

Kostnadsberegninger av utvidet bruk av brukerstyrt personlig assistanse

Rapport fra arbeidsgruppe avgitt 27. mai 2011

Helse- og omsorgsdepartementet

Innhold

1.	Mandat for Arbeidsgruppen	4
1.1.	Konsultasjonsordningen	4
1.2.	Mandat	4
1.3.	Arbeidsgruppens sammensetning og arbeid	5
2.	Sammendrag	6
3.	Bakgrunn og lovverk	9
3.1.	Hva er brukerstyrt personlig assistanse?	9
3.2.	Gjeldende regelverk for kommunale sosial- og omsorgstjenester	9
3.3.	Utvikling av BPA-ordningen	10
3.4.	Forslag sendt på høring i 2007	11
3.5.	Prop L 91 (2010-2011)	12
4.	Statistikk og finansiering	13
4.1.	Statistikk fra SSB/IPLOS-registeret	13
4.2.	Finansiering	18
5.	Erfaringer fra Sverige	20
6.	Kostnader ved BPA	23
6.1.	Innledning	23
6.2.	Spesialundersøkelse våren 2011	25
6.3.	Andre undersøkelser	28
6.3.1.	12K- Kommunene i Vestfold	28
6.3.2.	Trondheim kommune	28
6.3.3.	Østlandsforskning	29
6.3.4.	Econ Pöyry	30
6.4.	Mulige forklaringer til kostnadsvariasjoner	31
7.	Økonomiske konsekvenser ved utvidet bruk av bpa – Mandatet del 1	33
7.1.	Innledning	33
7.2.	Kostnader per ny bruker av BPA	33
8.	Konsekvenser ved rettighetsfesting av bpa – Mandatet del 2	35
8.1.	Innledning	35
8.2.	Utvikling i antall BPA-brukere ved en ev. rettighetsfesting av BPA	36
8.2.1.	Rett til BPA for personer med et omfattende behov for praktisk bistand ..	36
8.2.2.	Rett til BPA for alle personer med behov for praktisk bistand	37
8.3.	Utvikling i antall timer per bruker	37
8.4.	Andre momenter ved rettighetsfesting	37
8.5.	Konklusjon	39

9. Administrative konsekvenser for kommunen	39
10. Dialog med brukerorganisasjonene og ULOBA	40
10.1. Bruker organisasjonenes uttalelse til arbeidsgruppa.....	40
10.2. Kommentarer til organisasjonenes innspill fra arbeidsgruppen.....	42
11. Videre tiltak og utredninger	43
LITTERATURLISTE	44

1. MANDAT FOR ARBEIDSGRUPPEN

1.1. Konsultasjonsordningen

Som oppfølging av konsultasjonsmøte mellom KS og regjeringen 29.4.2011 nedsettes det en arbeidsgruppe som skal vurdere økonomiske konsekvenser for kommunene ved utvidet bruk av brukerstyrt personlig assistanse.

1.2. Mandat

Del 1 – Enhetskostnader

Arbeidsgruppen skal vurdere økonomiske konsekvenser for kommunen, ved utvidet bruk av brukerstyrt personlig assistanse (BPA). BPA brukes i dag som en alternativ måte å organisere praktisk bistand/ omsorgstjeneste til personer som etter dagens lovgivning har rett på praktisk bistand. Fokus er dermed ulike endringer i kostnad ved tjenestetilbud per mottaker ved å erstatte ordinær praktisk bistand med BPA, basert på hvilke(n) gruppe(r) tilbudet utvides til.

Mottakernes funksjonsnivå (hjelpebehov/ personkrets) vil danne utgangspunktet for kostnadsberegningene da de økonomiske konsekvensene antas å avhenge av hvilke gruppe av tjenestemottakere som tilbys BPA. Det bør vurderes om det er hensiktsmessig å bruke IPLOS registrering av funksjonsnivå som utgangspunkt for beregningene.

Videre er det viktig å klargjøre i hvilken grad BPA ytes i kombinasjon med andre kommunale tjenester, slik som hjemmesykepleie, hjemmetjeneste, fysioterapi, ergoterapi, tilsyn om natten. Dette bør nyanseres i beregningene.

De økonomiske konsekvensene ved utvidet bruk av BPA antas å avhenge av hvor effektivt praktisk bistand ytes innenfor rammen av den ordinære omsorgstjenesten. Det bør vurderes om data om kostnader ved tjenestetilbud i samlokaliserte boformer kan være egnet sammenligningsgrunnlag.

Det særskilte tilskuddet til ressurskrevende tjenester vil for brukere med omfattende tjenestebehov dekke deler av kostnadene. Beregningene skal omfatte disse kostnadene.

BPA vil for noen grupper kunne gi samfunnsøkonomiske besparelser knyttet til økt yrkesdeltakelse og mindre sykefravær. Dette er konsekvenser som ikke direkte berører kommunene og som derfor faller utenfor mandatet. Dette fokuset vil imidlertid ivaretas på annen måte.

Beregningene avgrenses til de tjenestene som reguleres av gjeldende regelverk for kommunale sosial/ omsorgstjenester.

Gruppen bes tydeliggjøre årsaker til både mulige kostnadsbesparelser og kostnadsøkninger for kommune knyttet til bruk av BPA fremfor andre tjenesteformer.

Del 2 – Framtidig utvikling i antall brukere av BPA

Arbeidsgruppen skal anslå utviklingen i antall brukere med BPA ved en eventuell ny rettighet til ordningen på mellomlang sikt (5 til 10 år). Det kan tenkes ytt en individuell rettighet til BPA for enten a) alle personer med behov for praktisk bistand eller b) alle personer med et omfattende behov for praktisk bistand (funksjonsnivå).

1.3. Arbeidsgruppens sammensetning og arbeid

Gruppens sammensetning er som følger:

Avdelingsdirektør Øyvind Brandt, Helse- og omsorgsdepartementet, leder
Fagdirektør Gerd Juel Homstvedt, Helse- og omsorgsdepartementet
Førstekonsulent Ingunn Johannessen, Helse- og omsorgsdepartementet
Underdirektør Sture Berg Helgesen, Finansdepartementet
Rådgiver Gunhild Gram Giskemo, Finansdepartementet
Avdelingsdirektør Eli Johanne Lundemo, Kommunal- og regionaldepartementet
Seniorrådgiver Alexander Wiken Lange, Kommunal- og regionaldepartementet
Rådgiver Anne Gamme, KS
Fagleder Bjarne Haslund, KS
Områdedirektør Helge Eide, KS
Katrine Paulsen, Bærum kommune
Sissel Mundal, Bærum kommune
Linda Krogh Lyche, Bærum kommune
Frode Lauareid, KS

Arbeidsgruppen har hatt fire møter i perioden 6. til 26. mai, herunder også et møte med brukerorganisasjonene og ULOBA 18. mai. Arbeidsgruppen har hørt organisasjonens syn på mandatet for arbeidet og mottatt råd om hvordan arbeidet kan gjøres. Arbeidsgruppen oppfatter at det har vært nyttig å ha dialog med organisasjonene.

Som grunnlag for arbeidet har Helse- og omsorgsdepartementet fått utarbeidet et notat fra SSB basert på tilgjengelige IPLOS data om BPA, en spesialundersøkelse fra Rune Devold as og en oppsummering av svenske erfaringer med Personlig assistans (PA) utarbeidet av Helsedirektoratet. Alle tre arbeidene er tilgjengelige i tilnytning til arbeidsgruppens rapport.

2. SAMMENDRAG

Erfaringene fra Sverige gir en bakgrunn for å se på ulike konsekvenser av en rettighetsfesting. I Sverige er personlig assistanse og kontantstønad til å dekke assistansen, en rettighet siden 1994. Antallet brukere av ordningen og kostnadene har økt langt mer enn beregnet. Gjennomsnittlig gis det nå statlig stønad til 113 timer i uka per bruker. Omfanget av tilbydere for å organisere arbeidsgiverfunksjoner er kommet opp i 1100 pluss vel 300 enmannsforetak. Fra 2011 er det innført krav om godkjenning av tilbydere. I 2011 er det igangsatt en utredning om fusk, overforbruk og tiltak for kostnadskontroll.

BPA i Norge benyttes i stor grad av benyttes av personer med omfattende fysisk bistandsbehov, og som samtidig har ressurser til å styre innholdet i tjenesten i forhold til egne behov. I 2009 ble BPA tildelt med gjennomsnitt 32 timer i uken. BPA-brukere med et omfattende bistandsbehov ble i gjennomsnitt tildelt nesten 50 timer i uken. I gjennomsnitt mottar også nesten halvparten av BPA- brukerne hjemmesykepleie og en firedel av brukerne mottar ordinær praktisk bistand i tillegg . Når tilleggstjenestene medregnes, mottar BPA-brukerne i gjennomsnitt 40 timer tjenester per uke, og BPA-brukere med et omfattende bistandsbehov tildeles i gjennomsnitt 66 timer per uke.

SSB viser også at brukere av BPA, samlet sett, får flere timer omsorgstjeneste tildelt enn brukere som mottar de ordinære omsorgstjenestene, som praktisk bistand, hjemmesykepleie med mer. Dette gjelder uansett nivå på bistandsbehov, men forskjellen er størst for personer med omfattende behov.

Både materiale fra enkelte kommuner og en spesialundersøkelse viser at kostnaden per brukertime BPA (ansikt-til-ansikt-kostnaden, dvs. inklusiv indirekte kostnader som reisetid, mv.) er lavere enn for de ordinære omsorgstjenestene og at den isolert sett er effektiv i betydningen at tidsbruken i all hovedsak er brukerrettet.

Likevel viser de samme undersøkelsene at kostnadene per bruker av BPA (BPA + ev. andre tjenester) ligger vesentlig høyere enn kostnaden per bruker av de ordinære omsorgstjenestene. Dette gjelder uansett nivå på bistandsbehov.

Arbeidsgruppen har ikke grunnlag for å detaljert angi ulike faktorerers effekt på kostnadene, men mener det er mulig å skille grovt mellom egenskaper ved den måten tjenesten BPA organiseres og ytes og egenskaper ved brukerne som i dag mottar BPA . Kort gjengitt:

Egenskaper ved den måten BPA organiseres og ytes.

BPA er en personal- og kostnadsintensiv organisasjonsform som innebærer en-til-en bemanning i alle situasjoner, uten mulighet for sambruk av ressurser og effektivisering av driften.

På en annen side antar vi at brukerrettet tid i omsorgstjenesten generelt er lavere enn for BPA. I omsorgstjenesten medgår tid til reise mellom ulike brukere og administrative oppgaver. Ved BPA medgår mindre tid til slike aktiviteter.

At organisasjonsformen BPA ofte genererer flere timer har særlig sammenheng med følgende forhold: De fleste tjenestemottakere utenfor institusjon kan klare seg med punktvis hjelp på en time eller en god del mindre pr gang. Det kan gis slik hjelp for eksempel tre - fire ganger i døgnet. Til sammenligning vil et kort oppdrag til en assistent i BPA utløse et 2-timers oppdrag med tilsvarende betaling pr besøk. Sistnevnte forhold følger av arbeidsmiljøloven hovedkapittel 10 og arbeids-/ tariffavtaler. Tre – fire besøk i døgnet av en BPA-assistent vil dermed generere et langt høyere timeforbruk.

Den ordinære omsorgstjenesten yter nattjenester utenfor institusjon som punktvis hjelp og med mulighet til å bruke trygghetsalarm. Når nattjenesten ytes i form av BPA med 1:1-hjelp, vil den gjennomsnittlig blir dyrere.

Av Econ-rapport nr. 2009-026, går det fram at BPA-brukerne mener at assistentene utfører en del oppgaver som familie og venner ellers ville ha utført i form av ubetalt hjelp.

Egenskaper ved dagens brukere av BPA

Forskjeller i kostnader mellom brukere med lette, middels og tunge bistandsbehov, sammenliknet med tilsvarende grupper i andre typer tjenester, kan i noen grad skyldes ulike mønster i bistandsbehov. Ulik sammensetning av bistandsbehovet innenfor hver gruppe kan i noe grad forklare at personer med om lag samme registrerte grad av bistandsbehov likevel mottar vesentlig forskjellig antall timer tjeneste.

Videre mottar brukere av BPA tjenester til samfunnsdeltakelse, ut over det som er vanlig ellers i omsorgstjenesten, herunder også deltakelse i utdanning og arbeidsliv.

Oppsummering økonomiske konsekvenser av økt bruk av BPA

Arbeidsgruppen mener det er dokumentert at en ny rettighet vil innebære betydelige økonomiske merkostnader og at det er behov for å gjøre nærmere økonomiske beregninger, herunder grundigere analyse av årsaker til de variasjonene i kostnader som undersøkelsene har avdekket. Arbeidsgruppen viser til at det er mange forhold som vil påvirke utviklingen i kostnader, herunder også på hvilken måte en eventuell rettighet utformes og hvilke grep som tas for å kontrollere utgiftsveksten.

Arbeidsgruppen kan på denne bakgrunnen ikke gi presise beregninger av økonomiske konsekvenser ved utvidet bruk av BPA og eventuell rettighetsfesting, men kan presentere et intervall for en mulig langsiktig utvikling. Anslagene redegjøres for i tre trinn; 1) merkostnaden per ny bruker, 2) forventet antall nye brukere ved en rettighet og 3) et samlet nasjonalt kostnadsanslag. Det må tas et generelt forbehold om usikkerhet i anslagene.

Trinn1: Merkostnaden per ny bruker av BPA

På bakgrunn av det faktiske kostnadsnivået per bruker ved den ordinære omsorgstjenesten og ved BPA (jf. regnskapstall og IPLOS- data om tjenestene i et utvalg av kommuner) anslås merkostnaden til mellom 600 000 og 950 000 kroner per ny bruker av BPA per år.

Trondheim kommune har imidlertid anslått at merkostnad ved å tilby BPA for brukere med over 20 timer per uke i gjennomsnitt til knapt 200 000 kroner per bruker. Selv om dette er usikre anslag fra én enkelt kommune, som også inngår i RDs materiale, velger arbeidsgruppen å bruke 200 000 kroner per bruker som det laveste kostnadsanlaget i de videre beregningene.

Trinn 2: Forventet antall nye brukere ved en rettighet

Det anslås at en ny rett til BPA til personer med omfattende bistandsbehov på lang sikt (5-10 år) vil medføre en økning i antall BPA-brukere fra dagens nivå på om lag 1 200 til mellom 6 200 og 11 700 brukere. Anslaget er blant annet basert på vekstraten i antall BPA-brukere i Norge de senere årene, samt omfanget av brukere av en lignende ordning i Sverige, hvor tilbudet er rettighetsfestet for personer med omfattende bistandsbehov. Det understrekes at dersom en eventuell rettighet skulle gjøres generell for alle personer med bistandsbehov, vil veksten bli betydelig større. Det vises til at det er om lag 16 500 personer som i dag har et omfattende bistandsbehov, mens det er om lag 107 000 personer som mottar praktisk bistand.

Trinn 3: Samlet nasjonalt kostnadsanslag.

Videre anslås det at ev. innføring av en rett til BPA til personer med omfattende bistandsbehov på lang sikt vil kunne medføre årlige merkostnader for kommunesektoren på mellom 1 mrd. kroner og 10 mrd. kroner.

