

Sammendrag

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

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

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

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

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

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

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

Ved inngangen til 2014 var antall BPA-brukere 3014, og ved utgangen av 2019 hadde tallet steget til 3600. Den prosentvise veksten på 20 % i femårsperioden etter rettighetsfestingen var ikke vesentlig større enn i femårsperioden før (19 %). Selv om den prosentvise veksten er forholdsvis høy, ligger en vekst på ca. 600 brukere betydelig under anslagene som ble estimert i forbindelse med forarbeidet til rettighetsfestingen. Når det gjelder antall tildelte BPA-timer, er utviklingen en annen enn for antall brukere. Samlet antall timer gitt mellom 2014 og 2018 økte med 47 %. Gjennomsnittlig timetall per uke per bruker har økt fra 22,9 timer i 2009 til 36,6 i 2019. En forsiktig konklusjon er at rettighetsfestingen ikke har resultert i vesentlige endringer i antall brukere som får sitt tjenestetilbud organisert gjennom BPA-ordningen, men at antallet timer brukerne får tildelt (i gjennomsnitt) har hatt en betydelig vekst etter rettighetsfestingen. Kommuneinformantene avviser at økningen i timetall etter 2015 har sammenheng med rettighetsfestingen alene, og peker i stedet på at timetallet har økt i takt med at brukerne har fått økt behov for bistand over tid.

Hvordan har kostnadsutviklingen for kommunesektoren som følge av ordningen vært?

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

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

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

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

Hvilke diagnoser har BPA-brukerne?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Pasient- og brukerombudet (POBO) er også intervjuet om klager. POBO knyttet variasjon mellom kommuner i håndteringen av BPA-saker til kultur- og holdningsforskjeller. Det vide «mandatet» for

ordningen gitt av Stortinget skaper utfordringer for kommuner med omsyn til å avgjøre hva som gir tilstrekkelig bistand for å sikre likestilling.

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

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

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

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

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