsvedtak og innholdet i disse. Valget er basert på data fra Nestor. Pasient- og brukerombud (POBO) er representert i alle fylker. POBO Oslo og Akershus har det mest

omfattende antall saker som gjelder BPA, og har også lederfunksjonen i pasient og brukerombudskollegiet. Vi har derfor foretatt intervju med en representant for dette ombudet.

FFO og Uloba er to sentrale organisasjoner med mange medlemmer som er brukere av BPA. Fagforbundet er så vidt vi vet den eneste norske fagforeningen som organiserer personlige assistenter.

3.3. Gjennomføring av informantintervjuene

Til sammen er det gjennomført 18 informantintervjuer med representanter for kommuner, fylkesmannsembeter, organisasjoner og pasient- og brukerombudet i perioden mai–august 2020. Koronasituasjonen våren 2020 gjorde at den opprinnelige tidsplanen for gjennomføringen måtte forskyves. Vi måtte bytte ut tre av de opprinnelig valgte kommunene med tre andre som liknet mht. antall BPA-brukere, gjennomsnittlig timetall og beliggenhet. Til tross for utfordringer knyttet til koronasituasjonen, og at noen av kommunene nylig hadde vært gjennom omorganisering i forbindelse med kommunesammenslåinger, viste informantene stor velvilje og fleksibilitet.

Intervjuene ble gjennomført som videomøter eller telefonsamtaler med informanter som hadde særlig ansvar for og erfaring med BPA-spørsmål. I kommuneintervjuene var det ikke uvanlig at to-tre informanter deltok, ellers var det en-til-en-intervju. Intervjuene ble tatt opp og skrevet ut i etterkant.

Informantene fikk tilsendt intervjuguide på forhånd, og fikk slik anledning til å forberede seg. Intervjuguiden til kommuneinformantene inneholdt bl.a. spørsmål om utvikling i kostnader og timepriser for BPA-ordningen og sammenliknbare tjenester. Dette er spørsmål som vanligvis krever at informantene må finne fram opplysninger som de ikke nødvendigvis har selv, og vi åpnet derfor for at svarene på disse spørsmålene kunne ettersendes på epost. Alle kommuneinformantene uttalte at de skulle framskaffe disse tallene, gjerne med hjelp fra en økonomikonsulent. Til tross for etterlysninger har vi likevel ikke lyktes å innhente disse opplysningene for alle de ti kommunene. Mangler til tross; alle kommunene har oppgitt en gjennomsnittlig timepris, men hva som inngår i beregning av timeprisen er ikke alltid dokumentert. Vi merker oss at andre studier også har hatt utfordringer med å samle inn slike opplysninger (Ervik m.fl. 2017: 13–14; Agenda Kaupang 2017: 8; KS 2019).

Prosjektet er godkjent av NSD Norsk senter for forskningsdata AS.

3.4. Nærmere om analyse av kostnadsutviklingen

Analysene av kostnadsutviklingen baseres på data for perioden 2009–2019. Vi har benyttet IPLOS-data for å beskrive og analysere utviklingstrekk knyttet til antall brukere av BPA og antall tildelte timer. Analysene av kostnadsutviklingen er supplert med data fra 10 kommuneintervju samt KS egen undersøkelse rettet mot et utvalg større kommuner. Disse to undersøkelsene har gitt data om timekostnader, som vi har kombinert med nevnte IPLOS-data.

4. BPA-ordningen – noen sentrale utviklingstrekk

4.1. Innledning

I dette kapitlet redegjøres det for noen sentrale utviklingstrekk ved BPA-ordningen i Norge i perioden 2009–2019. Det empiriske grunnlaget som gjennomgangen bygger på, er hentet fra IPLOS. Data for perioden 2009–2016 er levert av Statistisk sentralbyrå (SSB), mens Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) har levert data for perioden 2017–2019. For noen av variablene som drøftingen tar utgangspunkt i, er det ikke tilgjengelig data for hele perioden. Vi har også begrensninger knyttet til «prikking», dvs. at vi ikke har tilgjengelig data der antall brukere eller kategori av brukere er fem eller færre i enkeltkommuner. Det samme kan være tilfellet for spesifikke variabler selv for større kommuner. Opplysningene om lønnskostnader, som ligger til grunn for kostnadsberegningene, er delvis hentet fra en undersøkelse gjennomført av KS (2019), og delvis fra egen intervjuundersøkelse (jf. kapittel 3).

4.2. Noen nasjonale hovedtall

En rapport utarbeidet av en bredt sammensatt arbeidsgruppe drøftet konsekvensene av rettighetsfestingen når det gjaldt mulige nye brukere av BPA og endringer i kostnader for kommunene, som følge av endringer i antall brukere (se Helse- og omsorgsdepartementet 2013–2014). I rapporten la man til grunn to vekstbaner for endringer i antall brukere. I alternativet med lav vekst, anslo man at antall brukere vil være 3516, 4219 og 6177 i henholdsvis 2015, 2016 og 2020. I alternativet med høy vekst, er antall brukere henholdsvis 5182, 6736 og 11737. Kostnadsestimatene mellom de to alternativene spriker derfor også betydelig. Merkostnadene for kommunene var anslått å øke med henholdsvis 1 og 10 milliarder kroner.

Tabell 1 viser at antallet brukere i løpet av de siste ti årene, hvorav fem av årene er etter innføringen av rettighetsfestingen i Norge, ikke har oversteget 4000 brukere per år. Antallet brukere varierer noe over tid, og dermed påvirkes også den årlige veksten. Den årlige veksten etter 2015 ligger på 4–5 %. Veksten fra utgangen av 2014 til utgangen av 2019 er på rundt 20 %. Veksten i perioden før rettighetsfestingen, fra utgangen av 2009 til utgangen av 2014, er ca. 19 %.

Det er verdt å gjøre oppmerksom på en relativt stor feil i IPLOS-datamaterialet. Det framgår av SSB sin Statistikkbank at Ålesund kommune har hatt en stor nedgang i tallet på mottakere av BPA, fra 166 i 2017 til 33 i 2018. SSB skriver at 2018-tallet er korrekt. Ålesund hadde reelt 53 brukere i 2014 og 47 i 2015. Antallet brukere i 2016 var også for høyt. Dette gjør at antallet BPA-brukere for landet som helhet også var for høyt i 2016 og 2017. Nedgangen i antall brukere fra 2017 til 2018 er dermed heller ikke reell. Samtidig betyr det at veksten fra 2015 til 2016 og veksten fra 2016 til 2017 rapportert i tabell 1 er for høy.

Tabell 1: Antall BPA brukere per 31.12.⁴ Årlig vekst i antall brukere per 31.12. 2009–2019.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Antall BPA brukere	2540	2670	2905	2890	2888	3014	3146	3330	3509	3462	3604
Vekst fra året før		5,1 %	8,8 %	-0,5 %	-0,0 %	4,4 %	4,4 %	5,4 %	5,1 %	-1,3 %	4,1 %

Kilde: SSB, Statistikkbanken.

En mulig forklaring av at rettighetsfestingen i Norge ikke har resultert i en mer markant økning i antall brukere sammenliknet med utviklingen før rettighetsfestingen, kan være måten ordningen er finansiert på. I Sverige som i Norge, er det kommunene som tildeler BPA, men det er statlige myndigheter som betaler for ordningen i Sverige dersom timetallsbehovet er over et visst nivå. I Norge vil derfor kommunene «internalisere» kostnadene med ordningen, noe som igjen kan medføre ulike prioriteringer av BPA-ordningen på tvers av kommuner. Avslutningsvis i dette kapittelet ser vi nærmere på utviklingen i de største kommunene i landet. Den oversikten tyder på at det er ulike praksiser knyttet til BPA-ordningen.

Informantene i kommunene vi har vært i kontakt med opplever ikke at det har vært vekst i antall BPA-brukere etter rettighetsfestingen. Antallet brukere går litt opp og ned fra et år til annet, og der det har vært vekst, knyttes det ikke eksplisitt til rettighetsfestingen. Det rapporteres ikke om særlig endring i antall søkere heller. Dessuten er det ikke nødvendigvis slik at flere søkere betyr flere brukere. Mange trekker søknaden om BPA når de skjønner hva det innebærer å være arbeidsleder, at boligen deres kanskje ikke egner seg som arbeidsplass, de blir kjent med utfordringer forbundet med familiemedlemmer som assistenter, og når de skjønner at de ikke kan bruke BPA-timer like fritt som de hadde sett for seg i utgangspunktet, eller at nødvendig helsehjelp ikke nødvendigvis er inkludert. Noen informanter uttrykte at det er en del av saksbehandlingen å justere brukers forventninger til hva BPA ordningen innebærer.

BPA-ordningen er dessuten knyttet til tjenesteleveransene fra de kommunale pleie- og omsorgstjenestene, ikke utdanning- eller arbeidsmarkedsrelaterte tjenester levert av kommunene. De sistnevnte tjenestene er ikke aktuelle for alle brukere av BPA, men antall brukere med utdanning- og arbeidsrelaterte behov utgjør likevel en relativt stor andel av det samlede antallet BPA-brukere i landet. Vi kommer tilbake til dette poenget i drøftingen av tabell 6.

Den forvaltningsmessige tilknytningen kan tenkes å påvirke utviklingen i antall brukere, ved at BPA-ordningen kommer i en tydelig «prioriteringsskvis». Andre behov og andre alderskategorier får forrang, selv om BPA er rettighetsfestet. Det er imidlertid vanskelig å ha bestemte meninger om det er en årsakssammenheng mellom den forvaltningsmessige tilknytningen og bruken av BPA. Det vi skal komme tilbake til, er at noen kommuner synes å prioritere BPA mer enn andre kommuner. Et annet institusjonelt grep er å la statlige myndigheter, som i Sverige, ta over finansieringen og organiseringen av BPA-ordningen. En slik omlegging vil være i tråd med hva noen brukerorganisasjoner mener er et nødvendig neste steg i utviklingen av ordningen. En grundigere drøfting av hva statlig ansvar for BPA ordningen vil kunne innebære, gis i kapittel 8.

⁴ Antallet brukere i løpet av et kalenderår kan være høyere enn antallet brukere registrert per 31.12. Tallene i tabell 1 undervurderer derfor muligens hvor mange som har benyttet seg av ordningen i løpet av et år.

BPA-brukerne utgjør en liten andel av det samlede antall brukere av pleie- og omsorgstjenester. I det perspektivet er BPA-ordningen en liten ordning i forhold til det samlede tjenesteomfanget som norske kommuner leverer i løpet av ett år. Det i seg selv kan være et argument for at antallet BPA-brukere burde være høyere. På den andre siden er veksten i BPA-brukere i perioder relativt sterk i forhold til veksten i antall brukere av hjemmebaserte tjenester som ikke bruker BPA-ordningen. Veksten i antall BPA-brukere i perioden 2017–2019 var 2,4%, mens veksten i antall brukere av hjemmebaserte tjenester samlet sett var 0,6 %. På samme måte kan man argumentere for at selv en relativt sterk vekst i *timetallet* knyttet til BPA ikke vil påvirke de samlede kostnadene for pleie- og omsorgstjenestene i særlig stor grad, til det er BPA-ordningen for liten.

Argumentet for at BPA-ordningen vil medføre *besparelser* heller enn økte kostnader for kommunene kan være knyttet til at brukere tar seg av å organisere arbeidet til sine assistenter selv. Kommuneinformanter påpeker at dette kan skje i de tilfeller der ordningen fungerer etter hensikten. Ofte gjør den ikke det, fordi brukere i realiteten ikke fungerer godt nok som arbeidsledere. I slike tilfeller er ikke BPA-ordningen besparende for kommunen, men tvert imot fører den til merarbeid for kommuner og leverandører. Noen informanter sier at ordningen er en dyrere måte å organisere tjenester på, noe som også framkommer blant noen informanter i KS-surveyen omtalt i appendiks. Disse saksbehandlerne påpeker videre at de bruker mye mer tid på BPA-søknader enn andre typer søknader. De vurderer BPA som en mindre effektiv måte å organisere tjenester på – de får ikke utnyttet personalressursene sine maksimalt, og derfor blir den også dyrere. Vi kommer tilbake til en drøfting av kostnadsbildet i avsnitt 4.3.

Ser vi først på samlet antall timer organisert gjennom ordningen, viser tabell 2 at veksten i antall timer er relativt sterk, spesielt etter 2014. Mellom 2015 og 2018 økte samlet timetall med 36 %.

Tabell 2: Antall tildelte timer med BPA 2009–2018. Brukere per 31.12. Vekst fra året før

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Antall timer	3836955	4333879	4429060	4769963	4995459	5240986	5660986	6166651	6784373	7701287
Vekst		12,95 %	2,20 %	7,70 %	4,73 %	4,92 %	8,01 %	8,93 %	10,02 %	13,52 %

Kilde: SSB, Statistikkbanken

Utviklingen reflekteres også i tabell 3, som viser endring i gjennomsnittlig timetall per bruker per uke for perioden 2009–2018. Det framgår at det gjennomsnittlige timetallet per uke per bruker har økt fra 22,9 timer i 2009 til 36,2 i 2018.

Tabell 3: Gjennomsnittlig timetall per bruker per uke. 2009–2018.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Gj.snittlig timetall per bruker per uke	22,9	25,7	26,3	28,0	29,8	28,5	30,0	31,8	36,1	36,2

Kilde: SSB, Statistikkbanken

Basert på denne rapporten, og hva tidligere studier har funnet, skal man være forsiktig med å hevde at det er rettighetsfestingen i seg selv som har forårsaket endringen i timetall og antall brukere. Likevel, en forsiktig konklusjon er at rettighetsfestingen ikke synes å ha resultert i vesentlige endringer i antall brukere som får sitt tjenestetilbud organisert gjennom BPA-ordningen, men at antallet tildelte timer (i gjennomsnitt) har hatt en betydelig vekst i etterkant av innføringen av rettighetsfestingen.

Endringene i timetall kan henge sammen med at rettighetsfestingen medførte en klarlegging av hvilke timetallsbehov per uke som medførte rett til BPA og hvilke som ikke gjorde det. Det kan derfor være at utviklingen i antall brukere og tildelte timer er et resultat av en «fordypning», dvs. at kommunene gir høyere timetall i gjennomsnitt for de som får tilgang til BPA, men er forholdsvis tilbakeholden når det gjelder hvor mange personer som faktisk får tilgang til ordningen. I så fall reflekterer utviklingen at kommunene før reformen i gjennomsnitt var for tilbakeholden med tildelte timer. Dette betyr naturligvis ikke at alle brukere er fornøyde med tildelte timetall verken før eller etter rettighetsfestingen. I kapittel 7 drøftes nærmere utviklingen i klagesaker til Fylkesmannsembetene i perioden 2012–2019, med særlig vekt på utviklingen i de tre siste årene (2017–2019).

Andre vurderinger er at de med lavt timetallsbehov ikke får BPA etter rettighetsfestingen, men at de fikk det før. Noen kommuneinformanter mente at det hadde vært en økning i antall brukere 0–18 år de siste årene, og at disse gjerne har stort behov og gjerne pårørende som arbeidsleder. Veksten i timetallet kan dermed delvis skyldes at flere yngre brukere med relativt store omsorgsbehov har fått tildelt BPA og/eller blitt tildelt flere timer innenfor eksisterende ordninger. Det har også vært påpekt (Ervik et al. 2017) at det over tid er blitt flere med kognitiv svikt i ordningen.

Drøftingen over skiller seg fra konklusjonene en kan trekke basert på KS sin survey fra 2019. Undersøkelsen var rettet mot landets største kommuner (se appendiks). Her oppfatter mange respondenter at rettighetsfestingen har medført flere vedtak om BPA, men ikke en betydelig økning i antall timer. Dette viser at enkeltkommuner kan oppleve en annen utvikling enn det som reflekteres i nasjonale tall for ordningen.

Tabell 4 viser at både antallet og andelen BPA-brukere med omfattende bistandsbehov er forholdsvis konstant over tid, om lag 38 %, i perioden 2017–2019.⁵

⁵ Omsorgsbehov i IPLOS er et samlemål basert på 15 bistandsvariabler, bl.a. sosial deltakelse, husarbeid, matlaging og ivaretagelse av egen helse. For hver bistandsvariabel settes en verdi som samlet utgjør bistandsnivå. De tre bistandsnivåene er noe/avgrenset, middels til stort, eller omfattende. Omfattende behov for bistand innebærer en gjennomsnittsverdi over 3 på en skala fra 1–5 (Helsedirektoratet 2011).

Tabell 4: Antall BPA brukere i løpet av året med omfattende bistandsbehov. Prosentvis andel av alle brukere. Hele landet. 2017–2019.

	2017	2018	2019
Antall BPA brukere i løpet av kalenderåret	3882	3884	3974
Antall med omfattende bistandsbehov	1498	1497	1514
Prosentvis andel	38,6 %	38,1 %	38,1 %

Kilde: Kommunalt pasient- og brukerregister – Helse- og omsorgstjenester (IPLOS)

Tidligere forskning har i liten grad fokusert på diagnoser (jf. kapittel 2). Av tabell 5 framgår det at diagnoser i tilknytning til lidelser i nervesystem og muskel–skjelett er de hyppigst forekommende.⁶ Dernest kommer hud, luftveier, fordøyelse og hjerte–kar. Vi har ikke opplysninger om antall brukere som har flere lidelser (multimorbiditet), men det må nødvendigvis være flere brukere som har minst to typer av lidelser. Summerer vi antall individer som er registrert innenfor de ulike diagnosegrupperingene, overstiger dette tallet antall BPA-brukere. Det må derfor antas at det finnes BPA-brukere med til dels alvorlige og sammensatte lidelser, noe som naturlig nok også vil kunne påvirke timetallsbehovet. Et par kommuner nevnte i intervju at de opplevde en økning i brukere med psykiske lidelser – og at det var nytt og utfordrende i forhold til tidligere.

Tabell 5: De største diagnosegruppene målt i antall BPA brukere. Bokstaver i parentes angir diagnosegrupper brukt i ICPC-2.⁷

	Fordøyelse (D)	Hjerte– kar (K)	Muskel– skjelett (L)	Nerve- systemet (N)	Psykisk (P)	Luftveier (R)	Hud (S)	Endokrine, metabolske og ernærings (T)	Urinveier (U)
2017	1342	1223	2071	2269	1548	1631	1714	1027	1294
2018	1353	1160	2036	2308	1512	1686	1698	955	1236
2019	1399	1197	2108	2404	1621	1791	1816	1014	1267

Kilde: Kommunalt pasient- og brukerregister – Helse- og omsorgstjenester (IPLOS)

⁶ Noen kommuner er «prikket». Da kan antallet brukere fordelt på de ulike diagnosene være høyere enn rapportert her.

⁷ International Classification of Primary Care registreres ved legekonsultasjoner, henvisninger fra primærhelsetjenesten og ved forskrivning av legemidler som dekkes av folketrygden. ICPC-2 brukes på attester til NAV (for eksempel sykemelding) og i IPLOS-registeret for å gi statistikk i pleie- og omsorgstjenesten.

Tabell 6 gir en oversikt over antall og andeler av brukere som har behov for bistand i forbindelse med arbeid og utdanning. Dette er opplysninger som framkommer av IPLOS dataene. Kommunene registrerer både behov og tildelinger. Tallene dekker bare et utvalg av kommunene, som dog likevel utgjør henholdsvis 90,2 %, 90,4 % og 91,1 % av antallet brukere i perioden 2017–2019. Det framgår av tabell 6 at andelen brukere som har behov for bistand i forbindelse med arbeid og utdanning er relativt stabil over tid (34–36 %). Andelen som er registrert som mottakere av bistand, som andel av de som har meldt behov, er forholdsvis høy, henholdsvis 75,3 %, 76,7 % og 77,4 %. Andelen som har behov for transport i forbindelse med arbeid og utdanning er stabil (26–27 %). Ikke alle som har behov for transport mottar slik bistand. Andelen som mottar transport er imidlertid økende over tid, fra 73,2 % i 2017 til 76,9 % i 2019.

Tabell 6: Arbeid og utdanning. Antall brukere som (i) har behov for bistand, (ii) mottar bistand⁸, (iii) har behov for transport og (iv) mottar transport⁹. Utvalg av kommuner («Ikke-prikkede» kommuner). 2017–2019.

	2017	2018	2019
Antall brukere samlet i utvalget av kommuner¹⁰	3503	3514	3616
Antall med behov for bistand	1183	1276	1257
Andel med behov for bistand	34 %	36,3 %	34,8 %
Antall som mottar bistand	891	979	973
Andel som mottar bistand (av de som har behov)	75,3 %	76,7 %	77,4 %
Antall med behov for transport	933	995	967
Andel med behov for transport	26,6 %	27,2 %	26,7 %
Antall mottakere av transport	683	740	744
Andel som mottar transport (av de som har behov)	73,2 %	74,4 %	76,9 %

Kilde: Kommunalt pasient- og brukerregister – Helse- og omsorgstjenester (IPLOS). Antall brukere gjennom hele året.

Det kan være et sprik i oppfatningen mellom brukerorganisasjoner, som ser på BPA som et frigjøringsverktøy, og representanter fra kommunal forvaltning, som oppfatter at lovkrav om

⁸ Antallet som mottar bistand, er høyere enn rapportert her. De som mangler er registrert som mottakere, men med udekket behov. Pga. «prikking» kjenner vi ikke antallet brukere dette gjelder.

⁹ Antallet som mottar transport, er høyere enn rapportert her. De som mangler er registrert som mottakere, men med udekket behov. Pga. «prikking» kjenner vi ikke antallet brukere dette gjelder.

¹⁰ Antallet brukere per år er her rapportert å være høyere enn i tabell 1. Årsaken er at tabell 6 også teller med brukere som har vært i ordningen i løpet av året.

nødvendige og forsvarlige tjenester skal oppfylles uavhengig av tjenesteorganisering (se også kap. 5 og 7 om dette og Askheim m.fl. 2014, Ervik m.fl. 2017, og Askheim 2019). I så måte er det av betydning å se nærmere på utvikling når det gjelder brukernes behov i tilknytning til organisasjonsarbeid og kultur- og fritidsaktiviteter. Tabell 7 viser at andelene av brukere med behov for bistand i forbindelse med organisasjonsarbeid, kultur- og fritidsaktiviteter er relativt høye, rundt 70 %. Av disse mottar rundt 70 % bistand. Andelen av brukerne som trenger transport i forbindelse med organisasjonsarbeid, kultur- og fritidsaktiviteter er henholdsvis 58,4 %, 63,1 % og 60,3 % i perioden 2017–2019. Rundt 2/3 av disse mottar transporttjenester.

Tabell 7: Organisasjonsarbeid, kultur og fritid. Antall brukere som (i) har behov for bistand, (ii) mottar bistand¹¹, (iii) har behov for transport og (iv) mottar transport¹². Utvalg av kommuner («Ikke-prikket» kommuner). Antall brukere gjennom hele året. 2017–2019.

	2017	2018	2019
Antall brukere samlet i utvalget av kommuner¹³	3503	3514	3616
Antall med behov for bistand	2434	2597	2543
Andel med behov for bistand	69,5 %	73,9 %	70,3 %
Antall som mottar bistand	1720	1822	1787
Andelen som mottar bistand (av de som har behov)	70,1 %	70,1 %	70,3 %
Antall med behov for transport	2046	2218	2179
Andel med behov for transport	58,4 %	63,1 %	60,3 %
Antall mottakere av transport	1336	1419	1411
Andel som mottar transport (av de som har behov)	65,3 %	64,1 %	65,5 %

Kilde: Kommunalt pasient- og brukerregister – Helse- og omsorgstjenester (IPLOS)

Tabell 6 og 7 gir oss et bilde av at behovene som BPA brukerne har i tilknytning til arbeid og utdanning, organisasjonsarbeid og kultur- og fritidsaktiviteter ikke blir tilfredsstillt fullt ut. Når det gjelder arbeid og utdanning, er det likevel relativt høye andeler av brukerne som mottar både bistand og transport. Løselig sagt mottar 3 av 4 brukere med behov slike tjenester. Vi har ikke

¹¹ Antallet som mottar bistand, er høyere enn rapportert her. De som mangler er registrert som mottakere, men med udekket behov. Pga. «prikking» kjenner vi ikke antallet brukere dette gjelder.

¹² Antallet som mottar transport, er høyere enn rapportert her. De som mangler er registrert som mottakere, men med udekket behov. Pga. «prikking» kjenner vi ikke antallet brukere dette gjelder.

¹³ Antallet brukere er her rapportert å være høyere enn i tabell 1. Årsaken er at tabell 6 også teller med brukere som har vært i ordningen i løpet av året, men som ikke i ordningen per 31/12.

annet sammenligningsgrunnlag enn den relativt korte tidsserien 2017–2019, så det er vanskelig å vurdere om nivået og/eller utviklingen er tilfredsstillende sammenliknet med situasjonen før rettighetsfestingen. Dersom målsettingen er at alle skal få innfridd sine behov, er det naturligvis et stykke igjen for at dette målet blir nådd. Så vidt vi kan bringe på det rene, er det liten kunnskap om hva som kjennetegner de som ikke får dekket sine behov fullt ut og hvilke følger dette har for den enkelte.