Kostnadsintervallet er betydelig og gjenspeiler usikkerheten i anslagene. Anslaget tar ikke høyde for en økning i antall timer tildelt tjeneste per bruker ut over nivået til dagens BPA brukere. Gjennomsnittlig antall timer per bruker i Norge er 32, mens det i Sverige er 113. Dette gir grunnlag for å anta at en eventuell rettighetsfesting vil føre til en betydelig økning i antall timer per bruker og således økte merkostnader utover anslagene over. Dette er ikke tallfestet i denne rapporten. I tillegg understrekes det at beregningene tar utgangspunkt i at rettigheten begrenses til gruppen med omfattende bistandsbehov. En generell rettighet vil således innebære betydelig større merkostnader.

Analysene som har vært gjennomført i forbindelse med dette arbeidet, gir grunnlag for å konkludere med at en ev. rettighetsfesting vil innebære betydelige merkostnader. Tidsrammen for prosjektet har imidlertid ikke gjort det mulig å utarbeide et presist anslag for det nøyaktige omfanget av disse merkostnadene. Arbeidsgruppen mener at dersom det skal vurderes å rettighetsfeste BPA, bør det foretas grundigere analyser av konsekvensene dette vil kunne få på kort og lang sikt. Både de økonomiske konsekvensene og andre problemstillinger knyttet til BPA som har vært belyst i denne rapporten, nødvendiggjør mer omfattende utredninger.

3. BAKGRUNN OG LOVERK

3.1. Hva er brukerstyrt personlig assistanse?

Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) er et tjenestetilbud som omfatter praktisk bistand og opplæring. Tjenestetilbudet er beregnet for personer med omfattende funksjonsnedsettelse. Målet er å bidra til at brukeren får et aktivt og mest mulig uavhengig liv til tross for funksjonsnedsettelsen. Ordningen fungerer i hovedsak slik at brukeren selv organiserer og leder arbeidet til assistentene. Bruker er arbeidsleder for egne faste assistenter og bestemmer innenfor det tildelte timetallet hvilke oppgaver assistentene skal utføre og når det skal skje. BPA omfatter imidlertid også brukere som ikke kan ivareta brukerstyringen selv. Dette innebærer blant annet at personer med utviklingshemming og familier med barn med nedsatt funksjonsevne kan få brukerstyrt personlig assistanse. Brukerstyringen ivaretas da av andre personer på vegne av eller i samarbeid med brukeren.

Kommunene har plikt til å ha ordningen, men avgjør selv innenfor lovens rammer hvilke tjenester som skal tilbys den enkelte bruker, og om de skal gis i form av brukerstyrt personlig assistanse til den enkelte bruker.

BPA har gitt mange personer med nedsatt funksjonsevne større selvstendighet, og utfordret kommunene til å utvikle tjenesteformer som svarer bedre til individuelle behov. Samtidig er det en organisasjonsform som reiser flere praktiske og prinsipielle problemstillinger.

3.2. Gjeldende regelverk for kommunale sosial- og omsorgstjenester

Etter sosialtjenesteloven § 4-3 har de som ikke kan dra omsorg for seg selv, eller som er helt avhengig av praktisk eller personlig hjelp for å greie dagliglivets gjøremål, krav på hjelp etter § 4-2 bokstav a-d. Den som fyller vilkårene i sosialtjenesteloven § 4-3, har et rettskrav på sosiale tjenester. Ytelsen må tilfredsstillende et forsvarlig minstenivå.

Sosialtjenesteloven § 4-2 pålegger kommunen å ha bestemte tjenester som er opplistet i bestemmelsen, herunder brukerstyrt personlig assistanse. Kommunene har med andre ord plikt til å ha ordningen, men avgjør selv innenfor lovens rammer hvilke tjenester som skal tilbys den enkelte bruker, og om de skal gis i form av brukerstyrt personlig assistanse. Kommunen skal se hen til lovens formål, tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med klienten og det skal legges stor vekt på hva klienten mener.

I forslag til ny helse- og omsorgstjenestelov foreslås gjeldende rett videreført. Det foreslås ikke å innføre en individuell rett til å kreve en bestemt type tjeneste, heller ikke ordningen brukerstyrt personlig assistanse.

3.3. Utvikling av BPA-ordningen

Ideene bak BPA-ordningen kommer fra «independent living»-bevegelsen i USA på 1960-tallet. Det var fysisk funksjonshemmede studenter som mente at de selv visste best om sin egen situasjon, og som ønsket mer uavhengighet, selvbestemmelse og deltakelse i samfunnet.

På 1980- og 1990-tallet ble det reist kritikk mot tradisjonelle måter å yte omsorgstjenester på. Særlig gjaldt dette at det var mange hjelpere å forholde seg til. Fra flere hold ble det stilt krav om mer individuell tilrettelegging av tjenestetilbudet og større brukermedvirkning. Endringer i omsorgsfilosofien og i synet på personer med funksjonsnedsettelse har hatt betydning for framveksten av BPA-ordningen.

Norges Handikapforbund startet en forsøksordning med BPA i 1990. Som ledd i oppfølgingen av *Regjeringens handlingsplan for funksjonshemmede 1994–1997*, ble det etablert en forsøksordning med BPA, med et eget statlig stimuleringsstipend fra 1994. I St.meld. nr. 8 (1998–99) om *Regjeringens handlingsplan for funksjonshemmede 1998–2001*, ble lovfesting av BPA-ordningen lansert som eget tiltak.

I Ot.prp. nr. 8 (1999–2000) la regjeringen fram forslag til lovfesting av BPA-ordningen. Lovendringen besto i at tillegget «*herunder brukerstyrt personlig assistanse*» ble tatt inn i sosialtjenesteloven § 4-2 bokstav a. "De sosiale tjenester skal omfatte a) praktisk bistand og opplæring, herunder brukerstyrt personlig assistanse, til dem som har et særlig stort hjelpebehov på grunn av sykdom, funksjonshemming, alder eller av andre årsaker." Lovendringen ble vedtatt og trådte i kraft 1. mai 2000 (jfr. Innst. O. nr. 22 (1999–2000)). Etter dette skal alle kommuner ha etablert tilbud om BPA. I rundskriv I-20/2000 fra daværende Sosial- og helsedepartementet ble den lovfestede brukerstyrt personlig assistanse nærmere beskrevet.

Ordningen med stipend til opplæring og kvalitet ble videreført. Se nærmere omtale under kap 4.2.

Fra 2006 ble målgruppen for BPA utvidet å omfatte også for barn og personer med kognitive funksjonsnedsettelse. I St.prp. nr. 1 (2005–2006) uttalte Helse- og omsorgsdepartementet: «..... at ordningen skal utvides slik at også de som må ha assistanse for å ivareta arbeidslederrollen og brukerstyringen, kan få BPA. Departementet vil gi retningslinjer om dette og presisere at også funksjonshemmede med kognitiv funksjonssvikt, herunder utviklingshemmede, og familier med barn med nedsatt funksjonsevne som hovedregel kan få tjenestene organisert som BPA.»

Helse- og omsorgskomiteen uttaler i Budsjett-innst. S. nr. 11 (2005–2006): «Komiteen støtter Regjeringens forslag om å utvide ordningen med brukerstyrt personlig assistanse (BPA) til også å omfatte brukere som ikke alene kan ivareta arbeidslederrollen. Komiteen viser til at undersøkelser peker på at ordningen vil passe bra blant annet for familier med barn med nedsatt funksjonsevne fordi disse familiene ofte passer dårlig inn i hjemmetjenestens system. Komiteen mener at ordningen vil være en stor fordel for mange

utviklingshemmede, både ut fra behovet for trygghet, stabilitet og kontinuitet, og fordi assistansen da vil spres på et begrenset antall personer.»

Det vises til Helse- og omsorgsdepartementets rundskriv I-15/2005 hvor det er gitt en nærmere omtale av endringene.

3.4. Forslag sendt på høring i 2007

Departementet fulgte opp Stortingets vedtak fra 2006 og sendte på høring i 2007 forslag til sterkere rettighetsfesting av BPA. Forslaget innebar endring i sosialtjenesteloven slik at alle som fyller de alminnelige vilkårene for å motta praktisk bistand og opplæring, og som har behov for omfattende tjenester, fikk en rett til å få hele eller deler av denne tjenesten organisert som BPA. Retten til å få organisert praktisk bistand som BPA ble foreslått avgrenset til brukere som hadde et omfattende behov for tjenester.

Forslaget innebar at retten til å velge BPA ikke ble begrenset til bestemte funksjonshemninger eller diagnoser. Det ble heller ikke foreslått at retten skulle være begrenset av alder. Det ble forutsatt at endringen ikke skulle medføre noen endringer i vilkårene for retten til tjenester eller endringer i omfanget av tilbudet. Det ble derfor lagt til grunn at forslaget ikke innebar økte kostnader. Det ble ikke foreslått endringer i finansieringsformen, men at BPA skulle finansieres av kommunene gjennom de frie inntektene som før.

Høringsuttalelser

For arbeidsgruppens formål legges det hovedvekt på de deler av høringsuttalelsene hvor ressurser og økonomi er sentralt.

Det ble gitt mange høringsuttalelser til forslaget (207 uttalelser, hvorav fra 79 kommuner). Et lite mindretall (7) støttet departementets *samlede* forslag. Et annet mindretall (66), hvorav 9 kommuner, støttet lovfesting av individuell rett, men i annen form enn det som lå i høringsnotatet. KS og de fleste kommunene gikk mot lovfesting av individuell rett og mente at utvikling av tjenestetilbudet må skje på annen måte. Høringen viste at merkostnadene kan bli betydelige, både når det gjelder kostnadene til selve tjenestene og administrasjon av ordningen. Flere høringsinstanser viste videre til bekymring for problemstillinger knyttet til det å være arbeidsgiver, arbeidsleder og assistent i BPA. Det ble også reist spørsmål ved forhold som påvirker andre sider ved kommunal tjenesteyting, som turnus, rekruttering og kommunalt selvstyre. Flere brukerorganisasjoner viste til at en individuell rett til brukerstyrt personlig assistanse ville kunne bidra til mer lik fordeling av tjenesten, og større forutsigbarhet for brukerne. Noen organisasjoner sa i sine høringsuttalelser at målet må være å tydelig definere BPA som "et frigjørings- og antidiskrimineringsverktøy på alle livsområder".

Det kom fram sterk bekymring for problemstillinger om det å være arbeidsgiver, arbeidsleder og assistent i BPA i forhold til gjeldende lov og regelverk i arbeidslivet. Mange var engstelige for at ordningen kunne bli privatisert og det var ulike meninger om finansiering. Uttalelsene omfattet også forhold som påvirker andre sider ved

kommunal tjenesteyting, som turnus, rekruttering og kommunalt selvstyre. Mange av kommunene meldte at de mister innsyn og kontroll dersom de benytter andre private tilbydere av BPA (for eksempel andelslaget ULOBA).

På spørsmål om hvordan utvidelse av BPA-ordningen vil påvirke det økonomiske aspektet knyttet til administrasjon av ordningen, påpekte Asker kommune at de *"økonomiske konsekvensene for kommunen er avhengig av flere forhold. Dersom bruker, eller brukers nærmeste pårørende innenfor husstanden, ikke er i stand til å ta arbeidsledelse, vil kommunen kunne komme i en situasjon der selve arbeidsledelsen blir en kostnad for kommunen. [...] Det kan også i enkelte tilfeller være arbeidskrevende, og derved kostnadsdrivende for kommunen å være arbeidsgiver, med utlysninger, ansettelser, prøving og feiling før man finner de rette assistentene. I tillegg merker kommunen et visst press fra brukere, der ordningen i utgangspunktet fungerer, på å innvilge flere timer til assistanse enn det som følger av kommunens vurderinger for behov for praktisk bistand"*.

KS trakk frem at "Kostnadsberegninger fra flere kommuner viser at BPA er dyrere enn tradisjonell organisering av tjenestene, selv om kommunen fortsatt har rett til å fastsette omfanget av tjenestene. [...] KS mener merkostnadene kan bli betydelige, både når det gjelder kostnadene til selve tjenestene og administrasjon av ordningen".

Fylkesmannen i Hordaland "sitter igjen med et inntrykk av at brukere som får vanlige hjemmetjenester får et mindre utmålt tjenestetilbud enn brukere med BPA".

Fylkesmannen i Vestfold påpeker ressursutnyttelse som årsak. "Det vil være dårlig ressursutnyttelse for kommunene å måtte gi et tjenestetilbud som i liten grad kan samordnes med andre brukere. Dette kan føre til at det øvrige tjenestetilbudet blir dårligere."

Trondheim kommune trakk frem at "I de tilfellene bistanden kunne vært gitt gjennom kollektive ordninger - for eks. gjennom tilgang til hjelp fra en personalbase v/ behov, deling av nattevakt etc, er det ikke tvil om at BPA er en meget dyr ordning."

Stortinget ble i budsjettproposisjonen for 2009 og 2010 varslet om at saken ville bli sett i sammenheng med arbeid med ny lov for de kommunale helse- og omsorgstjenester. Stortinget ble også orientert om dette i Kommuneproposisjonen for 2010 og om at saken avventet ytterligere utredninger.

3.5. Prop L 91 (2010-2011)

I høringsnotatet til forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester foreslo departementet å videreføre kommunens plikt etter sosialtjenesteloven § 4-2 bokstav a til å ha tilbud om brukerstyrt personlig assistanse, jf. lovforslaget § 3-9. Departementet foreslo imidlertid ikke å lovfeste en rett for den enkelte bruker til å kreve tjenester organisert som brukerstyrt personlig assistanse.

Høringsinstansenes syn og departementets vurderinger er oppsummert i *Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*, som nå er til behandling i Stortinget.

Høringsuttalelser

Samarbeidsforum for funksjonshemmedes organisasjoner (SAFO) har uttalt at BPA bør rettighetsfestes. De, og flere andre brukerorganisasjoner, mener at det bør fastsettes nasjonale standarder for brukerstyrt personlig assistanse. *Andelslaget ULOBA*, med flere organisasjoner og enkeltpersoner, er kritiske til at BPA ikke blir rettighetsfestet. De er også bekymret for at flere sider ved høringsforslaget kan bidra til å «svække forståelsen av brukerstyrt personlig assistanse». Det gjelder blant annet forslag om at klageinstansen ikke selv skal kunne treffe nytt vedtak, et for «ensidig helsefokus» og utelatelse av «samfunnsmessige, økonomiske og personlige gevinster» i begrunnelsen. *Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO)* krever «(...) at retten til å velge helse- og omsorgstjenester organisert som brukerstyrt personlig assistanse lovfestes (..) slik forslaget begrunnes, prioriteres det kommunale selvstyret framfor brukeres muligheter til å ta ansvar for egen livsutfoldelse». *Statens råd for likestilling av funksjonshemmede* «(...) går fortsatt inn for en rettighetsfesting av ordningen» og vil «kvalitetssikre ordningen gjennom kontinuerlig og god opplæring av de som skal administrere og bruke ordningen».

Statens helsetilsyn «(...) ser seg enig i at de utfordringer helse- og omsorgstjenestene står overfor, kan gjøre det vanskelig å rettighetsfeste ordningen per i dag».

