

Rapport 2010-026

**Borger-/brukerstyrt personlig  
assistanse i et  
samfunnsøkonomisk  
perspektiv**

# **Borger-/brukerstyrt personlig assistanse i et samfunnsøkonomisk perspektiv**

Utarbeidet for  
ULOBA



## **Innhold:**

SAMMENDRAG OG KONKLUSJONER .....	2
1 INNLEDNING .....	8
1.1 Bakgrunn.....	8
1.2 Samfunnsøkonomisk perspektiv på BPA .....	10
1.2.1 ULOBAs hypoteser.....	11
1.2.2 Samfunnsøkonomisk analyse.....	12
1.3 Metode og datainnsamling.....	13
1.4 Metodiske vurderinger .....	16
2 BRUKERSTYRT PERSONLIG ASSISTANSE .....	19
3 TIDLIGERE UNDERSØKELSER .....	23
3.1 Østlandsforskning/Høgskolen på Lillehammer .....	23
3.2 Svenske undersøkelser.....	25
3.3 Utredninger i regi av kommuner.....	26
4 HOVEDRESULTATER FRA INTERVJU OG SPØRREUNDERSØKELSER..	29
4.1 Undersøkelsen mot voksne BPA-arbeidsledere.....	29
4.2 Undersøkelsen mot foreldre til barn med BPA.....	33
4.3 Undersøkelsen mot personlige assistenter .....	34
5 SAMFUNNSØKONOMISKE EFFEKTER AV BPA .....	35
5.1 Innledning .....	35
5.2 Samfunnsøkonomiske gevinster av økt yrkesaktivitet.....	36
5.2.1 Voksne med BPA.....	36
5.2.2 Barn som har BPA .....	39
5.3 Økt deltakelse i utdanning .....	42
5.4 Redusert behov for helsetjenester .....	42
6 KVANTIFISERING AV SAMFUNNSØKONOMISKE EFFEKTER AV BPA BASERT PÅ 4 CASE .....	45
6.1 Innledning .....	45
6.2 Nøkkeltall for kostnader ved ulike tjenestetilbud.....	45
6.3 Fire case .....	47
6.3.1 Case 1 Barn, mor er arbeidsleder.....	47
6.3.2 Case 2: Mann, 27 år, mor er arbeidsleder .....	50
6.3.3 Case 3: Mann 42, arbeidsleder.....	52
6.3.4 Case 4: Kvinne 56 år.....	53
6.4 Oppsummerende merknader .....	55
REFERANSER.....	57
VEDLEGG 1: RESULTATER FRA SPØRREUNDERSØKELSEN MOT BRUKERE	59
VEDLEGG 2 RESULTATER FRA SPØRREUNDERSØKELSEN MOT FORELDRE TIL BRUKERE MED BPA .....	72
VEDLEGG 3: SPØRREUNDERSØKELSE MOT ASSISTENTER.....	82
VEDLEGG 4: KOSTNADSKALKYLER PLEIE- OG OMSORGSTJENESTER.....	86



## Sammendrag og konklusjoner

### Resymé

*Brukerstyrt/Borgerstyrt personlig assistanse (BPA) er en ordning som er ment å gi personer med funksjonsnedsettelse mulighet til et mer aktivt liv og til å delta i samfunnet. I rapporten synliggjøres samfunnsøkonomiske gevinster ved ordningen. Den viktigste gevinsten er at de som har BPA anser at deres livskvalitet er sterkt forbedret som følge av at de kan benytte BPA. BPA oppleves å gi klart bedre livskvalitet enn tradisjonelle tjenester. BPA medfører i tillegg samfunnsøkonomiske gevinster i form av økt yrkesdeltaking blant funksjonshemmede, og deres nærmeste familie, som til nå har vært lite påaktet. Verdien av denne ekstra yrkesdeltakelsen er betydelig. Mange personer som har BPA trenger dessuten mindre av ulike offentlige tjenester, enn om de skulle hatt et alternativt offentlig tjenestetilbud.*

### Bakgrunn

BPA er et verktøy for funksjonshemmede som har fått økt utbredelse de senere årene. BPA omfatter praktisk bistand både i og utenfor hjemmet, og er i første rekke en ordning til personer med omfattende praktiske assistansebehov.

Beslutningen om den enkelte skal få BPA, og eventuelt hvor mange timer per uke, gjøres av kommunen. Gjennomføringen skjer enten ved at kommunen er arbeidsgiver og ansetter assistenter, eller at andelslaget ULOBA, andelslag for Borgerstyrt personlig assistanse, er arbeidsgiver. Betegnelsen på tjenesten i lovverket er Brukerstyrt personlig assistanse, mens ULOBA bruker betegnelsen Borgerstyrt personlig assistanse. Innholdet i tjenestene er ikke prinsipielt forskjellig, enten den er drevet i regi av ULOBA eller i regi av kommunen. I begge tilfeller er det personen med assistansebehovet selv som er arbeidsleder for sine assistenter. Der det er nødvendig vil foreldre eller andre nærstående fungere som arbeidsleder. I dag tilbyr også kommersielle aktører BPA.

Kommunene fikk lovpålegg om å tilby ordningen i 2000, og i 2005 ble målgruppen utvidet til også å omfatte personer som ikke selv kan være arbeidsleder for sine assistenter, bl.a. barn og personer med kognitiv funksjonsnedsettelse. Et forslag om å gi individuell rett til BPA for personer med store assistansebehov har nylig vært på høring.

Flere undersøkelser har dokumentert at funksjonshemmede som benytter BPA i overveiende grad er fornøyd med ordningen. Rettighetsfesting og økt tildeling av BPA medfører imidlertid også økte kostnader. Når økt rettighetsfesting av BPA nå står på dagsordenen, har ULOBA ønsket å framskaffe informasjon om betydningen av BPA i et samfunnsøkonomisk perspektiv.

Rapporten er skrevet på oppdrag for ULOBA. Helsedirektoratet har støttet arbeidet økonomisk.

### Problemstilling

*Samfunnsøkonomisk analyse av offentlige tiltak innebærer at man identifiserer nytteeffekter og kostnadseffekter ved tiltaket. Rapporten presenterer informasjon om samfunnsøkonomiske effekter av økt bruk av BPA. I rapporten presenteres*

*også informasjon om kostnader ved BPA, herunder hvor mye utgiftene til andre offentlige tjenester eventuelt reduseres som følge av at personen får BPA.*

Økt livskvalitet blant funksjonshemmede og deres nære familie er samfunnsøkonomiske gevinster som i prinsippet skal inngå i en nyttekostnadsanalyse. Men slike gevinster er i praksis ikke mulige å måle i kroner og øre. Vi vil likevel presentere informasjon om disse effektene. Økt yrkesaktivitet blant funksjonshemmede og deres nære familie gir opphav til samfunnsøkonomiske gevinster, og disse er i utgangspunktet lettere å anslå i kroner og øre.