Vi forstår altså disse IPLOS-dataene som å vise et manglende samsvar mellom behov og tildelte tjenester. Det er imidlertid ikke gitt at det er BPA-ordningen eller andre kommunale helse- og omsorgstjenester som skal dekke alle disse behovene. Fylkeskommunene har f.eks. en ordning for tilrettelagt transport (TT-kort) rettet mot personer som ikke kan bruke ordinær kollektivtrafikk, og funksjonsassistanseordningen i NAV skal støtte funksjonshemmede i arbeidsliv og utdanning. Udekkede behov kan altså ikke alene tilskrives manglende BPA-tjenester. Og hvorvidt brukere med tradisjonell tjenesteorganisering med behov for tjenester beskrevet i tabell 6 og 7 kommer bedre eller dårligere ut enn BPA-brukere har vi ikke grunnlag for å vurdere.

Andelene som mottar bistand og transporttjenester i forbindelse med organisasjonsarbeid, kultur og fritid er relativt stabile og på et relativt høyt nivå, om enn noe lavere enn andelene som gjelder for arbeid og utdanning. Samme vurdering kan gjøres her: Vanskelig å vurdere nivået og utviklingen annet enn at det er behov som ikke blir imøtekommet.

4.3. Utviklingen i kommunale kostnader

I perioden 2009–2019 hadde store grupper av arbeidstakere i landet reallønnsvekst. I perioden 2015–2019 var riktignok reallønnsveksten forholdsvis lav samlet sett for alle sektorer i økonomien: Mellom 2015 og 2016 var det en reallønnsnedgang på 1,2 %, mellom 2016 og 2017 var en reallønnsøkning på 0,3 %, mellom 2017 og 2018 var økning i reallønnen på 0,8 % og 1,3 % mellom 2018 og 2019.¹⁴

Tall for kommunal forvaltning viser at endringen i grunnlønn mellom 2018 og 2019 var på 4,3 % for ansatte innen hjemmetjenester/-sykepleie og 3,9 % for ansatte innen annet helse- og sosialarbeid. Prisstigning var på 2,2 %. Dette tilsier en reallønnsøkning på rundt 2 %.

Selv om timetallsutviklingen og lønnsutviklingen tilsier at kostnadene målt i realverdier har økt i tilknytning til BPA, kan man ikke uten videre konkludere med at ordningen koster kommunene mer over tid. BPA-ordningen er en mulighet for brukere til å organisere sitt tjenestetilbud på en annen måte enn gjennom de typiske alternativene, som bruk av støttekontakt og hjemmehjelp. Det er derfor potensielt sett en differansekostnad som må komme til fratrekk fra de samlede kostnadene basert på veksten i BPA timetall alene. Med andre ord, kostnadsveksten er ikke nødvendigvis en reell kostnadsvekst for kommunene, fordi det må antas at veksten i timetallet til BPA bidrar til å redusere timetallet knyttet til eksempelvis hjemmehjelp og støttekontakt. Reduksjonen i timetall knyttet til nevnte tjenester må dermed komme som fratrekk fra kostnadene forbundet med en overgang til BPA ordningen.

¹⁴ www.ssb.no/statbank/table/09786

Timene må kostnadsberegnes i henhold til relevante lønnskostnader per time. Dersom alternativene til BPA er hjemmehjelp og støttekontakt, så vil ikke en overgang til BPA nødvendigvis innebære en kostnadsreduksjon per time for kommunene. Ut fra tilgjengelig informasjon innhentet om timesatser, finner vi liten forskjell mellom lønnssetser for BPA assistent og hjemmehjelp. Fra SSB lønnsstatistikk (SSB, 2020) ser vi at gjennomsnittlig månedslønn for hjemmehjelpere og renholdere i kommunene er henholdsvis 35 240 kroner og 33 290 kroner (Tall for 2020). Dette er nivåer som en BPA-assistent kan overstige, gitt de timekostnadstallene vi har hentet inn og som KS har hentet inn. Timelønnssetsen for støttekontakter er normalt lavere enn BPA timesatsen. Vi har ikke lønnsstatistikk for støttekontakter, men det er kjent at disse har en timelønn som er betydelig lavere enn en BPA-assistent. F.eks. oppgir Bergen kommune på sin nettside en godtgjøring på 175 kroner timen (Bergen kommune, 2020).¹⁵ Ved samme timetall for ordningen organisert som BPA sammenliknet med tradisjonell organisering (som inneholder både hjemmehjelp og støttekontakt) gir dette, alt annet likt, en økning i lønnskostnader ved BPA organisering. Ved høyere timetall for BPA organisering sammenliknet med tradisjonell organisering gir dette en ytterligere økning i lønnskostnader.

Dersom organisering av tjenestetilbudet gjennom BPA innebærer økte timetall sammenliknet med tidligere, samtidig som lønnskostnadene per time går *ned*, vil det kunne gi besparelser for kommunene. Det vil dermed finnes et «vippepunkt», der timetallet er avgjørende for om kommunen får økte eller reduserte kostnader.

Når det gjelder timepriser for assistenter i BPA-ordningen og andre kommunale helse- og omsorgstjenester viser Rasmussen og Strøm (2018: 17) bl.a. til at en BPA-assistent bruker mindre tid til møter, rapportering og reisetid mellom ulike oppdrag. Rasmussen og Strøm legger videre til grunn at kommunen i liten grad har administrative kostnader forbundet med kontroll og tilsyn ettersom arbeidsleder i BPA-ordningen i stor grad ivaretar dette ansvaret (2018: 32). Som vist i Ervik m.fl. (2017: 110–111), opplever imidlertid kommunene dette på en annen måte, og at det å ivareta forsvarlighet er utfordrende. Det er også slik at oppmøte for BPA assistent gir minimum to timers lønnsutgifter, ifølge tariffbestemmelsene, selv om oppdraget bare skulle kreve 10 minutters arbeid. En hjemmehjelper i tradisjonell organisering av tjenestene vil bare belaste for faktisk tid medgått for oppdraget. Reisetid og transportkostnader kommer selvsagt i tillegg. Denne institusjonelle ulikheten mellom det som kalles ordinær tjenesteyting og BPA tilsier at kostnadsbildet kompliseres.

Totale kostnader påvirkes altså av flere forhold, f.eks. at brukerstyring kan redusere administrasjonsutgifter og at tjenestesammensetning i ordinære tjenester kan variere. Rapporten gir imidlertid ikke grunnlag for å konkludere om BPA-ordningen sammenliknet med ordinær tjenesteorganisering koster kommunene mer eller mindre over tid.

En mulig tilnærming til spørsmålet om BPA koster kommunene mer enn tradisjonelle kommunale helse- og omsorgstjenester kunne være å ta utgangspunkt i konkrete bruker-case og sammenligne tjenester den samme brukere ville fått innenfor og utenfor BPA-ordningen. Da ville man kunne se på ulike moment trukket frem i tidligere analyser som har betydning for kostnadsberegninger (se

¹⁵ «Som støttekontakt i Bergen kommune er man oppdragstaker og man har dermed ikke rett på feriepenger eller sykepenger. Støttekontakter er ikke knyttet opp mot tjenstepensjonsordningen i Bergen kommune, men opptjent godtgjørelse blir innberettet som opptjent til Folketrygden» (Bergen kommune, 2020).

f.eks. Rasmussen og Strøm, 2018). En slik tilnærming har ikke vært mulig innen rammen av dette prosjektet.

Det er ikke ambisjonen her å beregne eller estimere differansekostnadene. Til det måtte man kjenne til før-situasjonen, dvs. hvor mange timer hadde en BPA-bruker før man gikk inn i BPA, og sammenlikne med timetallet tildelt gjennom BPA. Man burde også ha detaljer om timetalls sammensetning, dvs. hvilke tjenester man mottar både før og etter BPA.

Ambisjonen er drøfte utviklingen av kostnader i forhold til den observerte timetallsøkningen (jf. tabell 2). Vi tar utgangspunkt i veksten i antall timer totalt sett til BPA og legger til grunn egne innsamlede data av gjennomsnittlige lønnskostnader per time for assistenter (timelønnsatser inklusiv sosiale utgifter) og data fra en undersøkelse KS rettet mot et utvalg større kommuner i 2019.

Data hentet gjennom intervjuundersøkelsene viser at kommuner som helt eller delvis benytter *tjenestekonsesjonsordninger* rapporterer timekostnader i intervallet 403–459 kr/t. Av tabell 19 i kap. 10 framgår det at intervallet for et utvalg større kommuner er 339–447 kr/t. Snitt timesatsen er ca. 421 kr/t for de større kommunene, mens snittet for kommunene vi har intervjuet er noe høyere, ca. 440 kr/t. Timesatsen inkluderer administrasjonstillegg, opplæring av arbeidsledere og assistenter, årlige møter, vikar ved sykdom samt arbeidsgiveravgift og sosiale kostnader. Det er også vanlig at de private leverandørene har det totale arbeidsgiveransvaret for assistentene.

Når det gjelder opplysningene om hva *kommunalt ansatte* assistenter koster per time inklusiv sosiale utgifter, er det også en viss variasjon mellom kommunene. Blant kommunene i vår studie har de fleste inngått tjenestekonsesjonsordninger. Bare noen få av kommunene har egne ansatte assistenter. Vi finner en viss variasjon i rapporterte timesatser for kommunalt ansatte assistenter, fra 250 kr/t til 295 kr/t.

I undersøkelsen utført av KS viser tabell 19 i kapittel 10 også spredning i de rapporterte timekostnadene. Timeprisene på kommunalt ansatte assistenter varierer mellom 195–470 kr/t i denne undersøkelsen. Vi er usikre på om denne variasjonen er reell. Lønnskostnader per time på rundt 200 kroner timen for kommunalt ansatte assistenter er urealistisk lavt sett i lys av at flere kommuner har inngått tjenestekonsesjonsordninger med timesatser over 400 kroner per time (421 kr/t i gjennomsnitt) og at det er kommuner som rapporterer lønnskostnader per time for kommunalt ansatte i intervallet 420–435 kr/t. Basert på simuleringer vi har gjort med utgangspunkt i en årslønn for kommunalt ansatte på rundt 400 000 kr i 2020, synes en timesats rundt 440 kr/t å være realistisk. I simuleringen er det tatt hensyn til kostnader forbundet med ferievikarer, turnustillegg, overhead, korttidsfravær, pensjon og arbeidsgiveravgift.

Det er nærliggende å anta at noe av forskjellene i timekostnad mellom kommunene kan knyttes til sammensetningen av assistentene, spesielt når det gjelder utdanningsnivå. Utdanningsnivå kan være avgjørende for lønnsinnplassering i kommunal sektor. Vi antar at spredning også kan gjenspeile at arbeidsmarkedsforholdene er ulike, som igjen påvirker hvilke timesatser kommunene tilbyr assistentene. Det er også mulig at lønnsnivået i tilknytning til eksempelvis hjemmetjenester påvirker nivået som assistentene blir tilbudt da disse i alle fall delvis rekrutteres fra samme

arbeidsmarked.¹⁶ Når det er sagt, er vår vurdering at noen kommuner har rapport for lave timekostnader. Vi betviler at de rapporterte lønnskostnadene har tatt tilstrekkelig høyde for sosiale utgifter, administrasjonskostnader og kostnader forbundet med ferieavvikling, for å nevne noen kostnadskomponenter som bør være med i en slik beregning.

I en vurdering av kostnadsutviklingen kan det være kompliserende at noen kommuner enten kun bruker assistenter fra private leverandører gjennom tjenestekonsesjonsordninger, noen med tjenestekonsesjonsordninger i kombinasjon med egen ansatte assistenter og noen kommuner bruker kun egne ansatte assistenter. På den andre siden – som drøftet over – vi mener at forskjellen mellom timesatsene for kommunalt ansatte assistenter og timesatsen som gjelder i ulike tjenestekonsesjonsordninger er forholdsvis liten.

Når vi i fortsettelsen beregner endringer i kostnader over tid, legger vi til grunn, i tråd med drøftingen over, timesatser i intervallet 400–440 kr/t. Timesatsen på 440 kr/t tilsvarer en årslønn på 400 000 kroner i 2020. Antall timeverk i et årsværk er 1670 timer. Timesatsen på 420 kr/t i 2020 er nær snittet for innrapporterte timekostnader knyttet til tjenestekonsesjonsordninger for et utvalg større kommuner, jf. KS sin undersøkelse. Våre egne data for tjenestekonsesjonsordningen samsvarer bra med et gjennomsnitt på det nivået. I beregningene som følger legger vi derfor til grunn henholdsvis 400 kr/t og 440 kr/t, som gir en realistisk spredning i kostnadene per time, enten det gjelder tjenestekonsesjonsordning eller ansatte kommunale assistenter.

La oss først se nærmere på et scenario der BPA timene kostnadsberegnes med utgangspunkt i opplysninger om hva kommunalt ansatte assistenter koster i timen inklusive sosiale utgifter. Vi lar grunnlaget for timekostnaden for perioden 2014–2018 være en timesats på 400 kr/t i 2020 og beregner hva timesatsen representerer for hvert av årene i perioden. Timesatsen er justert med utgangspunkt i den generelle prisstigningen i perioden. Vi ser dermed på utviklingen målt i 2020-kroner, dvs. at eksempelvis 350 kr/t i 2014 tilsvarer en lønnskostnad per time på 400 kr/t i 2020 (se tabell 8). Proba Samfunnsanalyse (2015) beregnet basert på tall for 2013 at lønnskostnadene for kommunalt ansatte BPA assistenter til å være 358 kr/t. Proba rapporterer også at den gjennomsnittlige timeprisen i tjenestekonsesjonsordningen KS har på BPA var 376 kr per time i 2013. Vårt «lavkostnadsalternativ» er altså noe lavere enn dette, mens vårt «høykostnadsalternativ» er noe høyere (se tabell 9).

Vi kan undervurdere kostnadsveksten noe. Den generelle reallønnsveksten var riktignok – som omtalt over – forholdsvis svak i perioden, dvs. i størrelsesorden 1 %. På den andre siden har kommunal sektor hatt en sterkere lønnsvekst enn den generelle lønnsveksten i perioden, så «feilen» vi eventuelt gjør er å undervurdere kostnadsveksten i perioden.

¹⁶ Erfaringer fra arbeidet med denne rapporten og tidligere undersøkelser vi har utført om BPA, tilsier at den store spredningen i lønnskostnadene også kan skyldes at noen av kommunene ikke har god nok/fullstendig oversikt over lønnskostnadene per time inklusive sosiale utgifter.

Tabell 8: Utvikling i lønnskostnader inklusiv sosiale utgifter. Lønnskostnad per time 400 kr/t i 2020. Vekst i samlet kostnadsnivå fra året før.

	2014	2015	2016	2017	2018
Timesats inkl. sosiale utgifter kommunalt ansatte assistenter	350	357	370	377	387
Kostnadsnivå	1 834 345 100	2 020 972 002	2 281 660 870	2 557 708 621	2 980 398 069
Endring i kostnadsnivå fra året før		10,2 %	12,9 %	12,1 %	16,5 %
Endring i samlet timetall fra året før		8,01 %	8,93 %	10,02 %	13,52 %

Kilde: Intervjudata, KPR, KS og egne beregninger

I dette «lavkost»-scenariet brukte kommunene anslagsvis 1,834 milliarder kroner på BPA i 2014. I 2015 økte beløpet med 10,5 % og veksten tiltok i perioden til et samlet beløp på over 2,980 milliarder kroner i 2018. Kostnadsveksten er med andre ord rundt 1,1 milliard kroner.

Det er av interesse å se nærmere på hva en relativt høy timesats vil representere i kostnadsvekst. Vi legger til grunn en gjennomsnittlig lønnskostnad per time på 440 kr i 2020, som tilsvarer en årslønn på om lag 400 000 kroner¹⁷, og som i foregående eksempel justerer vi lønnskostnaden med utgangspunkt i utviklingen av det generelle prisnivået.

Tabell 9: Utvikling i lønnskostnader inklusiv sosiale utgifter. Lønnskostnad per time 440 kr/t i 2020. Vekst i samlet kostnadsnivå fra året før.

	2014	2015	2016	2017	2018
Timesats inkl. sosiale utgifter komm. ansatte	385	393	407	415	426
Kostnadsnivå	2 017 779 610	2 224 767 498	2 509 826 957	2 815 514 795	3 280 748 262
Endring i kostnadsnivå fra året før		10,3 %	12,8 %	12,2 %	16,5 %
Endring i samlet timetall fra året før		8,01 %	8,93 %	10,02 %	13,52 %

Kilde: Intervjudata, KPR, KS og egne beregninger.

¹⁷ En årslønn på 400 000 kroner tilsvarer en årslønn på ca. 350 000 kroner i 2014 justert for prisstigning i perioden.

I dette scenariet øker lønnskostnadene fra rundt 2 milliard kroner i 2014 til mer enn 3,2 milliarder kroner i 2018. Dette tilsvarer en kostnadsvekst på 1,262 milliarder kroner eller 56,8 %. Kostnadsøkning er på 47,5 % i perioden 2015, året rettighetsfestingen ble innført, til 2018. Til sammenligning var brutto driftsutgiftene total knyttet til helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende om lag 62,3 milliarder kroner i 2018 (SSB Statistikkbank).

Oppsummert: Veksten i kostnadene er rundt 56 % i perioden 2014–2018. Kostnadsveksten drives i hovedsak av en sterk vekst i antall timer tildelt gjennom ordningen. Veksten i tildelte timer er nær 47 % i perioden. Nivået på kostnadsveksten i kroner er avhengig av timesatsen man legger til grunn. Veksten varierer fra 1,146 milliard kroner til 1,262 milliarder kroner, en differanse på rundt 116 millioner kroner.

Hvorvidt differansekostnaden er positiv (BPA-kostnader – Ikke-BPA-kostnader > 0) eller negativ (BPA-kostnader – Ikke-BPA-kostnader < 0) har vi som nevnt ikke grunnlag for å konkludere noe sikkert om. Det vi vet er at timetallet stiger i «makro», og det er grunn til å tro at forskjellene i lønnskostnader per time mellom de ulike aktuelle stillingskategoriene er små. Det framgår både i kap. 5 og 10 at man i noen kommuner mener at BPA er en mer kostnadsdrivende måte å yte tjenester på sammenliknet med å ikke bruke BPA. Her er oppfatningene delte. Representanter fra andre kommuner hevder at kommunene kan spare, blant annet på administrasjonskostnader, ved at den enkelte brukere administrerer sin ordning. Kommuner som har valgt tjenestekonsesjonsordninger må vi anta har vurdert at den relativt høye timesatsen veier opp for hva arbeidsgiveransvaret innebærer for eksempel i forbindelse med ferier og sykefravær.

«Elefanten i rommet» er om en overgang til BPA for brukere av kommunale tjenester fører til flere tildelte timer sammenliknet med annen organisering av tjenestetilbudet (se kapittel 5). Dersom BPA-ordningen gjennomgående fører til flere timer, vil BPA kunne bli en dyrere ordning selv om lønnskostnadene per time er relativt lave. Jo lavere lønnsdifferansen er mellom lønn til ansatte som inngår i «ordinære» tjenester og assistentlønn, desto større sannsynlighet er det at differansekostnaden er positiv.

Det er også verdt å påpeke at dersom timetallet som tildeles gjennom BPA er mer tilpasset den enkeltes behov for å styre eget liv enn hva som var tilfellet ved tradisjonell organisering, så ligger det en velferdsøkning i en slik utvikling. Økte timetall og økte kostnader for kommunene sammenliknet med tradisjonell organisering av hjelpetilbudet motsvares av en velferdsgevinst for brukerne som velger BPA. På den andre siden, økt ressursbruk i tilknytning til BPA kan redusere muligheten for bedre tjenestetilbud til andre typer brukere, siden ressursene innen helse- og omsorgstjenestene er begrenset.

4.4. Nærmere om enkeltkommuner

I Ervik m.fl. (2017) ble det påpekt at det er forholdsvis store forskjeller i gjennomsnittlig timetall til BPA-brukere på tvers av kommuner. Noen kommuner framstår som «rause», mens andre framstår som mer «tilbakeholdne», uten at dette er ment å være noe annet enn en billedlig betegnelse på forskjellene. Forskjellene indikerer at det lokale selvstyret spiller en rolle, også når det gjelder BPA-ordningen. Noen kommuner synes å prioritere BPA, mens andre ikke prioriterer ordningen like sterkt, selv om rettighetsfestingen skal være styrende i alle kommuner. Nå kan likevel noe av forklaringen til de store forskjellene i timetall være at sammensetningen av brukerne og deres behov varierer betydelig mellom kommuner. I mindre kommuner med få brukere, eventuelt med

store omsorgsbehov, kan timetallet bli høyt i snitt, mens det i større kommuner kan forventes at omsorgsbehovene er mer varierte siden den mulige brukerpopulasjonen er mer sammensatt. Slik sett kan snittet bli relativt lavt.

Når man sammenlikner kommuner, er det derfor hensiktsmessig å sammenlikne kommuner som er forholdsvis like når det gjelder størrelsen på befolkning. Her ser vi nærmere på kommuner som har storbystatus basert på offentlig tilgjengelig statistikk: Oslo, Bergen, Trondheim, Kristiansand og Drammen.

Tabell 10 viser at det er forskjeller når det gjelder gjennomsnittlig timetall per BPA bruker per år. Dersom vi antar at det i disse storkommunene ikke er vesentlige forskjeller når det gjelder spredningen i brukernes omsorgsbehov, vil timetallet i stor grad reflektere prioriteringer og/eller håndhevelsen av rettighetsfestingen. Vi finner betydelige forskjeller kommunene imellom (Tabell 10).

Tabell 10: Antall brukere, antall timer tildelt og gjennomsnittlig timetall per bruker per år. Utvalgte kommuner. 2017–2019.

	2017	2018	2019
Oslo			
Antall brukere	492	543	562
Antall timer	885682	956444	1026233
Timer per bruker	1800	1761	1826
Bergen			
Antall brukere	90	90	96
Antall timer	259771	272424	290071
Timer per bruker	2886	3027	3022
Stavanger			
Antall brukere	71	78	87
Antall timer	140664	168327	189295
Timer per bruker	1981	2158	2176
Trondheim			
Antall brukere	113	127	155
Antall timer	232472	250990	322368
Timer per bruker	2057	1976	2080
Kristiansand			
Antall brukere	42	40	49
Antall timer	65754	60844	65927
Timer per bruker	1566	1521	1345
Drammen			
Antall brukere	63	62	59
Antall timer	119285	119694	125809
Timer per bruker	1893	1931	2132

Kilde: Kommunalt pasient- og brukerregister – Helse- og omsorgstjenester (IPLOS)

Når det gjelder gjennomsnittlig timetall per bruker per år, skiller Kristiansand kommune seg ut. Ikke bare har kommunen det laveste gjennomsnittlige timetallet i hele perioden, men snittet faller over tid fra 1566 i 2017 til 1345 i 2019, en reduksjon på ca. 14 %. Veksten i antall brukere mellom

2017 og 2019 er imidlertid på 16,6 %. Siden veksten i antall timer samlet sett er på bare 0,3 %, følger det at gjennomsnittsnivået faller over tid.

Dersom Kristiansand er blant de «tilbakeholdne» storkommunene i landet med hensyn til timetall per bruker per år, fremstår Bergen kommune som «raus». Bergen kommune har til sammenligning et snitt på henholdsvis 2886, 3027 og 3022 i årene 2017–2019, en økning på 4,7 %. Antall brukere øker med 6,7 % mellom 2017 og 2019, noe som er lavere vekst enn i Kristiansand. Samlet timetall øker derimot med ca. 12 %.

Samtlige av kommunene har hatt en viss vekst i antall brukere når man sammenligner 2017 med 2019. Unntaket er Drammen kommune som har hatt en liten nedgang i antall brukere i perioden. Dersom Bergen kommune er «raus» med hensyn til utviklingen i og nivået på det gjennomsnittlige timetallet per bruker per år, så har Trondheim en svært «raus» utvikling i antall brukere. Veksten mellom 2017 og 2019 er på hele 37,2 %. Kommunen har opprettholdt et relativt høyt nivå på gjennomsnittstimetallet, sammenliknet med for eksempel Kristiansand, ved at man samlet sett har økt timetallet med hele 38,7 % i perioden.

Stavanger kommune har også hatt en relativt sterk vekst i antall brukere, fra 71 i 2017 til 87 i 2019, en økning på 22,5 %. Kommunen har økt antall tildelte timer samlet sett med hele 34,5 % i perioden.

Oslo kommune, som naturlig nok har desidert flest brukere i landet, har hatt en økning i antallet brukere på 14,3 % i perioden. Samlet timetall har økt med 16 %.

Ervik m.fl. (2017) fant basert på 2015- og 2016-data til dels store variasjoner kommunene imellom når det gjaldt timetall. Stor variasjon var kanskje ikke uventet med tanke på at rundskrivet som omhandlet detaljer ved rettighetsfestingen ikke kom før mot slutten av 2015. Det er derfor rimelig å forvente at rettighetsfestingen har gått inn i en mer «moden» fase i løpet av årene 2017–2019. Basert på tabell 10 er det likevel et sammensatt bilde vi sitter igjen med.

Forutsetningen vi startet ut med i denne delen av rapporten er at det ikke er grunn til å tro at verken omsorgsbehovet for gjennomsnittsbrukeren av BPA i de største kommunene i landet er vesentlig forskjellig fra hverandre, og at heller ikke etterspørselen etter BPA målt i antall brukere per innbygger er forskjellig. Dersom disse forutsetningene reelt sett holder mål, synes de store kommunene å følge ulike tilpasninger og prioriteringer. Bergen kommune har relativt høyt gjennomsnittlig timetall, men har ikke spesielt sterk vekst i antall brukere. Sammenliknet med både Trondheim og Stavanger kan man være fristet til å hevde at Bergen har lagt seg på en «tilbakeholden» linje når det gjelder antall brukere.