Fylkesmannen i Østfold har påpekt at det vil være behov for god opplæring.

Fylkesmannen i Sogn og Fjordane har uttalt at det er store forskjeller i måten ordningen blir praktisert på.

De fleste kommunene som har levert høringssvar, nevner ikke BPA. Dette er ikke uventet siden forslaget er i tråd med kommunesektorens anbefalinger fra høringen i 2007.

I lovforslaget som ligger til behandling i Stortinget er det foreslått en egen paragraf: § 3-8 Brukerstyrt personlig assistanse: "Kommunen skal ha tilbud om personlig assistanse etter § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b, i form av praktisk bistand og opplæring, organisert som brukerstyrt personlig assistanse."

4. STATISTIKK OG FINANSIERING

4.1. Statistikk fra SSB/IPLOS-registeret

Omtalen bygger på SSB's oppdragsnotat 23.5.2011 om BPA.

I de ti siste årene har det vært en kontinuerlig vekst i brukere av brukerstyrt personlig assistanse, fra nær 700 i 2000 til mer enn 2 500 i 2009 (se tabell 4.1). Denne veksten har funnet sted til tross for at BPA ikke er rettighetsfestet. Ved utgangen av 2009 var det

mer enn 265 000 brukere av pleie- og omsorgstjenester. I underkant av 1 prosent av disse, eller i alt 2 535 personer, hadde brukerstyrt personlig assistanse. Tjenesten har i dag form av først og fremst å være et tilbud til yngre brukere – nesten tre av fem brukere er under 50 år.

Tabell 4.1. Antall brukere av brukerstyrt personlig assistanse, etter alder. 2000-2009

	I alt	0-66 år	67 år og over
2000	680	..	..
2001	816	..	..
2002	1 022	..	..
2003	1 142	..	..
2004	1 357	..	..
2005	1 833	1 706	127
2006	2 045	1 886	159
2007 ¹	2 023	1 886	137
2008	2 280	2 111	169
2009 ²	2 535	2 340	195

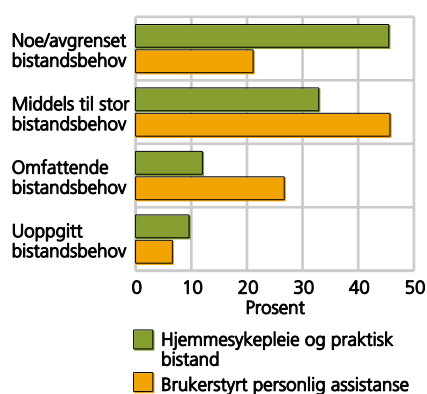
¹ Brudd i tidsserie.

² Foreløpige tall. Kilde: KOSTRA (2000-2006), IPLOS (2007-2009).

I IPLOS måles brukerens behov for personbistand for 17 ulike aktiviteter i dagliglivet. For å kunne gjøre resultater mulige å tolke beregnes vektet gjennomsnitt, gruppevis og totalt, basert på samlemål for 15 av disse aktivitetene. Samlemålet skal være en indikator som sier noe om de store trekkene i behovsfordeling. (Se nærmere omtale av samlemål i kapittel 6.1).

Mens 45 prosent av mottakerne av hjemmetjenester klassifiseres med lavt samlet bistanndsbehov, gjelder dette kun 21 prosent av mottakerne av BPA (se figur 2.1).

Figur 4.1. Brukere av brukerstyrt personlig assistanse og hjemmesykepleie/praktisk bistand etter bistanndsbehov. 2009. Prosent. Foreløpige tall



Kilde: IPLOS.

Brukerstyrt personlig assistanse har i stor grad vært gitt til personer med omfattende fysisk funksjonsnedsettelse, og som samtidig har ressurser til å styre innholdet i tjenesten i forhold til egne behov. En vil dermed forvente at disse tjenestebrukerne skårer med omfattende behov for bistand på fysiske funksjoner samtidig som de ikke har store behov for bistand knyttet mål for kognitiv svikt. Tallene bekrefter dette ved at

mindre enn 7 prosent av disse brukerne havner i «omfattende bistandsbehov» når det gjelder kognitiv svikt. Tilsvarende tall for «sosial fungering» er 12 prosent (se tabell 4.2).

Tabell 4.2. Brukere av brukerstyrt personlig assistanse etter grupper av bistandsbehov. 2009. Foreløpige tall.

	I alt	Noe/avgrenset bistandsbehov	Middels til stort bistandsbehov	Omfattende bistandsbehov	Uoppgitt bistandsbehov
			Prosent		
Husholdsfunksjoner Ivareta egen helsetilstand	2 535	13,1	26,8	52,9	7,2
Egenomsorg	2 535	37,2	28,8	26,8	7,2
Sosial fungering	2 535	37,9	22,5	32,9	6,7
Kognitiv svikt	2 535	66,4	15,1	11,7	6,8
	2 535	74,2	12,2	6,7	6,9

Kilde: IPLOS Oppdragsnotat 23.5.2011.

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

De som mottok BPA i 2009 fikk i gjennomsnitt tildelt 32 timer i uken. Tjenesteomfanget måles som den tiden brukeren har en eller flere tjenesteytere til stede. Som forventet er det en klar sammenheng mellom bistandsbehovet den enkelte har, og hvor mange timer som tildeles brukerne. De som har et omfattende bistandsbehov, tildeles i gjennomsnitt tilsvarende nesten 50 timer i uken. Dette er mer enn tre ganger så mye som brukere i gruppen med lavest bistandsbehov får (se tabell 4.3).

Tabell 4.3. Gjennomsnittlig antall timer i uken til brukerstyrt personlig assistanse, etter bistandsbehov og alder på bruker. Direkte tid til bruker ifølge vedtak. 2009. Foreløpige tall

	I alt	Noe/avgrenset bistandsbehov	Middels til stort bistandsbehov	Omfattende bistandsbehov	Uoppgitt bistandsbehov
I alt	32,0	14,7	30,7	48,9	29,2
0-17 år	29,9	20,5	24,8	37,0	19,8
18-49 år	37,5	15,4	36,3	63,5	33,6
50-66 år	26,3	13,2	26,3	38,2	24,4
67-79 år	23,6	12,3	19,0	37,0	:
80 år og eldre	12,8	:	12,9	14,8	:

Kilde: IPLOS Oppdragsnotat 23.5.2011.

Brukere i aldersgruppen 18-49 år tildeles mer tjenester enn andre aldersgrupper. Dette henger trolig sammen med at ulike aldersgrupper har ulike behov knyttet til livsutfoldelse, og at aktivitetene en ønsker å delta på er forskjellige på ulike alderstrinn.

Trolig er det også en sammenheng med at ulike tjenester brukes forskjellig avhengig av alder. For de eldste brukerne kan institusjon være et alternativt tilbud til brukere med omfattende bistandsbehov. For yngre brukere er dette normalt ikke regnet som et egnet alternativ.

Mange brukere har sammensatte behov og vil derfor måtte ha hjelp utover det den enkelte assistent kan bidra med. Tabell 4.4 viser i hvilken utstrekning det gis supplerende tjenester i tillegg til BPA.

Tabell 4.4. Brukere av brukerstyrt personlig assistanse som mottar andre tjenester til hjemmeboende, etter type tjeneste. 2009. Antall, prosent og timer per uke. Foreløpige tall

	Antall brukere	I prosent av brukere av BPA	Gjennomsnittlig antall timer i uken
Praktisk bistand: daglige gjøremål	634	25,0	6,2
Praktisk bistand - opplæring: daglige gjøremål	83	3,3	21,3
Dagsenter	119	4,7	16,2
Matombringing	99	3,9	.
Trygghetsalarm	754	29,7	.
Avlastning utenfor institusjon	127	5,0	21,7
Støttekontakt	308	12,1	4,9
Omsorgslønn	316	12,5	13,6
Hjemmesykepleie	1 153	45,5	12,2
Rehabilitering utenfor institusjon	335	13,2	.
Dagopphold	16	0,6	10,1

Kilde: IPLOS Oppdragsnotat 23.5.2011.

Brukerstyrt personlig assistanse er definert som praktisk bistand, og mange brukere har i tillegg behov for helsefaglig behandling og oppfølging. Det er ikke noe krav om at assistenten som yter brukerstyrt personlig assistanse, skal være helsefaglig utdannet. 45 prosent av mottakerne av BPA mottar hjemmesykepleie i tillegg, og hjemmesykepleie er dermed den tjenesten flest brukere får som et supplement til brukerstyrt assistanse. I gjennomsnitt får brukerne av BPA om lag 12 timer per uke med hjemmesykepleie.

I tillegg gis det også ordinær praktisk bistand til om lag 25 prosent av brukerne. Trolig dreier dette seg ofte om hjelp knyttet til huslige aktiviteter som renhold av bolig og lignende (husholdsfunksjoner). Mange kommuner har organisert dette som egne tjenester. Da kan det være mest effektivt at dette organiseres som et ledd i kommunenes øvrige tjenestetilbud. I gjennomsnitt får disse mottakerne av BPA om lag 6 timer per uke i ordinær praktisk bistand.

Det er relativt få, vel 3 prosent, av mottakerne av BPA som får praktisk bistand i form av opplæring i daglige gjøremål. Til gjengjeld får de det gjelder tildelt ganske mange timer, vel 21 timer per uke i gjennomsnitt.

Avlastning utenfor institusjon er også en tjeneste til relativt få BPA-brukere, som hver får i gjennomsnitt nesten 22 timer per uke. Omsorgslønn mottas av nær 13 prosent av alle brukere av BPA, og gis med nær 14 timer per uke i gjennomsnitt.

Det er store forskjeller i hvordan tilleggstjenester fordeler seg mellom ulike aldersgrupper. For barn under 18 år er avlastning og omsorgslønn vanlige tilleggstjenester. Trygghetsalarm, hjemmesykepleie og annen praktisk bistand blir viktigere tjenester jo eldre brukeren er.

Tabell 4.5 viser hvor mange timer per uke brukerne av BPA i alt har fått tildelt når en også regner med kjernetjeneste som de har mottatt i tillegg til BPA. Kjernetjenester betyr her hjemmesykepleie, praktisk bistand utenom BPA, avlastning og omsorgslønn.

Tabell 4.5. Gjennomsnittlig antall timer i uken til BPA og *andre kjernetjenester* for brukere med BPA, etter alder og bistandsbehov. 2009. Timer per uke

	Timer/uken: BPA og kjernetjenester				
	Alle brukere	Noe/avgrenset bistandsbehov	Middels til stort bistandsbehov	Omfattende bistandsbehov	Uoppgitt bistandsbehov
I alt	40,5	16,9	37,5	66,2	32,8
0-17 år	46,2	27,6	40,8	57,2	32,6
18-49 år	44,6	17,7	41,7	79,1	36,1
50-66 år	35,2	14,6	34,0	56,7	26,3
67 år og eldre	31,5	13,5	25,4	50,8	23,6

Kilde: IPLOS Oppdragsnotat 23.5.2011.

Sammenliknet med tabell 4.3 ser vi at når en legger sammen BPA og kjernetjenester som BPA-mottakerne får (se tabell 4.5), øker antall timer per uke med nesten 9 timer, fra 32 til 40,5 timer. BPA-brukerne får samlet sett tjenester som tilsvarer 27 prosent mer enn hvis vi bare ser på BPA-timene deres. Det er særlig de med omfattende bistandsbehov som får mye av tilleggstjenester, i gjennomsnitt 17 tilleggstimer per uke.

Nasjonale tall for tildelte timer

Tabell 4.6 og 4.7 viser gjennomsnittlig antall timer tjeneste for henholdsvis brukere med og uten BPA, innen ulike aldersgrupper og grad av bistandsbehov.

I gjennomsnitt får brukere av BPA under 67 år vel 41 timer per uke til BPA og kjernetjenester, mens brukere som kun mottar kjernetjenester (ikke BPA) får i snitt vel 13 timer per uke. Brukere av BPA får langt flere timer tildelt enn brukere som bare har andre kjernetjenester, selv når de har avgrenset eller middels bistandsbehov.

Tabell 4.6. Personer under 67 år som mottar kjernetjenester, men som *ikke* har BPA. 2009. Timer per uke til kjernetjenester

	Timer/uken: Kjernetjenester				
	Alle brukere	Noe/avgrenset bistandsbehov	Middels til stort bistandsbehov	Omfattende bistandsbehov	Uoppgitt bistandsbehov
I alt	13,3	3,2	10,0	43,7	8,2
0-17 år	18,3	13,1	17,1	24,7	18,0
18-49 år	14,8	2,6	10,5	54,0	6,9
50-66 år	9,5	1,9	7,1	38,5	4,1

Kilde: IPLOS Oppdragsnotat 23.5.2011.

Tabell 4.7 Personer under 67 år med BPA. 2009. Timer per uke til BPA og andre kjernetjenester

	Timer/uken: BPA og kjernetjenester				
	I alt	Noe/avgrenset bistandsbehov	Middels til stort bistandsbehov	Omfattende bistandsbehov	Uoppgitt bistandsbehov
I alt 0-66 år	41,3	17,1	38,7	67,7	33,1
0-17 år	46,2	27,6	40,8	57,2	32,6
18-49 år	44,6	17,7	41,7	79,1	36,1
50-66 år	35,2	14,6	34,0	56,7	26,3

Kilde: IPLOS Oppdragsnotat 23.5.2011.

Både blant brukere av BPA og brukere av andre kjernetjenester er det sammenheng mellom alder og tildelte timer, slik at de yngste (0-17 år) får mer hjelp enn de som er i aldersgruppen 18-49, og de i aldersgruppen 50-66 år får minst hjelp i gjennomsnitt. Men blant de som har omfattende bistandsbehov, er det brukere i aldersgruppen 18-49 år som får mest hjelp. Dette er trolig den aldersgruppen som er yrkesaktive i størst grad, og har behov for hjelp til å være i en jobb. Blant de som har omfattende bistandsbehov får de som kun har kjernetjenester 44 timer per uke, mens de som har BPA og kjernetjenester får 68 timer per uke.

SSB har påpekt at en nærmere analyse av de enkelte dimensjonene av bistandsbehovet trolig vil vise at brukere kan være sterkt avhengige av bistand på én dimensjon, selv om de i gjennomsnitt for alle dimensjoner kommer ut med avgrenset eller moderat bistandsbehov. En slik analyse har det ikke vært mulig å finne tid til innen rammene for dette oppdraget.

Arbeidsgruppen vurderer at de nasjonale tallene tydelig viser at brukere med BPA i gjennomsnitt mottar vesentlig mer omfattende tjenestetilbud enn brukere som mottar andre typer omsorgstjeneste.

4.2. Finansiering

BPA finansieres som de fleste andre kommunale tjenester hovedsakelig over de frie inntektene til kommunene (skatteinntekter og rammetilskudd). BPA kommer også inn

under tilskuddsordningen for ressurskrevende tjenester når samlede lønnsutgifter til brukerens tjenester overstiger innslagsbeløpet for tilskuddsordningen.