### **Konklusjoner**

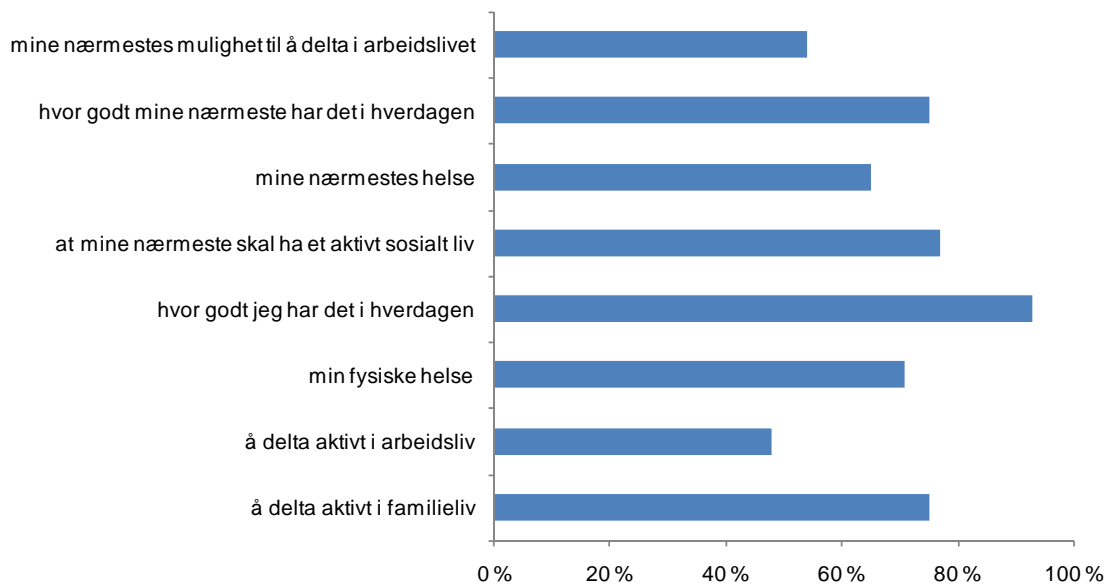
Ved beslutninger om hvor mange som skal tildeles BPA og hvor mange timer assistanse som skal gis hver enkelt, vil samfunnsøkonomiske vurderinger spille en viktig rolle. At de som har BPA selv er svært tilfredse med ordningen har vært kjent lenge, og bekreftes i rapporten. I rapporten presenteres i tillegg informasjon som tyder på at BPA kan ha betydelig effekt på yrkesdeltakelsen blant funksjonshemmede og særlig deres nærmeste familie. Det har målbare og viktige positive samfunnsøkonomiske effekter.

Grunnlaget for analysen er en spørreundersøkelse mot voksne funksjonshemmede med BPA og foreldre til barn med BPA. 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. Dette representerer en usikkerhet. Likevel mener vi at svarene virker plausible og danner et godt grunnlag for å diskutere samfunnsøkonomiske effekter av BPA.

#### *Bedret livskvalitet*

Funksjonshemmede med BPA er unisone i å mene at BPA er viktig for deres livssituasjon, og også for deres nærmeste familie. 95 prosent av personene med BPA i spørreundersøkelsen sier at BPA har stor betydning for hvor godt de har det i hverdagen.

*Figur A Egenvurdert effekt av BPA. Andel av personer med BPA som er enig i at BPA har stor betydning for... (Prosent)*



Kilde: Spørreundersøkelse mot voksne funksjonshemmede med mer enn 20 timer BPA per uke (N=193).

Selv om slike svar ikke kan anses som noe endelig bevis på effekter, må summen av disse svarene, dybdeintervjuer vi og andre forskere har foretatt, og ren innlevelse og sunn fornuft, tilsi at det er store positive velferdseffekter for funksjonshemmede ved å ha BPA sammenlignet med tradisjonelle tjenestetilbud. Bedret livskvalitet skal i prinsippet inngå på plussiden i en samfunnsøkonomisk analyse, selv om disse effektene ikke er mulige å måle i kroner på noen meningsfull måte.

Med BPA får personer med nedsatt funksjonsevne dekket mange behov som ikke vil bli dekket ved tradisjonelle tjenester, som hjemmetjenester eller institusjonsopphold. Svarene tyder derfor på at trivsel og livskvalitet blant personer med funksjonsnedsettelse blir klart høyere ved BPA enn ved de tradisjonelle tjenestene. Videre vil assistentene utføre mange oppgaver som tidligere ble gjort av nær familie og venner. Det innebærer en betydelig lettelse for de nærmeste familiemedlemmene, og er en ytterligere velferdseffekt.

### *Flere i arbeid*

Omtrent ¼ av personene med BPA oppgir at de i dag har et ordinært arbeid, og omtrent halvparten av disse at de har heltidsjobb. To tredjedeler av de som er i arbeid mener at de uten BPA ikke ville vært i arbeid og de resterende at de uten BPA ville jobbet mindre. Svarene tyder videre på at BPA har større effekt på yrkesdeltakelsen til funksjonshemmedes familier enn på yrkesdeltakelsen til funksjonshemmede selv. Spørreundersøkelsen tyder på at BPA i gjennomsnitt utløser bortimot 0,2 årsverk blant funksjonshemmede, mens ordningen utløser 0,4 årsverk blant familiemedlemmene til personer med funksjonsnedsettelse. Selv om tallanslagene er usikre, samsvarer resultatene likevel godt med tidligere forskning om BPA-ordningen, og det forhold at nære familiemedlemmer assisterer med en rekke oppgaver dersom vedkommende ikke har BPA, men ulike typer hjemmetjenester. Vi anslår den samfunnsøkonomiske verdien av den ekstra yrkesdeltakelsen fra funksjonshemmede og deres familiemedlemmer til mer enn 300.000 kroner per år per funksjonshemmet.



Også BPA til barn gjør at foreldre til barn med funksjonsnedsettelse kan delta mer i arbeidslivet og kan ha mer kontakt med venner og familie. Basert på spørreundersøkelsen blant foreldre med barn som har BPA, anslår vi at å tildele BPA istedenfor tradisjonelle tjenester til et funksjonshemmet barn utløser en økt yrkesdeltakelse blant foreldrene som tilsvarer i størrelsesordenen ¼ årsverk. Det har med våre forutsetninger en samfunnsøkonomisk verdi på knapt 140.000 kroner.