Hva som er den «raust» eller «tilbakeholden» er det imidlertid vanskelig å mene noe sikkert om. I Bergen kommune ser det ut som om man er forholdsvis raus dersom man først er innenfor BPA-ordningen, men sammenliknet med Trondheim og Stavanger synes det vanskeligere å få tildelt BPA i Bergen. Vanskeligere i den forstand at Bergen kommune har flere innbyggere enn de to andre byene, og sett i forhold til folketallet har spesielt Trondheim kommune langt flere brukere per innbygger enn Bergen kommune. En av kommunene i vår undersøkelse omtaler seg selv som raus i BPA-sammenheng. Det synes om kommunen har vært rause med å gi BPA til brukere som ikke tilfredsstillter rettighetskriteriet – noe som drar gjennomsnittlig timetall ned. Er man tilbakeholden med å tildele BPA til personer som ikke tilfredsstillter kriteriet, går gjennomsnittlig timetall opp, og dermed framstår kommunene som raus med hensyn til timetallstildelingen.

Et annet aspekt ved disse forskjellene, som nok også gjelder blant både mellomstore og mindre kommuner, er at de rause kommunene kan «heve listen» for hva som oppfattes som gode og akseptable BPA-ordninger blant eksisterende og mulige brukere av ordningen rundt om i landet.

Nettopp forskjellsbehandling synes fortsatt å være BPA-ordningens akilleshæl. Det problematiske med smitteeffekter er at de kommunene som oppfattes som tilbakeholdne tildeler BPA-retten og leverer timetall i henhold til det man oppfatter rettighetsfestingen åpner opp for. De kommunene som «hever listen» kan på sin side oppfatte det på samme måte. I så måte er en av hovedutfordringene med rettighetsfestingen av BPA at oppfatningen av hva rettighetsfestingen skal innebære spriker, både blant de som administrerer ordningen i kommunene, blant politikere lokalt og nasjonalt, og mellom brukere. Det er dermed ikke rart at brukerne ender opp med å ha vidt forskjellige forventninger, og krav, til ordningen. Vi mener drøftingene i kapittel 2,5,6,7, 8 og 10 i denne rapporten understreker at det fortsatt er betydelig variasjon mellom kommunene om hvordan ordningen administreres.

Vi vil avslutningsvis igjen understreke utfordringene med å gjøre kostnadsberegninger basert på informasjon hentet inn fra kommuner. Tidligere studier av BPA-ordningen gjennomført på vegne av det offentlige, KS og organisasjoner på feltet understreker alle dette (jf. Proba 2015: 31–32, Ervik m.fl. 2017: 13–14; Agenda Kaupang 2017: 8; Rasmussen og Strøm 2018: 32, KS 2019). BPA-ordningen er en liten ordning for kommunene, men dersom det skal være mulig å gi gode kostnadsberegninger og sikker kunnskap om kostnader ved ordningen, vil det sannsynligvis kreve at kommunene registrerer kostnader ved ordningen på en annen måte enn de gjør i dag.

4.5. Oppsummering

- Veksten i antall brukere er 14,5 % i perioden 2015–2019, fra 3146 brukere til 3604 brukere.
- Veksten i antall tildelte timer er 47 % i perioden 2015–2018.
- Brukere med omfattende bistandsbehov utgjør ca. 40 % av BPA-brukerne.
- Behovene BPA - brukerne samlet sett har i tilknytning til arbeid og utdanning, organisasjonsarbeid og kultur- og fritidsaktiviteter blir ikke tilfredsstilt fullt ut. Det er imidlertid ikke nødvendigvis BPA-ordningen som skal dekke alle disse behovene, og også mottakere av tradisjonelle tjenester vil ha udekkede behov.
- Beregninger av kostnadene for kommunene i tilknytning til tildelte BPA-timer viser at den prosentvise årlige kostnadsveksten har vært to-sifret i perioden 2014–2019.
- *Veksten i kostnadene er rundt 56 % i perioden 2014–2018.*
- *Kostnadsveksten drives i hovedsak av en sterk vekst i antall timer tildelt gjennom ordningen. Veksten i tildelte timer er nær 47 % i perioden.*
- *Nivået på kostnadsveksten i kroner er avhengig av timesatsen man legger til grunn. Veksten varierer fra 1,146 milliard kroner til 1,262 milliarder kroner i perioden 2014–2018, en differanse på rundt 116 millioner kroner.*
- Kostnadsestimatene tar ikke hensyn til differansekostnaden, dvs. kostnadsdifferansen til en alternativ organisering av tjenestetilbudet.
- Vi finner imidlertid liten forskjell mellom lønnssetser for BPA assistent, og hjemmehjelp. Støttekontakter lønnes normalt lavere enn BPA assistenter.
- Ved samme timetall for BPA sammenliknet med tradisjonell organisering (som inneholder både hjemmehjelp og støttekontakt), kan dermed BPA gi høyere *lønnskostnader*.
- Dersom man gjennom BPA tildeles flere timer enn tradisjonell organisering, kan man også forvente økte kostnader for kommunene.
- Rapporten gir ikke grunnlag for å konkludere om BPA-ordningen sammenliknet med ordinær tjenesteorganisering koster kommunene mer eller mindre over tid.

- Blant de største kommunene i landet er det relativt store forskjeller i timetallstildelinger, selv om sammensetningen av mulige brukere trolig er relativt lik.

5. Tildelingspraksis – kommunenes erfaringer

Dette kapitlet bygger i hovedsak på intervju med representanter for BPA-forvaltningen i ti kommuner.

5.1. Gis BPA i samme omfang som «ordinære» tjenester?

Bakgrunnen for å undersøke om kommunene erfarer at BPA gis i samme omfang som sammenliknbare tjenester er at Helse- og omsorgsdepartementet i forbindelse med rettighetsfestingen skrev at:

Det framgår av forarbeidene til rettighetsbestemmelsen at den ikke bør føre til en fordeling av kommunens ressurser som går på bekostning av brukere som faller utenfor rettigheten. Timetallet ved BPA skal derfor i utgangspunktet være det samme som om tjenestene ikke var organisert som BPA. Retten til BPA berører i utgangspunktet ikke tjenestemengden til brukeren. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015c).

Et illustrerende svar fra representantene for kommunal forvaltning på spørsmålet om BPA gis i likt omfang som sammenliknbare tjenester var: «Det er det vel meningen jeg skal svare *ja* på». Utsagnet signaliserer noe som synes være et fellestrekk blant kommunene. De er godt kjent med rundskrivet, men til tross for at de tilstreber likt omfang kommer de ut med et gjennomsnittlig høyere timetall for BPA enn for sammenliknbare tjenester. Dette understøttes av beretninger om grundig saksbehandling og rutiner: Først kartlegges hjelpebehovet, og deretter vurderes det om BPA er en hensiktsmessig organisering - dersom brukeren har ønske om det. De er opptatt av at BPA-ordningen ikke er en egen tjeneste, men en måte å organisere tjenesten på, som ikke skal medføre større timetall enn brukeren ellers ville ha fått. Likevel erkjenner de fleste av de intervjuede kommunerepresentantene at det ofte gis høyere timetall i BPA-ordningene enn i sammenliknbare tjenester.

Kommunenes egne forklaringer på hvorfor det er slik handler dels om at det er strukturelle forskjeller mellom brukergruppene, og dels om at det ligger i BPA-ordningens intensjon eller karakter at den innebærer høyere timetall. At rettighetsfestingen har ført til høyere timetall enn i sammenliknbare tjenester finner vi begrenset støtte for i kommuneintervjuene.

5.2. «BPA-brukere er forskjellig fra andre med bistandsbehov»

Den forklaringen som kommer opp først og nærmest automatisk, er at høyt timetall skyldes at de som søker BPA i regelen er yngre enn de som ikke gjør det, og at yngre personer gjerne får tildelt flere timer fordi de har et mer aktivt liv enn eldre personer. Brukerens funksjons- og aktivitetsnivå er gjennomgående viktige faktorer for utmåling av timetall i BPA-ordningene. Slik forklarer en kommuneinformant hvorfor BPA-brukere får flere timer:

Årsaken som vi tenker kan være der er jo at det er en del yngre mennesker som får denne ordningen, personer som er mer på farten enn de på åtti pluss. Vi ser på en måte at det gis mer bl.a. til praktiske oppgaver enn det du ville gitt til eldre mennesker da, som ikke søker BPA. Da tenker vi at det kanskje er behov for mer rengjøring fordi det kanskje også bor barn der og andre familiemedlemmer, så tenker vi også litt i forhold til dette med mat, at man innvilger timer til å tilrettelegge for middager, som du på en måte ikke gjør for den vanlige hjemmesykepleiebrukeren da.

På spørsmål om hvilke diagnoser BPA-brukere har, presiserer kommuneinformantene at de ikke bruker diagnose som utgangspunkt for tildeling av timer, men at det handler om livsfase og (tidligere) aktivitetsnivå. Her er et eksempel:

Det er jo livsfasen du for så vidt er i. Det er jo klart at hvis du blir trafikkskadet og har vært en aktiv person, så gir vi nok litt mer der enn hvis du på en måte ikke har vært en aktiv person før det skjer deg noe.

Det er et velkjent trekk ved tjenesten praktisk bistand, enten denne er gitt som BPA eller ordinære hjemmetjenester, at yngre får tildelt høyere timetall enn eldre brukere (Haugstveit og Otnes 2017). Mange av kommuneinformantene mener altså at siden den dominerende gruppen BPA-brukere finnes blant forholdsvis unge voksne, så gir dette gjennomsnittlig et høyere timetall per bruker enn i sammenliknbare tjenester der eldre brukere utgjør en større gruppe.

Intervjuundersøkelsen gir dermed økt aktualitet til Gautuns (2018) spørsmål om det forekommer en slags aldersdiskriminering i pleie- og omsorgssektoren til fordel for unge brukere. Når det gjelder spørsmålet om BPA gis til personer over 67 år (selv om de ikke har rett på BPA), er det derimot ingen ting som tyder på at de over 67 år diskrimineres. Samtlige informanter hevder at ingen vil miste BPA-ordningen på grunn av høy alder. De forteller videre at de har få nye søkere som er eldre enn 67 år, og avviser samtidig at de vil avslå slike søknader med utgangspunkt i at de faller utenom rettighetsfestingen.

Et annet strukturelt forhold som trekkes fram er at de som søker om BPA i utgangspunktet har et større og mer varig behov for bistand enn de som ikke gjør det. Dette er forhold som også andre studier har belyst (Gabrielsen 2011; Agenda Kaupang 2017, Ervik m.fl. 2017). Hvis bistandsbehovet bare er på noen få timer i uka, ser de fleste seg tjent med en annen organisering av tjenesten. Videre nevner et par kommuner at kravet om at brukeren selv må stå som arbeidsleder (evt. ha noen til å gjøre det for seg) gjør at BPA-brukere gjennomsnittlig er mer ressurssterke og bedre i stand til å argumentere for flere timer. Disse argumentene er i tråd med tidligere studier (Askheim 2013; Askheim m.fl. 2017).

5.3. «BPA skiller seg fra andre måter å gi tjenester på»

I tillegg til forhold ved brukergruppen, trekker kommunene fram BPA-ordningens karakter som kan gjøre at BPA-ordningen blir større i omfang. Det mest åpenbare er at BPA-assistenten ikke kan være på jobb i mindre enn to timer, mens en assistent i ordinær praktisk bistand i hjemmet kan være innom i 15 minutter før vedkommende reiser videre til neste bruker. Hjelpet behovet må dermed være av et visst omfang for at kommunen skal vurdere BPA som en hensiktsmessig og økonomisk forsvarlig organisering av tjenesten. Samtidig er det en oppfatning blant noen av de intervjuede at noen oppgaver rett og slett ikke kan leveres like effektivt gjennom BPA som gjennom ordinære tjenester. Saksbehandlere synes derfor at de må utmåle mer tid til f.eks. matlaging og rengjøring i BPA-ordningen enn de ville ha gjort ved ordinær praktisk bistand i hjemmet.

Til tross for at kommunene mener at bistandsbehovet må være relativt stort for at BPA skal innvilges, gir flere av kommunene eksempler på at de har brukere med lave ukentlige timetall, helt nede i 5–10 timer i uka. Vi ser også i kapittel 4 at det på landsbasis er stor spredning i innvilget timetall. Kommunerepresentantene forteller at lave timetall gis unntaksvis i tilfeller der de har klart å finne en praktisk løsning som gjør det hensiktsmessig både for bruker og assistent. Noen omtaler slike ordninger som «gamle» – med hentydning til at de ikke ville fått innvilget så lave timetall i dag. Det kan være nærliggende å tolke dette som at det er rettighetsfestingen (2015) som har gjort det vanskeligere å få innvilget BPA for de med så lavt bistandsbehov at de faller

utenom rettighetsbestemmelsene, slik tidligere studier har antydnet (se kapittel 2). De intervjuede i denne undersøkelsen er imidlertid mer tilbøyelig til å forklare dette med at små ordninger som regel er lite hensiktsmessig og at det i økende grad er vanskelig å få assistenter til å ta så små jobber.

Som påpekt av Ervik m.fl. (2017), har det vært en økning i gjennomsnittlig timetall per bruker etter rettighetsfestingen i 2015, men at veksten i brukere ikke har vært så høy som Helse- og omsorgsdepartementet forventet. Analysen i kapittel 4 viser det samme. I foreliggende undersøkelse mener informanter i tre av kommunene at rettighetsfestingen har gjort det lettere for dem å avslå søknader med lavt timebehov. Representanter fra de øvrige sju kommunene mente at rettighetsfestingen ikke hadde gjort noe verken med hvem som får BPA eller omfanget av ordningene. De hevder de vurderer behovet uavhengig av om bruker kommer inn under rettighetsfestingen eller ikke. Veksten i gjennomsnittlig timetall per bruker forklares da heller med at brukernes behov har økt over tid, og det vises til at mange av brukerne har progredierende (tiltakende) sykdom. Dette bildet stemmer godt overens med undersøkelsen til Ervik m.fl. (2017), som også fant at flertallet av kommunene ikke hadde endret tildelingspraksis for BPA som følge av rettighetsfestingen.

En kommune som bare bruker private leverandører av BPA, nevner at en grunn til at BPA-brukere kommer opp i et større timetall kan være at kommunen må ta utgangspunkt i – og ha tillit til – at brukeren har dokumentert sitt reelle behov. Etter at timer er tildelt mister kommunen dialogen med BPA-brukeren, mens ved ordinære tjenester har de fortløpende kontakt med brukerne og kan justere omfanget og type tjeneste i tråd med endringer i behov. Kommunen opplever dermed å ha mer fleksibilitet i utmålingen av timer i ordinære tjenester. Noen kommuner opplever at de private BPA-leverandørene står bak og «pusher» på for å få timetallet opp; «de forteller brukeren at dette kan du ha hjelp til og dette kan du ha hjelp til». I dette ligger også en antakelse om at brukeren og leverandøren til en viss grad konstruerer behov for å få opp timetallet, og at de ser for seg at de tildelte BPA-timene senere kan benyttes til annet enn det kommunen legger til grunn i sine utmålinger. I hvor stor utstrekning dette gjelder i alle kommuner med tjenestekonsesjonsordninger vet vi ikke. Det kan dessuten se helt annerledes ut fra et brukerperspektiv, hvor informasjon og veiledning fra tjenesteleverandører kan oppleves som god hjelp til å ivareta rettigheter og muligheter for brukerstyring iht. intensjon i ordningen.

At BPA-brukere i større grad enn andre brukere er med på å definere sitt eget bistandsbehov, er også påpekt av Askheim m.fl. (2015: 12) som en forklaring på hvorfor timetallet for BPA-brukere er høyere.

Det bringer oss inn på det stadig tilbakevendende spørsmålet om hva BPA-ordningen skal være (Askheim m.fl. 2014). Noen av de intervjuede mener det følger av intensjonen med ordningen at BPA-brukere får flere timer enn det som strengt tatt er nødvendig for å gi en forsvarlig helse- og omsorgstjeneste. De framhever at ordningen ikke bare skal kompensere for nedsatt funksjonsevne, men også ha rom for utviklende tiltak som bidrar til at brukeren blir mer uavhengig og likestilt med personer uten funksjonshemming. I slike tilfeller følger det f.eks. at de bør gi flere timer til ferie og fritid enn det de ville kunne få gjennom ordinære måter å organisere tjenestene på.

En kommune påpeker at i tilfeller der en mulig BPA-bruker har behov for mye helsefaglig bistand eller annen omfattende punktbistand som ikke kan løses gjennom BPA, vil dette kunne redusere brukerens mulighet til å styre sin hverdag betraktelig. Når kommunen da ser at uavhengigheten ikke økes vesentlig ved BPA, kan det bidra i retning av at kommunen avslår søknaden om BPA.

5.4. utfordringer

Mange av kommuneinformantene mener det er problematisk å sammenlikne BPA-ordningen med ordinære tjenester siden begge typer tildeling er basert på vurdering av individuelle behov, og at disse kan være svært forskjellig fra person til person. Videre trekkes det fram som kompliserende at en person kan bruke både ordinære tjenester og BPA. Dette vil typisk skje dersom det både er behov for helsehjelp og praktisk bistand, og der helsehjelpen utføres på ordinær måte av helsefaglig personell mens praktisk bistand blir gitt av assistenter i BPA-ordningen. Et par av kommunene gir eksempler på BPA-tildeling der både helsehjelp og praktisk bistand blir gitt gjennom BPA-ordningen, men at kommunen da setter krav om at assistenten skal ha relevant helsefaglig utdanning. Forskjeller i hva slags aktiviteter og tjenester som inngår i BPA-ordningen gjør det vanskelig å sammenlikne tildelt timetall verken med andre tjenester i kommunen eller med timetall for BPA i andre kommuner.

BPA skiller seg fra ordinær organisering av tjenester ved at bruker selv skal være arbeidsleder. Det kommer fram i intervjuene at kommunene vektlegger kravet til hvem som kan være arbeidsleder ulikt. Noen av kommunene stiller strenge krav til at bruker selv skal være arbeidsleder, og åpner bare unntaksvis for bruk av medarbeidsledere (f.eks. ved kognitiv nedsettelse), og bare i tilfeller der bruker vurderes å kunne ha innflytelse på ledelsen. Andre kommuner er mindre strenge med dette kravet, og hjelper selv til med medarbeidsledelse der de ser at det trengs, eller de har leverandører som hjelper til med å sette arbeidstider og turnus mv.

Videre kommer det fram i intervjuene med kommuneinformantene at det kan være forskjell mellom kommunene når det gjelder utfall av de vurderingene de gjør med hensyn til intensjonen i BPA-ordningen. Det største dilemmaet vedrørende BPA-ordningen, er ifølge så å si alle kommuneinformantene at politikere på nasjonalt nivå stadig omtaler BPA som et frigjørings- og likestillingsverktøy. Sammen med rettighetsfestingen har dette skapt urealistiske forventninger hos brukere om hva de kan få hjelp til av kommunen. En kommuneinformant uttrykker dette slik:

... Det blir skapt en forventning om at dette skal være et likestillingstilbud til alle, som gjør at forventningene til omfanget på tjenestene er enormt stort. ... Vi begynner egentlig prosessen med å skulle ta ned det forventningsgapet som er grodd, som har satt seg ganske fast hos dem, og som gjør det veldig vanskelig. Det gjør det unødvendig vanskelig.

Kommuneinformantene mener det er umulig å tilby tjenester på en måte som gjør at brukeren skal være helt uavhengig og stå fritt med hensyn til hva tildelte timer skal brukes til. Det kan være verd å merke seg at ingen nevner kommuneøkonomi som en begrensning i denne sammenheng (selv om det nok kan være det), men de trekker i stedet fram at gjeldende lover og regler reduserer kommunens handlingsrom. De viser til helse- og omsorgsloven, som flere oppfatter avgrensner kommunens ansvarsområde til det å gi nødvendige helse- og omsorgstjenester. Det å gi en bruker mulighet til å delta i f.eks. arbeid og fritidsaktiviteter anses å ligge utenfor ansvarsområdet siden det ikke kan defineres som en nødvendig helse- og omsorgstjeneste. Videre vises det til arbeidsmiljøloven som regulerer arbeidstakeres rett til regulert arbeidstid, turnusordninger, ferie og permisjoner, og også psykisk og fysiske arbeidsmiljø. Som eksempel på det siste, nevnes at assistentene har rett på pauserom og det å kunne jobbe i et røykfritt miljø. Begge kravene kan være vanskelig å innfri når arbeidsplassen er et privat hjem.

Kommuneinformantene nevner også at det er forvirrende at rundskrivet på den ene siden vektlegger samfunnsdeltakelse og livskvalitet, og på den andre siden sier at timetildeling skal være som i tradisjonell tjenesteorganisering.

5.5. Kommunenes erfaringer med å gi BPA til brukere som har heldøgns bo- og omsorgstilbud

Gjennom rettighetsfestingen av BPA har også personer som bor i samlokaliserte boliger med felles bemanning rett til å velge og organisere sine tjenester som brukerstyrt personlig assistanse, dersom vilkårene ellers er oppfylt. Fra kommunenes side kan dette utløse problemstillinger knyttet til dublering av tjenester, redusert utnyttelse av personell og fare for ansvarspulverisering, slik bl.a. KS sin survey fra 2019 viser.

I likhet med KS-undersøkelsen og intervjuene med fylkesmannsembetene, meddeler informantene i kommuneintervjuene at de har begrenset erfaring med BPA i samlokaliserte boliger med felles bemanning. De har hatt få søknader fra personer i institusjoner og bofellesskap, og det er bare to av kommunene som nå har flere enn tre BPA-brukere i boliger med bemanning. Noen mener den lave etterspørselen kan henge sammen med at om man har behov for heldøgns bo- og omsorgstilbud, har man såpass reduserte funksjoner at det er vanskelig å være sin egen arbeidsleder.

Kommunene er tydelige på at de må vurdere søknader fra personer i slike boformer på lik linje med andre. Bare en kommune sier at de ikke vil gi BPA til personer som bor slik at de har tilgang til bo- og omsorgstjenester hele døgnet, fordi brukers bistandsbehov da vil være dekket gjennom bofellesskapet, eller vil kunne dekkes bedre gjennom andre av kommunens ordninger. En annen kommune sier de vil begrense denne kategorien brukere til helt spesielle tilfeller, f.eks. knyttet til trening som skal gjøres så og så mange ganger i uken, og at de samtidig er avhengig av å ha med seg noen når de skal ut.

Den største bekymringen kommunene har i forbindelse med BPA til brukere som har heldøgns bo- og omsorgstilbud er knyttet til økonomi og ressursutnyttelse. Her er tre eksempler:

Vi ser jo at det er en fordyrende ordning, det koster jo kommunen mer. Det er klart at et bofellesskap som allerede har bemanningen, – hvis du da får en eller to brukere som får BPA så gjør jo det noe med bemanningen i den boligen. Vi kan ikke utnytte de kommunale ressursene godt nok da.

Du har i utgangspunktet startet en bemannet boligenhet, så faller det litt vekk, det som egentlig var grunnlaget for at man startet det.

... Da tenker jo vi at brukeren heller burde bodd et annet sted, så burde de gitt den boligen til noen som kanskje kunne nyttiggjort seg av den personalbasen som er. Bolig med bemanning er en knapp ressurs. Men vi kan ikke tvinge dem, de har husleie og rettigheter i forhold til det. Det er deres bolig, det er de som leier eller eier.

Videre er det noen kommuner som tar opp at det kan være utfordringer knyttet til hvem som skal gjøre hva og hvem som har ansvar for hva. Det kan dermed bli en dublering av tjenester. Som en kommune påpeker, kan imidlertid dette ordnes med bedre koordinering fra kommunens side:

Det er jo kommunen som fatter vedtak for alle tjenestene – de som bor i omsorgsbolig får også tilbud om trygghetsalarm, støttekontakt, BPA, hjemmesykepleie – så BPA blir jo da del av en tjenestepakke.

5.6. Oppsummering

- Selv om kommuneinformantene tilstreber lik utmåling av timer til BPA-brukere som for brukere av ordinært organiserte tjenester, ser de at BPA-brukere i gjennomsnitt får høyere timetall. Deres egne forklaringer er
 - at BPA-brukere i gjennomsnitt er yngre enn brukere av ordinære tjenester, og derfor har et høyere aktivitetsnivå som igjen gir høyt timetall,
 - at BPA-brukere oftere har mer omfattende og sammensatte behov enn mottakere av ordinære tjenester,
 - at det er vanskelig rent praktisk å få til god BPA-organisering dersom ukentlig bistandsbehov er lavt,
 - at BPA tjenester ikke kan leveres like effektivt som ordinære punktbaserte tjenester,
 - at BPA-brukere framstår som relativt ressurssterke og får god drahjelp av interesseorganisasjoner og private leverandører til å argumentere for høyt timetall.
- Det synes å være uklart hva BPA-ordningen skal være. Samfunnsdeltakelse og uavhengighet skal vektlegges samtidig som timetildeling skal være som i tradisjonelle tjenester innenfor helse- og omsorgssektoren.
- Det oppleves som problematisk at politikere på statlig nivå skaper urealistiske forventninger blant brukere om hva kommunene kan levere av BPA-tjenester.
- I tråd med KS egen undersøkelse (se appendiks) rapporterer informantene våre at de har begrenset erfaring med å behandle søknader og gi BPA-timer til personer som bor i samlokaliserte boliger med felles bemanning. Fylkesmennene hadde heller ikke erfaring med klagesaker på dette området.
- Informantene sier de vil vurdere søknader fra personer i slike boformer på lik linje med andre som ikke bor på institusjon, men mange ser for seg problemer knyttet til overlappende tjenestetilbud og ressursløsning. Det vil kreve mer søkelys på koordinering av tjenestene fra kommunens side.