Tilskudd til ressurskrevende tjenester

Kommunene har ansvaret for å gi helse- og omsorgstjenester til de som har krav på dette i henhold til sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven. Formålet med tilskuddsordningen er å sikre at tjenestebrukere som krever stor ressursinnsats, får et best mulig tilbud uavhengig av kommunens økonomiske situasjon. Behovet for ressurskrevende tjenester varierer betydelig mellom kommuner. Det har foreløpig vært vanskelig å finne objektive kriterier som kan fange opp slike kostnadsvariasjoner.

Før 2009 fikk kommunene kompensert 80 prosent av dokumenterte, direkte lønnskostnader utover innslagspunktet på kr 865 000, fratrasket øremerkede tilskudd og tilskudd gjennom inntektssystemet. Direkte lønnskostnader er lønnskostnader til den tiden som er brukt i direkte interaksjon med tjenestemottaker. Tilskuddsordningen gjelder for personer under 67 år.

Utbetalinger for 2009 utgjorde samlet om lag 4 150 mill. kroner. Dette er en nominell økning på 152 mill. kroner sammenlignet med 2008. Foreløpige tall for 2010 viser at det var 5 521 ressurskrevende tjenestemottakere som var omfattet av ordningen. Dette er en økning på 222 tjenestemottakere eller 4,2 prosent i forhold til 2009. For utgiftene utover innslagspunktet er det anslått en realøkning på 0,8 prosent per tjenestemottaker.

Det budsjetteres med 4 501 mill. kroner i 2011, en økning på 151 mill kroner i forhold til saldert budsjett 2010. Innslagspunktet er justert opp til 895 000 kroner, basert på anslått lønnsvekst i kommunesektoren for 2010 på 3,45 prosent.

Det har vært en sterk utgiftsvekst i toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester de siste årene. Veksten har likevel flatet noe ut i 2010. Dette kan ha sammenheng med flere forhold, som for eksempel økt omfang av kontroll, bedre veiledning gjennom rundskriv til kommunene og bedre rapporteringsrutiner fra kommunenes side.

Tilskudd til opplæring og rekruttering – nye brukere

Tilskuddet ble etablert i 1994. Tilskuddet skal i hovedsak dekke merutgifter til opplæring og rekruttering i tilknytning til nye brukere av BPA.

Regjeringen har fra 2005 til 2011 økt tilskuddet fra 50 mill. til 85 mill. kroner årlig. Det anslås at knapt 400 av landets kommuner en, eller flere ganger, har benyttet ordningen. Det er imidlertid bruk for økt kompetanse om ordningen hos brukere, assistenter og kommunens saksbehandlere. Helse- og omsorgsdepartementet vil derfor vurdere om tilskuddet bør legges om for å kunne ivareta dette bedre.

5. ERFARINGER FRA SVERIGE

Sverige har siden 1994 hatt en lovfestet rett til personlig assistanse. Erfaringer herfra kan derfor være nyttige og relevante. Helsedirektoratet har, på oppdrag fra departementet, laget en utredning der erfaringer fra Sverige beskrives og drøftes. Direktoratets utredning er vedlagt denne rapporten. Nedenfor gjengir vi utdrag fra Helsedirektoratets utredning.

Tjenesten personlig assistanse (PA) er lovfestet i *lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)* som en rettighet for mennesker med store funksjonsnedsettelse. Rettigheten avgrenses til personer under 65 år, med utviklingshemning eller varig fysisk og eller psykisk funksjonsnedsettelse. Innvilget PA før fylte 65 år videreføres også etter fylte 65 år, men økt behov etter 65 skal dekkes av andre tjenester. PA skal dekke grunnleggende behov som personlig hygiene, måltider, av- og påkledning og kommunikasjon. Personer med grunnleggende behov som overstiger 20 timer assistanse per uke, kan innvilges statlig stønad til assistansen (*assistansersättning*). Personer som bor i institusjon eller gruppeboliger, omfattes ikke av rettigheten til statlig stønad. Kortvarige behov og behov som følge av alminnelig aldring omfattes ikke av PA.

Helse- og sosial-/omsorgstjenester i Sverige er hjemlet flere lover. De viktigste er *socialtjänstlagen (SoL)*, *hälso- och sjukvårdslagen (HSL)* og LSS. I *socialförsäkringsbalken (SFB)* reguleres retten til statlig stønad til assistansen. LSS er en rettighetslov, i motsetning til HSL. Også SoL gir den enkelte som har behov rett til tjeneste, men dette er en mer generell lov, som gjelder for alle borgere og hvor det er kommunen som avgjør tjenesteform. Dette kan være tjenester i form av bolig med heldøgns tjenester og andre sosiale tjenester som vi kjenner fra vår sosialtjenestelovgivning.

Rett til PA ble innført i 1994 og formålet er å ”... fremme likestilling i livsvilkår og deltagelse i samfunnslivet for persongruppen”. PA er ment å gi mulighet for selvbestemmelse og innflytelse over egen hverdag, gi den enkelte mulighet til å være arbeidsleder for egne assistenter, herunder ha rett til å velge hvem som skal gi assistanse, hvilke oppgaver de skal utføre, hvordan de skal utføre oppgavene, og rett til å si opp assistenter og gi den enkelte mulighet til å administrere økonomiske sider av assistanseordningen.

Kravet om behov for hjelp til grunnleggende behov vurderes som et ”nåløye” i den svenske ordningen, fordi dersom dette vilkåret er oppfylt, får man innvilget hjelp også til andre personlige behov. Et vilkår for rett til statlig stønad til assistanse/PA er at personen må ha grunnleggende behov som krever minst 20 timer assistanse per uke.

Avgrensingen i loven av hvilke grupper som har rett til PA er uklar og praksis varierer. Dette skyldes både ulik forståelse av kriteriet ”grunnleggende behov” og ulik oppfatning om hvilke andre personlige behov som dekkes av ordningen, når inngangskriteriet er oppfylt. Det er nylig avsagt en dom i den høyeste forvaltningsdomstol, der det gis uttrykk for at ordningen skal forbeholdes personer

med *integritetssensitive* behov, og at det ikke skal være størrelsen på bistandsbehovet, men, derimot, innholdet i bistandsbehovet som skal være avgjørende.

Det er staten ved *Socialförsäkringskassan* (tilsvarende NAV i Norge) som fatter vedtak og tildeler PA, men kommunen skal gis mulighet til å uttale seg før vedtak fattes.

Kommunen dekker kostnadene til de første 20 timene per uke for alle brukere av PA, mens staten dekker det overskytende. Som tabellen viser, innebærer dette at staten i 2009 dekket 80 prosent av kostnadene til PA. Det betales ikke egenandeler for PA.

Kommune kan tildele PA til personer med under 20 timer per uke, men tjenesten dekkes da ikke av staten.

PA har hatt en betydelig vekst. I 1994, før rettigheten til PA ble innført, ble de samlede, årlige kostnadene beregnet til 2,4 mrd. kroner. Totale kostnader i 2010 var til sammenlikning 23,2 mrd. kroner. Både antall brukere av PA, antall timer tildelt per mottaker og de samlede kostnadene har således økt mer enn svenske myndigheter har forventet. I tabellen under gis noen nøkkeltall. Myndighetene forventer en årlig kostnadsvekst på om lag 6 prosent.

Tabell 5.1 Nøkkeltall Sverige

	2001	2010	Estimat 2015
Antall brukere	10 800	16 000	16 500
Gjennomsnittlig antall timer per uke	89	113	121
Samlet kostnad (mrd. SEK)		23,2	31,5
herav statlig		18,9	26,3
herav kommunalt		4,3	5,2

Kilde: Socialförsäkringskassan. Tallene inkluderer kun PA-brukere som har over 20 timer per uke.

Hjemmetjenester koster drøyt 10 prosent mer per avlønnet time enn PA, og 70 prosent mer per direkte brukertime¹. Forskjellen skyldes at kun halvparten av hjemmetjenestens arbeidstid tilbringes hos bruker, mens resten går til reisetid, dokumentasjon og annet.

I Sverige har private aktører som tilbyr PA økt betydelig de siste årene. Over 1 100 virksomheter har nå søkt om godkjenning og 300 enkeltmannsforetak har meldt inn om tilsetting av assistenter.

Mulige årsaker til veksten i PA:

Det pekes på en rekke mulige årsaker til kostnadsveksten²:

- Økt antall personer med rett til personlig assistanse

¹ Socialstyrelsen: Personlig assistanse enligt LASS ur ett samhällsekonomisk perspektiv – 2008-131-27

² RiR 2004:7 Personlig assistans till funktionshindrade, kap 7.

- Antall personer med funksjonsnedsettelse øker
 - Retten til personlig assistanse har blitt bedre kjent i målgruppen
 - Øvre aldersgrense er avskaffet, slik at antall brukere over 65 år øker
- Valg av tjenestetilbud
 - Overgang fra pleie på sykehus eller sykehjem, til pleie i hjemmet med personlig assistanse
 - Valg av personlig assistanse istedenfor plass i bolig/institusjon med bemanning
- Økt antall assistansetimer
 - Antall timer har økt pga flere brukere med dårligere helsetilstand
 - Antall timer kan ha økt pga at brukere i større grad klarer å nyttiggjøre seg ordningen og etterspør flere timer
- Økte kostnader per time
 - Overgang fra ikke-betalt hjelp fra pårørende til avlønning som personlig assistent
 - Økte kostnader per assistansetime

Det pekes på at den todelte finansieringen i en viss grad bidrar til en bevisst eller ubevisst forskyvning av kostnader over fra kommune til stat. Delvis som en strategisk tilpasning til statlig finansiering av PA bidrar kommunene til at PA velges framfor alternative tilbud i kommunale regi, slik som tilrettelagte boliger med bemanning. Videre er det indikasjoner på at kommunene overvurderer bistandsbehovet slik at brukeren kommer over 20 timer per uke og dermed utløser rett til statlig finansiering.³

I 1997 ble den statlige finansieringen endret fra kostnadsdekning til fast timepris ("schablonersättning"). Dette var ment å være en forenkling og et tiltak for å få kontroll med kostnadene. Innføring av schablonersättning har dempet kostnadsveksten noe. Etter innføringen av schablonersättning har det vokst fram et privat marked som i en viss grad skummer fløten ved å ta de "lette" brukerne, presse kostnadene ned og ta ut overskudd av driften. Ordningen er også slik at det ofte er kommunen som må gå inn ved sykdom, natt/helg eller når det oppstår særskilte behov for bistand hos bruker. Private kan dermed levere tjenester med en ganske lav egeninnsats.

I 2008 gjennomførte Sosialstyrelsen en analyse av PA i et samfunnsøkonomisk perspektiv⁴. Det framkommer at PA har gitt store forbedringer for personer med nedsatt funksjonsevne og deres pårørende. Videre framkommer det at kostnadene til PA har økt vesentlig mer enn forventet av myndighetene. Analysen viste at man mangler datagrunnlag til å gjøre beskrive de samlede økonomiske effektene av økt bruk av PA, herunder bruk av øvrige helse- og sosialtjenester og innsatser på andre samfunnssektorer.

³ Riksrevisjonens rapport fra 2004, RiR 2004:7 Personlig assistans til funksionshindrade

⁴ Sosialstyrelsen: Personlig assistanse enligt LASS ur ett samhällsekonomisk perspektiv – 2008-131-27

Endringer av ordningen

Fra 2011 trådte det i kraft flere lovendringer. Lovendringene innebærer krav om godkjenning av tilbydere av PA. Personer med PA pålegges meldeplikt når de ansetter assistenter selv. I tillegg er det presisert at tilsyn skal omfatte all virksomhet etter LSS, også PA. Bakgrunnen for endringene er dels at kostnadsutviklingen gjorde det nødvendig å se på muligheter for å øke kontrollen med tjenesten, men også at det var behov for visse endringer for å sikre god kvalitet og trygghet i tjenesten personlig assistanse.

Gjennom høsten 2010 ble det avdekket en rekke eksempler på fusk og anvendelse av ordningen som strider med ordningens intensjoner. Den svenske regjeringen har derfor sett behovet for en bred gjennomgang. I mars 2011 ble det satt ned et utvalg som skal analysere nærmere årsaker til kostnadsvekst, spesielt klargjøre hvor stor del av kostnadsveksten som kan skyldes fusk, uregelmessigheter og overforbruk av ordningen, se på årsakene og foreslå tiltak⁵. Arbeidet skal være sluttført i midten av februar 2012.

6. KOSTNADER VED BPA

6.1. Innledning

Arbeidsgruppen skal beskrive og vurdere kostnadsendringer for kommunene ved å erstatte ordinær praktisk bistand med BPA, basert på hvilke grupper tilbudet utvides til. Endringene kan være både kostnadsøkninger og besparelser.

Beregningene avgrenses i prinsippet til de tjenestene som reguleres av gjeldende regelverk for kommunale sosial-/omsorgstjenester.

I beskrivelse av kostnadene ved BPA inkluderes tilleggstjenester som annen praktisk bistand, hjemmesykepleie, støttekontakt og omsorgslønn. Disse omtales noen steder som kjernetjenester. Begrunnelsen for å inkludere disse tjenestene er å sikre et best mulig grunnlag for sammenligning av praksis i kommunene. Vi er kjent med noen kommuner søker å integrere flest mulig oppgaver og behov innenfor BPA, mens andre kommuner kombinerer BPA med andre tjenester. Fysioterapi, ergoterapi og andre tjenester der det vanligvis ikke fattes vedtak om timer, omfattes ikke av beregningene.

De økonomiske konsekvensene ved utvidet bruk av BPA vil beskrives opp mot de ordinære hjemmebaserte tjenestene, boformer der det ytes heldøgns tjenester og de særskilte bo- og tjenestetilbudene til personer med utviklingshemming. De samlokaliserte boformene representerer en driftsform der reisetiden mellom ulike brukere er kort, og funksjoner som nattevakt og bakvakter kan fordeles på flere brukere. Det er rimelig å anta at personer som i dag får tilbud i heldøgns

⁵ Kommittédirektiv 2011:26 Utredning om åtgärder mot fusk, oegentligheter och överutnyttande av den statliga assistansersättningen

omsorgssentre, herunder personer med utviklingshemming, vil være potensielle brukere av BPA i framtiden. Slik sett vurderer arbeidsgruppen at sammenligningen er relevant.

Tilgjengelig statistikk fra SSB/IPLOS-registeret viser at det er en klar sammenheng mellom bistandsbehov og timer tildelte tjenester. På den bakgrunn velger arbeidsgruppen å benytte informasjon om brukernes bistandsbehov som en dimensjon når kostnadene skal beskrives.

Om bruk av IPLOS samlemål for bistandsbehov

I IPLOS er det i dag 17 variabler som måler ulike sider ved bistandsbehovet til mottakerne av helse- og omsorgstjenester. Det er et mål å kunne sammenligne bistandsbehovet mellom kommuner, mellom brukergrupper og over tid. Et godt samlemål vil kunne forenkle og forbedre slike analyser. Et samlemål er et sammensatt statistisk mål som består av flere variabler (indikatorer). Hovedhensikten med et samlemål er forenkling av analyse. Isteden for å analysere en serie med variabler kan man forholde seg til ett enkelt mål.