Foreldrene til funksjonshemmede barn mener dessuten at de uten BPA vil ha mellom 10 og 15 flere sykefraværsdager årlig enn de har når barnet har BPA. Den samfunnsøkonomiske besparelsen ved å unngå disse fraværsdagene anslås til å utgjøre i størrelsesordenen 30.000 kroner per år.

### *Flere i utdanning*

Spørreundersøkelsen tyder også på at BPA fører til at flere funksjonshemmede tar utdanning, noe som må antas å føre til økt yrkesaktivitet og også høyere lønnsnivå i fremtiden. Våre anslag på den samfunnsøkonomiske effekten av dette er mindre enn effektene på sysselsettingen, i størrelsesordenen 30.000 kroner årlig per person som får BPA.

### *Sparte kostnader til helse- og omsorgstjenester*

De som har svart på spørreundersøkelsen mener klart at BPA medfører mindre behov for ulike typer helse- og omsorgstjenester. Sparte utgifter til slike tjenester er samfunnsøkonomiske gevinster, men når det gjelder størrelsen på slike innsparinger er det vanskelig å lage gode tallanslag.

Fysioterapi synes å være den helsetjenesten de fleste som har BPA mener de får mindre behov for med BPA enn om de skulle bo hjemme og motta hjemmesykepleie og andre hjemmetjenester. Ofte vil de personlige assistentene lære seg øvelser og dermed gjøre en del besøk hos fysioterapeut overflødige. Når færre fysioterapibesøk også medfører sparte utgifter til transport til og fra behandling, kan innsparingene bli betydelige, kanskje flere titusener kroner årlig per person som trenger slik behandling. Selv om mange av respondentene mener BPA også medfører mindre behov for å ligge på sykehus, tyder våre regneeksempler på at den kostnadsbesparelsen som dette medfører, er av mindre størrelsesorden. Spørreundersøkelsen tyder også på at BPA fører til helseforbedringer slik at funksjonshemmede trenger færre besøk også hos leger og andre behandlere.

Vi beskriver ulike case for å illustrere kostnadene ved tradisjonelle tjenester, som kommunene i mange tilfeller ser som mulige alternativer til BPA. Selv om livskvaliteten ved slike tilbud blir dårligere enn ved BPA, vil mange kommuner likevel kunne se det å bo hjemme og ha hjemmesykepleie og hjemmehjelp som være alternativer til å ha BPA. Casene tyder på at siden nære familiemedlemmer da ofte må delta mye mer i den daglige assistansen og dermed redusere sin egen yrkesdeltakelse, medfører alternativene til BPA ofte et betydelig samfunnsøkonomisk tap. Dette tapet kan trolig i mange tilfeller kan spise opp kostnadsforskjellen.

Over tid kan det vise seg at det blir for slitsomt for foreldre eller ektefelle å dele bolig med sønn, datter eller ektefelle, som mottar ulike former for tradisjonelle hjemmetjenester. Da er omsorgsbolig, i mange tilfeller bemannet omsorgsbolig, det eneste alternativet. Slike alternativer vil for en del funksjonshemmede med store

assistansebehov lett kunne medføre kostnader i samme størrelsesorden som BPA. 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. Dette vil imidlertid gi lavere livskvalitet og samfunnsdeltakelse.

### *Metodiske utfordringer*

Det er vanskelig å evaluere samfunnsøkonomiske effekter av en ordning som i prinsippet gjelder hele Norge. Det fins ikke noen åpenbar kontrollgruppe av funksjonshemmede som ikke har rett til BPA, som kan benyttes som sammenligningsgruppe for personer med BPA. I dette prosjektet har vi derfor basert tallanslagene mye på selvrapporterte effekter; hva BPA-arbeidslederne, funksjonshemmede selv mener ville vært situasjonen dersom de ikke hadde hatt BPA, men et tradisjonelt tjenestetilbud. Det gjør selvsagt at resultatene er usikre og må tolkes med forsiktighet. Usikkerheten tilsier likevel ikke at resultatene ikke skal tillegges vekt. Metodikken brukes ofte i evalueringer av tiltak der det ikke er noen kontrollgruppe.

### *Kort sikt og lang sikt*

Bildet funksjonshemmede og deres familie tegner gjennom intervjuer og svar på spørreundersøkelsene, gjenspeiler situasjonen slik de ser den nå, og uttrykker derfor effekter på kort sikt. Sosiale prosesser knyttet til inkludering og ekskludering foregår langsomt og tar ofte mange år før de fulle effektene blir synlige. Eksempelvis vil det at flere funksjonshemmede tar utdanning på grunn av BPA ha effekter på lang sikt vi i dag bare ser konturene av. I enda større grad gjelder det de langsiktige effektene av at barn og unge voksne får BPA. Her kan både framtidig familiedannelse, utdanningsvalg og sysselsetting påvirkes på måter vi i dag har få muligheter til å forutsi.



# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn

### Hva er BPA?

Brukerstyrt/Borgerstyrt personlig assistanse (BPA) er en alternativ organisering av praktisk og personlig assistanse til funksjonshemmede som på grunn av nedsatt funksjonsevne har behov for assistanse i dagliglivet, både i og utenfor hjemmet. Personen med assistansebehovet er selv arbeidsleder innenfor de timerammer som kommunenes vedtak angir, og kan således styre hvem han eller hun vil ha som assistent, hva assistentene skal gjøre og hvor og til hvilke tider assistentene skal arbeide. Ordningen omfatter også personer som ikke kan fylle arbeidslederrollen selv, slik at barn og personer med kognitive funksjonsnedsettelse også kan ha BPA.

Bakgrunnen og intensjonen til BPA er å finne i Ot. Prop. 8 1999-2000 der det ble fremhevet "ønske om å styrke funksjonshemmedes muligheter til deltakelse i samfunnet" og der BPA ble beskrevet som et "virkemiddel til å oppnå større grad av brukerstyring."

BPA er kommunalt finansiert og er siden år 2000 hjemlet i sosialtjenesteloven. Denne loven har som formål å "bidra til at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre." Kommunene gis i denne loven en plikt til å ha et tilbud om BPA. Det er i utgangspunktet personen selv som skal velge arbeidsgivermodell. I praksis er det kommunen som velger om assistentene skal ansettes i kommunen, av hovedpersonen selv eller et andelslag opprettet av BPA-arbeidsledere. Dersom hovedpersonen selv eller et andelslag overtar arbeidsgiveransvaret, blir kommunens ansvar å stå for finansieringen av tiltaket samt de forvaltningsrettslige sidene. Hvis arbeidsleder eller andelslag er arbeidsgiver, overfører kommunen midler til henholdsvis arbeidslederen eller andelslaget, som står for utbetaling av lønn til assistentene. I Norge er det så langt ett andelslag, ULOBA, som har arbeidsgiveransvar for personlige assistenter.<sup>1</sup> ULOBA er et nonprofit andelslag for borgerstyrt personlig assistanse, og ivaretar arbeidsgiveransvaret for andelseiernes personlige assistenter. Arbeidsgiver, det vil si de enkelte kommunene og ULOBA, har også ansvar for opplæring av arbeidsledere. BPA tilbys også av kommersielle selskaper.