6. Velferdsteknologi

Dette kapitlet bygger i hovedsak på intervju med representanter for BPA-forvaltningen i ti kommuner og tre fylkesmannsembeter.

I intervju med representanter for kommunal forvaltning kom det frem flere synspunkter på velferdsteknologi, BPA og timevurdering. Det var gjennomgående at kommunene vurderte bruk av velferdsteknologi uavhengig av om tjenesten ble organisert som BPA:

Ja, det blir jo alltid vurdert. Det er noe vi har ganske langt fremme og jobber mye med de siste årene i forhold til velferdsteknologi. Så egentlig i alle søknader så er det noe vi vurderer om kan være nyttig og da gir vi det alene som et tilbud, men og i kombinasjon med andre tjenester, for eksempel BPA-tjeneste eller hjemmesykepleietjeneste. Vi har ofte velferdsteknologi i tillegg til andre tjenester, men og kan det gis alene.

I tilfeller der velferdsteknologi ble benyttet ble det vurdert om dette reduserte behovet for timer til annen form for bistand:

Vi kan sette inn enn epilepsialarm så slipper vi å ha en nattevakt til stede hele natten for eksempel, det kan være en sovende nattevakt som får en alarm. Så vi vurderer i hvert fall det når vi vurderer søknader om det er noe teknologiske midler som gjør at behovet blir redusert.

En informant påpekte hvordan endret og redusert timetildeling som følge av velferdsteknologi kunne skape utfordringer dersom timetallet til søker kom lavere enn rettighetsfestingen betinget, slik at bruker heller foretrakk personlig hjelp fremfor velferdsteknologi. I denne kommune var det nå vedtatt en politikk som tilsa at dersom velferdsteknologi kan brukes – «så skal man velge det».

I beskrivelsen av aktuell teknologi ble det trukket frem flere spesifikke eksempler, både av mer etablert karakter som trygghetsalarm og medisindispenser, men også andre former, f.eks. epilepsialarmer, robotstøvsuger, room-mate (dvs. visuelt og anonymisert digitalt tilsyn), sensorteknologi, lokaliseringsteknologi – GPS-sporing, DigiHelse (elektronisk kommunikasjonsplattform der brukeren kan kommunisere med hjelpeapparatet/tjenesten om man vil gjøre noen endringer i avtalene sine) og tjenesteshop.

I intervjuene fremkom imidlertid at det var ulik erfaring med omsyn til hvor langt en var kommet i bruken av velferdsteknologi. Mens noen kommuner hadde et sterkt søkelys på bruk av teknologi, var andre mer preget av erfaring med vel etablert teknologi som trygghetsalarm, og disse informantene betegnet sine kommuner som å «ikke å ha kommet så langt» eller å være i «startgropen». Gjennomgående var holdningen til mer bruk av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenestene positive og dette ble begrunnet i behovet for arbeidskraft i fremtiden: «Det er en ønsket og nødvendig utvikling fordi i fremtiden vil vi jo få en så stor utfordring med å skaffe personell, at vi er jo bare nødt til å få gjort jobben med hjelp av velferdsteknologi». Det ble også oppfattet å være et gode for brukeren i mange tilfeller: «Vi vurderer alltid muligheten for å bruke velferdsteknologi i forbindelse med BPA, særlig når det gjelder behov for hjelp om natta. [...] Vi mener det er et gode for brukerne også. Det kan være bedre for de å ha korte videotilsyn enn en person som kommer inn og vekker dem». En av informantene påpekte likevel at vurderingen av teknologi avhang av hvilken spesifikk teknologi det var tale om: «Er det en støvsugerrobot så er det jo helt uproblematisk, er det tilsyn, trygghet, da er det jo noe helt annet». Og en annen

informant vektla at også for teknologiske løsninger var kravet om forsvarlighet avgjørende. En informant viser til saker rundt tilsyn for barn, der de ennå ikke har funnet tilfredsstillende teknologiske løsninger: «Vi har hatt flere saker, det er særlig knyttet til barn hvor dette har vært diskutert, og det har vært knyttet til nattbehov ved tilsyn. Det har ikke kommet opp gode løsninger, så velferdsteknologi har ikke så langt hatt noen innvirkning på vår utmåling av BPA timer, enn så lenge».

Rundskrivet åpner for at dersom deler av personens bistandsbehov kan dekkes på en forsvarlig måte ved bruk av for eksempel velferdsteknologiske løsninger, kan dette tas med i vurderingen av timebehovet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Våre intervju tilsier at dette i liten grad er en aktuell problemstilling i klagesaker. Fylkesmannen i Rogaland opplyste at de hadde hatt noen få eksempler som gjelder bruk av trygghetsalarm i stedet for bruk av nattevakt. Her gjaldt klagen et ønske om heller å få BPA-personell på natt istedenfor trygghetsalarm og omfanget av disse tjenestene. Informanten var ikke kjent med utfallet av disse sakene. Også i slike saker må man vurdere behov og forsvarlighet. Også Fylkesmannen i Trøndelag mente vurderinger av om trygghetsalarm kunne erstatte BPA timer, kunne bli en problemstilling. Så langt hadde de imidlertid ingen klager på denne problemstillingen. Heller ikke for Fylkesmannen i Oslo og Viken var dette noe som var aktuelt, men vurderingen var at dette ville bli mer aktuelt fremover i forbindelse med velferdsteknologi som f.eks. kamera med varsling og robotmedisiner. Denne Fylkesmannen kunne informere om en klagesak hvor bydelen har innvilget velferdsteknologiske hjelpemidler for å kontrollere blodtrykket, ved hjelp av maskin, der denne løsningen ble en erstatning for at det skulle komme tjenesteytere for å bistå med det. Vurderingen var at det var forsvarlig å drifte det med velferdsteknologiske løsninger og at personen selv klarte å håndtere det. Her ble kommunes vedtak stadfestet, og kommunen hadde levert forsvarlige tjenester.

6.1. Oppsummering

- Kommunene synes å ha ulik erfaring med bruk av velferdsteknologi slik at problemstillinger rundt teknologi og timetallsvurdering for BPA er varierende.
- Bruk av velferdsteknologi kan inngå i kommunal forvaltnings vurdering av timetildeling, slik at bruk av teknologiske løsninger kan redusere den tildelte timemengden gitt at forsvarlighetskravet fortsatt er innfridd.
- Spesifikt for BPA-ordningen og rettighetsfestingens timetallskrav kan det i noen tilfeller oppstå en problematikk der bruker kan ønske å unngå å bruke velferdsteknologiske løsninger dersom dette medfører en reduksjon i tildelte timer til under kravet for den ubetingede/betingede retten til BPA (32/25 timer per uke).
- Klagesaker som omhandler bruk av velferdsteknologi, er foreløpig sjeldne. Eksempler på saker kan være bruk av trygghetsalarm som erstatter personale. I aktuelle saker har kommunens vedtak blitt stadfestet. Fylkesmannen forventer at saker som omhandler velferdsteknologi vil bli et mer omfattende felt fremover i takt med den teknologiske utviklingen. Dette samsvarer med oppfatningen i kommunal forvaltning slik det kommer frem i kommuneintervjuene.

7. Fylkesmannens klagesaksbehandling

7.1. Innledning

Fylkesmannen (Fm) er klageinstans for klager som gjelder helse- og omsorgstjenester i kommunene, herunder ordningen med BPA. I denne delen ser vi på klagesaksbehandlingen hos Fylkesmannen med hovedvekt på omgjøringsvedtak, dvs. endringsvedtak der klager får helt eller delvis medhold. Hovedvekt er på spørsmålet om hva som vektlegges fra Fylkesmannens side i slike omgjøringsvedtak. For å belyse dette bygger vi i hovedsak på intervju med representanter fra tre ulike Fylkesmannsembeter og med Pasient og brukerombudet (POBO), i tillegg til statistikk fra Nestor og utvalgt relevant litteratur. Vi vil også trekke på intervju prosjektet har gjennomført i ti kommuner.

7.2. Utvikling i klagesaker til Fylkesmannen 2012–2019

I tabell 11 nedenfor gis en oversikt over klagesaker til fylkesmannen i perioden 2012–2019, utviklingen i unike mottakere av helse- og omsorgstjenester, samt mottakere av BPA. Videre har vi beregnet relativ klageprosent samlet for alle helse- og omsorgstjenester, samt separat for BPA ordningen.

Tabell 11: Antall klager til Fm, mottakere og klageomfang for BPA sammenlignet med samlede helse- og omsorgstjenester, 2012–2019

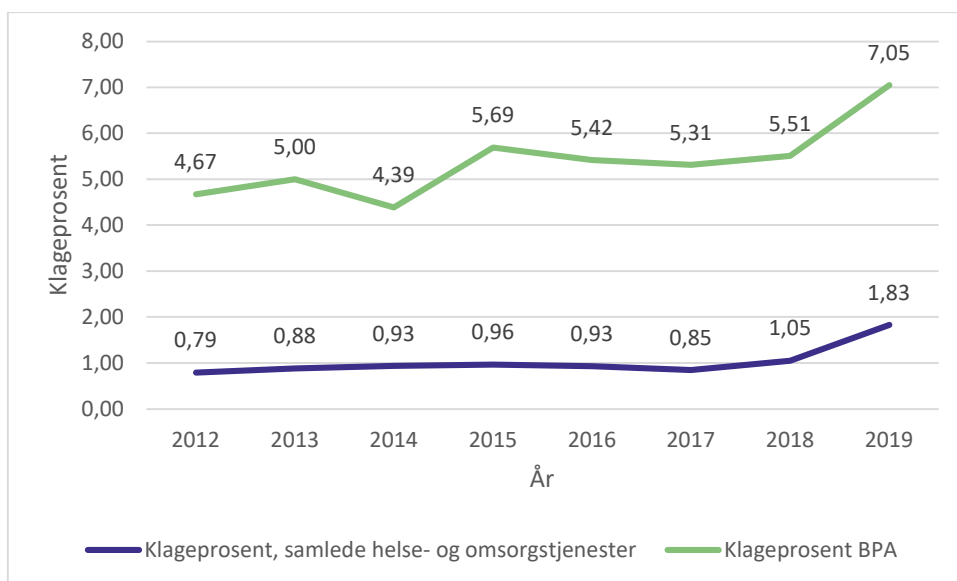
År	Antall klager totalt	Antall unike mottakere av helse- og omsorgstjenester gjennom året	Klageprosent, totalt	BPA-klager	Antall BPA brukere, unike mottakere gjennom året	Klageprosent BPA
2012	2677	336864	0,79	154	3296	4,67
2013	2992	340093	0,88	166	3322	5,00
2014	3196	342216	0,93	151	3442	4,39
2015	3370	349419	0,96	203	3567	5,69
2016	3296	355635	0,93	206	3802	5,42
2017	3065	361471	0,85	211	3971	5,31
2018	3810	364587	1,05	214	3884	5,51
2019	6685	366897	1,83	280	3968	7,06

Kilde: Klagesaker: Nestor-team 2020, Antall brukere: Helsedirektoratet (2019), SSB (2020).¹⁸

Tabell 11 viser at klageprosenten for helse- og omsorgstjenestene samlet, har vært relativt stabil i perioden 2012 til 2017, på om lag 0,8–0,9 %. Den sterke økningen for 2019 skyldes ifølge Nestor-team nesten utelukkende en vekst i sykehustransportklager, samt at en enklere og mer tilgjengelig klagemulighet ble åpnet for denne tjenesten.

¹⁸ For 2019 tallene opplyser SSB at: "Både pga. ny IPLOS-versjon og utfordringer med å samkjøre databaser fra flere kommuner som følge av kommunereformen har det oppstått større avvik fra 2018 til 2019-årgangen, som ikke kan forklares med reelle endringer i tjenestetildeling" (SSB, 2020).

Figur 1 illustrerer utviklingen i klageprosent i perioden 2012–2019.



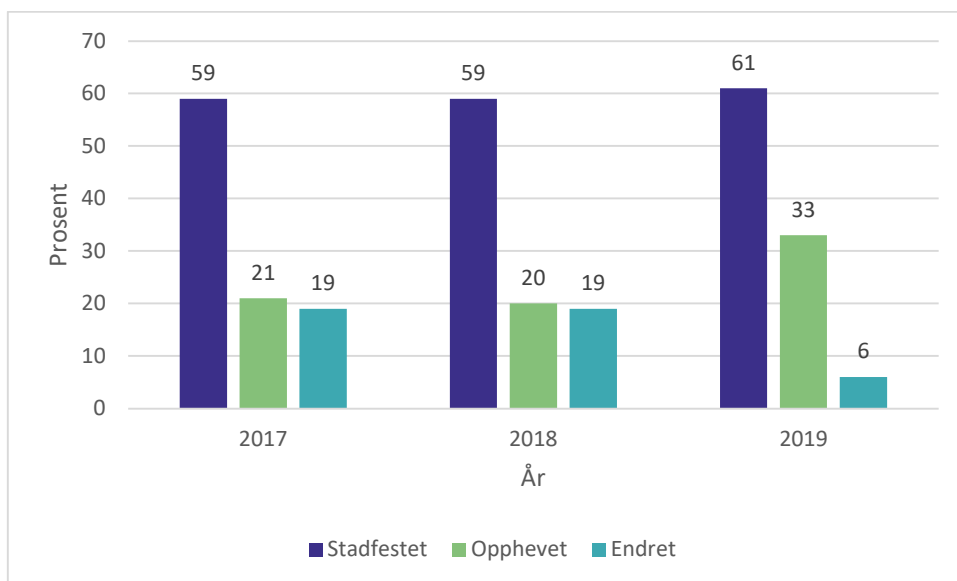
Figur 1: Klageprosent samlede helse- og omsorgstjenester og for BPA, 2012–2019

Statistikk fra Helsetilsynet (Nestor) gir også en oversikt over utfall av rettighetsklagene, samt hvilket grunnlag saker blir opphevet og endret på. I tabell 12 gis en oversikt over utfall for årene 2017–2019. For perioden 2012–2016 vises det til analyse gjort i Ervik m.fl. (2017). Undersøkelsen fant for den perioden at rettighetsklagene endte med stadfestelse i et klart flertall av sakene, men at det var noe vekst i andelen saker som ble opphevet eller endret.

Tabell 12: Utfall av rettighetsklager hos Fylkesmannen 2017–2019, antall saker

Utfall	Stadfestet	Opphevet	Endret
År			
2017	124	45	41
2018	127	45	45
2019	170	92	18

Vi ser at for 2017 og 2018 er fordelingen mellom ulike utfall relativt stabil, mens det derimot for 2019 er en reduksjon i antallet saker der utfallet er endret. Figur 7.2 gir den prosentvise fordelingen for ulike utfall.



Figur 2: Utfall av rettighetsklager hos Fylkesmannen 2017–2019, %-fordeling

Som figur 2 viser, blir kommunens vedtak i et klart flertall av sakene stadfestet av Fylkesmannens behandling. For de to andre utfallene, der saker blir opphevet med tilbakesending for ny behandling i kommunen eller endret (helt eller delvis) der klager får medhold, er fordelingen mellom kategoriene ganske lik med om lag 20 % hver for årene 2017 og 2018. For 2019 er andelen med opphevelse imidlertid økt til 33 % mens Fylkesmannen bare fatter endringsvedtak i 6 % av sakene.

De samlede tallene og prosentene er basert på informasjon fra de ulike Fylkesmennene rapportert til Helsetilsynet. Ser vi i stedet på fordeling av utfall per Fylkesmann avdekkes en viss variasjon i fordelingen mellom utfallene av sakene. I tabell 13 har vi summert utfall av saker for 2017 og 2018 fordelt på de ulike Fylkesmannsembetene.

Tabell 13: Utfall av klagesaker i ulike Fylkesmannsembeter, samlet for årene 2017 og 2018

Utfall	Stadfestet	Opphevet	Endret	Sum	Andel saker med endringsutfall, %
Fylkesmannen i					
Østfold	21	9	8	38	21
Oslo og Akershus	53	14	44	111	40
Hedmark	5	4	2	11	18
Oppland	11	6	1	18	6
Buskerud	25	11	2	38	5
Vestfold	14	0	3	17	18
Telemark	8	5	0	13	0
Agder	16	6	2	24	8
Rogaland	14	6	6	26	23
Hordaland	23	7	1	31	3
Sogn og Fjordane	4	1	3	8	38
Møre og Romsdal	7	1	1	9	11
Trøndelag*	22	10	4	36	11
Nordland	7	4	4	15	27
Troms	20	5	2	27	7
Finnmark	1	0	1	2	50

* I 2017 var Trøndelag delt i to fylkesmannsembeter (Sør- og Nord-Trøndelag). I tabellen har vi slått sammen tall for disse to for gjeldende år.

Tabell 13 viser en stor grad av variasjon i (fordeling av) utfall av klagesaker mellom de ulike fylkesmennene. Dette er i tråd med funn fra andre studier som har sett på klagesaker, f.eks. økonomisk stønad og tidligere lov om sosial omsorg og en undersøkelse av klagesaker for BPA gjennomført før rettighetsfestingen (Andenæs, 1992; Begg, 2006; Terum & With, 2007). Tar vi utgangspunkt i den siste kolonnen som viser andel saker med endringsutfall, finner vi at andelen er høy i Oslo Akershus (40 %), om lag på gjennomsnittet i Østfold 21 % (og Rogaland), mens andelen er lav i fylker som Hordaland (3 %) og Buskerud (5 %). Vi har her brukt fylkesmenn med et visst omfang av saker i løpet av de to årene som eksempel, siden denne typen prosentvise fordelinger ikke gir et godt bilde om de er basert på få saker.

For 2019 reflekterer tallene gjennomføringen av regionreformen med nye større enheter for fylkesmannsembetene. Tallene er derfor vanskelig sammenlignbare med tidligere år med omsyn til utfall per fylkesmann. Vi har derfor samlet tall for 2019 i tabell 14.

Tabell 14: Utfall av klagesaker BPA, 2019

Utfall	Stadfestet	Opphevet	Endret	Sum	Andel saker med endringsutfall, %
Fylkesmannen i:					
Oslo og Viken	75	56	5	136	4
Innlandet	13	2	1	16	6
Vestfold og Telemark	17	10	3	30	10
Agder	8	3	1	12	8
Rogaland	9	4	4	17	24
Vestland	14	4	0	18	0
Møre og Romsdal	3	5	2	10	20
Trøndelag	15	4	0	19	0
Nordland	2	1	1	4	25
Troms og Finnmark	14	3	1	18	6

I tabell 14 er variasjonen når det gjelder andel saker med endringsutfall naturlig nok redusert, men Oslo og Viken skiller seg ut gjennom å ha et høyt antall saker med opphevelse, der saken blir sendt tilbake for ny behandling i kommunen. Oslo og Viken har nå en lav andel av saker med endringsutfall (4 %). Som vi skal se av intervjugjennomgangen nedenfor skyldes dette en bevisst endring i politikk mot bruk av opphevelse istedenfor endring i det nye sammenslåtte embetet. Av Fylkesmannsembeter med et visst omfang av saker, er det Rogaland som har høyest andel saker med endringsvedtak (25 %).

7.3. Grunnlag for klageutfall

I perioden 2017–2019 fikk søkere medhold i form av helt eller delvis endring i vedtaket i 101 saker av totalt 705 klagesaker. Dette utgjør om lag 14 % av sakene. Både for disse utfallene og for saker med opphevelse angir statistikken fra Nestor grunnlag for vurderingen. For endringsutfall er dette enten feil rettsanvendelse eller urimelig skjønn.¹⁹ *Feil rettsanvendelse* viser til rettsanvendelsesskjønnet som gjelder vedtakets lovlighet (Bernt, 2000: 221–222). Dette innbefatter begreper i lovteksten, bestemmelse av faktum i saken og subsumpsjon av det konkrete tilfellet under den generelle regelen (Graver, 2007).²⁰ *Forvaltningsskjønnet* angår vedtakets rimelighet (Bernt 2000: 221–222). Her vises det til det som ikke er rettslig normert og som omhandler avveininger mellom faglige (ikke juridiske), politiske og økonomiske hensyn. Her har beslutningstakeren frihet til å velge den løsningen som i det konkrete tilfellet vurderes som hensiktsmessig. Fylkesmannen kan i utgangspunktet prøve alle sider av et vedtak, dvs. fire ulike forhold ved helse- og omsorgstjenestene: om rett faktum er lagt til grunn; om det foreligger brudd på saksbehandlingsreglene; om rett lov er benyttet og om den er tolket rett i den konkrete saken (rettsanvendelsen) (Helsetilsynet, 2012). Hvor langt fylkesmannen kan gå i prøving av faktum og

¹⁹ Skjønnsutøvelse innebærer at beslutningstakeren (i vår sammenheng representanten for kommunal forvaltning) gjør bruk av sin dømmekraft, og at det er overlatt til denne å bestemme det endelige utfallet i en sak (Graver, 2007: 253).

²⁰ Subsumpsjon er: «det å henføre en handling eller en unnlattelse under en bestemt rettsregel. Med andre ord er subsumpsjon å anvende lovbestemmelser og andre rettsregler på et bestemt faktum» (Gisle, Jon: subsumpsjon – jus i Store norske leksikon på snl.no. Hentet 27. april 2020 fra [https://snl.no/subsumpsjon - jus](https://snl.no/subsumpsjon-jus)).

subsumsjon, vil være avhengig av hvor vesentlig det er å bygge på direkte observasjoner av bruker eller andre faktiske forhold.

Fylkesmannen kan bare prøve forvaltningsskjønnet i den grad det er åpenbart urimelig, med andre ord en begrensning i klageretten, og der kommunal forvaltning har tilsvarende utvidet handlingsrom. Hva som er åpenbart urimelig skjønn, og hva som ligger innenfor det frie skjønn til den kommunale forvaltningen, kan være en vanskelig grenseoppgang. Ervik m.fl. (2017) gir et eksempel der kommunens vedtak ble omgjort av Fylkesmannen med henvisning til åpenbart urimelig skjønn.

Saken gjaldt en bruker som ble fratatt BPA-ordningen i 2015, som vedkommende hadde hatt siden 2002. Det opprinnelige vedtaket ble gjort med henvisning til rettighetsfestingen i 2015 der personer med timebehov under 25 timer ikke har en individuell rett til BPA (Fylkesmannen i Hordaland, 2015). I dette tilfellet hadde kommunen forut for lovendringen i 2015 retningslinjer som identifiserte brukere med behov for hjelp i mer enn 20 timer som målgruppe for BPA-ordningen. Retningslinjene ble endret som følge av rettighetsfestingen ved årsskiftet 2014/2015 til 25 timer. Da brukeren mistet assistenten sin, klaget han til Fylkesmannen. Brukeren skulle fortsatt få samme timetall hjelp som tidligere, men organisert i form av tradisjonelle tjenester. Fylkesmannen ga klager medhold og konkluderte med at det var åpenbart urimelig av kommunen å ta fra brukeren den tjenesteformen han hadde hatt over tid og innrettet seg etter. Videre ble det vist til at:

kommunen ikkje hadde lagt stor vekt på brukaren sitt syn, slik lova pålegg kommunen, og heller ikkje lagt tilstrekkeleg vekt på brukaren sitt ønske om å få behalde ein hjelpar han var fornøgd med og sleppe å måtte forhalde seg til fleire forskjellige hjelparar (Fylkesmannen i Hordaland, 2015).

For opphevelse kommer i tillegg feil saksbehandling som kategori. I vårt arbeid er fokus på endringsutfall. Statistikken fra Nestor gir en oversikt over fordelingen av årsaker for endrings- og omgjøringsvedtakene. I tabell 15 gir vi en samlet oversikt for årene 2017 og 2018 for hele landet.

Tabell 15: Avsluttede klagesaker BPA 2017–2018, fordeling av utfall og årsaker i %, hele landet

Utfall	Stadfestet	Opphevet: tilbakes. Ny beh.			Endret helt eller delvis	
		Feil saksbehandling	Feil rettsanvendelse	Urimelig skjønn	Feil rettsanvendelse	Urimelig skjønn
Årsak						
2017	59 %	13 %	7 %	1 %	13 %	6 %
2018	59 %	14 %	4 %	2 %	10 %	9 %
Sum saker 2017–2018	251	59	23	7	50	37

Tabell 15 viser at feil saksbehandling er den vanligste årsaken for opphevelse med tilbakesendelse og ny behandling i kommunen, mens urimelig skjønn sjelden er årsak til opphevelse. For endringsvedtak er feil rettsanvendelse noe mer vanlig enn urimelig skjønn samlet for de to årene. I et klart flertall av sakene ble kommunens avgjørelse stadfestet. Siden flere fylkesmannsembeter ble slått sammen fra og med 2019, vises en egen oversikt for dette året i tabell 16.