Det er noen momenter som er viktige å presisere som et bakteppe for bruk av IPLOS samlemål i økonomiske beregninger. IPLOS-samlemål er laget for et statistisk formål. Bistandsvariablene slik disse er definert i IPLOS, er kvantitative uttrykk for graden av behov en tjenestemottaker har for bistand fra andre for å kunne fungere på sentrale områder i det daglige. Bistandsvariablene fanger ikke opp alle sidene ved bistandsbehovet og tar utgangspunkt i overordnede kategorier i ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health). Det vil derfor ikke være et millimetermål.

Samlemålet skal være en indikator som sier noe om de store trekkene i behovsfordeling. Det har relevans for større grupper av tjenestemottakere på aggregert nivå og gir ikke grunnlag for gjøre slutninger om enkeltmottakere av tjenester og må aldri brukes slik. Det anbefales heller ikke brukt på mindre grupper av tjenestemottakere hvor tilfeldigheter kan ha stor innvirkning på resultatet. Samlemålet har ikke en tilstrekkelig presisjon for ressurstildeling i forbindelse med enkeltvedtak. Ulike kombinasjoner av score på bistandsvariablene kan gi samme totalscore på samlemålet, men vil ofte bety ulik tjenestetildeling fordi sammensetningen av behov er ulikt. Noen har et stort bistandsbehov på bistandsvariablene, men får lite tjenester fra omsorgstjenesten. I stedet mottar de hjelp fra naboer, familie eller rett og slett vegrer seg mot å motta tjenester. Andre kan ha mye hjelp på enkelte av bistandsvariablene, mens samlet score er lav. Vi sier da at de har et avgrenset bistandsbehov. Samlemålet vil være tilstrekkelig til å kunne belyse de store mønstrene. Det vil da være et hjelpemiddel til innsikt, men må også brukes med nøkternhet. Det gir alene ikke grunnlag for å trekke bastante konklusjoner.

6.2. Spesialundersøkelse våren 2011

På bestilling fra Helse- og omsorgsdepartementet har Rune Devold AS (RD) analysert kostnader ved dagens bruk av BPA og sammenlignet disse med kostnader for andre deler av omsorgstjenesten. For detaljert redgjørelse vises til egen rapport (Devold 2011).

Metode

Rapporten bygger på regnskapstall og IPLOS- data om tjenestene fra 9 kommuner. Disse kommunene er; Trondheim, Tromsø, Stavanger, Bærum, Lillehammer, Lier, Kragerø, Hammerfest og Harstad. Til sammen omfatter materialet 288 brukere av BPA, som utgjør 11 prosent av alle som mottar BPA. Tolkning av materialet må ta høyde for en viss usikkerhet knyttet til grad av representativitet.

Rapporten bygger videre på analyser og datagrunnlag fra rapporten *Kostnadsbilder pleie- og omsorgstjenesten*, (RO 2007). Utregning av funksjonsnivå baserer seg på data fra IPLOS (Individbasert pleie og omsorgsstatistikk)⁶.

Fokus for denne rapporten er brukere med BPA som tjeneste. Tolkning av funksjonsevne for disse brukerne må ta høyde for at bistanden kan være utmålt også med tanke på forhold som isolert sett ligger utenfor formålet med registrering av bistandsbehov gjennom IPLOS. Dersom det for eksempel er gitt et formål som er økt evne til yrkesdeltakelse eller at en ønsker å unngå flytting til omsorgsbolig eller sykehjem innebærer det at bistanden må økes ut over det som isolert sett kan predikeres ved tolkning av funksjonsevne.

Tildelte timer per mottaker BPA og andre typer

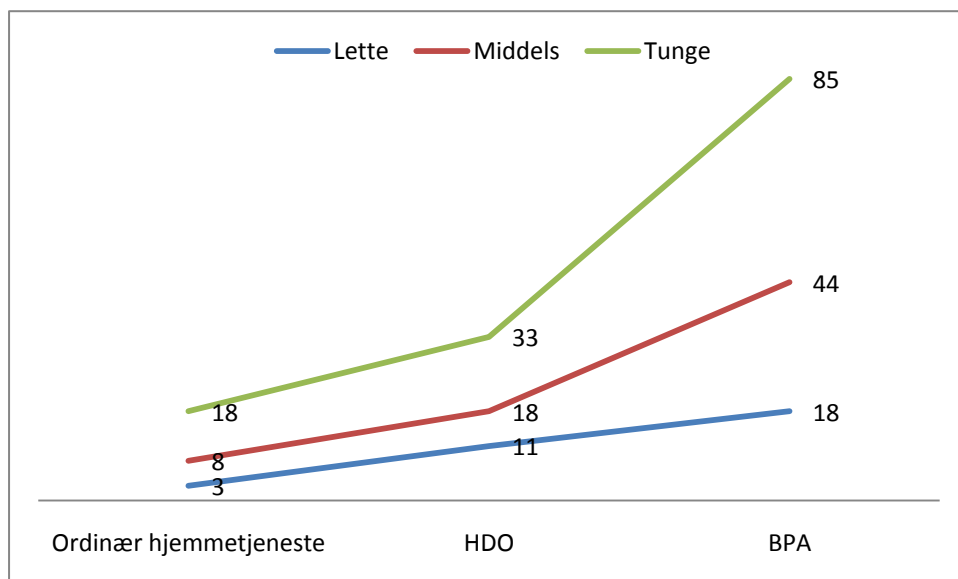
Analysene viser at BPA- brukerne i gjennomsnitt mottar 39 timer BPA og 7 timer tilleggstjenester per uke, til sammen 46 timer. Brukere med med lette funksjonsnedsettelse har 18 timer i snitt, 44 timer for middels funksjonsnedsettelse og 85 for tunge funksjonsnedsettelse. Disse resultatene er i rimelig samsvar med de nasjonale tallene presentert i kapittel 4.1. Tilleggstjenester i form av praktisk bistand, hjemmesykepleie, støttekontakt eller omsorgslønn er en del av normalbildet for mange BPA-brukere. I alt utgjorde tilleggstjenestene 15 prosent av tjenesteomfanget og 45 prosent av de totale kostnadene.

Basert på RO-rapporten *Kostnadsbilder pleie- og omsorg* kan tildelingen for BPA sammenlignes med tildeling av tjenester til ordinær hjemmetjeneste og heldøgns omsorgstjeneste.

⁶ For gruppering av brukerne i denne rapporten er benyttet samme betegnelser som i RO-rapporten 2007, brukere med "lette", "middels" og "tunge funksjonsnedsettelse". Gruppene defineres etter numerisk verdi på funksjonsnivå i ulike intervaller på skala 1-5. Andelen brukere i gruppene er noe ulik, dette materiale har flere brukere i første gruppe, noe som trekker opp snitt timer pr uke.

Figur 6.1 viser at brukere av ordinære hjemmetjenester med lett funksjonsnedsettelse mottar om lag 3 timer tjenester fra kommunen pr uke. Brukere med en tilsvarende funksjonsnedsettelse i boliger med heldøgns omsorgs tjeneste, herunder både eldre, fysisk funksjonshemmede og psykiatri (HDO) får i snitt 11 timer pr uke, mens BPA-brukere får 18 timer assistanse pr uke.

Figur 6.1 Timer BPA og tilleggstjenester per uke etter funksjonsnedsettelse, alle brukere



Kilde: Devold 2011

Tilsvarende mottar brukere med en middels funksjonsnedsettelse i gjennomsnitt 8 timer i den ordinære hjemmetjenesten, 18 timer i heldøgns omsorg, og 44 timer dersom de mottar BPA. Brukere med tunge funksjonsnedsettelser mottar i i gjennomsnitt 18 timer i den ordinære hjemmetjenestene, 33 timer i heldøgns omsorg og 85 timer dersom de mottar BPA.

Blant de undersøkte kommunene er det stor variasjon i måten BPA organiseres og hvordan timekostnadene beregnes. Noen kommuner har kun egenprodusert BPA, andre kjøper i sin helhet tjenester fra ULOBA. Kostnadene varierer mellom 218 kroner og 475 kroner. Det er ikke lagt avgjørende vekt på å fange opp alle disse detaljene i denne rapporten. Hovedformålet har vært å angi kostnadsnivå i et helhetlig perspektiv, mens forskjeller knyttet til valg av leverandør har underordnet betydning. I alle tilfeller er BPA-produksjonen beregnet med lite indirekte tid og høy ressurseffektivitet, time for time. I analysene brukes 250 og 300 kroner som alternative timekostnader for BPA (justert for administrasjon). Dette reflekterer et middels kostnadsnivå for kommunal egenprodusert BPA-tjeneste med minimal andel indirekte tid og ufaglærte assistenter med lav lønn. Dette er altså et moderat kostnadsnivå.

Kostnadene per time for ordinær praktisk bistand ligger mellom 300 og 350 kroner og for hjemmesykepleie mellom 400 og 450 kroner. Timeprisene er justert for administrasjon og indirekte tid (reisetid).

Kostnadsbildene for de andre tjenesteformene bygger på reelle kostnadsforhold i den enkelte kommune. Det er redegjort for dette i RO-rapporten 2007.

Kostnader per tjenestemottaker

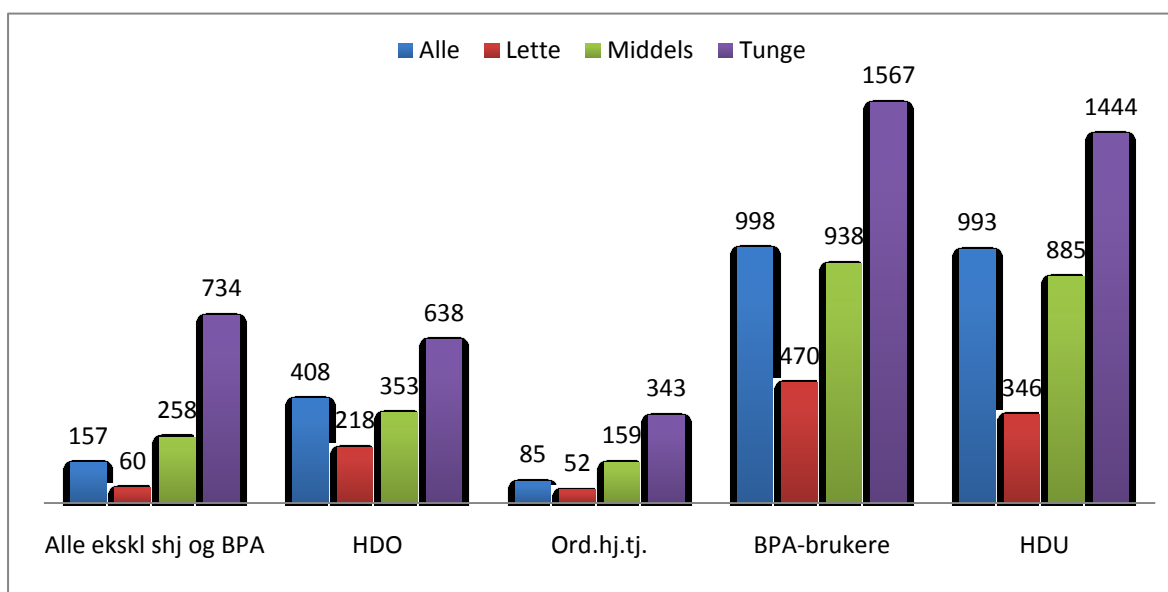
RD beregner i sin rapport årskostnaden til lønn per tjenestemottaker ut fra funksjonsnivå og type tjeneste/ hvor tjenesten ytes.

Kostnadene for brukere av BPA, inkludert tilleggstjenester, framkommer med 998.000 kroner per år, med variasjon fra 470.000 kroner for brukere med lette funksjonsnedsettelse til 1.567.000 kroner for brukere med tunge funksjonsnedsettelse.

Brukere som mottar tjenestene i boliger med heldøgns tjeneste anslås til å ha en gjennomsnittskostnad på kr 408.000 pr år, med en variasjon fra 218.000 – 638.000.

Når vi sammenligner behovsgrupper, ligger kostnadsnivået for BPA i denne spesialundersøkelsen høyere enn i alle andre organisasjonsformer. BPA-brukerne har kostnadmessige likhetstrekk med kostnader for heldøgnsomsorg for utviklingshemmede (HDU), men kostnadene ved BPA er noe høyere enn ved HDU. Mennesker med utviklingshemming som får tjenesten i et bofellesskap, har store bistandsbehov. En god andel har 1:1 og 2:1-tjeneste, og noen få har enda større bemanning. Tjenesten er organisert i turnus slik at lønnskostnadene fordeles på alle i bofellesskapet. Heldøgnsomsorg for utviklingshemmede har gjennomsnittskostnader på 993.000 kroner per år, med variasjon fra 346.000 kroner til 1.444.000 kroner.

Figur 6.2 Lønnsutg pr år pr tjenestemottaker etter grad av funksjonsnedsettelse og boligarena, hele 1000-kr, 2010



Figur-forklaring: Alle ekskl sykehjem og BPA: samtlige brukere i materialet. HDO: boliger med heldøgns tjenester for eldre/fysisk funksjonshemmede/psykiatri. Ord hjtj: brukere i ordinær bolig. HDU: boliger med heldøgns tjenester for mennesker med utviklingshemming. Alle minus HDU: alle brukere fratrukket de som har tjenester i HDU. BPA: brukere i undersøkte kommuner

Arbeidsgruppen mener analysene til RD viser at andre tjenesteformer har betydelig lavere timetall per uke og tilsvarende lavere produksjonskostnader enn BPA.

I kapittel 6.4 drøftes mulige årsaker til at kostnadene per BPA-mottaker i gjennomsnitt ligger vesentlig høyere enn i andre tjenesteformer.

6.3. Andre undersøkelser

6.3.1. 12K- Kommunene i Vestfold

12K⁷-rapporten om BPA (2007) beskriver kommunenes kostnader til BPA. Det er beregnet at BPA-ordningene koster:

- ca 0,56 mill. kroner per år med et bistandsbehov på 5,4 t/døgnet,
- 0,8 - 1,3 mill. kroner per år med et bistandsbehov mellom 8 og 12 t/døgnet
- 1,7 - 2,5 mill. kroner per år med et bistandsbehov mellom 16 og 24 t/døgnet.

Kostnadene til ordinære tilleggstjenester som hjemmesykepleie og natt-tjeneste er ikke medberegnet.

Til sammenligning er gjennomsnittlige korrigerte brutto driftsutgifter per hjemmetjenestemottaker i Vestfold 145.211 kroner per år jf. KOSTRA 2006. I denne gjennomsnittsprisen er bl.a. kostnadene til bemannede boliger for psykisk utviklingshemmede, avhjemlede sykehjemsplasser og administrasjonskostnadene til i drift av hjemmetjenestene også inkludert.

12K viser til ECONs rapport 2003-076 som konkluderer med at ULOBAs og kommunenes totale timepris er om lag de samme når både direkte og indirekte kostnader tas med i vurderingene. 12K valgte derfor ULOBAs timepris i sitt estimat på kommunens utgifter til BPA.