I Stortingsmelding nr. 40 (2002–2003) "Nedbygging av funksjonshemmende barrierer", får vi (på s. 96) vite mer om idégrunnlaget for BPA: "Ideen bak ordningen er at personer med nedsatt funksjonsevne selv er de som best kan vurdere hvordan tjenesten skal organiseres. Ordningen er i første rekke definert som et tjenestetilbud til personer med omfattende funksjonsnedsettelse, men som samtidig kan ivareta funksjonen som arbeidsleder. Ni av ti brukere er i følge undersøkelser svært eller nokså tilfreds med ordningen."

Gjennom hjemlingen i lov om sosiale tjenester er BPA et kommunalt ansvarsanliggende. Det er oftest kommunen som har arbeidsgiveransvar<sup>2</sup>. BPA er formelt ingen

---

<sup>1</sup> ULOBA ble etablert i 1991 og står egentlig for "Uavhengig liv i Oslo og omegn, begrenset ansvar". Andelslaget kaller seg nå ULOBA – Andelslag for brukerstyrt personlig assistanse.

<sup>2</sup> Ved inngangen til 2008 hadde ULOBA drøyt 700 andelseiere, mens det samlet sett var over 2000 personer i alt som hadde BPA.

egen tjeneste, til forskjell fra for eksempel hjemmehjelp (praktisk hjelp i hjemmet). BPA er formelt sett en måte å organisere praktisk og personlig bistand på.

En sentral målsetting ved ordningen er ledelse og mest mulig innflytelse fra dem som har assistansebehovet. Det skjer ved at de som har ordningen er arbeidsledere for sine egne personlige assistenter. Til arbeidslederrollen ligger å stå for rekrutteringen av egne assistenter og bestemme hva assistansen skal brukes til, samt å bestemme når assistentene skal arbeide. Arbeidslederen har ansvaret for å sette opp arbeidsplaner og bestemme arbeidstider for assistentene. Gjennom en slik organisasjonsform får den enkelte en best mulig mulighet til å ha styring og kontroll over sin assistanseordning og eget liv.

## **Historikk**

Ideene bak BPA-ordningen kommer fra Independent Living-bevegelsen i USA på 1960-tallet. Initiativet kom fra studenter med betydelige fysiske funksjonsnedsettelse som mente at de selv visste best om sin egen situasjon, og som ønsket mer uavhengighet og selvbestemmelse i eget liv og mulighet til å kunne delta i samfunnet.

På 1980- og 1990-tallet ble det reist en bred kritikk mot tradisjonelle måter å yte tjenester på, særlig at det var for mange hjelpere å forholde seg til. Fra flere hold ble det reist krav om mer individuell tilrettelegging av tjenestetilbudet, og større medvirkning og kontroll fra individet selv. Endringer i omsorgsfilosofien og i synet på personer med funksjonsnedsettelse har hatt betydning for framveksten av BPA-ordningen. Den generelle trenden i retning av avinstitusjonalisering har trukket i retning av at det i økende grad ble ansett som rimelig at funksjonshemmede ikke lenger som hovedregel skal bo på institusjon, men isteden gis mulighet til å bo hjemme gjennom et individuelt tilpasset tjenestetilbud. Det at BPA-ordningen kan benyttes både i og utenfor hjemmet, ordningens fleksibilitet og muligheter for bruker/borgerstyring, bidrar til å redusere praktiske hindringer og øke funksjonshemmedes muligheter til å delta i samfunnslivet på lik linje med andre.

BPA-ordningen kan beskrives som et tiltak som har blitt kjempet fram nedenfra. Det er personer med assistansebehov som har ønsket ordningen fordi de ønsker mest mulig innflytelse over sitt assistansetilbud. Assistentene går inn i et arbeidsforhold der de skal forholde seg til en person som både er arbeidsleder og samtidig har behov for assistanse. På mange måter er autoritetsforholdet snudd i forhold til vanlig tjenesteyting i velferdssektoren (Andersen mfl., 2006).

Starten på BPA i Norge var en rapport om BPA erfaringer fra Skandinavia, utarbeidet av Bente Skansgård og Steinar Bergh. Rapporten ble finansiert av Helsedepartementet og dannet grunnlaget for et prøveprosjekt i regi av Norges Handikapforbund på begynnelsen av 1990-tallet. Fra 1994 ble BPA utviklet videre gjennom en forsøksordning med utgangspunkt i Handlingsplanen for funksjonshemmede fra 1994. I 2000 ble ordningen lovfestet.

Til å begynne med var ordningen basert på at målgruppen var personer med omfattende assistansebehov, selv om det også ble åpnet for at også personer med mindre assistansebehov som kunne ha nytte av ordningen skulle få den. Tendensen til utvidelse av målgruppen ble ytterligere forsterket i forbindelse med lovfestingen, hvor det i lovteksten ikke var noen henvisning til personer med fysiske funksjonsnedsettelse som primær målgruppe.

I 2005 ble målgruppen for BPA-ordningen utvidet (Rundskriv I-15/2005) til også å omfatte personer med kognitive funksjonsnedsettelse og barn med nedsatt funksjons- evne. Barn og personer over 18 år med kognitive funksjonsnedsettelse må ha bistand av hjelpeverge (oftest foreldre eller en annen nærstående) når det gjelder bruker/ borgerstyringen.

Ifølge Andersen m.fl. (2006) er BPA-ordningen påvirket av flere velferdspolitiske strømninger. Ordningen kan som nevnt dels sees som et resultat av funksjonshemmedes krav om rett til selvbestemmelse og frigjøring fra hva de ser på som et umyndiggjørende tjenesteapparat. Slike krav er en del av internasjonale strømninger blant funksjonshemmede under overskriften Independent Living. Krefter som har vektlagt valgfrihet og forbrukermakt har også påvirket utviklingen av ordningen.

### **Dagens debatt**

I 2008 sendte Helse- og omsorgsdepartementet et forslag om rettighetsfesting av ordningen med BPA på høring. I høringsnotatet foreslår departementet å endre sosialtjenesteloven slik at alle som fyller de alminnelige vilkårene for å motta praktisk bistand og opplæring og har behov for assistanse ut over et visst omfang, får en rett til å få hele eller deler av assistansebehovet organisert som BPA. Departementet antar at en slik rettighetsfesting vil redusere de store forskjellene en i dag ser i kommunal praksis for tildeling av BPA. Departementet foreslår som hovedregel at retten til BPA skal inntre når personen med assistansebehovet trenger minst 20 assistansetimer per uke. Departementet foreslår ingen aldersgrense for rettighetsfesting av ordningen.