Tabell 16: Avsluttede klagesaker BPA 2019, fordeling av utfall og årsaker i %, per Fm og hele landet

Utfall	Stadfestet	Opphevet: tilbakes. Ny beh.			Endret helt eller delvis		Sum
		Feil saksbehandling	Feil rettsanvendelse	Urimelig skjønn	Feil rettsanvendelse	Urimelig skjønn	
Fylkesmannen i							
Oslo og Viken	75	19	35	2	5		136
Innlandet	13	1	1			1	16
Vestfold og Telemark	17	9	1		3		30
Agder	8	1		2		1	12
Rogaland	9	4				4	17
Vestland	14	4					18
Møre og Romsdal	3	1	4		2		10
Trøndelag	15	3		1			19
Nordland	2	1			1		4
Troms og Finnmark	14	2	1		1		18
Landet	170	45	42	5	12	6	280
Landet, % fordelt	61 %	16 %	15 %	2 %	4 %	2 %	100 %

Tabell 16 viser at for utfallene opphevelse og endring er fordelingen mellom feil rettsanvendelse og urimelig skjønn slik at førstnevnte årsak forekommer i 19 % av alle sakene mens urimelig skjønn forekommer i 4 % av de avsluttede sakene. En slik fordeling er ikke overraskende gitt at kommunens rom for skjønnsutøvelse er stort og at det derfor kreves sterke grunner for å påvise urimelighet i vedtak. Oslo og Viken, som har flest brukere, står for om lag halvparten av sakene. Her ser vi en fordeling hvor feil rettsanvendelse forekommer i 29 % av alle sakene, mens urimelig skjønn forekommer i kun 1,5 % av alle sakene i dette embetet. Også for 2019 er stadfestelsesprosent høy, med 61 %. Det siste er i tråd med tidligere forskning. I undersøkelsen til Begg (2006), som bygger på gjennomgang av i alt 96 av 245 klagesaker for årene 2001–2003, oppsummerte hun at Fylkesmennene syntes å utvise stor forsiktighet med å overprøve kommunenes vurderinger, både når det gjaldt hvilke tjenester som var mest hensiktsmessige og nivået på tjenestene. Dette gjenspeilte seg i en relativt høy stadfestelsesprosent. Dermed opprettholdt Fylkesmennene eksisterende forskjeller i kommunenes praksis.

En hovedutfordring i saksbehandlingen var spørsmålet om tilbudet er forsvarlig og om hjelpen som ble gitt var hensiktsmessig: «Usikkerhetene oppstår først når det skal avgjøres hvor mye hjelp den enkelte er avhengig av og hvordan denne hjelpen skal organiseres» (Begg 2006: 27). For det første momentet finner Begg at Fylkesmennene her legger seg på et minimumsnivå der forsvarlighet innebærer at bruker får dekket grunnleggende behov for pleie og omsorg, mens lovens intensjon (daværende sosialtjenestelov) om «utviklende tiltak» syntes å bli holdt utenfor i vurderingene, eller ble tillagt mindre vekt.

Når det gjelder omgjorte saker fant Begg at noen fylkesmenn fastsatte f.eks. timetall selv, mens andre overlot dette til kommunen. Studien fant også at alle Fylkesmennene brukte signaler til kommunene i saksbehandlingen. Slike signaler kunne inneholde både kritikk av kommunens behandling av en sak, men også veiledning og vurderinger rettet mot både klager og kommune.

Selv om arbeidet til Begg bygger på empiri for snart 20 år tilbake, og på noe annen lovgivning, blant annet at BPA ikke var en individuell rettighet, er mange av problemstillingene gjenkjennelige også i dag. Det gjelder f.eks. spenningen mellom intensjonen om å fremme likestilling på den ene siden, og bestemmelsen om at BPA er en alternativ organisering av helse- og omsorgstjenestene, som ikke skal medføre endringer i tildelte timer for et gitt behov.

I et nyere arbeid av Askheim et al. (2014: 113), der også klagesaker er analysert, trekker forfatterne frem klager på antall timer og avslag som mest forekommende begrunnelse for at en sak ble fremmet. Også i undersøkelsen til Ervik m.fl. (2017: 141–142) var avslag, timetall, og hjelpens omfang de mest forekommende klagegrunnlagene. Dette samsvarer også med nyere statistikk over henvendelser til Pasient og brukerombudet (POBO) om BPA ordningen. POBO behandler ikke klager, men spiller en viktig rolle ved å bistå personer som ønsker å klage på vedtak om kommunale tjenester som f.eks. BPA. POBO fører statistikk over henvendelser for denne tjenesten. I tabell 17 vises utviklingen i perioden 2013–2019.

Tabell 17: Henvendelser om BPA til POBO på landsbasis i perioden 2013–2019. Årsaker til henvendelsene

Årsaker:	År	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Totalt i perioden
Manglende tildeling av tjenester/Avslag		0	0	28	30	54	34	37	183
Omfang av tjenester		0	0	30	24	17	40	18	129
Bortfall/reduksjon av tjenester		0	2	22	21	18	23	19	105
Medvirkning		2	13	11	12	4	11	11	64
Saksbehandling		9	12	12	13	7	4	6	63
Avvisning		3	6	12	5	3	1	2	32
Saksbehandlingstid		0	0	0	0	8	9	8	25

Kilde: (Pasient – og brukerombudene, 2020). Tabellen omfatter de mest fremtredende årsakene i perioden.

Tabell 17 viser at manglende tildeling/avslag, omfang og bortfall av tjenester utgjorde majoriteten av henvendelser om BPA til POBO og om lag ¾ deler av de mest fremtredende årsakene. For 2019 var antall henvendelser totalt 141, og de tre nevnte årsakene utgjorde dermed 52 % av henvendelsene til POBO.²¹

7.4. Intervju med Fylkesmannen i tre fylker og POBO

7.4.1. Kriterier for utvalg

I vårt utvalg av Fylkesmenn for intervju har vi tatt utgangspunkt i variasjonen for årene 2017 og 2018 (jf. Tabell 13). Vi har vektlagt to faktorer; variasjon i endringsutfall, samt at aktuelle Fylkesmenn bør ha erfaring fra ett visst omfang av saker. Utfra dette har vi valgt Fylkesmannen i Oslo og Akershus (nå Oslo og Viken), Rogaland, og Trøndelag.

²¹ POBO opplyser i epost 16.06.2020 at en stor andel av henvendelsene er fra Oslo og Akershus. Dette gjaldt 41 av 141 saker i 2019, 60 av 167 saker i 2018 og 60 av 146 saker i 2017.

7.4.2. Utfall og omgjøring av BPA vedtak: Fylkesmannens vurderinger

Tidligere forskning har vist ulikhet i vurderinger og klageutfall mellom ulike Fylkesmenn. En slik variasjon kommer også klart frem i våre intervjuer. For det første synes det å være ulik praksis med hensyn til endring og opphevelse. I et av embetene, Fylkesmannen i Trøndelag, har de hatt en praksis med oppheving av saker med tilbakesending til kommunen og ny vurdering der. For opphevingsaker med tilbakesending til kommunen for ny behandling skyldes det ofte at saken var for dårlig opplyst og utredet, og der kommunene måtte gjøre nye vedtak. Imidlertid oppgir fylkesmannen at de etter å ha vurdert denne praksisen nærmere skal etterstrebe og vurdere endringsvedtak heller enn tilbakesending i de tilfeller der de har tilstrekkelige opplysninger i saken til å fatte en endelig avgjørelse. Dette for å unngå at klagebehandlingen tar unødvendig lang tid, noe som kan gjøre brukerne skadelidende.

I et av de fylkene som tidligere hadde en høy andel omgjøringsvedtak, var praksis i ferd med å endre seg. Etter sammenslåing til Fylkesmannen i Oslo og Viken (FmOV) ble det foretatt en vurdering av hvordan de løste disse sakene tidligere og hvordan de ble løst nå. Fylkesmannen sier at de på bakgrunn av denne gjennomgangen ser at:

Fylkesmannen i Oslo og Akershus (FmOA) hadde en svært høy omgjøringsprosent i forhold til de andre embetene, og vi har jo da større grunnlag for å oppheve og istedenfor overlate til kommunene og bydelene å utforme omfang ettersom de har best oversikt over sine tjenestetilbud og nærhet til bruker. Og vi har jo sett at vi har minsket saksbehandlingstid fra åtte måneder til tre, så det har vært en fordel da for brukere ute også (FmOV).

Denne Fylkesmannen mente også at et problem med en høy omgjøringsprosent var at det medførte et betydelig inngrep i kommunenes frie skjønn til å utforme vedtak, samtidig som forvaltningslovens hensyn og krav detaljfesting i vedtaket vanskelig kunne bli oppfylt. Siden Fylkesmannen også ved oppheving påpekte hvor det ble gjort feil, hva som kreves i nytt vedtak, og påfølgende oppfølging i bydelene og kommunene av dette, mener Fylkesmannen at brukernes rettigheter blir bedre ivaretatt med den nye praksisen.

Også med omsyn til vurdering av saker viser intervjuene ulikheter mellom Fylkesmenn. Fylkesmannen i Rogaland uttrykker at i vurderinger av saker er det spørsmål om rettsanvendelsen som er sentral, dvs. hvorvidt hjelpen som gis er forsvarlig og ligger på et tilstrekkelig minstenivå for å sikre at rettigheten er oppfylt. Dette innebærer en nærmere vurdering av om behovet for hjelp er tilstrekkelig klarlagt, at faktum i saken er korrekt beskrevet, inkludert eventuelle helse- og funksjonsutfordringer, og om hjelpen som gis fungerer og dekker behovet på en forsvarlig måte. Klagesaker kan gjelde både avslag på søknad om å få BPA organisering og omfang av hjelpen (timetall). I Fylkesmannen i Rogaland er det en ren juridisk vurdering av hvorvidt det foreligger feil rettsanvendelse som vektlegges. Med omsyn til skjønnsutøvelsen fremhever Fylkesmannen i Rogaland at det for omsorgstjenester skal legges stor vekt på hensynet til kommunens skjønnsutøvelse, og at rommet for prøving er mindre her enn for helsetjenester. For rettsanvendelsen vurderes ifølge Fylkesmannen i Rogaland både retten til BPA i Pasient – og brukerrettighetsloven (PBRL), § 2-1 d (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b), men også bestemmelsen fra tidligere i Helse – og omsorgstjenesteloven (HOL), §3-8 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a) om at kommunen har en plikt til å tilby BPA uavhengig av timebehov, dersom dette er hensiktsmessig. Fylkesmannen har hatt noen saker om dette (HOL §3.8), der avslag om BPA vurderes som urimelig skjønn. I disse tilfellene kan det være at en person har rett på BPA, og at kommunen ikke har gode grunner for å avslå BPA organisering. Fylkesmannen opplever i noen saker at kommunene kan ha en manglende vurdering opp mot den andre bestemmelsen (HOL §3-8).

Fylkesmannen i Trøndelag opplyser at i saker med omgjøring er det manglende oppfyllelse av forsvarlighetskravet som er fremtredende, f.eks. for lav utmåling av timer. Fylkesmannen oppfatter at en del kommuner opererer med egne standarder for vurdering av hjelp som ikke tar hensyn til krav om en individuell vurdering av hjelpebehov. Videre hevder Fylkesmannen at kommunene ofte legger seg på en absolutt minstestandard for hjelp, og der nødvendige behov for praktisk bistand utenfor hjemmet (handling, fritid, organisasjonsdeltakelse) ikke blir hensyntatt og sikret på en måte som oppfyller forsvarlighetskravet. Feil saksbehandling og feil rettsanvendelse er mest fremtredende i omgjøringsvedtak, men Fylkesmannen i Trøndelag opplyser at alle fire aspekter ved klager vurderes: feil faktum, feil saksbehandling, feil rettsanvendelse og urimelig skjønn. Fylkesmannen i Trøndelag trekker videre frem en rekke vurderingskriterier som vesentlige for beslutningen om behov for praktisk bistand og avlastning, i tråd med det gjeldende rundskrivet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015c): tilstrekkelig tid til nødvendige gjøremål i hverdagen, ivaretagelse av foreldreansvar, der en forelder er funksjonshemmet f.eks., fritidsbehov, å kunne ta på seg ulike verv i samfunnet, saker der kommuner ikke vil legge inn enkle helsetjenester, herunder medisinutdeling (jf. rundskrivet om at enkle helsetjenester kan legges inn). Nødvendige gjøremål utenfor hjemmet ble også vektlagt. Fylkesmannen la også til grunn det gamle rundskrivet som kom i daværende sosialtjenesteloven fra begynnelsen av 1990 tallet og formålsbestemmelsen i loven §1-1 om at den skal «bidra til at den enkelte får leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfull tilværelse i fellesskap med andre» (Sosial- og helsedepartementet, 1993: 11). I tillegg viser Fylkesmannen i Trøndelag til at siden da har likestillings- og diskrimineringsperspektivet kommet sterkere inn. Som eksempel på likestillingsverdien viser Fylkesmannen til at noen kommuner har lagt seg til en standard der en i forbindelse med handling av matvarer vurderer at dette skal gjøres gjennom å ringe inn bestillinger og få varer hjemkjørt, og at det derfor ikke trengs timer til dette. Der mener Fylkesmannen at dette er et brudd på likestillingsprinsippet fordi det som regel er dyre matvarekjeder som tilbyr dette. Dermed begrenses valgmuligheten for disse brukerne og det har også en uheldig kostnadsside for en gruppe brukere som ikke har spesielt god økonomi. Denne problemstillingen blir også nevnt i et av kommuneintervjuene (fra et annet fylke) der det ved utmåling av timer ble tatt hensyn til at innkjøp kunne gjøres via en app og dermed spare tid og at dette ble gjort for alle typer tjenester. Intervjuobjektet fra kommunal forvaltning er også oppmerksom på at det kan oppstå dilemma i den sammenheng: «Man kan redusere antall timer avsatt til handling, men det er en vurdering fordi det å handle også kan ses på som en sosial aktivitet». Fylkesmannen i Trøndelag har også innvilget tid til deltakelse f.eks. i ulike brukerorganisasjoner, og der opprinnelig timetildeling av BPA har vært tilstrekkelig til slik deltakelse. Fra et kommunalt perspektiv kan man selvsagt stille spørsmål ved hvorvidt det er BPA-ordningen som skal ivareta alle slike hensyn.

Fylkesmannen i Oslo og Viken fremholder at ved omgjøringsvedtak er både rettsanvendelsesfeil og saksbehandlingsfeil vanlige med en nesten 50/50 prosent fordeling. Feil vurdering av rettighetsbestemmelsen, dvs. feil rettsanvendelse, er også omfattende ifølge denne informanten. Eksempler kan være småkommuner som ikke er så kjent med rettighetsbestemmelsen, og avslår BPA fordi de mener de kan gjøre noe annet som er mer forsvarlig, uten å vurdere om vedkommende faktisk har rett til BPA og om man oppfyller vilkårene. Det er dermed vilkårene i bestemmelsen (PBRL, §2-1d) som ikke alltid blir vurdert. Til forskjell fra for eksempel Fylkesmannen i Rogalands rettspraksis, er prøving ut fra §3-8 i HOL i mindre grad vektlagt i klagesaksbehandlingen i Fylkesmannen i Oslo og Viken, fordi denne bestemmelsen anses å ligge innenfor kommunens frie skjønn. Ifølge Fylkesmannen i Oslo og Viken er dette en hensiktsmessighetsbestemmelse, der kommunen har en plikt, selv om man ikke oppfyller

vilkårene, til å vurdere om BPA eller tradisjonell organisering er mest hensiktsmessig. For Fylkesmannen som klageinstans blir det da et spørsmål om å overprøve kommunens frie skjønn og da må vedtaket være åpenbart urimelig, dvs. at det må være vektlagt utenforliggende eller usaklige hensyn. Det kommer omtrent aldri på spissen ifølge denne Fylkesmannen. Her står kommunen fritt til å gi den tjenesten de selv ønsker, så lenge den er forsvarlig, og da skal det mye til for at Fylkesmannen rokker ved det.

7.4.3. Kilder for Fylkesmannens klagesaksbehandling

Intervjuundersøkelsen viser at fylkesmennene dels vektlegger ulike rettskilder i klagesaksbehandlingen. Fm Rogaland opplyser at praksis i klagesaker bygger på rundskriv, tolkingsuttalelser og saksbehandlingsveileder fra Helsedirektoratet i helse- og omsorgssaker som gir generell veiledning som i stor grad er basert på forvaltningsloven. I tillegg brukes også Helsetilsynets veileder (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015c; Helsedirektoratet, 2017; Helsetilsynet, 2012). Fm Trøndelag oppgir i tillegg til disse også flere rettskilder som ulike rundskrivet for helse- og omsorgstjenester, med utgangspunkt i Helse- og omsorgstjenesteloven og ulike Stortingsproposisjoner. I tillegg nevnes det gamle rundskrivet for sosialtjenesteloven fra begynnelsen av 1990 tallet (Sosial- og helsedepartementet, 1993). Fm Oslo og Viken benytter et mer avgrenset kildegrunnlag for sine avgjørelser, og bygger nærmest utelukkende på loven (rettighetsfestingen av BPA) og tilhørende rundskriv. Dessuten nevnes enkelte brev, f.eks. fra Helsedirektoratet om handling på nett. Fm Oslo og Viken fremhever at rundskrivet er ganske tydelig på hva man skal legge vekt på, og at hvis dette følges så overholdes lovkravet.

7.4.4. Samarbeid mellom Fylkesmenn for å oppnå større grad av likebehandling

Vi ser at Fylkesmannen har ulik praksis i sin behandling av klagesaker med omsyn til utfall, og i noen grad også når det gjelder vurdering og kilder for avgjørelser. Ut fra dette er det grunn til å spørre om i hvilken grad Fylkesmenn samarbeider for å oppnå størst mulig grad av likebehandling. Her synes oppfatningene å være samstemte om at det tidligere hadde vært ulike former for samarbeid, mens dette i liten grad hadde vært tilfellet de senere år. Fm Rogaland opplyser at det i liten grad er aktivt samarbeid mellom Fylkesmenn for å sikre større grad av likebehandling. Tidligere var det mer samarbeid med Vestland (Hordaland og Sogn og Fjordane) på omsorgssaker generelt. Nå betegnes kontakten som mer sporadisk og uformell om BPA saker og problemstillinger. Tilsvarende informerer Fm Trøndelag om at de har hatt nettverkssamarbeid og samlinger organisert av Helsedirektoratet om helse- og omsorgstjenester generelt, men ikke spesifikt om BPA. Nå er kontakten mer sporadisk med andre Fm om erfaringer og synspunkt på vanskelige og prinsipielle saker. Også Fm Oslo og Viken hadde før sammenslåing av embeter i regionen såkalte rettighetsmøter en gang i halvåret med noen andre embeter, og opplyser at det da ofte kom frem uenighet på møtene, men uten at det ble gjort noe mer ut av det. Fm Oslo og Viken uttrykker at dette er noe man burde jobbet med, for å oppnå at det tenkes mer likt på embetsnivå, siden det ligger et lovverk til grunn som skal følges og at det er uheldig at utfallet skal bli så forskjellig fra embete til embete og hvor man bor. Dette embetet fremhever samtidig at dagens situasjon med nylig sammenslåtte embeter gir utfordringer i å forene tildeles ulike kulturer, men at dette oppfattes som positivt og bidrar til læring, omlegging av praksis og større faglig dyktighet gjennom å se på hva man gjør, vurdering av lov, forarbeider og rundskriv for å kunne løse oppgavene riktig.

7.4.5. Kommunenes bruk av tilbakemeldinger fra Fylkesmannen i sitt arbeid

Fylkesmennene rapporterer om varierende erfaring med hvorvidt og i hvilken grad kommunene bruker og eventuelt lærer av tilbakemeldingen fra Fylkesmannen i klagesaker utover den konkrete saken. I noen grad synes det å være en sammenheng mellom valg av utfall (opphevelse eller endring) og oppfattelsen av hvorvidt kommunene tar signaler fra Fylkesmannen til følge. Fm Oslo og Viken beskriver en utvikling der en har fått en bedre dialog etter at de i større grad opphevet vedtak. De opplevde først at kommunene stilte seg spørrende til denne endringen, men gjennom kontakt og forklaring på hva Fylkesmannen krever og forventer av vedtak, og en god dialog rundt det, skapte denne tilnærmingen stor forståelse fra kommunenes side. Kommunene opplevde ifølge vår informant, at ballen blir spilt tilbake til kommunen og at de ikke føler seg «vingeklippet», men er med å utforme og bestemme i større grad. Denne Fylkesmannen legger imidlertid til at det er andre kommuner som ikke velger å etterleve, at de bare fortsetter som man har gjort før, men stort sett opplevde denne informantene at kommunene fulgte opp.

Fm Trøndelag oppfattet også at det varierte, men ga eksempler på kommuner som ikke endrer praksis i tråd med vurdering fra Fylkesmannen. Det kan være kommuner som fortsatte med egne standardiserte vurderinger, basert på at en aktivitet/gjøremål f.eks. at dusjing skulle ta en tilmålt tid, dvs. manglende individuelle vurderinger, trass i endringsvedtak fra Fm om det motsatte.

Fm Rogaland opplever at kommunene tar hensyn til klageutfall i videre forvaltning av BPA, for eksempel ved opphevelse, og ser at kommunen bruker deres avgjørelser i sine vurderinger i nye vedtak. Inntrykket er at dersom det påpekes noe som er prinsipielt galt i en avgjørelse så gjentas ikke slike feil i senere saker. Informanten presiserer at klagesaker bare gir et avgrenset bilde av situasjonen i kommunene for BPA ordningen, slik at det vanskelig å si noe mer generelt utover dette.

Spørsmålet om kommunal variasjon, utover selve klagesaksbehandlingen, ble også tatt opp i intervjuet med POBO. POBO fremholdt at Stortinget hadde gitt BPA-ordningen et veldig vidt mandat, der personer med funksjonsnedsettelse skal leve et likeverdig liv, og dermed at du skal ha hjelp til alt det mennesker uten funksjonsnedsettelse kan gjøre i det daglige. For kommunene er det en utfordring å presisere hva dette betyr i praksis, spesielt når det gjelder praktisk bistand utenfor hjemmet, f.eks. om bistand til å reise til utlandet, bistand til å være politisk aktiv, utøve foreldreskap på vanlig måte som andre foreldre, osv. POBO oppfatter og har forståelse for at det kan oppstå konflikt utfra erfaring med egne klagesaker og henvendelser, og vurderer at dette kan handle om kultur og holdninger til BPA i noen av kommunene og som gjennomsyrrer håndteringen av BPA-søknader noen ganger. Her oppfatter POBO at kommunene ikke har andre tanker om hva som er et likeverdig liv, men at de har andre tanker om hva som er nødvendig for at det skal være en tilstrekkelig BPA-ordning. POBO fremhever også at det kan være utfordrende for noen kommuner å gi fra seg kontroll over tjenester, som BPA organisering innebærer, sett opp mot krav til forsvarlighet.

7.4.6. Kommunenes egne erfaring med klagesaker

I kommuneutvalget hadde alle ti kommuner erfaringer med klagesaker. Det var gjennomgående at klagenes gjaldt avslag på å få organisert hjelpen som BPA, eller at tildelte timer ble oppfattet av brukere å være for lavt. Et annet tema som ble fremhevet var vurdering av arbeidsledelse, der kommunen mente at søker ikke kunne være arbeidsleder:

det som de typisk klager på som vi gir avslag på, det er de som ikke kan være arbeidsledere. Det har vi hatt et par tre på, det har vi også fått medhold på, der vi vurderer at det faktisk ville være uforsvarlig tjeneste, fordi brukerne er ikke i stand til å være arbeidsleder og selv administrere sine ansatte og de oppgavene. Du skal huske at i en BPA ordning så er det brukeren selv eller den som er arbeidsleder som faktisk har ansvaret for at de ansatte, assistentene, hva de skal gjøre, hvordan de skal gjøre det. Det er de som er den daglige lederen av assistentene. Det er jo ikke leverandøren, og det er jo det som gjør den brukerstyrt. Dermed er det noen vi vurderer som ikke kan være arbeidsledere pga., kognitive funksjoner eller andre ting.

I disse sakene ble kommunens vedtak stadfestet av fylkesmannen. Denne informanten mener at kravet om fungerende arbeidsledelse er noe det har vært for lite oppmerksomhet rundt i diskusjonen av BPA ordningen og som ikke var tatt inn som vilkår i rettighetsfestingen. Dette perspektivet blir også tatt opp i et annet intervju som beskriver prosessen forut for en eventuell klagesak. Her blir det vektlagt at en grundig kommunikasjon om ordningen kan føre til at noen som har vurdert å søke om BPA, kan ombestemme seg, blant annet på grunnlag av mulige utfordringer med arbeidsledelse:

Når en hører om BPA på en konferanse eller i et nyhetsbilde så høres det helt fantastisk ut. Det høres ut som man skal få hjelp akkurat når man ønsker det på den måten man ønsker det, og når det kommer til gjennomføring og det at man skal ha hensyn til at en har assistenter inne, at de de skal en godkjent turnus, de skal følges opp i henhold til arbeidsmiljøloven, det er ganske mange forpliktelser som ligger på det å ha en BPA-ordning. Jeg tror at noen da faktisk velger å trekke den søknaden sin eller kanskje, uten at jeg egentlig vet om det har skjedd mye, men at de får i hvert fall en veldig god informasjon og kan tenke seg om og spørre. Det er også derfor den saksbehandlingen tar en del tid, fordi en snakker seg gjennom de utfordringene, fordeler og ulemper som en BPA-ordning gir for den enkelte.