6.3.2. Trondheim kommune

Trondheim kommune har på oppfordring fra Helse- og omsorgsdepartementet redegjort for antatte merkostnader ved en mulig ny rettighet til BPA. Kommunen redegjør slik:

”Utgangspunktet for tildeling av BPA i Trondheim har i flere år vært at dette skal være en annen måte og organisere tjenesten på og at organisering av tjenesten gjennom en BPA ordning ikke skal være fordyrene for kommunen. På tross av dette ser vi at kostnaden til BPA er langt høyere enn for hjemmetjenesten. For brukere som mottar over 20 timer i uka gjennom BPA beregnes kostnaden til 196 000 kr i hjemmetjenesten og 544 000 kr gjennom BPA ordningene. Dette er en merkostnad på 348 000 kr pr bruker i forhold til hjemmetjenesten. Det er imidlertid kun 16 personer eller 3,3% av hjemmetjeneste

⁷ 12 kommunesamarbeidet i Vestfold består av kommunene Tønsberg, Nøtterøy, Tjøme, Stokke, Andebu, Sandefjord, Larvik, Lardal, Hof, Holmestrand, Horten og Re.

mottakerne under 60 år mottar mer enn 20 timer hjemmetjenester i uka mens 50 personer mottar mer enn 20 timer BPA. De fleste brukerne med slike behov mottar derfor enten BPA tjenester, eller bor i tilrettelagt bolig med personalbase.”

”Det må tas høyde for at noe av merkostnadene med BPA skyldes at hjemmetjenesten ikke på god nok måte håndterer de behovene denne brukergruppen har. Dette er en kostnad kommunen uansett ville hatt. Men, det må også tas høyde for at merkostnaden skyldes at det er vanskeligere og organisere en BPA med gode tjenester når kun én eller et fåtall assistenter skal bistå vedkommende. Her mister bruker blant annet fleksibiliteten som hjemmetjenesten har ved at hjemmetjenesten kan gi punktvis hjelp for eksempel 15 minutter morgen og kveld. Det forutsettes derfor at halvparten av de økte kostnadene til BPA skyldes at hjemmetjenesten ikke er god nok til og håndtere behovene til brukerne og halvparten skyldes at vedtakene kompenserer for svakhetene ved BPA ved å bevilge flere timer enn om kommunen skulle organisert tjenesten.

Forskjellen på brukere av BPA tjenester over 20 timer og brukere av hjemmetjenester er pleietyngde. Men gjennomsnittet for personer som mottok BPA var 2,3 i ADL skåre hadde hjemmetjeneste mottakerne 3,6 i gjennomsnittlig ADL. Gruppen som får over 20 timer gjennom BPA ordningen ville derfor bare fått 6 timer gjennom hjemmetjeneste norm.”

Trondheim kommune finner at organiseringen av tjenestene som BPA for brukere med omfattende behov, som et grovt anslag, koster 175 000 kroner mer enn dersom tjenestene var organisert som ordinær praktisk bistand.

6.3.3. Østlandsforskning

Høgskolen i Lillehammer og Østlandsforskning har siden 1996 hatt flere forskningsprosjekter om BPA. Så vel brukernes som assistentenes og kommunenes erfaringer er undersøkt, og det er gjort komparative studier av ordningen.

ØF- rapport nr.: 16/2010 heter det innledningsvis om tidligere forskning bl.a.:
”Brukernes tilfredshet må også ses i sammenheng med at mange brukere fikk et romsligere hjelpetilbud etter at de fikk BPA. Både våre undersøkelser og tall fra Sverige viser at det totale hjelpetilbudet har en tendens til å øke ved innføringen av BPA (SOU 2008:77). Opp mot 90 prosent av brukerne som hadde kommunalt hjelpetilbud før de fikk BPA oppga i vår undersøkelse at de hadde fått en økning i hjelpetimer. Andelen var stabil fra 1996 til 2002. Total økning for de av brukerne som hadde kommunalt tilbud før de fikk BPA var i gjennomsnitt 20 timer per uke fra 16 til 36 timer per uke.”

Videre heter det: ”En tydelig tendens i undersøkelsen fra 2010 er at det er blitt flere brukere med få timer BPA. I gjennomsnitt har brukerne som har fått tildelt BPA etter 2002, 10 timer færre i uka enn de som fikk ordningen før 2002. Andelen såkalte ”småbrukere” (mindre enn 16 timer pr uke) har økt med mer enn 10 prosent, og det er særlig andelen med ”gjennomsnittsbrukere” (16-38 timer per uke) som har blitt redusert. Antallet ”storbrukere” (mer enn 38 t per uke) er derimot relativt stabilt. Dette kan skyldes at kommunene har blitt mer restriktive overfor personer de opplever har

moderate behov for assistanse, men det kan også skyldes at andelen potensielle brukere i denne gruppa har blitt færre, og/eller at flere med mindre behov for assistanse ønsker seg eller anbefales ordningen.

En kan samtidig merke seg at gjennomsnittstallet for de "nye" BPAbrukergruppene, utviklingshemmede og personer med påført hjerneskade, er høyere enn for gruppene som tradisjonelt har hatt BPA. For disse er gjennomsnittstallene henholdsvis 47 og 43 timer per uke. Selv om det er relativt få personer det her er snakk om kan en kanskje stille spørsmålet om kommunene vurderer behovet til disse brukerne annerledes enn for de med bevegelseshemninger og sansehemninger.

Andelen som oppgir å ha fått økt det totale tjenestetilbudet gjennom at de fikk BPA er redusert med nesten en tredjedel i 2010 i forhold til i 2002. Og det er færre som har fått BPA etter 2002 som har fått økt omfanget av tjenestetilbudet i perioden etter at de fikk ordningen i forhold til de som fikk BPA tidligere."

Forskerne mener at dette kan innebære en tilstramming, men også her må vi ta høyde for at brukergruppa har endret seg.

6.3.4. *Econ Pöyry*

Rapporten "Borger-/brukerstyrt personlig assistanse i et samfunnsøkonomisk perspektiv" utarbeidet for ULOBA, med økonomisk støtte fra Helsedirektoratet, av Econ Pöyry, publisert 15.7.10.

Rapporten belyser BPA i et samfunnsøkonomisk perspektiv og faller derfor utenfor denne arbeidsgruppas mandat. Vi mener likevel at den bør nevnes med tanke på ev. videre utredninger.

Rapporten bygger i hovedsak på selvrapportering fra personer som har BPA og som er med i andelslaget ULOBA⁸, dvs. som har ULOBA som arbeidsgiver for sine assistenter. Rapporten har et bredt fokus på opplevd nytte ved BPA sammenlignet med ordinære omsorgstjenester.

Grunnlaget for analysen er en spørreundersøkelse mot voksne funksjonshemmede med BPA og foreldre til barn med BPA⁹. I undersøkelsen har respondentene blant annet angitt hvor mye mer de tror de selv og deres nærmeste familiemedlemmer deltar i arbeidsliv og utdanning som følge av at de har BPA, i forhold til om de hadde hatt et tradisjonelt tjenestetilbud. Resultatene av denne undersøkelsen indikerer at BPA kan ha effekt på yrkesdeltakelsen blant funksjonshemmede og særlig deres nærmeste familie. Econ Pöyry mener at metoden som er brukt "gjør selvsagt at resultatene er usikre og må tolkes med forsiktighet. Usikkerheten tilsier likevel ikke at resultatene ikke skal tillegges vekt."

⁸ Andelslag som ut fra kontrakt forvalter kommunalt tilståtte BPAressurser. www.uloba.no

⁹ Voksne; Svarprosent 44 og N=342, hvorav 193 med over 20 timer BPA. Barn: Svarprosent 75 og N=51.

Når det gjelder kostnadsbildet sier Econ Pöyry også at ”for funksjonshemmede som trenger assistanse eller tilsyn døgnet rundt, vil kostnadene ved bemannet omsorgsbolig imidlertid kunne bli klart lavere enn om assistansebehovet skal dekkes ved BPA”.

Helsedirektoratet sier i en vurdering til departementet ”at rapporten ikke synliggjør samfunnsøkonomiske gevinster ved BPA- ordningen på en tilfredsstillende måte.” Direktoratet tilrår derfor en gjennomgående utredning.

6.4. Mulige forklaringer til kostnadsvariasjoner

Kostnadene knyttet til tjenestetilbudet til brukere av BPA synes å ligge klart høyere enn kostnadene til brukere i andre deler av omsorgstjenesten. For å kunne beskrive økonomiske konsekvenser av en framtidig utvidet bruk av BPA er det nødvendig å kjenne årsakene til kostnadsvariasjonene.

Arbeidsgruppen har ikke funnet dokumentasjon som kan brukes til å identifisere hvilken effekt hver ulik faktor har på kostnadene, men det kan skilles grovt mellom egenskaper ved brukerne som i dag mottar BPA og egenskaper ved den måten tjenesten BPA organiseres og ytes.

Egenskaper ved den måten BPA organiseres og ytes.

BPA er en personal- og kostnadsintensiv organisasjonsform som innebærer en-til-en bemanning i alle situasjoner uten mulighet for sambruk av ressurser og effektivisering av driften.

På en annen side viser beregninger at brukerrettet tid per arbeidstime i omsorgstjenesten generelt er lavere enn for BPA. I omsorgstjenesten medgår tid til reise mellom ulike brukere og administrative oppgaver. Ved BPA medgår mindre tid til slike aktiviteter.

BPA er likevel mer krevende å administrere enn øvrige tjenester, og med mindre dette gjøres av brukeren selv, vil dette øke totalkostnadene ved tjenesten. Kommunenes styring og dimensjonering av tjenesten blir derfor vanskelig (Se også kapittel 9).

Ved små reiseavstander eller bruk av samlokaliserte tilbud kan personell i omsorgstjenesten i betydelig grad yte tjenester til flere brukere i løpet av arbeidsdagen og løpende tilpasse tjenester etter endringer i behov hos bruker.

At organisasjonsformen BPA ofte genererer flere timer har særlig sammenheng med følgende forhold: De fleste tjenestemottakere utenfor institusjon kan klare seg med punktvis hjelp på en time eller en god del mindre pr gang. Det kan gis slik hjelp for eksempel tre - fire ganger i døgnet. Til sammenligning vil et kort oppdrag til en assistent i BPA utløse et 2-timers oppdrag med tilsvarende betaling pr besøk. Sistnevnte forhold følger av arbeidsmiljøloven hovedkapittel 10 og arbeids-/ tariffavtaler. Tre – fire besøk i døgnet av en BPA-assistent vil dermed generere et langt høyere timeforbruk.

Den ordinære omsorgstjenesten yter nattjenester utenfor institusjon som punktvis hjelp og med mulighet til å bruke trygghetsalarm. Når nattjenesten ytes i form av BPA med 1:1 hjelp, vil den gjennomsnittlig blir dyrere. I følge 12K- prosjektet er det et økende antall brukere med behov for døgntilsyn som krever BPA 24/t døgn i egen bolig. (Se også kapittel 8)

Kommunene erfarer at BPA-tjenesten har utfordringer som å skaffe vikarer ved sykefravær og ferieavvikling og mer tid på administrasjon for både bruker og kommunen, hvor de ordinære kommunale tjenestene i større grad kan benytte turnusordninger og sette inn folk på kort varsel.

Av Econ-rapport nr. 2009-026, går det fram at BPA-brukerne mener at assistentene utfører en del oppgaver som familie og venner ellers ville ha utført i form av ubetalt hjelp. Dette går også fram som en forklaringsfaktor for kostnadsøkingen i Sverige, jf omtale i kap 5.

Et økende antall brukere med behov for døgntilsyn ser ut til å ønske BPA 24/t døgn i egen bolig. Dette gjelder brukere med diagnoser som psykisk utviklingshemming, multiple diagnoser, progredierende nevrologiske sykdommer m.m. I tillegg kommer hjemmesykepleie mv. og store administrasjonskostnader fordi nevnte brukergrupper i svært liten grad makter å være arbeidsledere alene. Ordningen er mer ressurskrevende å administrere enn øvrige tjenester. Dette er med på å øke kostnadene ved tjenesten til den enkelte bruker, og totalkostnadene.

Egenskaper ved dagens brukere av BPA

BPA-brukere har generelt høyere bistandsbehov enn brukere av andre former for praktisk bistand. Forskjellene i kostnader mellom lette, middels og omfattende bistandsbehov blant BPA-brukerne sammenliknet med tilsvarende grupper blant andre brukergrupper, kan i noen grad skyldes ulike mønster i bistandsbehov. En analyse basert på grad av bistandsbehov når dette er grovt inndelt (lett, middels og omfattende) vil derfor ikke fullt ut vise behovet for omfang på tjenester. Spesielt i kategorien middels bistandsbehov kan brukere ha store bistandsbehov på avgrensede områder, som utløser mye tjenester/ressursbruk. Dette kan i noe grad forklare at personer med om lag samme registrerte grad av bistandsbehov likevel mottar vesentlig forskjellig antall timer tjeneste.

Videre kan det være slik at mange av dagens brukere av BPA mottar tjenester til samfunnsdeltakelse, ut over det som er vanlig ellers i omsorgstjenesten, herunder også deltakelse i utdanning og arbeidsliv. Slik sett erstatter BPA kun delvis alternative tjenester. Dette understøttes av statistikken, som viser at aldersgruppen 18-49 er de som i størst grad mottar praktisk bistand i form av BPA. Dette er i tråd med intensjonen og formålet med BPA, så lenge BPA ikke også brukes innenfor nevnte arenaer.

Imidlertid viser utredninger at overgangen til BPA medfører en økning i antall timer tildelt tjeneste. Kommunene opplever forventninger og et visst press for å vektlegge

andre hensyn enn nødvednige omsorgstjenester ved timetildelingen. BPA-ordningen kan oppfattes av brukerne å ha formål ut over helse- og omsorgslovgivningens rammer.

I dag tilbyr kommunene brukere BPA ut fra en helhetlig vurdering. Det er rimelig å anta at de brukerne som i dag mottar BPA, både kan nyttiggjøre seg ordningen på en god måte og at de ressursmessig konsekvensene for kommunen er aksetable. Ved en eventuell rettighetsfesting vil trolig forholdet mellom nytte og merkostnader i gjennomsnitt bli noe mindre gunstig.

7. ØKONOMISKE KONSEKVENSER VED UTVIDET BRUK AV BPA – MANDATET DEL 1

7.1. Innledning

Arbeidsgruppen skal beskrive og vurdere kostnadsendringer for kommunene ved å erstatte ordinær praktisk bistand med BPA, basert på hvilke grupper tilbudet utvides til. Endringene kan være både kostnadsøkninger og besparelser.

Arbeidsgruppen har søkt å innhente data som kan belyse merkostnadene ved å tilby BPA framfor ordinære omsorgstjenester. Arbeidet viser at lønnskostnaden per time BPA er lavere enn for de ordinære omsorgstjenestene og at den isolert sett er effektiv i betydningen at tidsbruken i all hovedsak er brukerrettet. Samtidig viser både SSB sine analyser av tildelingspraksis basert på IPLOS, RD sin spesialundersøkelse og enkeltstående eksempler fra kommunene at brukere av BPA både mottar tilleggstjenester og et mer omfattende tjenestetilbud enn andre grupper av brukere, og at BPA samlet sett er en mindre kostnadseffektiv måte å organisere tjenesten på.

Samlet sett innebærer dette at kostnadene per tjenestemottakere i gjennomsnitt er høyere for BPA enn for andre typer omsorgstjenester.