Saken er under videre behandling, og departementet ser dette arbeidet i sammenheng med det pågående arbeidet med å utrede eventuell harmonisering av den kommunale helse- og sosiallovgivningen.

### **Ulike perspektiver på BPA**

Myndighetene og ULOBA synes å ha noe ulike perspektiver for ordningen. I Høringsnotatet om sterkere rettighetsfesting av BPA skriver departementet at "BPA er en alternativ måte å organisere tjenesten «praktisk bistand og opplæring» på. Ordningen setter brukeren i bedre stand til å greie seg selv, sparer samfunnet for arbeidsinnsats og gir mulighet for et mer aktivt liv knyttet til bl.a. utdanning, arbeid og familie." (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007).

I sin høringsuttalelse sier ULOBA at departementets beskrivelse av BPA har galt fokus fordi den ensidig vektlegger organiseringsformen av BPA. ULOBA mener også at beskrivelsen i høringsnotatet overser BPAs kjerneverdier som er anti-diskriminering, menneskerettigheter, ledelse og frigjøring (ULOBA, 2007).

## **1.2 Samfunnsøkonomisk perspektiv på BPA**

Studier fra en rekke land viser at personlig assistanse er en ordning de som har den er svært tilfredse med (Andersen m. fl. (2006) og referanser der, samt SOU (2008) og Sosialstyrelsen (2008)). Den norske forskningen på BPA-ordningen er i hovedsak gjennomført av forskere ved Høgskolen i Lillehammer og oppsummert i Andersen m. fl. (2006). Denne forskningen dreier seg mest om effekter av ordningene for mennesker med assistansebehov og i mindre grad om samfunnsøkonomiske kostnader og gevinster. I politiske diskusjoner og administrative prosesser på nasjonalt nivå står samfunns-

økonomiske effekter, endringer av lovverk og andre offentlige tiltak ofte sentralt. ULOBA ønsker nå en analyse av den samfunnsøkonomiske betydningen av BPA-ordningen.

### 1.2.1 ULOBAs hypoteser

ULOBAs utgangspunkt er at mennesker med assistansebehov kan bli aktive, deltagende bidragsytende samfunnsborgere dersom de får tilstrekkelig antall timer med BPA, og at personer som har BPA i større grad kan delta i familieliv, arbeid og samfunn enn de hadde kunnet dersom de hadde fått et annet tjenestetilbud fra kommunen. ULOBAs hypotese er at det er mer samfunnsøkonomisk lønnsomt at funksjonshemmede med assistansebehov benytter BPA enn at assistansebehovet dekkes på andre måter.

ULOBA ønsker at blant annet følgende hypoteser skal vurderes:

- BPA endrer den enkeltes familiesituasjon ved at personer med BPA i større grad enn ved andre tjenestetilbud blir i stand til å delta i barns oppvekst, i fritidsaktiviteter og skolesituasjon. Familiemedlemmer kan øke arbeidsdeltakelsen når personen med assistansebehov får BPA og barn med assistansebehov kan i større grad bo hjemme. Personer med assistansebehov kan gå fra et liv i isolasjon til et liv i sosial aktivitet når de får BPA.
- BPA gir økte muligheter for at personer med assistansebehov kan delta i arbeid ved å kompensere for psykososiale/strukturelle/praktiske hindringer som stenger funksjonshemmede ute fra deltakelse i arbeidslivet. Flere får brukt den utdanningen de har og flere mottar uførepensjon. BPA kan bidra til økt deltakelse i frivillig arbeid
- Å benytte BPA medfører mindre bruk av hjemmetjenester. BPA kan medføre mindre bruk av profesjonstjenester som leger, psykologer og vernepleiere mv. Flere kan gå fra å bo i omsorgsbolig til å bo i egen bolig.
- Gjennom muligheter til økt deltakelse får personer med BPA bedret livskvalitet, herunder bedret psykisk og fysisk helse.

Kartleggingen av disse spørsmålene danner grunnlag for å vurdere de samfunnsøkonomiske konsekvensene ved at personer med assistansebehov får BPA sammenlignet med hva de ville vært med et (hypotetisk) tradisjonelt tjenestetilbud.

#### Målgruppe for analysen

BPA må sies å være tenkt å være en ordning for personer med relativt store assistansebehov. ULOBA ønsker derfor en analyse av effekter for personer med relativt omfattende funksjonsnedsettelse og som trenger assistanse til ikke bare å forflytte seg, men også til å dekke "kroppsnære" behov, slik som personlig hygiene og å spise. Det var denne gruppen funksjonshemmede som sto i sentrum for oppmerksomheten i perioden da personlig assistanse gradvis fikk fotfeste i Norge og andre land. I dag er det en god del personer som bare har noen få timer BPA per uke, noe som trolig reflekterer at en del kommuner tildeler BPA som en "tilleggstjeneste" til personer med mindre assistansebehov. Vi har på denne bakgrunn definert målgruppen for vår analyse til å være personer som har minst 20 timer BPA per uke.

## 1.2.2 Samfunnsøkonomisk analyse

### Samfunnsøkonomiske gevinster og kostnader

I en samfunnsøkonomisk analyse av et offentlig tiltak skal man synliggjøre konsekvensene for hele samfunnet av at tiltaket gjennomføres. Det er avgjørende å få fram alle positive og negative virkninger for alle grupper som berøres. Oppgaven er å beskrive og tallfeste situasjonen for målgruppen (og andre) i en situasjon der ordningen gjennomføres, og sammenligne med en referansesituasjon der ordningen ikke gjennomføres.

### Ulike typer samfunnsøkonomiske analyser

Samfunnsøkonomiske analyser kan gjennomføres på ulike måter. I en fullstendig nytte-kostnadsanalyse verdsettes alle effekter i kroner og øre så langt det lar seg gjøre. For at en slik analyse skal være meningsfull, kreves det en rimelig grad av pålitelig kunnskap om konsekvensene av tiltaket. Der usikkerheten om konsekvensene er svært stor, eller der viktige konsekvenser vanskelig kan tallfestes, blir det mindre meningsfullt å beregne konsekvensene i kroner og øre. Da vil en verbal og kvalitativ drøfting av konsekvensene, gjerne supplert med kvantitative data, være den naturlige tilnærmingen.

Vi anser at viktige konsekvenser av BPA er så vanskelige å måle, at en fullstendig tallfesting av konsekvenser i kroner og øre ikke er gjennomførbart. Vi legger isteden opp til en kombinasjon av tallmessige vurderinger og beregninger der vi mener det er forsvarlig, og kvalitative vurderinger i andre tilfeller. Vårt forslag er i tråd med anbefalingene i Finansdepartementets veileder for Samfunnsøkonomiske analyser (Finansdepartementet, 2005).