Klagesakene kunne også omhandle ulike oppfatninger av det kommunene vurderte som skjønnsutøvelse med omsyn til samtykkekompetanse, hensiktsmessighet, bruk av timer til ulike aktiviteter (toppidrettsdeltakelse, reiser) omfang av timer til aktiviteter (handling, vask og pleie av bil), og der utfall varierte mellom stadfestelse og opphevelse/omgjøring. Et eksempel på spørsmål om hensiktsmessighet knyttet til timetall og ansattes arbeidsforhold er beskrevet slik:

... så er det noen hvor vi vurderer at omfanget er så lite at det er uhensiktsmessig. Typisk er jo en som har behov for hjelp en time om dagen eller noe sånt. Det ville vært helt urimelig å forvente at noen skal ansette en assistent som skal komme en time per dag. Det er derfor det er satt en 25 timer også, det er jo at ansatte skal få en arbeidsplan og ha en fornuftig arbeidstid osv. Når det blir for lite eller helt sånn punktvis så sier vi at det er helt uhensiktsmessig. Da ligger det innenfor kommuneskjønn ...

I dette tilfellet ble kommunens vedtak stadfestet.

Kommunene opplever i hovedsak at relasjonen til Fylkesmannen fungerer godt og at det legges til rette for en læringsprosess:

Mange klagesaker. Det var særlig i starten. I [kommunenavn] har vi vel hatt BPA nesten siden det kom. Når det gjelder loven som beskriver BPA har det vært litt uklart, så vi har prøvd og feilet litt. Vi har avslått veldig mye, det har blitt sendt til Fylkesmannen, og vi har fått saker tilbake pga., forskjellige ting, og har måttet gjort om igjen ... Vi har hatt så mange

runder til Fylkesmannen at nå har vi funnet ut et nivå ift. BPA som vi mener da sammen med Fylkesmannen er en god måte å forvalte denne ordningen på. Vi har ikke hatt klagesaker på flere år nå, men i starten hadde vi det. Det var veldig mye feiling og læring, det var interessant.

Et slikt læringsperspektiv med utvikling av god praksis ble nevnt i flere intervju, men det kom også frem mer kritiske vurderinger. Det ble fremhevet at saksbehandlingstiden kunne være lang, noe som var uheldig både for bruker og kommune. Videre ble det gitt eksempler på endring av policy hos Fylkesmannen over tid med omsyn til valg av utfall av saker; opphevelse eller omgjøring, men også med omsyn til de innholdsmessige sidene i vedtak. To interessante eksempler er beskrevet i en av kommunene der Fylkesmannen endret praksis fra å oppheve vedtak til å omgjøre. I det ene tilfellet gjaldt omgjøringen spørsmål om arbeidsgiveransvar og ansvarlige ansettelsesforhold:

Vi skal på en måte påse at det skal være et ansvarlig ansettelsesforhold for de som skal være i ordningene. Når vi har gått inn tidligere og sett der hvor det er veldig punktvis hjelpebehov i løpet av hele døgnet, så har vi ment at da er det ikke forsvarlig med tanke på å være ansatt og organisere dette som BPA. Det har vi fått medhold i tidligere. Nå ble vi møtt med at det var opp til dem som skulle organisere tjenestene, så det er nytt.

Det andre tilfellet berører spørsmål om at timetildeling skal være basert på en behovsvurdering uavhengig av tjenesteorganisering og dilemma som oppstår når dette skal vurderes opp mot nødvendig- og forsvarlighetskravet, samt krav om individuell vurdering:

i tillegg er det dette med at når vi skal tildele tjenester så skal vi jo likefordele. Det skal være nødvendig og forsvarlig, samtidig skal vi likefordele, samtidig som vi skal individuelt vurdere det. Vi har jo hele veien speilet på hva slags tjenester gir vi resten av kommunen. Hvis ikke resten av kommunen får den tjenesten de søker om fordi det er mulig å få dette privat, så har vi prøvd å holde dette inn også ift. BPA ordningen, at da forventer vi at de også nyttiggjør seg av det private tilbudet som det er mulig å kjøpe. Der også har det blitt litt endret fra Fylkesmannen. Om det da har vært at vi ikke har vært tydelige nok i vurderingene våre ift., forsvarligheten av det, eller om det er at de forventer at vi skal åpne opp for dette, det er jeg litt usikker på. Men da blir jo vi bekymret for resten av kommunen, for vi tenker ok, hvis dette skal være en rettighet i BPA så burde resten av kommunen også hatt den muligheten. Det vil jo kunne få store konsekvenser for den kommunale driften, så litt frustrert på det.

Endring av praksis hos Fylkesmannen, både med omsyn til policy for hvilke utfallsvedtak som blir gjort, og de innholdsmessige sidene i vedtak, kan naturligvis være utfordrende fra et læringsperspektiv, slik det blir henvist til. Samtidig så vi fra intervjuene med Fylkesmannen at endring av vedtak fra omgjøring til opphevelse ble gjort med en begrunnelse om at det ville skape mer deltakelse og læring fra kommunenes side i klagesaksbehandlingen.

Flere av funnene, f.eks. læringsperspektiv på klagesaksbehandling, spørsmål om arbeidsledelse, arbeidsforhold for assistenter og likebehandling er gjenkjennelig fra tidligere arbeid på området som belyser kommunal forvaltnings oppfatning av BPA ordningen (jf. Begg, 2006; Askheim, Andersen, Guldvik, Jenhaug, Begg, 2014; Ervik m.fl. 2017).

7.5. Oppsummering

- Det relative omfanget av klagesaker (målt som antall klager/antall brukere for BPA) for BPA ordningen er høyere enn klageomfanget samlet for helse- og omsorgstjenester.
- Klageprosenten for BPA har variert mellom 4,5–5,7 % i perioden 2012–2018, mens klageprosenten for helse- og omsorgstjenester samlet stort sett ligger under 1 % i samme periode.
- Både for klager til Fylkesmannen og henvendelser til POBO er manglende tildeling av ordningen eller lav tildeling av timer de vanligste årsaker.
- Kommunenes avgjørelser blir stadfestet i et klart flertall av sakene. Opphevelse av saker utgjør en større andel av saker siste år (2019), mens endring utgjør en mindre del.
- Ved omgjøring av vedtak anvender Fylkesmannen i et flertall av tilfellene feil rettsanvendelse som årsak til omgjøring (helt eller delvis medhold).
- Vi finner variasjon mellom Fylkesmenn med omsyn til vurdering av hva som er mest hensiktsmessig dersom klagesaker ikke stadfestes: opphevelse med tilbakesendelse og ny behandling av kommunen, eller endringsvedtak der bruker får helt eller delvis medhold. Vi finner også endringer i vurderinger innenfor det samme embetet over tid og dette erfares også i berørte kommuner.
- Vi finner også variasjon i vurdering av saker med omsyn til vektlegging av hva slags bistand som bør inngå, f.eks. med hensyn til aktivitet utenfor hjemmet. I noen grad kan dette være et resultat av at embetene bygger på delvis ulike rettskilder i sitt arbeid.
- Det eksisterer i liten grad samarbeid på tvers av embetene for å sikre en større grad av likbehandling på tvers av embeter. Slikt samarbeid forekom i større grad tidligere, og Fm uttrykker ønske om å styrke slikt samarbeid fremover.
- Det var delvis ulik vurdering mellom Fylkesmenn av hvorvidt kommunene fulgte opp avgjørelser i klagesaker og endret fremtidig praksis. Noen kommuner gjorde dette i stor grad, mens andre videreførte egne praksiser, selv om disse ble kritisert i klagevedtak fra Fylkesmannen.
- POBO knyttet variasjon mellom kommuner i håndteringen av BPA saker til kultur- og holdningsforskjeller. Det vide «mandatet» for ordningen gitt av Stortinget skaper utfordringer for kommuner med omsyn til å avgjøre hva som gir tilstrekkelig bistand for å sikre likestilling.

8. Mulige konsekvenser av å flytte ansvar fra kommune til stat

Hvilke konsekvenser en eventuell flytting av ansvar for BPA fra kommune til stat vil ha, avhenger av hvordan dette i så fall blir gjort og hvilke aktører man har fokus på. Ansvar for BPA kan for eksempel utformes som en standardisert tjeneste eller ytelse fra NAV etter modell av hjelpestønad eller funksjonsassistanseordning, eller legges under en ny etat. BPA kan videre flyttes fra helselovgivning til folketrygdlov, eventuelt en egen lov om BPA. En slik endring av lov plassering og lovhjemmel kan også gjøres uten at staten nødvendigvis overtar ansvaret. Det er også mulig med løsninger hvor stat og kommune deler på ansvaret for ordningen, f.eks. med å splitte ansvar for informasjon, behovsutredning, tjenestelevering, finansiering, oppfølging, tilsyn m.m.

Vi vil diskutere mulige konsekvenser av å gi staten ansvar for BPA med utgangspunkt i at ordningen ble lagt til en statlig etat som NAV med statlig finansiering. Vi vil imidlertid også komme inn på relevante alternative reformforslag til statlig ansvar, slik som endringer (presiseringer) i rundskriv, forskriftsfesting og å flytte ordningen fra helse- og omsorgslovgivning til sosialtjenesteloven (hvor BPA tidligere var plassert) uten å gi staten ansvar for ordningen. Analysen vil diskutere konsekvenser for brukere, kommune og stat basert på dokumentanalyse og intervju, og vi vil legge vekt på å få frem hva ulike aktører mener om konsekvenser av slike endringer. Vi gjør ingen juridisk vurdering. Analysen vil fokusere på konsekvenser knyttet til kostnader, tjenestekvalitet, standardisering og likhet i tildelingspraksis.

8.1. Standardisering og likhet

En viktig kritikk mot praktiseringen av BPA-ordningen, spesielt fra organisasjoner på feltet som Uloba og FFO, men også fra politisk hold, er forskjellsbehandling og stor kommunal variasjon i tildelingspraksis og hvordan BPA utformes. Kritikken kan bl.a. handle om at noen brukere tildeles BPA mens andre med samme behov får avslag, eller at brukere med samme behov tildeles ulikt antall timer. Tilhengere av å flytte ansvar for BPA til staten trekker ofte frem likhet i tjenestetilbud som et argument for en slik endring. Uloba er en organisasjon som går inn for dette med en slik begrunnelse. Et annet eksempel er et representantforslag fra mars 2019 fra Stortingsrepresentant Kristoffer Robin Haug fra MDG hvor dette formuleres slik:

Stortinget ber regjeringen i den varslede utredningen av BPA-ordningen: (...) utrede muligheten for at BPA-ordningen finansieres direkte av staten, slik at man sikrer et likt og kontinuerlig tjenestetilbud uavhengig av hvor i Norge en borger bor, og på en måte som sikrer intensjonene med ordningen (Stortinget 2018–2019: 2).

Dersom ansvaret for BPA blir flyttet til NAV er det naturlig å forvente at tildelingspraksis og innhold i BPA-ordningen ville bli standardisert i større grad enn i dag når saksbehandlere i ulike kommuner behandler søknader. Som Stortingsrepresentant Erlend Larsen, Høyre, påpeker i debatten knyttet til representantforslaget over, kan dette imidlertid også oppnås på andre måter: «Ulike kommuner praktiserer BPA veldig ulikt, noe som er beklagelig, men dette er ikke noe argument for å løfte BPA ut av kommunene. Tvert imot: Det er et argument for at ordningen og kravene må tydeliggjøres» (St. forh. 2019: 4112).

I samme debatt etterlyser Karin Andersen fra SV forskriftsfesting av ordningen, men tar også til orde for å gjøre BPA til en del av Folketrygden med statlig finansiering (St. forh. 2019: 4112). Ulike politikere foreslår altså ulike løsninger for å oppnå større grad av likhet i tjenestetilbud.

En svensk utredning om personlig assistanse fra 2018 har diskusjoner om forholdet mellom statlig og kommunalt ansvar som kan være relevant for den norske diskusjonen selv om ordningen ikke er lik i de to landene. Også den svenske rapporten peker på at likhet kan oppnås med ulike tiltak, og viser til både tydelige føringer i lov og økonomiske utjevningsordninger som hjelper kommuner med høye kostnader forbundet med personlig assistanse: «En viktig del i å nå en ökad likvärdighet är att lagstiftningen är tydlig (...). En annan viktig faktor som kan bidra till ökad likvärdighet är utjämningsystem som skyddar kommuner från höga kostnader» (SOU 2018: 446).

Vi finner igjen lignende argument i intervjuene vi har gjennomført. En informant mener statlig ansvar sannsynligvis vil gi større grad av likhet i tildelingspraksis og færre geografiske forskjeller. En mulig uheldig konsekvens er imidlertid at staten ikke nødvendigvis vil være raus med timetildelingen, og at en del brukere da vil kunne få færre timer enn de gjør i dag.

Det er ingen automatikk i at staten vil tildele BPA til flere og/eller tildele timer rausere enn kommunene selv om tildelingen da må forventes å være mer lik og standardisert. En representant for en av organisasjonene på feltet mener at funksjonsassistanseordningen administrert av NAV fungerer godt, men at det kan være ulike årsaker til det. Ressurstilgang og antall søkere spiller antageligvis inn. Funksjonsassistanseordningen er dessuten ment å fremme arbeidsdeltakelse mens BPA handler mye om samfunnsdeltakelse. Det er ikke gitt at staten vil prioritere det å fremme aktivitet utenfor hjemmet, siden det ikke er samfunnsøkonomisk lønnsomt på samme måte som arbeid. Det gjør f.eks. at statlig medfinansiering mens kommunene beholder ansvaret kan tenkes å fungere like godt.

Vergemålsordningen er et eksempel på hvordan ansvar er flyttet fra kommune til stat gjennom en ny lov i 2013. En KS-advokat med god kjennskap til BPA ordningen viser i intervju til vergemålsordningen, og peker på hvordan ordningen fremdeles utsettes for mye kritikk. Det gjelder bl.a. rekruttering av verger og kontroll ved ordningen. En undersøkning gjennomført av Riksrevisjonen (2018) for de første fem årene etter reformen viser at ny lov om vergemål ikke har oppfylt alle mål. Eksempelet viser at flere sider ved en ordning fremdeles kan være vanskelig etter at ansvarsforhold mellom stat og kommune er endret.

En annen ordning som kan være relevant i denne sammenheng er ifølge samme informant statlig hjelpestønad. Her har staten delt hjelpebehovet inn i nivå. Det gir ifølge informanten en vesentlig enklere saksbehandling, men den er samtidig mer grovmasket. Da blir grad av likhet større, men det blir også stor variasjon i behov innad i gruppen som tildeles samme tjenestenivå. Det er omfanget av hjelpebehov som avgjør hvilken sats stønaden har, og det krever fortsatt betydelig skjønnsvurderinger samtidig som nivået altså ikke nødvendigvis treffer alle stønadsmottakere like godt. I en tidligere utredning beskrives dette slik: «Bruk av satser kan føre til at noen med hjelpebehov som anses å ligge like under en sats kan oppleve en underdekning av behovet» (NOU 2011: 40).

Også ansatte i kommunal forvaltning trekker frem større grad av likhet som en mulig konsekvens. En av de intervjuede personene viser til at en bruker i dag risikerer endring i sitt vedtak ved flytting til en ny kommune. Med en statlig ordning kan man forvente at geografiske forskjeller forsvinner

og at forutsigbarheten øker for disse brukerne. En av informantene mener statlig ansvar og statlig finansiering vil gi flere BPA-ordninger på landsbasis, og viser til Sverige hvor det er slik.

Mens likhet oppfattes som en positiv konsekvens, er standardisering mer tveegget. Dette kommer tydelig frem i intervju med representanter for fylkesmannen. En representant for et fylkesmannsembete er positiv til statlig ansvar nettopp fordi det vil gi større likhet mellom og innad i store kommuner, og fordi NAV i større grad vil kunne fremme ordningens intensjoner knyttet til deltakelse i utdanning og arbeidsliv. En annen representant for et fylkesmannsembete peker på at en standardisert tjeneste kan gi mer likebehandling, men kan gi mindre individuell tilpasning for BPA brukere der flere ulike tjenester er organisert som BPA. Brukere av BPA er svært forskjellige, og det er en tiltagende kompleksitet i ordningen over tid. Standardisering kan derfor være utfordrende. Dersom det ikke er så mye helseproblematikk, og hjelpebehovet kun omfatter praktisk bistand og med fungerende arbeidsledelse, vil standardisering være mindre utfordrende.

En representant for et annet fylkesmannsembete er også kritisk til statlig ansvar for ordningen. Representanten understreker at BPA er en måte å organisere tjenesten på, ikke en egen tjeneste. Videre fremheves det at kommunen har en plikt til å tilby BPA-organisering selv om en bruker ikke oppfyller kriteriene i rettighetsfestingen (jf. HOL §3-8). Det er en ordning der f.eks. 12 timer i uken kan fungere veldig bra. Denne fleksibiliteten kan bli svekket om det blir overført til statlig nivå. Kommunene kjenner godt til de enkelte brukere av BPA, NAV har i mindre grad kjennskap og mer avgrenset innsikt i slike forhold. Informanten mener det er en fare for at det blir en standardisering av hjelpebehov som ikke i tilstrekkelig grad tar hensyn til individuelle behov. Informanten stiller også spørsmålet om hvem som skal ha ansvar for ansvarlighet i tilbudet, f.eks. overfor brukere med tvang? Denne faren for uheldig standardisering og mindre individuell tilpasning til konkret situasjon og funksjon nevnes også i enkelte intervju med kommunalt ansatte.

Selv om mye tyder på at statlig ansvar for BPA vil gi likere geografisk praktisering er det grunn til å minne om at heller ikke det kommer av seg selv. En ansatt i KS trekker i intervju for eksempel frem variasjon i fylkesmennenes klagesaksbehandling. Personlig skjønn og ulike fagfolk vil fremdeles ha betydning for hvordan ordningen praktiseres, noe også representanten for Bruker- og pasientombud peker på i et av våre intervju. I dette intervjuet brukes uførepensjon som et eksempel på en statlig ytelse som også er omstridt, og som krever at behov for ytelsen utredes av en annen aktør enn den som står for tildeling. Det må avklares hvem som eventuelt skal utrede BPA om staten overtar ansvaret, og informanten ser for seg at det ikke er gitt at staten automatisk vil følge og godta alle utredninger som kommer.

Tjenestekonsesjoner er en side ved diskusjonen om likhet (se f.eks. FFO 2018). En sterkere statlig regulering med likere anbudspraksis vil ifølge FFO og Uloba fremme likhet. En organisasjon viser til en konkret tjenestekonsesjon som etter organisasjonens syn illustrerer at kommuner legger svært ulike syn til grunn for innhold i ordningen og forventninger til leverandører, for eksempel med hensyn til leverandørenes rapportering til kommunen.

Større grad av likhet må også avveies mot hensynet til kommunalt selvstyre. I den svenske utredningen pekes det på verdien av at vedtak, gjennomføring og finansiering skjer nært innbyggerne, som dermed i større grad kan øve innflytelse gjennom demokratiske prosesser, stille myndigheter til ansvar og tilpasse tjenester til lokale forhold (SOU 2018: 431). En endring i ansvarsforhold, forskriftsfesting eller tydeligere presisering av rundskriv og brukernes rettigheter vil også påvirke det kommunale selvstyret.

8.2. Tjenestekvalitet og intensjoner i ordningen

En eventuell flytting av ansvar fra kommune til stat vil ifølge ulike aktører også påvirke forhold knyttet til tjenestekvalitet og ha betydning for hvorvidt ordningen fungerer etter intensjonene. Et eksempel som henger tett sammen med konsekvensen standardisering og likhet kan være reiser og opphold i andre kommuner, for eksempel i forbindelse med utdanning. Dette er forhold som organisasjonene på feltet har kritisert i ulike sammenhenger. Stortingsrepresentant Kristoffer Robin Haug (MDG) formulerer det slik i sitt representantforslag fra mars 2019:

Kommuner har forskjellig innvilgningspraksis og definerer innholdet i tjenesten på ulik måte. Mange kommuner har innført reiserestriksjoner for BPA, noe som fører til at borgere med assistansebehov ikke får samme mulighet som andre til å reise ut av kommunen. Enkelte mennesker blir «fange» i eget hjem fordi de ikke får tildelt nok BPA-timer, eller fordi kommunen legger strenge føringer for utførelse av assistansen. I slike tilfeller kan ikke BPA sies å bli praktisert som det verktøyet for frihet og likestilling det er ment å være. Ved flytting til ny kommune må søknad om BPA behandles på nytt, og brukeren blir uten assistanse i saksbehandlingsperioden. I sum gjør dette det vanskelig å flytte til ny kommune, noe som blant annet har ført til at enkelte ikke har kunnet begynne på studier i en annen kommune, en rettighet alle andre tar som en selvfølge (Stortinget 2018–2019: 1).

Organisasjoner på feltet mener videre at det er uheldig at BPA er plassert i helse- og omsorgslovgivning på linje med hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester, og forventer at statlig ansvar vil være viktig for å endre på dette. I en rapport utgitt av Uloba omtales utfordringen slik: «Intensjonen bak BPA og plasseringen av ordningen i helse- og omsorgslovgivningen er ikke forenelige» (2017: 60). Uloba oppfatter at denne plasseringen gjør BPA til en helse- og omsorgstjeneste fremfor å handle om sosial deltakelse og aktivitet (2017: 66). Uloba mener staten i større grad vil kunne sikre intensjonene i ordningen om likestilling, samfunnsdeltakelse og menneskerettighetsperspektivene. Staten vil unngå forskjellsbehandling og det helserelaterte fokuset som Uloba opplever at preger dagens praksis i BPA-ordningen. Tildeling av BPA bør etter organisasjonens syn ikke overlates til kommunalt skjønn.

En representant for kommunal forvaltning opplyser i et intervju at konsekvenser av det å flytte ansvar fra kommunene til NAV i liten grad har vært diskutert hos dem, men at det muligens nettopp kan gi mindre fokus på helse- og omsorg og mer på BPA som et «likestillingsverktøy».

En informant fra en av de ti kommunene er opptatt av at det er avklaringen av hva som skal inkluderes i en BPA-ordning, mer enn hvem som er ansvarlig for tilbudet, som er avgjørende. Informanten peker på spenningen mellom BPA som kommunal helse- og omsorgstjeneste og likeverdstilbud. Denne spenningen kommer også frem i et annet intervju med kommunalt ansatte. Det er knyttet mange ønsker og forventninger til BPA som «frigjøringsverktøy» som ikke dekkes inn i en «nødvendig og forsvarlig helsetjeneste». Da handler det mer om å avklare formålet med BPA enn å diskutere hvem som bør ha ansvaret.

Den svenske utredningen om personlig assistanse (SOU 2018) peker på at ansvarsforhold kan påvirke ulike personers syn på saksbehandling. En eventuell endring i ansvar for BPA i Norge kan også ha slike konsekvenser. Dersom BPA-ordningen ble forvaltet av stat i stedet for kommune kan det tenkes at legitimitet og tiltro til avgjørelser ble styrket fordi enkeltsaker som tidligere ble behandlet ulikt i ulike kommuner behandles likere. Innbyggernes tiltro til systemet vil imidlertid

også henge sammen med de konkrete avgjørelsene som fattes, og det er derfor ikke gitt at systemoppfatning automatisk forbedres. Dersom forventningene til ordningen er vesentlig større enn det nivået en ny statlig myndighet la seg på, vil et slikt forventningsgap kunne medføre misnøye og samme grad antall klager som før.

Den svenske rapporten anbefaler et statlig ansvar for personlig assistanse, spesielt på grunn av den økonomiske utfordringen ordningen representerer for kommunene. Rapporten gir samtidig en rekke argument for kommunalt ansvar for personlig assistanse som har relevans for norsk debatt:

Ett samlat kommunalt ansvar för stöd och service enligt LSS [Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade] och vad som i dag utgörs av assistansersättning enligt socialförsäkringsbalken kan ge ett antal positiva effekter. Den personliga assistansen i sin helhet knyts då närmare till LSS i övrigt och de oklarheter och organisatoriska komplikationer som uppkommit genom det delade huvudmannskapet för personlig assistans försvinner. Om kommunerna ansvarar för både all personlig assistans och för övriga insatser enligt LSS kommer kommunernas incitament att utveckla och förbättra andra insatser inom LSS att öka, och därigenom ökar också den enskildes faktiska valfrihet. När en kommun kan erbjuda samtliga insatser kan den enskilde också få information om dessa och hur ett samlat stöd kan se ut. Kommunen ska följa upp kvaliteten i insatserna enligt LSS och det ansvaret kan då även omfatta alla dem med personlig assistans. Ekonomiska incitament för kostnadsförskjutningar mellan stat och kommuner inom LSS-området försvinner liksom det nuvarande dubbelarbetet vid utredningar av och beslut om rätt till personlig assistans. Vi anser därför ansvaret för samtligt stöd enligt LSS borde ligga hos kommunerna (SOU 2018: 449–450).