Vi må ta forbehold om at bruken av samlemål for funksjonsnivå, slik som er gjort i undersøkelsen fra RD, har begrensninger og at sammenligningen med andre deler av omsorgstjenesten ikke er optimal. Selv om det tas forbehold om representativitet i deler av materialet, synes det som entydige resultater at kostnadsnivået per bruker er høyere for BPA enn for andre typer tjenester. Videre indikerer analysene at merkostnadene ved BPA øker når bistandsbehovet øker.

7.2. Kostnader per ny bruker av BPA

Spesialundersøkelsen utført av RD angir årskostnadene per tjenestemottaker for ulike tjenestetyper og bistandsbehov slik:

Tabell 7.1 Årskostnader i kroner per tjenestemottaker

	Alle	Lette	Middels	Tunge
HDO (boliger med heldøgns tjenester):	408 000	218 000	353 000	638 000
Alle ekskl. sykehjem og BPA:	157 000	60 000	258 000	734 000
BPA (250 kr/t):	998 000	470 000	938 000	1 567 000
BPA (300 kr/t):	1 091 000	518 000	1 036 000	1 728 000

Kilde: Devold 2011

Vi kan bruke disse tallene til å antyde merkostnaden det vil innebære om en person som i dag mottar a) heldøgns omsorg (HDO) eller b) en annen omsorgstjeneste enn sykehjem og BPA, i stedet skal gis BPA, spesifisert for de ulike bistannds nivåene. Beregningene gjøres med to alternative priser per time BPA. Merkostnaden framgår av tabellene under (BPA-timepris 250 kroner og 300 kroner).

Tabell 7.2 Merkostnader per år av BPA (250 kr/t) ift.:

	Alle	Lette	Middels	Tunge
HDO (boliger med heldøgns tjenester):	590 000	252 000	585 000	929 000
Alle ekskl. sykehjem og BPA:	841 000	410 000	680 000	833 000

Tabell 7.3 Merkostnader per år av BPA (300 kr/t) ift.:

	Alle	Lette	Middels	Tunge
HDO (boliger med heldøgns tjenester):	683 000	300 000	683 000	1 090 000
Alle ekskl. sykehjem og BPA:	934 000	458 000	778 000	994 000

Som en illustrasjon viser beregningene at merkostnaden ved ulike bistannds nivå varierer:

- Dersom en person med *lett* bistanndsbehov som i dag mottar ordinære omsorgstjenester (eksl *sykehjem og BPA*), i stedet skal få tjenesten organisert som BPA, vil dette kunne innebære en merkostnad for kommunen på om lag 410 000 til 460 000 kroner.
- Dersom en person med *middels* bistanndsbehov som i dag mottar heldøgntjeneste i en omsorgsbolig (*HDO-tjenester*), i stedet skal få tjenesten organisert som BPA, vil dette kunne innebære en merkostnad for kommunen på om lag 580 000 kroner til 680 000 kroner.
- Dersom en person med *tungt* bistanndsbehov som i dag mottar *ordinære omsorgstjenester* (eksl *sykehjem og BPA*), i stedet skal få tjenesten organisert som BPA, vil dette kunne innebære en merkostnad for kommunen på om lag 830 000 kroner til 990 000 kroner.

Som det framgår av tabellene over, avhenger merkostnaden først og fremst av hvilket tilbud brukeren har fra før.

På bakgrunn av RDs analyse av kostandsvariasjoner mellom dagens BPA-tilbud og alternative omsorgstjenester antydes det et intervall for den årlige merkostnaden for hver ny BPA-bruker fra 600 000 til 950 000 kroner. Det er da tatt utgangspunkt i anslaget for alle brukere (ikke differensiert etter bistandsnivå).

Arbeidsgruppen understreker at anslagene er usikre, og kan derfor ikke gi presise beregninger av økonomiske konsekvenser. Som uttrykk for usikkerheten ved anslagene, viser arbeidsgruppen til at Trondheim kommune, jf presentasjon i kapittel 6.3.2, har anslått at merkostnad ved å tilby BPA for brukere med over 20 timer per uke i gjennomsnitt er 174 000 kroner per bruker. Dette er imidlertid anslag fra én enkelt kommune, som også inngår i RDs materiale. Trondheim kommune har også understreket at dette er grove anslag. Arbeidsgruppen velger likevel å bruke 200 000 kroner per bruker som det laveste kostnadsanslaget i de videre beregningene.

Samlet vurdering

På bakgrunn av RDs analyse av kostnadsvariasjoner mellom dagens BPA tilbud og alternative omsorgstjenester og erfaringene fra Trondheim kommune antydes det et intervall for årlig merkostnad for hver ny BPA-bruker fra 200 000 til 950 000 kroner.

Merkostnaden er også gjennomsnittet for alle brukergruppene, og det understrekes at merkostnaden også påvirkes av hvorvidt brukeren har etomfattende, middels eller lett bistandsbehov. Mulige årsaker til disse merkostnadene framgår av kap. 6.4.

Arbeidsgruppen vil i tillegg vise til at en utvidelse av BPA-tilbudet også kan være i form av økt antall timer per bruker. Innenfor rammen av dette arbeidet har det ikke vært anledning til å foreta kostnadsberegninger av denne typen utvidelse.

8. KONSEKVENSER VED RETTIGHETSFESTING AV BPA – MANDATET DEL 2

8.1. Innledning

Arbeidsgruppen er bedt om å anslå utviklingen i antall brukere med BPA ved en eventuell ny rettighet til ordningen på mellomlang sikt (5 til 10 år). Det kan tenkes ytt en individuell rettighet til BPA for enten a) alle personer med behov for praktisk bistand eller b) alle personer med et omfattende behov for praktisk bistand (funksjonsnivå).

De økonomiske konsekvensene av en mulig ny rettighet vil inntre over tid, som en følge av at etterspørselen etter BPA vil øke gradvis og fordi vi ikke kan forvente at alle brukere vil be om BPA, men foretrekke ordinære tjenester. Prognoser for antatt utvikling baseres på utviklingen i Norge de senere årene og antall PA-mottakere i Sverige og kostnadene ved den svenske ordningen. Det må tas forbehold om usikkerhet.

8.2. Utvikling i antall BPA-brukere ved en ev. rettighetsfesting av BPA

Nasjonalt har økningen i antall brukere av BPA i perioden 2001-2010 variert mellom 10 og 35 prosentpoeng årlig. Dette til tross for at BPA ikke er rettighetsfestet i Norge. De siste årene har veksten flatet ut noe, og veksten nasjonalt ligger på om lag 13 pst. Trondheim kommune har de siste fem årene økt antall BPA brukere med om lag 10 prosent årlig. Arbeidsgruppen er av den oppfatning at en rettighetsfesting av BPA vil vesentlig øke etterspørselen utover dagens vekstrate i antall brukere.

Utviklingen av antall BPA-brukere som følge av rettighetsfesting, vil bl.a. avhenge av om rettigheten skal omfatte personer med omfattende bistandsbehov, eller alle med behov for praktisk bistand. I det følgende anslås det hvilke konsekvenser disse to alternative innretningene vil kunne få.

Det presiseres i den sammenheng at praktisering av kriteriet ”stort bistandsbehov”, vil bli krevende i den enkelte sak. Det vises til at det kan være vanskelig å definere hva et stort bistandsbehov er, og dersom grensen settes ved et visst antall timer, vil det være en risiko for at denne grensen vil påvirke vedtak om tildeling.

8.2.1. Rett til BPA for personer med et omfattende behov for praktisk bistand

For beregningsmessige forhold kan gruppen med ”stort behov” tallfestes gjennom bruk av IPLOS samlemål (se omtale i kapittel 6.1). Med utgangspunkt i IPLOS anslås det at om lag 16 500 personer har et omfattende bistandsbehov og mottar praktisk bistand eller en kombinasjon av praktisk bistand og hjemmesykepleie. Anslagsvis 1 200 personer i gruppen mottar tjenestene som BPA (2009).

Som en teknisk illustrasjon har vi derfor lagt inn to alternative vekstbaner: a) en vekst med 25 prosent årlig som avtar til 10 prosent mot slutten av tiårsperioden og b) en vekst med 35 prosent årlig som avtar til 10 prosent mot slutten av tiårsperioden.

Tabell 8.1 - Vekst i antall brukere

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2020
Antall lav vekst	1200	1500	1875	2344	2930	3516	4219	6177
Antall høy vekst	1200	1620	2187	2952	3986	5182	6736	11737

Som det fremgår av tabell 1 over, vil prognosen innebære at mellom 6 200 og 11 700 personer av dagens 16 500 brukere av praktisk bistand med et omfattende bistandsbehov mottar tjenesten i form av BPA etter 10 år. Med utgangspunkt i at omlag 1 200 personer innenfor gruppen ”omfattende behov” allerede mottar BPA (2009-tall), innebærer disse framskrivningene en økning i antall BPA-brukere på mellom 5 000 og 10 500. Beregningene har ikke tatt hensyn til endringer i demografi i perioden.

Disse tallene stemmer godt med en sammenligning med antallet PA-brukere i Sverige. Det er i dag 16 000 PA-brukere med statlig stønad i Sverige. Den svenske rettigheten til

statlig stønad omfatter personer med omfattende behov (brukeren må motta over 20 timer i uka for å komme inn under ordningen). Ut fra tallene fra Sverige kan man anslå at det på sikt i Norge vil kunne bli om lag 8 000-10 000 BPA-brukere, dersom rettigheten avgrenses til de med et omfattende bistandsbehov. Det er da tatt høyde for et lavere befolkningstall. Dette utgjør en økning på om lag 5 500-7 500 BPA-brukere

Alt ettersom hvilket tilbud de nye BPA-brukerne har fra før, kan man på bakgrunn av de anslåtte merkostnadene i kap. 7, anslå at en økning i antall BPA-brukere på mellom 5 000 og 10 500 vil kunne innebære en merkostnad på mellom 1 og 10 mrd. kroner. Arbeidsgruppen understreker at anslaget er usikkert.

8.2.2. Rett til BPA for alle personer med behov for praktisk bistand

Dersom man gir en generell rettighet til BPA til alle som i dag mottar praktisk bistand, vil dette omfatte om lag 107 000 personer (SSB 2009), mot 16 500 personer dersom rettigheten avgrenses til personer med et omfattende bistandsbehov. Dette innebærer at veksten i antall BPA-brukere vil kunne bli betydelig høyere enn anslått over.

Arbeidsgruppen har innenfor tidsrammen for dette arbeidet ikke hatt anledning til å tallfeste veksten nærmere, men det er hevet over tvil at merkostnaden vil bli betraktelig høyere enn dersom rettigheten avgrenses til personer med omfattende bistandsbehov.

8.3. Utvikling i antall timer per bruker

I tillegg viser utviklingen i Sverige at rettighetsfesting av BPA trolig vil medføre en betydelig vekst i antall timer per BPA-bruker sammenliknet med dagens situasjon. Det er usikkert hvor stor denne veksten vil bli dersom tilbudet rettighetsfestes. Det er grunn til å vurdere nærmere utviklingen i Sverige, hvor gjennomsnittlig timetall per bruker var om lag 113 timer per uke i 2010. Til sammenlikning av gjennomsnittlig timetall 32 timer per uke per bruker i Norge (2009). Merkostnadene ved rettighetsfesting vil både bestå i en vekst i *antall brukere* og en vekst i *antall timer*, slik at merkostnaden ved rettighetsfesting vil kunne bli enda høyere enn det som framkommer av den anslåtte merkostnaden knyttet til økningen i antall BPA-brukere. Arbeidsgruppen har innenfor tidsrammen for dette arbeidet ikke hatt anledning til å beregne merkostnaden nærmere.

8.4. Andre momenter ved rettighetsfesting

Ved en eventuell rettighetsfesting av BPA vil kommunene få redusert fleksibiliteten til å kombinere BPA med annen praktisk bistand, for eksempel natttjenester. Flere kan gjøre krav på en tjeneste med 1-1 bemanning (egen assistent). Sammen med uklarheten i tolkning av ordningen og økt antall timer som følge av dette antas det at andelen brukere som kommer inn over innslagspunktet for statlig refusjon for særlig ressurskrevende brukere, øker.

I kommunene er det trolig en tendens til å gi BPA til personer som i størst grad kan nytte seg BPA i forhold til de merkostnadene det innebærer. Ved en eventuell rettighetsfesting vil trolig forholdet mellom nytte og merkostnader i gjennomsnitt bli noe mindre gunstig for de nye brukerne.

Det kan hevdes at rettighetsfesting av BPA vil bryte med prinsipper for kommunalt selvstyre. Kommunene har ansvar og frihet til å organisere tjenester og fordeling av ressurser. Det bør i utgangspunktet ikke innføres pålegg om bestemte måter kommunesektoren skal løse sine oppgaver på. Rettighetsfesting vil gi ytterligere økt rigiditet og vil begrense kommunenes handlingsrom og prioriteringsfrihet.

BPA-ordningen reiser arbeidsrettslige problemstillinger. BPA som organisasjonsform privatiserer tjenestetilbudet, og gjør kvalitetskontroll og innsyn vanskeligere for kommunene. Det er i tillegg betydelige utfordringer knyttet til det å være hhv. arbeidsgiver og arbeidsleder, og assistent i BPA.

BPA-ordningen utfordrer faglig forsvarlighet. I praksis er det mange ufaglærte assistenter som også utfører helsetjenester som en del av ordningen. Ved en rettighetsfesting vil dette omfanget trolig øke, uten at kommunene har tilstrekkelige muligheter til å sikre faglig forsvarlighet. Rettighetsfesting kan føre til at tilbudet i ordningen i mindre grad reelt blir brukerstyrt.

BPA innebærer 1-til-1-bemanning og er en meget kostnadsintensiv form for organisering av tilbudet om personlig assistanse. Deling av personell mellom flere brukere og hensiktsmessige turnusordninger er vanskelig. Den demografiske utviklingen fram mot 2030 vil kunne gi knapphet på helsepersonell og stiller krav til en bærekraftig langsiktig utvikling av tjenestene. Rettighetsfesting av BPA er ikke i tråd med dette.

Et scenario fra 12 K-kommunesamarbeidet og Trondheim kommune fra 2007 kan beskrive konsekvenser for andre brukere innen pleie og omsorg: Deres beregninger viser at et døgnkontinuerlig tilbud organisert som BPA tilsvarer kostnadene til 4 sykehjemsplasser i KOSTRA-gruppe 13, og at et BPA-tilbud på 37,5 timer per uke tilsvarer kostnadene til en sykehjemsplass. Tilleggstjenester som hjemmesykepleie, nattjeneste, omsorgslønn, avlastning er ikke beregnet inn i disse tallene.

Trondheim kommunes vekst i kostnader til BPA har fra 2003 til 2006 økt med 65 % (korrigert for pris- og lønnsvekst). Hjemmetjenesten hadde i samme periode en vekst på 8 %. Med andre ord har budsjettet for BPA blitt styrket med 14 millioner kroner for en vekst på 20 nye brukere og til sammen 53 brukere, mens hjemmetjenestens budsjett ble styrket med 35 millioner kroner for ca. 3000 brukere. Utfordringen for kommunene er at en utvidet rett til BPA kan overskride tjenesteyters (kommunens) kapasitet ressursmessig hvis personkretsen utvides. Det skaper ubalanse mellom rettigheter og eksempelvis kommunenes muligheter til å imøtekomme disse, og kan gi skjevprioritering av pasientgrupper. I et fremtidig

perspektiv med behov for at hver tredje avgangselev velger helsefag for å dekke personellbehovene, er det betydelige utfordringer ved å skulle utvide en tjeneste på en så personellmessige krevende måte.