### Trivsel og velvære

Økt trivsel, velvære og livskvalitet blant funksjonshemmede selv og deres nærmeste er trolig de viktigste samfunnsøkonomiske gevinstene ved BPA. En viktig gevinst er at det blir mulig for hovedpersonene å forlate en underlegen rolle som "bruker" til å være den som leder arbeidet til sine egne personlige assistenter. Økt mulighet for å være selvhjulpne og ha kontroll over eget liv, samt få mulighet til å delta i sosiale aktiviteter er en klar velferdsgevinst. Bedret helse har dessuten selvsagt en velferdsgevinst i seg selv.

Disse gevinstene er det i praksis umulig å tallfeste i kroner og øre. Vi vil derfor presentere informasjon som illustrerer typen gevinster og omfanget av slike gevinster ved å benytte BPA, sammenlignet med et tradisjonelt tjenestetilbud. Her vil vi basere oss på tidligere forskning, samt intervju og spørreundersøkelser som er gjennomført i prosjektet som ligger til grunn for denne rapporten.

### Økt sysselsetting

Økt tilbøyelighet til å komme i jobb vil være en viktig kilde til samfunnsøkonomiske gevinster. Den samfunnsøkonomiske verdien av at flere kommer i jobb, er verdien av den økte produksjonen på grunn av at BPA eventuelt gir økt sysselsetting blant funksjonshemmede selv og deres nærmeste familie. Denne verdien kan anslås ved å multiplisere de økte timeverkene med et anslag på lønnskostnadene per timeverk, en prosedyre som er i tråd med Finansdepartementets veileder.



## **Kostnadsbesparelser regnes som en gevinst**

Det kan tenkes at BPA gir redusert behov for andre offentlige tjenester, både statlige (sykehus) og kommunale (blant annet hjemmehjelp og hjemmesykepleie). Denne innsparingen er en samfunnsøkonomisk gevinst som kommer til fratrekk fra mer-kostnaden ved BPA.

## **Kostnader**

Kostnadene ved BPA skal også synliggjøres. Her legger vi opp til å basere oss på gjennomsnittstall for timekostnader og data for tildelte timer per BPA-arbeidsleder.

## **Hva er referansesituasjonen?**

I en samfunnsøkonomisk analyse er det sentralt å sammenligne situasjonen med tiltaket (her: BPA) med en hypotetisk situasjon uten BPA. Det er meget utfordrende å spesifisere denne hypotetiske situasjonen.

I dag vil det for mange som søker om BPA være helt klart at vedkommende skal ha BPA. Hvis vi tenker oss en hypotetisk situasjon uten BPA-ordningen, kan det likevel være mulig å forestille seg et tradisjonelt tjenestetilbud basert på ulike kombinasjoner av institusjons- og hjemmetjenester. Det er dette som er hovedtilnærmingen vår. Vi har i intervju og spørreundersøkelser forsøkt å få informasjon om hva som kunne vært et alternativt tilbud til BPA for ulike personer med assistansebehov, hva kostnadene ved et slikt tjenestetilbud ville kunne være, samt hvordan funksjonshemmede og deres nærmeste familie ville ha opplevd en slik situasjon.

I drøftingen av spørsmålet om hva som ville vært situasjonen uten BPA, baserer vi oss også på informasjon om situasjonen for personen før han eller hun tok i bruk BPA første gang. Dette spør vi blant annet om i spørreundersøkelsene. En del har imidlertid hatt BPA i mange år, slik at det tjenestetilbudet vedkommende hadde før han eller hun fikk BPA første gang sier lite om hva vedkommende ville ha fått i dag dersom han eller hun skulle hatt et annet tjenestetilbud enn BPA. Ikke bare kan helsetilstand, familie- og bosituasjon være endret siden vedkommende fikk BPA første gang, men trolig er også oppfatningen om hva slags livsutfoldelse funksjonshemmede bør ha annerledes enn for 10-15 år siden.

## **1.3 Gjennomføring, metode og datainnsamling**

Prosjektet er gjennomført på oppdrag av ULOBA, med støtte fra Helsedirektoratet. Prosjektet har vært fulgt av en referansegruppe med representanter fra ULOBA. Representanter fra Ressurssenter for omstilling i kommunene og fra Høgskolen i Lillehammer har også vært medlem av referansegruppen.

Undersøkelsen er basert på tre spørreundersøkelser, en intervjuundersøkelse, en gjennomgang av tidligere analyser samt data fra SSB.

### **Innledende kartlegging**

Innledningsvis gjennomgikk vi evalueringer og undersøkelser som er gjennomført av ordningen med BPA, både norske og svenske undersøkelser. Det er blant annet gjennomført evalueringer av arbeidsledernes erfaringer med ordningen og av assistentenes erfaringer med ordningen (Andersen m. fl., 2006).

For å få forståelse av hvordan ordningen fungerer gikk vi gjennom informasjon som ULOBA har utformet om ordningen og vi snakket med representanter for ULOBA om deres erfaringer. Innledningsvis intervjuet vi også Ressurscenteret for omstilling i kommunene (RO). RO har gjennom sitt ansvar for å administrere et stimulerings-tilskudd til kommunene fulgt utviklingen av BPA og har god kjennskap til hvordan BPA-ordningen fungerer i ulike kommuner.

### **Kommuneintervjuer**

Vi har gjennomført et mindre antall telefonintervju med kommuner angående deres tildelingspraksis knyttet til BPA, herunder i hvilken grad BPA erstatter andre kommunale tjenester, samt kostnader ved ulike tjenester.

### **Intervjuundersøkelse mot arbeidsledere**

Vi har gjennomført personlige dybdeintervjuer med åtte personer som er BPA-arbeidsledere. Intervjuene ble gjort både blant BPA-arbeidsledere som selv har assistansebehov og blant personer som er arbeidsledere fordi de er foresatte til barn som benytter personlig assistanse. Gjennom intervjuene ønsket vi å få innsikt i hva BPA-ordningen betyr for dem som har assistansebehov, herunder hvilke endringer ordningen har medført med hensyn til familieliv, arbeidsmuligheter, samfunnsdeltakelse, avlastning av andre familiemedlemmer og endret behov for tjenester. Vi stilte i intervjuene også spørsmål om hvem de fikk bistand fra før de benyttet BPA, og hva de tror alternativet til BPA-ordningen ville vært i dag. Vi la vekt på at informantene skulle ha ulikt bistandsbehov, ulik livssituasjon og ulik kommunetilhørighet. Vi ba ULOBA om hjelp til å finne aktuelle informanter.

Intervjuundersøkelsen var grunnlag for utforming av et strukturert spørreskjema rettet mot personer med BPA, og den var grunnlag for utforming av beskrivelser av fire ulike case som omfatter fire personer som har BPA.