Utredningen peker altså på at kommuner kan se ulike tjenester i sammenheng og utvikle gode, helhetlige tjenester. FFO, som foreløpig ikke har konkludert med å gå inn for statlig eller kommunalt ansvar for ordningen, trekker frem kommunenes helhetlige ansvar for velferdstjenester som en fordel med dagens ansvarsforhold. Faren for å miste helhetsbildet og svekket koordinering går igjen i mange intervju med representanter for kommunal forvaltning. En av disse trekker frem faren for at BPA kan redusere mestring og virke pasifiserende om det blir en enkeltordning og ikke en del av et helhetlig tjenestetilbud hvor f.eks. rehabilitering og velferdsteknologi også inngår. En informant i kommunal forvaltning peker også på at samhandling kan bli utfordrende om staten overtar ansvaret for en enkeltgruppe kommunen tidligere har hatt ansvaret for. En annen representant for kommunal forvaltning er også opptatt av dette, og mener BPA kan bli en mindre fleksibel tjeneste ved å flyttes til NAV. Mens kommunen i dag ser tjenester i sammenheng, og vurderer hva som bør legges inn i BPA, kan en mulig utvikling bli at NAV og kommune da fokuserer på sine ansvarsområder og ikke ser det som da blir henholdsvis statlig og kommunale tjenester i sammenheng. (Et eksempel som fremkommer i to intervju er brukere som mottar både BPA og kommunale helsetjenester). Samme informant mener også at en slik endring i ansvarsforhold kan medføre større krav til arbeidsledere. Som eksempel bruker informanten behov for vikar ved sykdom om det ikke er andre assistenter tilgjengelig i den aktuelle BPA-ordningen, og hvor det i dag kan være samarbeid med hjemmetjenesten. I en annen kommune er dette en mulig løsning i sommerferien som ikke lengre vil være like lett å gjennomføre ved flytting fra kommune til stat. En representant for Fagforbundet (FF) argumenter på lignende måte og viser til kommunenes nærhet til brukerne og mulighet til å tilpasse tjenestene til behov. I dette intervjuet vises det til en mulig uheldig konsekvens av statliggjøring, ved at tildeling i større grad kan bli basert på diagnose og ikke personlige behov. Det kan altså bli en form for standardisering

uavhengig av personlige behov. Representanten for Fagforbundet mener kommunene kan ivareta dette på bedre måte fordi avstanden mellom bruker og den som tildeler tjenester er mindre.

Et motargument til at kommunen har større nærhet til brukere enn staten handler om det spesielle ved BPA i at bruker selv ivaretar arbeidslederansvar. Dette arbeidslederansvaret gjør at behovet for tett kontakt blir mindre. Personen med assistansebehov, eventuelt sammen med medarbeider, skal lede og være ansvarlig selv.

8.3. Kostnader

Å gi staten ansvaret for BPA vil kunne avlaste kommuner økonomisk. I Stortingsdebatten basert på representantforslaget nevnt over hevder Karin Andersen fra SV følgende:

Finansieringen av ordningen vil være helt avgjørende for hvordan vi får det til. Hvis denne ordningen skal slåss om kronene på kommunebudsjettene framover – mot store behov som omsorg for eldre, omsorgsbehov hos barn, mange, mange viktige ting – kommer dette fremdeles ikke til å bli innfridd på det nivået det er behov for. For alle praktiske formål er brukerstyrt personlig assistanse et hjelpemiddel. (...) Derfor bør dette finansieres over folketrygden, slik andre hjelpemidler blir. Da kommer vi også vekk fra det at noen kommuner er rike, noen er fattige, noen er på ROBEK²², noen har mye penger. Da vil finansieringen av denne livsviktige ordningen for mennesker med funksjonsnedsettelse ha en trygg finansiering i folketrygden, staten, og det blir likt over hele landet (St. forh. 2019: 4116–4117).

Utgangspunktet for den svenske utredningen var et system hvor stat og kommune delte på ansvaret for og finansieringen av ordningen med personlig assistanse. Siden 1997 har kommunene ansvar for kostnader inntil 20 timer per uke. Dersom det ukentlige timetallet overstiger 20 timer har staten finansieringsansvar (Askheim, Bengtsson og Bjelke 2014: 6).

SOU (2018: 422) viser til en sterk kostnadsøkning for staten som følge av at brukere fikk tildelt flere timer med assistanse. En fare med en slik ordning er ifølge samme rapport at kommuner kunne spare egne ressurser ved å pense brukere inn mot personlig assistanse finansiert av staten heller enn alternative kommunale tjenester. SOU (2018: 426) viser til uheldige insentiv i en ordning med delvis statlig ansvar: «Det allvarligaste problemet med dagens konstruktion ansåg utredningen emellertid vara att ingen myndighet har ett ansvar för eller intresse av att hålla tillbaka en oförutsedd kostnadsutveckling».

I et intervju med en representant for kommunal forvaltning understrekes det at spørsmålet om kommunalt og statlig ansvaret er uklart fordi det ikke er kjent hvorvidt staten i så fall ville overta alle deler av ordningen eller kun deler som f.eks. finansiering. Utelukkende statlig finansiering vil etter denne informantens syn ikke gi mer likebehandling. Informanten er videre skeptisk til innføring av statlige tildelingskriterier og finansiering slik det gjøres i forsøksordningen med statlig finansiering av omsorgstjenester fordi det svekker kommunens frihet til planlegging.

²² Kommuner og fylkeskommuner som står på ROBEK-listen (register om betinget godkjenning og kontroll) har svak økonomi og blir underlagt statlig kontroll.

Representanten for Uloba gir i intervju uttrykk for at overføring av ansvar fra kommune til stat ikke trenger å bety større kostnader. Dersom flere tildeles BPA vil det være personer som tidligere har hatt andre tjenester, og BPA kommer da i stedet for andre tjenester, ikke i tillegg.

Den svenske rapporten peker på en rekke utfordringer ved at ansvaret var delt mellom stat og kommune. Når både stat og kommune har ansvar blir administrasjonskostnadene større, mens ansvaret for kvalitet kan pulveriseres (SOU 2018:425). Rapporten er tydelig på at ansvarsdeling ikke anbefales:

Alla ansvars- och finansieringsgränser innebär drivkrafter att föra över ansvaret på andra verksamheter. Bristande samordning och tvister om ansvarsfördelningen gör det svårt för enskilda att förstå systemet och de riskerar att skickas mellan olika myndigheter när de söker stöd och service. Människor riskerar att hamna mellan stolarna och inte få stöd någonstans, med försämrade livsvillkor som följd. Att det finns flera huvudmän med ansvar för stöd till människor med funktionsnedsättning är således problematiskt i sig men också en naturlig följd av den ansvarsfördelning som finns när det gäller t.ex. sociala tjänster och hälso- och sjukvård (SOU 2018:445).

Vi går ikke nærmere inn på dette siden diskusjonen her skal handle om mulige konsekvenser av å flytte ansvar fra en part til en annen, men slike forhold er relevante å ta med i betraktning dersom en lignende løsning skulle bli aktuell.

Den svenske rapporten viser samtidig at svenske brukerorganisasjoner er positive til statlig ansvar av samme grunn som norske organisasjoner:

Representanter för brukarorganisationer har till utredningen framfört att man föredrar staten som huvudman, mycket beroende på historiska erfarenheter. De som hade stora behov fick tidigare inte sina behov fullt ut tillgodosedda. Man sågs som en ekonomisk belastning av kommunen. Erfarenheterna visar att det är svårt att få sin rätt i kommunen (SOU 2018. 429).

En representant for et fylkesmannsembete peker på en mulig kostnadsøkning og en mulig uheldig konsekvens for brukere av andre (kommunale) tjenester enn BPA. Kommunene har gjerne lagt seg på et minimumsnivå, men forsvarlig. Ved en statlig organisering og standardisering kan det tenkes at omfanget av hjelp som gis vil øke, for å sikre at en ligger på et forsvarlig nivå, noe som kan medføre økte kostnader sammenliknet med dagens situasjon. Dette kan medføre utfordringer med omsyn til likebehandling sammenliknet med andre brukere av tradisjonelle omsorgstjenester. Askheim m.fl. (2014: 30) har omtalt dette som en bekymring i forbindelse med rettighetsfesting i 2015. En informant fra kommunal forvaltning tar opp noe av det samme ved å vise til at forskjellene mellom brukere internt i kommunen kan øke mellom de som får tjenestene organisert som BPA og dem som får tradisjonelle tjenester. Det antydes at de som da får BPA vil komme bedre ut fordi kravet til arbeidsledelse gjør at de allerede i utgangspunktet er mer ressurssterke enn gjennomsnittsbrukeren.

En informant i en av kommunene gir uttrykk for at kommunen ville spare mye tid dersom ordningen ble overført til staten, ettersom de bruker mye mer tid på BPA-søknader enn søknader om ordinære tjenester. Frigjort tid vil innebære redusert ressursbruk. To andre informanter i to andre kommuner gir uttrykk for omtrent det samme.

8.4. Andre forhold

I et intervju med en ansatt i KS vises det til at kontroll med BPA-ordningen kan bli styrket ved å flytte ansvar til staten. Dersom staten overtok ansvaret kunne Riksrevisjonen få en kontrolloppgave som i dag er lagt til Fylkesmannen. Informanten forventer at det vil være vanskeligere for Fylkesmannen å avvise innvendinger og spørsmål fra Riksrevisjonen enn kommunerevisjonen. Som vi har vist i kapittel 7, tyder vår undersøkelse også på at det er enkelte svakheter med den kontrollfunksjonen Fylkesmannen representerer, bl.a. at praksis varierer mellom ulike embeter og at disse i liten grad samarbeider for å fremme likebehandling.

En av de kommunalt ansatte informantene er opptatt av hvordan tilsyn vil bli påvirket av en eventuell flytting til statlig nivå. Det kan bli utfordrende for en ny etat å sikre forsvarlig drift av BPA-ordninger på samme måte som en kommune kan gjøre dette, og dette er derfor noe som bør avklares dersom staten overtar ansvar for ordningen.

Et mer generelt argument mot endring som følge av uforutsette konsekvenser fremstilles slik i den svenske utredningen:

Ett argument för att inte förändra nuvarande ansvarsfördelning mellan stat, kommun och landsting/region är att förändringar inte sällan skapar nya, ibland oförutsedda, problem. Det bör tydligt framgå att fördelarna överväger nackdelarna innan förändringar görs. En annan aspekt att beakta i sammanhanget är att det tar tid och resurser i anspråk att iscensätta större förändringar och att verksamheten under en övergångsperiod kan fungera dåligt för de berörda. Det rör sig om förhållandevis få personer, som samtidigt har mycket stora behov av omfattande stöd och service. Många inom personkretsen är dessutom i extra stort behov av förutsebarhet och stabilitet (SOU 2018: 430).

Å flytte ansvar til stat, enten det ble lagt til NAV eller en annen enhet, vil kreve kompetanseoppbygging i den aktuelle enheten. Den aktuelle enheten vil sannsynligvis måtte bestå av ledere, saksbehandlere, administrasjon, økonomi m.m. På den ene siden vil det kreve ressurser å bygge opp slik kompetanse. På den andre siden vil det innebære at der kommunale saksbehandlere i dag har BPA som en del av sine ansvarsoppgaver, i alle fall i mindre kommuner med få BPA-brukere, vil statlig ansatte saksbehandlere kunne spesialisere seg på nettopp BPA. For staten innebærer imidlertid en slik kompetanseoppbygging uansett nye kostnader.

Dersom staten i tillegg skulle bygge opp et utførerledd som kan tilby det kommunale assistenter gjør i dag over hele landet kan det oppstå store kostnader. Kommunen har fordelen med å kunne bruke sine ansatte i både BPA-ordninger og kommunale hjemmetjeneste. Kvalitet i saksbehandling kan bli bedre av å gi staten ansvar for BPA, men en ansatt i KS understreker at ressurser og kompetanse hos saksbehandlere, og hvorvidt man jobber systematisk innenfor gode system med å for eksempel utvikle veiledere, vil være mer avgjørende enn om stat eller kommune har ansvar.

8.5. Oppsummering

- Det er viktig å understreke at konsekvenser av å gi staten ansvar for BPA vil avhenge av hvordan ordningen blir organisert og administrert av staten.
- Det er sannsynlig med større grad av likhet i tjenestetilbud, men ikke nødvendigvis bare til fordel for brukere fordi det kan bli større grad av standardisering uavhengig av individuelle behov. En gruppe som kan tape på dette er brukere som ikke oppfyller minstekrav for

timebehov til å ha rett på ordningen. Det er dessuten interessant å merke seg fra politisk debatt at partier som peker på samme svakheter ved praktisering av ordningen i dag har ulike syn på hvorvidt statlig overtakelse er svaret på denne utfordringen. Statlig ansvar reduserer også kommunalt selvstyre.

- Når det gjelder tjenestekvalitet og intensjoner i ordningen, er mulige positive konsekvenser ved statlig ansvar likere innhold i tjenestene, mindre fokus på helse og mer på samfunnsdeltakelse, og mindre konflikt og uenighet rundt praktiseringen av BPA. Det er samtidig slik at forventninger om en rausere statlig tildelingspraksis ikke nødvendigvis vil bli oppfylt. Med statlig ansvar for BPA kan det dessuten oppstå insentiv for å flytte kostnader fra kommune til stat, og kommunen vil kanskje ikke se tjenester i sammenheng på samme måte som når BPA er en kommunal ordning. Resultatet kan bli en mindre fleksibel ordning.
- Med hensyn til kostnader vil kommunen redusere sine utgifter dersom staten overtar ansvar og finansiering. Om kostnadene totalt sett vil øke avhenger av flere forhold, bl.a. om tildelingspraksis blir vesentlig forskjellig fra dagens praksis og eventuelle følger av nye insentiv.
- Ett annet argument som kan nevnes er at den uavhengige kontrollen med BPA kan styrkes dersom Riksrevisjon blir part i stedet for kommunerevisjon. Et mer generelt poeng om mulige uforutsette konsekvenser kan være at det tar tid å få ny organisering på plass, og at en slik overgangperiode kan være krevende for brukere med store behov.

9. Referanser

- Agenda Kaupang. (2017). *Notat om BPA*. Stabekk: Agenda Kaupang.
- Andenæs, K. (1992). Klagesaksbehandlingen etter lov om sosial omsorg – noen kommentarer til den tallmessige utvikling. *Lov og Rett*, 73(2), 124–128. Hentet fra http://www.idunn.no/lor/1992/02/klagesaksbehandlingen_etter_lov_om_sosial_omsorg_noen_kom
- Andersen, J., Hugemark, A., & Richter Bjelke, B. (2014). The market of personal assistance in Scandinavia: hybridization and provider efforts to achieve legitimacy and customers. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 16(sup1), 34–47. <https://doi.org/10.1080/15017419.2014.880368>
- Askheim, O. P., Andersen, J. & Guldvik, I. (2017). Når brukerne innoverer - Brukerstyrt personlig assistanse som sosial innovasjon. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 3(01), 27–37.
- Askheim, O. P., Bengtsson, H. & Richter Bjelke, B. (2014). Personal assistance in a Scandinavian context: similarities, differences and developmental traits. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 16(sup1), 3–18. <https://doi.org/10.1080/15017419.2014.895413>
- Askheim, O.P., Andersen, J., Guldvik, I., Jenhaug, L. og Begg, I.S. (2014). Brukerstyrt personlig assistanse – statlig policy, kommunal iverksetting og klagesaker. *Forskningsrapport nr. 162/2014*, Lillehammer: Høgskolen i Lillehammer.
- Askheim, O. P., Andersen, J. Guldvik I., (2015). *BPA – status og forslag til framtidig rapportering: Sluttrapport fra prosjektet «Brukerstyrt personlig assistanse. Utredning/analyse av innhold, omfang og effekt av ordningen»* (Forskningsrapport nr. 166/2015). Lillehammer: Høgskolen i Lillehammer.
- Askheim, O.P. (2019). *The Norwegian system of supporting people with disabilities in independent living, including assistant services*. Skriftserien 32-2019. Lillehammer: Høgskolen i Innlandet.
- Askheim, O.P. (2013). *Brukerstyrt personlig assistanse – Kunnskapsstatus*. Forskningsrapport nr. 157. Lillehammer: Høgskolen på Lillehammer.
- Askheim, O. P., Andersen, J., Guldvik, I., Jenhaug, L. & Begg, I. S. (2014). *Brukerstyrt personlig assistanse: statlig policy, kommunal iverksetting og klagesaker*. Lillehammer: Høgskolen i Lillehammer.
- Askheim, O. P., Bengtsson, H. & Richter Bjelke, B. (2014). Personal assistance in a Scandinavian context: similarities, differences and developmental traits. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 16(sup1), 3–18. <https://doi.org/10.1080/15017419.2014.895413>
- Begg, I. S. (2006). *Nytter det å klage? Fylkesmannens behandling av klager vedrørende brukerstyrt personlig assistanse*. (Forskningsrapport nr. 127/2006). Lillehammer: Høgskolen i Lillehammer.
- Bergen kommune. (2020). Bli støttekontakt. Hentet fra <https://www.bergen.kommune.no/innbyggerhjelpen/helse-og-omsorg/avlastning-og-stotte/stottekontakt/bli-stottekontakt>
- Bernt, J. F. (2000). Saksbehandling og klage i saker om tildeling av ytelser. I A. Kjønstad, J. F. Bernt, A. Kjellevoid & H. Hove (red.), *Sosial trygghet og rettssikkerhet – under sosialtjenesteloven og barneverntjenesten* (s. 197–226). Bergen: Fagbokforlaget.
- Brennan, C., Traustadóttir, R., Rice, J. & Anderberg, P. (2018). “Being Number One is the Biggest Obstacle”: Implementing the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities within Nordic welfare services. *Nordisk välfärdsvetenskap / Nordic Welfare Research*, 3 (01), 18–22.

- Brennan, C., Rice, J., Traustadóttir, R. & Anderberg, P. (2017). How can states ensure access to personal assistance when service delivery is decentralized? A multi-level analysis of Iceland, Norway and Sweden. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 19(4), 334–346.
[https://doi.org/ http://doi.org/10.1080/15017419.2016.1261737](https://doi.org/http://doi.org/10.1080/15017419.2016.1261737)
- Ervik, R., Kjerstad, E., Lindén, T. S. & Rubecksen, K. (2017). *Rettighetsfesting av BPA – store forventinger, betinget suksess* (Rapport 2-2017). Bergen: Uni Research Rokkansenteret.
- FFO (2018). *Rettighetsfesting av BPA. Erfaringer fra FFOs brukerorganisasjoner*. FFO.
- Gabrielsen, B. (2011). Flere med brukerstyrt personlig assistent. *Samfunnsspeilet*, 2011, Årg. 25, nr. 2, 18–22.
- Gautun, H. (2018). Prioriteringer i pleie- og omsorgssektoren. Diskrimineres eldre? *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(2), 107–110.
- Graver, H. P. (2007). *Alminnelig forvaltningsrett* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Guldvik, I., Christensen, K., & Larsson, M. (2014). Towards solidarity: working relations in personal assistance. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 16(sup1), 48–61.
<https://doi.org/10.1080/15017419.2014.897644>
- Haugstveit, F. V. og Otnes, B. (2017). *Mest praktisk bistand til «yngre» brukere*. SSB, 7.12.2017. Hentet 28.4.2020, URL: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/mest-praktisk-bistand-til-yngre-brukere>
- Helsedirektoratet (2011). «Fra tro til kunnskap». *Veileder i bruk av IPLOS-sumrapporter*. Versjon1.0, november/2011. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2015). *Opplæringshåndbok brukerstyrt personlig assistanse BPA, IS-2313* (IS-2313). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2017). *Veileder for saksbehandling. Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8* (Veileder IS-2442). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2019). *Kommunale helse- og omsorgstjenester 2018. Statistikk fra Kommunalt pasient- og brukerregister*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2013–2014). Prop. 86 L. Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak) *Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven (rett til brukerstyrt personlig assistanse)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015a). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)* (2011). I. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015b). *Lov om pasient – og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)* (1999, sist endret 01.11.2015). I. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015c). *Rundskriv Nr. I-9/2015, Rettighetsfesting av brukerstyrt personlig assistanse (BPA), (18.12.2015)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helsetilsynet. (2012). *Veileder i behandling av klagesaker etter pasient- og brukerrettighetsloven* (Internserien 7/2012). Oslo: Statens helsetilsyn.
- Jackson, K. & Bazeley, P. (2019). *Qualitative Data Analysis with NVIVO*. Los Angeles, London, New Dehli, Singapore, Washington DC, Melbourne: Sage.

- Jenhaug, L. and Askheim, O.P., (2018). Empowering Parents as Co-producers: Personal Assistance for Families with Disabled Children. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 20(1), 266–276. DOI: <http://doi.org/10.16993/sjdr.57>
- Johansen, V., Askheim, O. P., Andersen, J. & Guldvik, I. (2010). *Stabilitet og endring- utviklingen av brukerstyrt personlig assistanse* (Forskningsrapport nr. 143/2010). Lillehammer: Høgskolen i Lillehammer.
- Kjønstad, A. (2003). Rettighetslovgivning og kommunalt selvstyre. *Lov og Rett*,(06), 341–359.
- KS. (2019). *Kartlegging av BPA-K10-4084566*. Oslo: KS.
- Møen, A. (2018). Demokratiske fellesskap og individuelle rettigheter. *Norsk sosiologisk tidsskrift*, 2(1) 26–40.
- Neumann, CB, Gundersen, T. (2019). Care parading as service: Negotiating recognition and equality in user-controlled personal assistance. *Gender Work Organ.* 26: 948– 961. <https://doi.org/10.1111/gwao.12297>
- NOU (2011:17). *Når sant skal sies om pårørendeomsorg. Fra usynlig til verdsatt og inkludert*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Olsen, T. og Søndergård, D. (2019). Velferdsteknologi. *Nordisk välfärdsforskning / Nordic Welfare Research*, 1(4): 5–8.
- Pasient- og brukerombudet i Oslo og Akershus (2018). *Årsmelding 2018* Oslo: POBO Oslo og Akershus.
- Pasient- og brukerombudene. (2020). *Henvendelser om brukerstyrt personlig assistanse 2013–2019* (Notat). Oslo: POBO.
- Proba samfunnsanalyse (2015). *Enhetskostnader for ulike kommunale pleie- og omsorgstjenester*. Oslo: Proba.
- Rasmussen, I. og Strøm, S. (2018). *Likeverd og samfunnsdeltagelse – kostnader ved alternative løsninger*. Vista Analyse. Rapportnr. 2018/22.
- Riksrevisjonen (2018). *Riksrevisjonens undersøkning av korleis verjemålsreforma er sett i verk* Dokument 3:6 (2017–2018). Oslo: Riksrevisjonen.
- Sosial- og helsedepartementet. (1993). *Rundskriv I-1/93 Lov om sosiale tjenester*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- SOU (2018: 88). *Översyn av innsatser enligt LSS och assistanseersättningen. Del 1 & 2. Betänkande av LSS-utredningen*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SSB (2020). *Statistikkbanken, 12652: Unike mottakere av helse- og omsorgstjenester gjennom året, etter kjønn og alder ved utgangen av året (K) 2015–2019*, <https://www.ssb.no/statbank/table/12652/>
- SSB. (2020). *Lønnsstatistikk*. Hentet fra <https://www.ssb.no/statbank/table/11418/tableViewLayout1/?loadedQueryId=10025935&timeType=top&timeValue=1>
- Stortinget. (2018–2019). *Representantforslag 87S (2018–2019) fra stortingsrepresentant Kristoffer Robin Haug Dokument 8:87 S (2018–2019) (om å gjøre ordningen med brukerstyrt personlig assistanse reell for alle)*. Oslo: Stortinget.
- St. forh. (2019). *Sak nr. 7 Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Representantforslag fra stortingsrepresentant Kristoffer Robin Haug om å gjøre ordningen med brukerstyrt personlig assistanse reell for alle (Innst. 273 S (2018–2019), jf. Dokument 8:87 S (2018–2019)), ss. 4110–4117*. Oslo: Stortinget.

Terum, L. I. & With, M. L. (2007). *En analyse av fylkesmennes klagesaksbehandling etter kapittel 5 i sosialtjenesteloven for årene 1995-2005. Klager på økonomisk stønad* (Rapport fra Helsetilsynet 6/2007). Oslo: Helsetilsynet.

Uloba. (2017). *Mitt liv – mitt ansvar! Ulobas erfaringsrapport om utviklingen av BPA – årsaker, konsekvenser og løsninger. Skyggerapport*. Drammen: Uloba-Independent Living Norge.

10. Appendiks: KS-survey om BPA i store kommuner

KS har stilt til disposisjon svarene fra en surveyundersøkelse om BPA i store kommuner som organisasjonen selv gjennomførte høsten 2019 (KS, 2019). Svarene er analysert av vår forskningsgruppe i prosjektet og resultatene presenteres i dette kapitlet. Undersøkelsen omfatter landets ti største kommuner samt de 15 bydelene i Oslo. Undersøkelsen er anonymisert slik at vi ikke kan knytte svar på enkeltpørsmål til spesifikke kommuner, og man mottok 22 svar.²³ Dette gir en svarprosent på 84. Når vi refererer til svar fra undersøkelsen gjennom sitat bruker vi «Respondent» og identitetsnummer fra 1 til 21 for å skille mellom ulike kommuner/bydeler. Undersøkelsen har også tjent som en forundersøkelse for vår egen undersøkelse, og vi har f.eks. brukt noen av de samme spørsmålsformuleringene i våre intervjuguider.

Surveyen inneholdt 55 spørsmål fordelt på 20 hovedspørsmål og tilhørende underspørsmål. 12 av spørsmålene gjaldt økonomiske konsekvenser av BPA ordningen. Andre spørsmål gjaldt f.eks. hvorvidt og hvordan BPA tjenester ble dokumentert, praksis som gjelder bruk av BPA utenfor egen kommune, og bruk av tjenestekonsesjonskontrakter i levering av tjenester. I vedlegget til dette kapitlet gis en oversikt over spørsmålsstrukturen i surveyen, og vi identifiserer de spørsmålene som er brukt i vår analyse.

Fokus her vil være på de deler av KS sin storkommuneundersøkelse som belyser hovedspørsmålene i vårt oppdrag for KS. Det gjelder problemstillingene for disse tre spørsmålene: hvorvidt BPA gis i likt omfang som sammenlignbare helse- og omsorgstjenester (3.1), om kommunen gir BPA til brukere som har heldøgns bo- og omsorgstilbud (3.2), og om rettighetsfestingen i 2015 har medført endringer i antall brukere og omfang av BPA (3.3).