8.5. Konklusjon

Dette arbeidet har synliggjort at en rettighetsfesting av BPA på sikt vil medføre betydelige merkostnader. På bakgrunn av det tilgjengelige tallmaterialet, har arbeidsgruppen, på usikkert grunnlag, anslått at merkostnaden ved å rettighetsfeste BPA for brukere med omfattende bistandsbehov, på lang sikt, vil kunne bli mellom 1 mrd. kroner og 10 mrd. kroner.

Det må tas høyde for at anslaget ikke omfatter merkostnader som følge av at det gjennomsnittlige timetallet per bruker vil øke. Merkostnaden vil også bli høyere dersom det innføres en rettighet til alle med behov for praktisk bistand. I tillegg er det som vist mange andre problematiske sider ved rettighetsfesting.

Arbeidsgruppen mener konsekvensene av en rettighetsfesting må utredes grundig før en ev. kan vurdere rettighetsfesting nærmere.

9. ADMINISTRATIVE KONSEKVENSER FOR KOMMUNEN

Dersom brukeren skal ha en rett til å velge andre enn kommunen som arbeidsgiver for assistentene sine, vil dette påføre kommunen ekstra kostnader til inngåing av kontrakt og etterfølgende kontraktsoppfølging. Volumet på slike arbeidsgiveravtaler vil for de fleste kommuner være så lavt at det er mest hensiktsmessig å etablere samarbeid med andre kommuner. Kontraktsinngåelse og -oppfølging krever at kommunene har kompetanse og andre ressurser til slike oppgaver. Det må avsettes personell og ressurser til utarbeiding av kontraktsgrunnlag. Anskaffelsen må gjennomføres. Inngåtte kontrakter må følges for å sikre at leverandøren yter som avtalt, og vanlig avtaleperiode er fire år.

Kommunen må også avgjøre hvor assistentene skal ansettes, fordi outsourcing av arbeidsgiveransvaret må organiseres enten som kjøp av tjenester eller utlysning av tjenestekonsekusjon. Dette krever ressurser til kontraktsutlysning og etterfølgende kontraktsoppfølging, både økonomisk og kompetansemessig. Kommunene kan ikke se sterke grunner til at brukeren skal få rett til å kreve at kommunene må gjennomføre slike prosesser. Erfaringene fra Sverige med mer enn 1100 leverandører av assistanse viser også noe av den administrative utfordringen for kommunene. Samtidig innebærer rettsliggjøring i seg selv økte administrative kostnader for kommunene.

Brukeren må åpenbart ha rett til å bli hørt i forhold til ansettelse av assistenter, men dersom denne personen av kommunen vurderes som uegnet, må kommunen kunne motsette seg ansettelse. Dersom arbeidsgiveransvaret for assistentene skal ligge hos

andre enn kommunen, må kontrakt om dette inngås i samsvar med reglene for tjenestekonsesjon eller anskaffelsesregelverket for kjøp av tjenester. Dette er regler som Norge etter EØS- og WTO-avtalene er forpliktet til å følge.

KS merknad:

”Utgangspunktet for BPA var å gi personer med bistandsbehov større selvstendighet, som er et mål kommunesektoren deler og selvsagt er positiv til. BPA fungerer godt og etter intensjonen der hvor bruker selv er i stand til å være arbeidsleder. BPA-ordningen fungerer i dag ikke etter hensikten for alle grupper av brukere. Det oppstår en rekke problemstillinger knyttet til der hvor andre er arbeidsleder for bruker, dette gjelder kommunens mulighet for å sikre gode tjenester til bruker, forsvarlighetskravet, å sikre tilstrekkelig fagkompetanse i tjenestene, motstridende lover innenfor arbeidsmiljø og HMS, og skjevprioritering av ressursene overfor andre brukere av helse- og omsorgstjenestene. BPA-brukere har mye tjenester sammenliknet med andre brukergrupper, hjemmeboende eller i boliger for eldre/fysisk funksjonshemmede. En større utvidelse av ordningen for de med store pleiebehov vil ha klare økonomiske virkninger, og lar seg ikke gjennomføre uten betydelige økninger av rammen. Kommunesektoren har forståelse for at det er en utålmodighet for å utvikle BPA-ordningen videre, samtidig må det foreligge en realistisk vurdering av kostnadene for kommunene hvis ordningen skal utvikles.

BPA-tjenesten har utfordringer som å skaffe vikarer ved sykefravær og ferieavvikling og mer tid på administrasjon for både bruker og kommunen, hvor de ordinære kommunale tjenestene i større grad kan benytte turnusordninger og sette inn folk på kort varsel. Det er allerede store utfordringer knyttet til å skaffe nok kvalifisert arbeidskraft til yngre ressurskrevende brukere. Det bør utvises stor varsomhet ved å bygge opp en tjeneste til de med store pleiebehov som er såpass ressurskrevende personellmessig. Dersom annen praktisk bistand erstattes med BPA, mener kommunesektoren dette gir økt risiko for kvalitetssvikt i tjenesten til den enkelte bruker pga manglende faglige vurderinger/korrektiver fra et fagmiljø.

Både ved HDO, HDU og ordinær praktisk bistand utføres tjenestene av ansatte med ulik type fagkompetanse som er samorganisert. BPA utføres av assistenter som primært får sin opplæring styrt av arbeidsleder. Det kan bli redusert fleksibilitet og faglig utvikling i tilbudet som følge av at assistenten(e) er relatert til en BPA-bruker.”

10. DIALOG MED BRUKERORGANISASJONENE OG ULOBA

10.1. Bruker organisasjonenes uttalelse til arbeidsgruppa

Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO), Samarbeidsforumet av funksjonshemmedes organisasjoner (Safo), Norsk Forbund for utviklingshemmede (NFU) og ULOBA la frem følgende innspill til arbeidsgruppen 13.mai 2011:

”Innspill om kostnadsberegninger av utvidet bruk av brukerstyrt personlig assistanse
FFO, Uloba og SAFO, heretter kalt organisasjonene har felles merknader til det framlagte mandatet for arbeidsgruppen som skal vurdere kostnadsendringer når BPA blir rettighetsfestes. Vi forstår det slik at dette er beregninger som skal brukes ved vurdering av utvidet rett til BPA.

Organisasjonene legger til grunn at:

Arbeidsgruppen skal utrede kostnadsvariasjonene (alternativkostnaden) mellom tradisjonelle kommunale tjenester og BPA – og at samtlige produksjonskostnader skal medtas: lønn, pensjon, andre sosiale kostnader, administrasjon, vikarkostnader, reisetid mm.

For øvrig har vi følgende kommentarer:

1. Slik mandatet er utformet synes det som at organisasjonene og departementet har ulik forståelse av BPA.
2. Arbeidsgruppens mandat berører ikke at målsetningen med BPA er likestilling og samfunnsmessig deltagelse, vi regner med at dette perspektivet blir sentralt i det videre arbeidet i departementet
3. I mandatet er det ikke tydeliggjort hvilke kostnadselementer som skal legges til grunn for ”produksjon” av en BPA-time og en time med tradisjonell praktisk bistand.
4. Det antydes at BPA vil redusere bruk av helsetjeneste, fysioterapi og ergoterapi fra kommunene. Det er en mulig konsekvens av BPA, men BPA skal ikke erstatte slike tjenester og slike hensyn bør derfor ikke være en del av denne kostnadsvurderingen, men legges inn i et samfunnsøkonomisk perspektiv som ligger utenfor arbeidsgruppens mandat. Jfr Econ rapport.
5. Vi kan ikke forstå at kostnaden til BPA er avhengig av ulike grupper tjenestemottakere eller funksjonsnivå.
6. Arbeidsgruppen skal bruke IPLOS registeret for vurdering av funksjonsnivå for målgruppen: Organisasjonene er kritisk til denne tilnærmingen. IPLOS registeret kan imidlertid benyttes for tydeliggjøring av målgruppen.
7. BPA ytes i dag i kombinasjon med andre kommunale tjenester som BPA i utgangspunktet skal erstatte. Det er viktig å finne ut årsaken til denne praksis i kommunene, men kan ikke være en del av kostnadsbildet.
8. Vi aksepterer ikke at kostnadsdata ved tjenestetilbud i samlokaliserte boformer er et egnet sammenligningsgrunnlag. BPA kan også benyttes i samlokaliserte boformer.
9. Det hevdes at BPA utløser flere timer til den enkelte borger sammenlignet med kommunal assistanse. Det må legges til grunn at den enkelte person får nødvendig antall timer assistanse ut fra behov uavhengig av hvordan assistansen er organisert.
10. Kommunenes kostnader med BPA, både i seg selv og i forhold til alternativkostnaden med hensyn til tradisjonelle kommunale tjenester, avhenger av hvordan BPA rettighetsfestes. Vi beklager at mandatet ikke sier noe om hvordan rettighetsfestingen er tenkt.

Organisasjonene er lite tilfreds med prosessen som er etablert i forbindelse med arbeidsgruppen. Vi mener det ville være av betydning for resultatet om organisasjonene hadde deltatt direkte inn i dette arbeidet. Vi vil også peke på at organisasjonene er invitert til dialog med arbeidsgruppen kort tid før de skal avlevere sin innstilling.

Organisasjonene ser fram til positiv dialog med politisk ledelse i Helse- og omsorgsdepartementet i den videre prosess og legger til grunn at den videre prosess er transparent for alle parter. Vi legger til grunn at politisk ledelse har sammenfallende interesse med organisasjonene om å få utviklet en BPA løsning som er god for alle parter og som kan være med på å stimulere til likestilling i samfunnet.

Med vennlig hilsen

Norges Handikapforbund: Forbundsleder Arne Lein

Norsk Forbund for utviklingshemmede: Forbundsleder Jens Petter Gitlesen

Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon: Assisterende generalsekretær Jarl Ovesen

Uloba: Daglig leder Vibeke Marøy Melstrøm”

10.2. Kommentarer til organisasjonenes innspill fra arbeidsgruppen

Arbeidsgruppen har merket seg organisasjonenes innspill og mener at de delvis ivaretas i arbeidet. Avslutningsvis vil vi legge til noen kommentarer :

Arbeidsgruppas mandat del 1 er beregninger knyttet til regjeringens mål om at flere skal få BPA, jf Meld. St. 16 (2010-2011) *Nasjonal helse- og omsorgsplan* (2011-2015), kap 7.

Arbeidsgruppen sier seg enig i at det synes som at organisasjonene og departementet har noe ulik forståelse av BPA. Organisasjonene fastslår at målsetningen med BPA er likestilling og samfunnsmessig deltagelse. Arbeidsgruppens mandat er avgrenset til gjeldende rett, dvs. BPA slik ordningen er regulert innenfor rammene av sosialtjenesteloven og foreslått videreført innenfor rammen av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette regleverket bruker ikke begrepet ”likestilling”. I sosialtjenesteloven heter det i formålsbestemmelsen at kommunen skal ”bidra til at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse.” I forslag til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester heter det at kommunen skal ”sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse”. Bestemmelsen gjelder for alle kommunale helse- og omsorgstjenester, herunder BPA. Videre heter det at ”kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester.” Det skal skje ut fra individuell vurdering av behov.

Det vil framgå av kostnadsberegningene at arbeidsgruppen ikke har tatt sikte på at BPA skal erstatte tjenester som fysioterapi, ergoterapi og bruken av andre helsetjenester.

Organisasjonene mener at de kommunale tjenestene som BPA erstatter, ikke bør være en del av kostnadsbildet. Mange BPA-brukere har imidlertid vanlige kommunale

omsorgstjenester i tillegg. Arbeidsgruppen mener derfor at det er nødvendig å vurdere hele kostnadsbildet.

Når det gjelder bruk av IPLOS, vises det til omtale under kapittel 6.1.

11. VIDERE TILTAK OG UTREDNINGER

Arbeidsgruppen vil tilrå at det på lenger sikt sikres bedre dokumentasjon av kommunens kostnader ved å yte BPA. Dette kan eventuelt skje ved at et utvalg kommuner rutinemessig registrere BPA kostnader, både egenprodusert og kjøp fra eksterne.

På bakgrunn av høringen i 2007 og erfaringer fra klagesaksbehandling mener arbeidsgruppen at rundskrivene om BPA må gjennomgå med tanke på å bidra til kvalitet for bruker og assistenter og med tanke på en mest mulig lik saks- og klagebehandling. Det vil også gi et bedre grunnlag for tilsynsmyndighetens oppgaver.

Det er behov for nærmere utredninger om samfunnsøkonomiske konsekvenser knyttet til BPA, jf også omsorgstjenesten mer helhetlig.

Arbeidsgruppen mener også at det er grunn til å se nærmere på tilgang på personell, herunder rekruttering til BPA, og fordeling av personellressurser mellom brukergrupper.

Arbeidsgruppen understreker at det bør foretas grundigere og mer omfattende utredninger av konsekvensene ved ev. rettighetsfesting før et slikt tiltak ev. kan vurderes nærmere.

LITTERATURLISTE

Econ Pöyry: Borger-/brukerstyrt personlig assistanse i et samfunnsøkonomisk perspektiv, Econ-rapport nr 2009-026

Devold as, Rune: Brukerstyrt personlig assistanse – kostnader. Ressursanalyse for Helse- og omsorgsdepartementet, 2011-05-25

Gabrielsen, G og Otnes, B: Brukerstyrt personlig assistanse (BPA). Statistikk om mottakerne på grunnlag av IPLOS-data for 2009, Oppdragsnotat 23.mai 2011

Helsedirektoratet: Svensk ordningen med personlig assistanse og assistansersättning. Helsedirektoratet 25.05.11, ref 11/3694

Johansen, V., Askheim, O. P., Andersen, J. og Gulvik I.: Stabilitet og endring – Utviklingen av brukerstyrt personlig assistanse, Østlandsforskning Øf-rapport nr.: 16/2010

Meld. St. 16 (2010-2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015), Helse- og omsorgsdepartementet

Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), Helse- og omsorgsdepartementet

Kommittédirektiv 2011:26 Utredning om åtgärder mot fusk, oegentligheter och överutnyttande av den statliga assistansersättningen

KS FoU: Kostnadsbilder i pleie og omsorg, RO – april 2007

RiR 2004:7 Personlig assistans till funktionshindrade

Socialstyrelsen: Personlig assistanse enligt LASS ur ett samhällsekonomisk perspektiv, – 2008-131-27

RiR 2004:7 Personlig assistans till funktionshindrade

Sosialdepartementet: Rundskriv I-1/93 Lov om sosiale tjenester mv.

Sosial- og helsedepartementet: Rundskriv I-20/2000 til lov om sosiale tjenester mv. Brukerstyrt personlig assistanse.

Helse- og omsorgsdepartementet; Rundskriv I-15/2005 Brukerstyrt personlig assistanse – utvidelse av målgruppen.