### **Spørreundersøkelser rettet mot arbeidsledere**

Vi har gjennomført *to spørreundersøkelser* rettet mot arbeidsledere. Den ene undersøkelsen gikk til voksne BPA-arbeidsledere som selv hadde assistansebehov, mens den andre gikk til voksne som var arbeidsledere for nærstående barn med assistansebehov.

Spørreundersøkelsene var utformet slik at det i størst mulig grad skulle være mulig å gi kvantitative svar som kunne brukes i en samfunnsøkonomisk analyse. Vi stilte konkrete og detaljerte spørsmål utformet på bakgrunn av den informasjonen vi hadde fått i intervjuundersøkelsen.

I spørreundersøkelsene ba vi respondentene redegjøre for hvilke oppgaver assistentene utførte, hvor mange timers assistanse de har i uken og hvilke tjenester de mottar fra kommunen og andre instanser i tillegg til BPA. Vi spurte også om hvem som hadde assistert med de ulike oppgavene før de fikk BPA, og hvilke endringer i behov for både privat og kommunal bistand ordningen hadde ført til. Vi inkluderte spørsmål om sykehusinnleggelse, lege- og psykologtjenester mv. Vi stilte også spørsmål om hvilket tjenestetilbud de ville fått tilbud om dersom de ikke hadde hatt BPA. I begge undersøkelsene ga vi dessuten respondentene mulighet til å svare på et åpent spørsmål om hvilken betydning BPA ordningen hadde for dem.

I undersøkelsen rettet mot voksne med assistansebehov spurte vi om hvilke konsekvenser ordningen respondenten mente den hadde hatt for familieliv, trivsel, bosituasjon, arbeidsmuligheter, samfunnsdeltakelse, avlastning av andre familiedlemmer og endret behov for tjenester. For å vurdere om BPA-ordningen har betydning for yrkesdeltakelsen, stilte vi blant annet spørsmål om respondenten har lønnet arbeid i dag og om de arbeidet før de fikk BPA. Vi ba dessuten de respondentene som er i arbeid om å vurdere om de tror de ville vært i arbeid dersom de ikke hadde hatt BPA. Vi spurte også om hvilken betydning respondentene mente assistanseordningen hadde for nærståendes muligheter til å ha lønnet arbeid. For å vurdere i hvilken grad BPA-ordningen fører til økt samfunnsdeltakelse spurte vi blant annet om deltakelse i frivillige organisasjoner og deltakelse i fritidsaktiviteter før og etter de fikk BPA. Vi spurte også respondentene om ordningen med BPA har ført til endret trivsel og endret helse både for de som selv har assistansebehov og for deres nærmeste. Personer med assistansebehov som også hadde barn fikk også spørsmål om hvorvidt de anså at ordningen hadde ført til endringer i deres deltakelse i sine barns liv, for eksempel om de kunne delta mer i fritidsaktiviteter, i oppfølging på skolen og generelt om BPA gjorde det lettere å "fylle foreldrerollen".

I undersøkelsen mot dem som er arbeidsledere for barn med assistansebehov spurte vi om hvilke konsekvenser forelderen mente ordningen hadde for barnets bo- og livssituasjon, for barnets helse og muligheter til å delta i fritidsaktiviteter, for familiens livssituasjon generelt og for de foresattes deltakelse i lønnet arbeid eller utdanning.

Utvalget av respondenter i undersøkelsene er avgrenset til dem som bruker ULOBA som arbeidsgiver. Vi gjorde det slik fordi vi antok at kommunene ikke ville kunne gi oss informasjon om hvem som har personlig assistanse og bruker kommunen som arbeidsgiver.

Spørreundersøkelsene ble utført ved at ULOBA sendte brev med forespørsel om deltakelse til alle arbeidsledere registrert hos ULOBA. Brevet inneholdt en link til en internettadresse slik at alle arbeidsledere via internett kunne komme inn på henholdsvis spørreundersøkelsen til voksne med BPA og til foresatte arbeidsledere. Hver respondent fikk et eget passord, og undersøkelsen ble gjennomført elektronisk. De som ønsket å gjennomføre undersøkelsen over telefon hadde mulighet til å ringe oss.

Forespørsel om deltakelse i spørreundersøkelsen der målgruppen var voksne personer med assistansebehov ble sendt til 778 arbeidsledere. På denne undersøkelsen fikk vi 342 svar, som gir en svarprosent på 44.

I undersøkelsen der målgruppen var barn med assistansebehov, ble forespørsel om deltakelse sendt til 70 arbeidsledere (foresatte). På denne undersøkelsen fikk vi 51 svar, det vil si en svarprosent på 73.

### **Spørreundersøkelse rettet mot assistenter**

Vi gjennomførte også en enkel spørreundersøkelse rettet mot personer som er ansatt i ULOBA som personlige assistenter. Hovedformålet med undersøkelsen var å kartlegge kjennetegn som alder, utdanning, arbeidserfaring med videre, men også informasjon som kan indikere hvilken arbeidsmarkedstilpasning de ville hatt dersom de ikke hadde arbeidet som personlige assistenter. Vi stilte blant annet spørsmål om hva de gjorde før de ble ansatt som assistenter, og hva de tror hadde vært deres inntektskilde i dag dersom de ikke hadde jobbet som personlig assistent. Vi stilte også spørsmål om utdannings-

bakgrunn og videre planer for arbeid. Ettersom vi hadde en hypotese om at mange av de som arbeider som assistenter har innvandrerbakgrunn, stilte vi spørsmål om morsmål og om de opplevde at mulighetene for å arbeide som assistent hadde gjort det lettere å finne arbeid i Norge.

Bakgrunnen for disse og andre spørsmål er en hypotese om at det å være personlig assistent for en del kan være en "kanal" inn i arbeidslivet.

I denne undersøkelsen var alle respondentene assistenter som har ULOBA som arbeidsgiver og som ULOBA har en registrert e-postadresse til. Vi sendte undersøkelsen på e-post 678 personer. Vi fikk 218 besvarte skjema. 14 stykker sendte tilbakemelding på at de ikke lenger var assistenter, mens vi fikk 46 e-poster i retur pga feil e-postadresse. Svarprosenten, målt som antall besvarte skjema i prosent av antall utsendte fratrukket antall som ikke lenger arbeidet som personlig assistent eller der e-postadressen var feil, var således omtrent 35.

### **Kommunedata**

Vi bestilte et datasett for bruken av BPA basert på et datauttrekk fra SSB. Dette uttrekket gir dels en nasjonal oversikt over fordelingen av antall BPA-timer per arbeidsleder, og øvrige kommunale tjenester de som benytter BPA-ordningen mottar.