I det følgende presenterer vi en analyse av disse funnene. Dataene i form av svar på spørsmål ble lagret i en Excel fil. Dataene fra denne filen ble importert til programmet Nvivo, som er et analyseprogram for kvalitative data (Jackson & Bazeley, 2019).

Vi presenterer funn fra undersøkelsen organisert ut fra spørsmålene for vårt oppdrag.

10.1. Erfarer kommunene at BPA gis i likt omfang som sammenlignbare helse- og omsorgstjenester?

I surveyen ble dette spørsmålet stilt med to svaralternativ (ja/nei). 12 respondenter (kommuner/bydeler) svarte bekreftende på spørsmålet, mens 9 kommuner/bydeler svarte nei. Det synes dermed å være ulik praksis i tildelingen av BPA timer, der et flertall av respondenter i utvalget (57 %) erfarte lik tildeling, mens et mindretall (43 %) erfarte at det ble gitt flere timer. Vi tolker nei på spørsmålet som at det betyr at det blir tildelt flere timer gjennom BPA ordningen og ikke færre sammenlignet med ordinær organisering av tjenestene. Vi begrunner dette med funn fra andre deler av undersøkelsen, f.eks. svar på spørsmål 15.7 om BPA kan være fordyrende/besparende. Gitt at det ikke ble spurt direkte om flere eller færre timer, må en slik tolkning imidlertid vurderes med forsiktighet. For de som svarte ja på dette spørsmålet, ble det i oppfølgingsspørsmål gitt mulighet til å gi begrunnelser for dette. De fleste begrunnelser ble gitt

²³ Imidlertid inneholder selve Excel-filen 21 svar. En forklaring for at antallet svar ikke stemmer overens med antallet respondenter kan være at noen svar er påbegynt, men ikke fullført.

med utgangspunkt i at BPA er en alternativ organisering av tjenestene uavhengig av behovsvurderingen:

Vi vurderer behov for helse- og omsorgstjenester uavhengig av tjenesteform (Respondent 1).

BPA er en måte å organisere tjenester på. Omfang skal være likt som om en fikk andre tjenester som praktisk bistand, støttekontakt m.m. (Respondent 8).

Tjenesten BPA tildeles etter lover og forskrifter som klart sier at man ikke skal forfordle tjenester til de som har rettighet til BPA i forhold til de som ikke har den rettigheten. (Respondent 11).

Tilsvarende argumentasjon ble gitt i åtte av 12 svar. I et av disse ble det også pekt på en endring i praksis over tid med mer vekt på likebehandling:

Praksis har blitt endret gjennom årene. I dag er det fokus på at det at tjenesten organiseres som BPA ikke gir rett til større omfang (flere timer), mens det tidligere har vært tendens til at de med BPA har fått mer hjelp (Respondent 4).

En respondent uttrykte i sitt svar en viss usikkerhet og at det var vanskelig å svare, siden alle skulle vurderes individuelt og hadde forskjellige behov (Respondent 12).

De som svarte ja, ble også spurt om hva slags type dokumentasjon kommunen/bydelen i tilfelle har som viser denne forskjellen. Spørsmålet er litt uklart i det vi skulle forvente at det ble spurt om dokumentasjon som viste at det ikke var forskjell. Det var få svar på dette spørsmålet (4 av 12) og de som svarte henviste til vedtak og saksopplysninger/saksfremlegg. I et svar ble det henvist til klagesaksfremstillinger, samt avgjørelser fra Fylkesmannen.

Surveyen inneholder ikke oppfølgingsspørsmål om begrunnelser for de som svarte nei på hovedspørsmålet om likt omfang.

10.2. Gir kommunen BPA til brukere som har heldøgns bo- og omsorgstilbud (f.eks. bofellesskap, sykehjem)?

I surveyen ble det spurt om kommunen i henhold til sine rutiner gir BPA til brukere som har heldøgns bo- og omsorgstilbud (f.eks. bofellesskap og sykehjem). Igjen var svarmuligheten ja eller nei. 2/3 av kommunene i surveyen svarte nei på spørsmålet (14 respondenter), mens den resterende tredjedelen svarte ja (7 respondenter). Oppfølgingsspørsmål for de som svarte ja gjaldt hvilke tjenester som inngikk, og om eventuelle utfordringer med å gi BPA organisering i heldøgns bo- og omsorgstilbud. Tjenester som ble omfattet var praktisk bistand, praktisk bistand opplæring, støttekontakt, hjemmesykepleie, nattevakt og sosiale behov. På spørsmålet om utfordringer kom det frem ulike synspunkter på dette. Tre respondenter oppfattet ikke at det var spesielle utfordringer knyttet til BPA organisering i heldøgns bo- og omsorgstilbud. En av disse presiserte at: «Vi har ikke noen med denne ordningen i dag, men det ville ikke være et hinder for å få ordningen (at man bor i heldøgns)» (Respondent 2). De andre fem kommunene fremhevet utfordringer rundt taushetsplikt, samarbeidsutfordringer mellom BPA personell og kommunens egne ansatte, og mulig dobbeltdekning av tjenester:

Krevende samarbeid mellom BPA og kommunalt ansatte. Arbeidsleder som instruerer kommunens ansatte om hva de skal gjøre (Respondent 21).

Fare for å gi doble tjenester, ansvarspulverisering mellom de ulike personalgruppene og taushetsplikt (Respondent 12).

De respondentene som svarte nei på spørsmålet, ble bedt om å gi en begrunnelse for hvorfor de ikke ga BPA til brukere som har heldøgns bo – og omsorgstilbud. En del respondenter svarte at de til nå ikke hadde hatt søknader om BPA for slike brukere (6 av 13 respondenter):

Foreløpig er det ingen med denne type omsorgstilbud som har søkt om å få hjelpen organisert som BPA. Dette ville etter vårt syn være utfordrende å innvilge, da det ville føre til utfordringer ift. økonomi, ansvarsfordeling og personalledelse i botilbudet, samt risiko for forskjellsbehandling mellom beboere i samme botilbud (Respondent 3).

Det kan gis i bolig, men vi har ingen som har søkt om dette ennå, mulig at brukerne mener de får tilstrekkelig med hjelp (Respondent 8).

For de andre kommunene/bydelene gjaldt begrunnelsene f.eks. hensyn til økonomi og ressurser, kompetansekrav, organisasjonsutfordringer, at beboere ikke ønsket ordning med arbeidsledelse og at tradisjonell organisering av tjenester dekker behovet:

Som hovedregel gis ikke BPA til brukere i heldøgns bo- og omsorgstilbud, da dette ville bli nærmest umulig å organisere. Eksempel på utfordringer: Arbeidslederrollen, fravær og sykdom hos assistenter, fordeling av «fellestimer» i boligen (Respondent 12).

Brukere i fellesskap har heller ønsket en personalbase uten arbeidslederrolle (Respondent 4).

Sammenfattet ser vi at et mindretall av kommunene/bydelene i utvalget oppfatter BPA i heldøgns bo- og omsorgstilbud som uproblematisk (2 av 21 respondenter). For de resterende, både blant de som hadde slike tilbud og de som ikke hadde det, ble sammenfallende utfordringer nevnt, f.eks. organisasjons- og ansvarsutfordringer, samt mulig forskjellsbehandling. Flere av kommunene/bydelene hadde foreløpig heller ikke hatt brukere innenfor heltids bo- og omsorgstilbud som hadde søkt om BPA.

Økonomiske konsekvenser av BPA ordningen utgjør en stor del av surveyen. Her skal vi sette søkelys på to konsekvenser, ettersom de er spesielt relevante for vår egen undersøkelse.

10.3. Har innføring av lovfestet rett til BPA endret antallet med- og omfanget av BPA vedtak?

I surveyen ble det i ett og samme spørsmål både spurt om innføringen av lovfestet rett til BPA har endret omfanget av BPA vedtak, og om innføringen har endret antallet med BPA. 19 av 21 kommuner/bydeler besvarte denne delen av undersøkelsen. For spørsmålet om omfang var det 9 svar. 7 av disse oppfattet at det ikke hadde skjedd endringer i omfanget (i betydning timetildeling) av vedtak, mens to kommuner svarte ja på dette. For antallet med BPA- vedtak var det 18 svar. 7 respondenter erfarte ikke at rettighetsfestingen hadde økt antallet med BPA i deres kommune/bydel, mens 11 oppfattet at rettighetsfestingen hadde medført flere vedtak om BPA.

Vi ser av tabell 18 at det oppgis et stort spenn med forskjellige timebeløp for assistenter avhengig av ansiennitet og hvilke kostnader som er inkludert. Det laveste beløpet som oppgis er 203,11 kr uten ubekvemstillegg, mens den høyeste satsen er 470 per time. For timeprisen i konsesjonsordningen oppgis mindre variasjon, 421 kroner synes å være den typiske timeprisen, den lavest oppgitte er 339 og den høyeste 447.

Tabell 18: Timepriser for assistenter i kommunen og for BPA i tjenstekonsesjonsordningen

Kommune id i survey	Timeprisen for en assistent som jobber turnus inkludert alle sosiale kostnader og overheadkostnader	Timeprisen i tjenstekonsesjonsordningen
1		444
2	282	421
3	vi har ikke bpa i egen regi	421
4	Har ikke kommunal PBA tjeneste	
5	Kommunen driver ingen ordninger selv, alle brukere har valgt leverandører som har konsesjonsavtale med X kommune	prisen er i 2019 kr 421 pr time. I tillegg utbetaler kommunen kr 455 pr mnd direkte til arbeidsleder for driftsutgifter til ordningen.
6	420	?
7	421	421
9	297 inkl sosiale kostnader	421 per time
10	435	421 per faktisk utført assistanse.
11	Kr 421 pr time som vi betaler til privat leverandør	Kr 421 pr time
12		Se X Kommunes prisoversikt på leverandører
13	195	421 kr timen.
14		339
15	Kr 284,8	Kr 339 avtaletillegg kveld: kr 72 Avtale tillegg helg: Kr 68 Avtaletillegg helligdag kr 349. Pensjonist tillegg: kr 6 helg/kveld.
16	kr. 283	kr 438,- inneholder alle tillegg.
17	Kr 351,- Assistent med 10 års ansenitet, inkl sosial-og sykefraværskostnader	??
18	289 med full ansiennitet inkl pensjon og arb.giver. Ingen andre kostnader inkludert som vikarer, administrasjon, husleie etc	414 kroner. Vi er ikke kjent med hvordan leverandøren fordeler inntektene.
19	En assistent ansatt hos privat leverandør koster 422 NOK per time, og en kommunal ansatt koster 345	Timepris for privat BPA i 2019 er kr 422,-. Timepris består av den kommunale timeprisen + overliggende kostnader på kr 77,- per time. Differansen mellom ekstern og kommunal BPA skal dekke overliggende kostnader (eks. støttefunksjoner til økonomi, regnskap og HR).
20	203,11 uten ubekvemstillegg	447,-inkluderer lønn, administrasjon, sosiale kostnader, opplæring, kurs
21	470 pr time	

15.4 Økonomiske konsekvenser BPA-ordningen: Hva er gjennomsnittlig antall timer for et BPA-vedtak? Hvor mange BPA vedtak har kommunen? Aldersfordeling

Tabell 19: Timetall, antall vedtak og aldersfordeling

Kommune id i survey	Timetall: variasjon og gjennomsnitt per uke/mnd	Antall vedtak	Aldersfordeling:	0-17	18-49	50-66	67+
1	31						
2	10–35						
3	6,5–336 (gj.snitt. 227,38 per mnd)	26		1	17	7	1
4	24	11					
5	248 per mnd						
6	79						
7	31	17					
8	122 per mnd	49	Gjennomsnittsalder c. 40 år				
9	6–172		0–81 år				
10	2,2–168, 34, 24	50					
11	40	143		20	100 (18-66)		23
12	46	53			25	21	7
13	67*	61		8	27	20	6
14	29,6	44	**				
15	7–168, 53	26	3–76 år				
16	45	75	***	11	40	19	5
17	71,25						
18	47,15						

* Denne respondenten oppga også gjennomsnittlig timetall for de ulike aldersgruppene: 8 vedtak i alderen 0–17 år snitt t/u = 56t – 13 vedtak i alderen 18–39 år snitt 143t/u, 14 vedtak i alderen 30-49 år snitt 47 t/u 20 vedtak i alderen 50-66 år, snitt 48t/u 5 vedtak i alderen 67-74år snitt 23 1 vedtak i alderen 75–70 år, snitt 45 t/u

** Denne respondenten oppga følgende fordeling på alder: Brukere født mellom 1940–50: 4 stk. Brukere født mellom 1950–60: 5 stk. Brukere født mellom 1960–70: 9 stk. Brukere født mellom 1970–80: 11 stk. Brukere født mellom 1980-90: 5 stk. Brukere født mellom 1990–2000: 9 stk. Brukere født mellom 2000–10: 1 stk. De fleste vedtakene er da på brukere født mellom 1970–80

*** Denne respondenten oppga også kjønnsfordelingen inne for de ulike aldersgruppene: 0–17 år menn 5 og kvinner 6. 18–49 år 12 menn og 28 kvinner. 50–66 år 8 menn og 11 kvinner. over 67 år 3 menn og 2 kvinner.

15.7 Økonomiske konsekvenser BPA-ordningen: Kan BPA være fordyrende for kommunen? Eller kan kommunen spare penger på BPA tjenester?

På spørsmål om BPA ordningen kan være fordyrende for kommunen svarte 8 respondenter ja på spørsmålet, 3 svarte nei, mens mange var usikre (9) og svar som: «både og», «varierer etter omfang», «både ja og nei», «må undersøkes nærmere», uttrykte dette. Hovedinntrykket er en usikkerhet rundt dette spørsmålet.

For de som svarte et ja på spørsmålet ble ikke dette begrunnet mer detaljert, men et av svarene som vi har tolket som ja utdypet:

Det sosiale aspektet vektlegges i stor grad innenfor BPA tjenesten, og vårt inntrykk er at det i noen saker fører til at BPA-vedtak blir mer omfattende enn vedtak på sammenlignbare tjenester. BPA skal være arenauavhengig, noe som kan bety at bruker kan ha BPA i bofellesskap eller sykehjem, noe som gjør at det er fare for doble tjenester og vil være fordyrende for kommunen. Et eksempel på doble tjenester kan også være brukere som har BPA tjenester og som i tillegg trenger helsehjelp. Da må hjemmesykepleien gi tjenester når det er en BPA-assistent til stede. Dersom bruker ikke hadde hatt BPA kunne hjemmetjenesten utført alle tjenestene. Utgiftsdekning på 6 kroner per vedtakstime er ikke noe som brukere av andre tjenester mottar (Respondent 8).

For de tre som svarte et klart nei gav en av respondentene et noe mer utfyllende svar: «Kan spare penger fordi BPA inkluderer sosiale kostnader og opplæring, og fordi bruker selv tar en del av jobben med å være arbeidsleder» (Respondent 19). En representant for de «usikre» svarte slik:

ja og nei. Timeprisen for BPA er noe lavere enn for praktisk bistand utført av kommunen, men forskjellen er ikke veldig stor. Vi må imidlertid også vurdere om BPA er en hensiktsmessig måte å organisere hjelpen på i hver enkelt sak, om bruker (eller nærstående) vil klare å ivareta arbeidslederrollen, og om bruker har rett til tjenesten eller ikke. Kommunen innvilger i noen saker BPA, selv om timetallet er lavere enn det som utløser rett til å få hjelpen organisert som BPA (rettighetsfestingen) (Respondent 5).

I et oppfølgingsspørsmål (15.8, se vedlegg) ble respondentene spurt om i hvilke tilfeller BPA organisering var fordyrende. Forhold som ble nevnt av betydning var «store vedtak» (dvs. omfattende timetall), og behov for nattevakt (Respondent, 3, 10, 11). Det ble også oppgitt som dyrere med heldøgns hjelp i hjemmet sammenliknet med opphold i institusjon/bolig, med hensyn til stordriftsfordeler, og f.eks. bruk av nattevakt (Respondent 6, 8, 12, 16). Ulike timepriser, der det ble argumentert for at tradisjonell organisering var rimeligere enn BPA, ble også nevnt (Respondent 7, 9, 14,15). Eksempel på sistnevnte var at: «Timeprisen er betydelig høyere enn timepris for støttekontakt og individuell avlastning. Det er et dyrere alternativ enn punktjenester som praktisk bistand eller hjemmesykepleie» (Respondent 7) og: «En stor del av BPA vedtak omhandler fritidsassistanse som ellers ville innvilget som støttekontakt, med en betydeligere lavere timespris» (Respondent 9).

15.9 Økonomiske konsekvenser BPA-ordningen: I hvilke tilfeller er det samme kostnad? Og i hvilke tilfeller er det en billigere tjeneste?

I svarene ble det ikke gitt mange eksempler på at BPA kunne bli en billigere tjeneste. Noen forhold som likevel ble trukket frem var at det kunne være billigere i ordninger med stort timeomfang på kveld og helg (Respondent 1), og i «store ordninger» for hjemmeboende sammenliknet med heldøgns omsorgsbolig (Respondent 6). I de tilfeller der BPA kun gjaldt tiltak knyttet til praktisk bistand og enkle helsetjenester, kunne det også bli en rimeligere løsning (Respondent, 3, 9, 10). Videre ble det nevnt som en mulig kostnadsbesparende faktor ved BPA at sosiale kostnader og opplæring er inkludert, og ved at brukeren selv tar en del av jobben med å være arbeidsleder (Respondent 15). Fire respondenter fant ingen eksempler på at det kunne bli billigere (Respondent 4, 7, 11, 13). En av respondentene vurdere at: «Vi ser ikke at dette er en billigere tjeneste, men en bedre tjeneste for de innbyggere som er i behov av timer for å leve et aktivt liv» (Respondent 8).

15.10 Økonomiske konsekvenser BPA-ordningen: Har innføring av lovfestet rett til BPA endret omfang og antall av BPA vedtak?

Tabell 20 oppsummerer svarene fra survey angående konsekvenser av rettighetsfestingen for omfanget av BPA vedtak i form av timeantall, og om det har blitt flere brukere med BPA.

Tabell 20: Omfang av BPA ordninger og antall brukere som følge av rettighetsfestingen

Kommune id i survey	Omfang	Antall brukere
1	Nei (Ikke fra 2015–2019. I 2019 har kommunen registrert en økning).	
2	Nei	?
3	?*	Ja (det er flere som søker på det)
4	Nei. (I praksis er det liten forskjell. Kommunen har fortsatt enkelte saker der vi innvilger tjenesten som BPA selv om timetallet er lavere enn det som utløser lovfestet rett til tjenesten.)	I vår kommune ble tjenestene til bare en bruker endret til BPA som en følge av rettighetsfestingen når den kom
5	?	Ja. Flere søkere etter lovfesting.
6	Nei	Nei
7	?	Det har endret antallet med BPA
8	Nei	Nei
9	?	Ja
10	?	Ja, vi ser en dreining mot at BPA erstatter brukers behov for en institusjonsplass, men vi ser at dette blir kostbart
11	?	Stor økning i vår kommune. Årlige BPA-kostnader har tredoblet seg (fra 12,2 mill. kroner i 2015 til 35,3 mill. kroner i prognose for 2019) i X kommune, siden rettighetsfestingen fant sted i 2015.
12	Ja	?
13	Nei, det vurderes fortsatt og innvilges i noe grad ordninger som timemessig ikke kommer inn under rettighetskravet	?
14	Nei ikke endret omfang	ja, lovfestet rett har endret antallet med BPA
15	?	Nei, vi har stort sett samme antall vedtak som før rettighetsfestingen.
16	?	Vi har opplevd større etterspørsel til barn og unge, gjerne som avlastning
17	?	Det er en økning i antall BPA-brukere etter rettighetsfestingen.
18	Nei	Nei
19	Ja	Ja

* For noen av svarene var det vanskelig å tolke om respondentene svarte på begge spørsmålene eller bare ett av dem, det er markert med? i de tilfeller dette er uklart.

10.4. Vedlegg: Spørsmålsstruktur i survey, kartlegging av BPA-K10-4084566

Spørsmål i fet skrift er de som er benyttet i vår analyse

Spørsmål
3 Dokumenteres BPA-tjenesten som gis den enkelte bruker?
4.1 Dersom ja: Hvor og hvordan dokumenteres dette (Pasientjournal, saksbehandlingssystem el. Journalnotat, vedtak, jevnlig rapporter el.)?
4.2 Dersom ja: Hvem dokumenterer (Kommunen, privat leverandør, arbeidsleder, assistenter.)?
5.1 Dersom nei: Hvilke rutiner har kommunen for å sikre at BPA-tjenesten som gis den enkelte bruker er forsvarlig?
6 Erfarer kommunene at BPA gis i likt omfang som sammenlignbare helse- og omsorgstjenester?
7.1 Dersom ja: Hva er begrunnelsen for dette?
7.2 Dersom ja: Hva slags type dokumentasjon har kommunen i tilfelle som viser denne forskjellen?
8 Gir kommunen i henhold til sine rutiner BPA til brukere som har heldøgns bo- og omsorgstilbud (f.eks. bofellesskap, sykehjem)?
9.1 Dersom ja: Hvilke tjenester inngår i tilfelle i BPA-vedtaket?
9.2 Dersom ja: Hvilke utfordringer har kommunen eventuelt erfart med å yte BPA i heldøgns bo- og omsorgstilbud?
10.1 Dersom nei: Hva er begrunnelsen for at det ikke gis BPA til brukere i heldøgns bo- og omsorgstilbud?
11 Har dere BPA-ordninger hvor brukers behov har medført at det er ansatt sykepleier vernepleier i ordningen?
12.1 Dersom ja: Hva var begrunnelsen for å velge BPA og ikke ordinære helse- og omsorgstjenester?

Spørsmål

12.2 Dersom ja: Hvor mange av arbeidslederne har helseutfordringer, og har behov for andre helse- og omsorgstjenester i tillegg til å ha BPA- ordning som hjemmesykepleie, oppfølging av psykisk helsearbeider, korttidsopphold i institusjon, omsorgslønn og avlastning?

13.1 Hvordan fordeler dette seg i din kommune?

14.1 Hva er kommunens praksis og erfaringer med brukere med vedtak om BPA som ønsker å oppholde seg utenfor hjemkommunen når det gjelder å ta med seg assistenter på reiser til en annen kommune?

14.2 Hva er kommunens praksis og erfaringer med brukere med vedtak om BPA som ønsker å oppholde seg utenfor hjemkommunen når det gjelder å ta med seg assistenter på reiser til utlandet?

15.1 Økonomiske konsekvenser BPA-ordningen: Hva er timeprisen for en assistent som jobber turnus inkl alle sosiale kostnader og overheadkostnader?

15.2 Økonomiske konsekvenser BPA-ordningen: Hva er minsteprisen på et punktbesøk i hjemmetjenesten?

15.3 Økonomiske konsekvenser BPA-ordningen: Hva er timeprisen i tjenestekonsesjonsordningen, hva inkluderer denne og hvor stor er de enkelte delene (F.eks tillegg for driftskostnader i timeprisen)?

15.4 Økonomiske konsekvenser BPA-ordningen: Hva er gjennomsnittlig antall timer for et BPA-vedtak Hvor mange BPA vedtak har kommunen (En fordeling av alder, antall og timer hadde vært nyttig her)?

15.5 Økonomiske konsekvenser BPA-ordningen: Betaler BPA bruker egenbetaling for praktisk bistand i hjemmet på lik linje med andre mottakere av praktisk bistand?

15.6 Økonomiske konsekvenser BPA-ordningen: Hvor stor andel av BPA er praktisk bistand person Hvor stor andel av BPA er praktisk bistand hushold Hvor stor andel av BPA er andre tjenester og hva består disse av?

15.7 Økonomiske konsekvenser BPA-ordningen: Kan BPA være fordyrende for kommunen? Eller kan kommunen spare penger på BPA tjenester?

15.8 Økonomiske konsekvenser BPA-ordningen: I hvilke tilfeller er det dyrere? Stikkord er små vedtak? Store vedtak? Behov for mange besøk pr dag? Høyere timepris? Flere timer?

Spørsmål

15.9 Økonomiske konsekvenser BPA-ordningen: I hvilke tilfeller er det samme kostnad? Og i hvilke tilfeller er det en billigere tjeneste?

15.10 Økonomiske konsekvenser BPA-ordningen: Har innføring av lovfestet rett til BPA endret omfanget av BPA vedtak? Har innføring av lovfestet rett til BPA endret antallet med BPA?

15.11 Økonomiske konsekvenser BPA-ordningen: Oppfatter kommunen at bruk av BPA tjenester gir et mer rettferdig tilbud innenfor kommunens samlede pleie og omsorgstilbud til yngre brukere under 67 år?

15.12 Økonomiske konsekvenser BPA-ordningen: Er BPA tjenester samfunnsøkonomisk lønnsomt? Utdyp gjerne svaret

16 Har kommunen inngått tjenestekonsesjonskontrakt av levering av tjenesten brukerstyrt personlig assistanse (BPA)?

17 Hvis ja: Er det tjenestekonsesjonskontrakt i samarbeid med flere kommuner?

18 Tillater dere at BPA-leverandører benytter seg av såkalte driftskontoer (oppsparing av midler i form av kronebeløp) i kontrakten med kommunen?

19.1 Hvis ja: Beskriv praksis i egen kommune (hvilke kostnader gjelder det)?

20 Hvis nei: Utbetaler kommunen driftsmidler/administrativ godtgjørelse direkte til brukerarbeidsleder i BPA-ordninger?