## **1.4 Metodiske vurderinger**

Vi antar at konsekvensene for den enkelte arbeidsleder ikke vil være særlig forskjellig avhengig av hvilken instans som har arbeidsgiveransvar, forutsatt samme driftsmulighet i ordningen. Det tilsier at å rette undersøkelsen mot arbeidsledere som er organisert i ULOBA, neppe vil representere noen betydningsfull skjevhet i svarene når det gjelder å være representative for alle som benytter BPA-ordningen.

En analyse av effekter av BPA-ordningen må baseres på en sammenligning av en situasjon der personer med nedsatt funksjonsevne har BPA med en situasjon der de ikke har BPA. En måte å gjøre det på kunne vært å sammenligne personer som har BPA med personer som i dag ikke har BPA. Det ville imidlertid vært nødvendig å finne personer med samme funksjonsnedsettelse og livssituasjon. Vi vurderer ikke en slik tilnærming som gjennomførbar.

For å kunne sammenligne situasjonen til personer som har BPA med situasjonen til de som ikke har, har vi i stedet tatt utgangspunkt i den situasjonen personene var i før de fikk BPA, og deres vurdering av hvordan de tror situasjonen ville vært dersom de ikke hadde hatt BPA, men et hypotetisk tradisjonelt tjenestetilbud. Det er flere utfordringer knyttet til å sammenligne en "før" og "nå"-situasjon. Ett forhold er at det kan være vanskelig for respondentene å huske situasjonen slik den var tidligere. Det kan også være skjedd endringer i livssituasjonen eller helsesituasjonen til den enkelte som forklarer endringer i bruk av tjenester, samt arbeidsdeltakelse og samfunnsdeltakelse etc. Vi har i undersøkelsen lagt vekt på å kartlegge hvilke endringer i helse- og sosialsituasjon som har skjedd i perioden etter at personene fikk BPA og som kan påvirke bruk av tjenester.

Viktige effekter er anslått på bakgrunn av respondentenes egne vurderinger av hvordan de tror yrkesdeltakelse og andre forhold ville vært dersom de ikke hadde hatt BPA.

Hva som ville være et tradisjonelt tjenestetilbud, og kostnadene ved det, er dessuten drøftet med utgangspunkt i konstruerte case, der vi skisserer det tjenestetilbud de kunne ha fått dersom vedkommende ikke hadde hatt adgang til BPA.



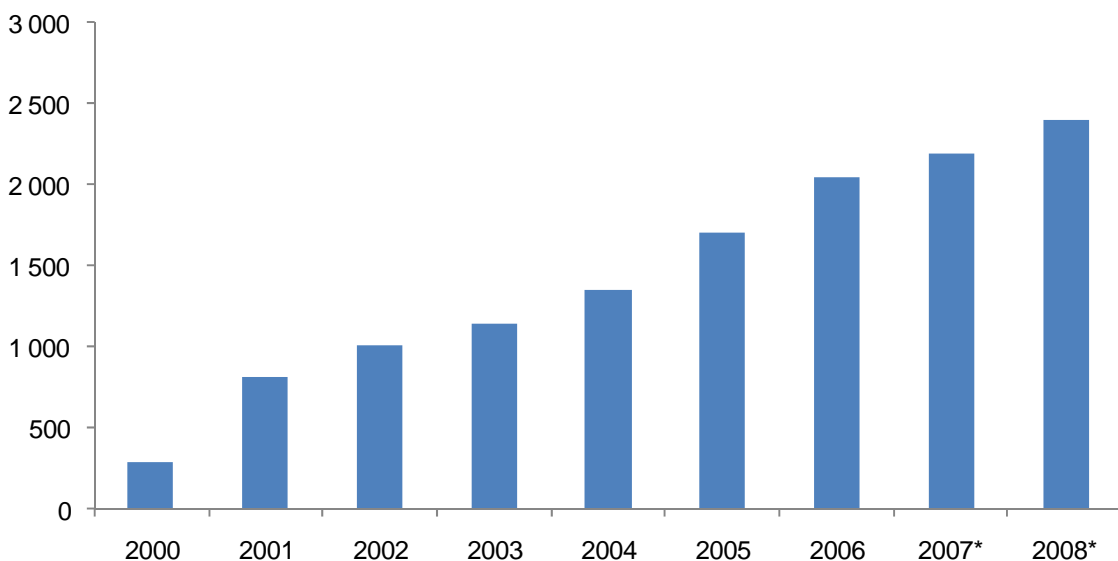
## 2 Brukerstyrt/Borgerstyrt personlig assistanse

Vi redegjør i dette kapitlet for en del nøkkeltall om utbredelsen av BPA og andre måter å dekke assistansebehov på.

### Utvikling over tid

SSBs Kostra-statistikk gir data for antall BPA-arbeidsledere i landets kommuner. Det har vært en betydelig vekst i antall personer som benytter BPA. Vi anslår at det i 2008 var om lag 2400 personer som har BPA. Det har også vært en økning i antall kommuner som har personer som benytter BPA. I 2005 benyttet ca  $\frac{3}{4}$  av kommunene ordningen, mot  $\frac{1}{4}$  i 2000<sup>3</sup>. Hvordan denne andelen har utviklet seg etter 2006 er vanskelig å anslå, fordi det synes som om kvaliteten på rapporteringen fra kommunene til KOSTRA er blitt svekket i 2007 og 2008. Det er en klar nedgang i antall kommuner som har rapportert tall for innbyggere med BPA i disse årene sammenlignet med 2006. Dette kan ha sammenheng med overgangen til IPLOS, som er et helt nytt og langt mer detaljert system for å registrere tjenestebruken. Vi har derfor gjort en beregning av antall personer med BPA i 2007 og 2008 ved å forutsette samme prosentvise vekst i antall personer med BPA siden 2006 for landet sett under ett som i de kommunene som faktisk rapporterte data i 2008. Vårt tall for 2008 må derfor ses som et usikkert anslag.

Figur 2.1 Antall personer med BPA



Kilde: KOSTRA fram til 2006. Etter 2008 er det en nedgang i antall kommuner som har rapportert antall personer med BPA i KOSTRA. Beregnede tall for 2007 og 2008 er basert på den prosentvise veksten siden 2006 i antall med BPA i de kommunene som rapporterte tall for 2008.

### Andre tjenester i tillegg til BPA

Vi har fått gjennomført en spesialkjøring fra SSBs IPLOS-statistikk for antall personer med BPA i 2008 og som var yngre enn 67 år, jf Tabell 2.1. Tabellen viser antall

<sup>3</sup> Kilde: Høringsnotatet om sterkere rettighetsfesting av BPA fra Helse og omsorgsdepartementet, datert 29/6-2007.

personer med BPA i grupper med ulikt antall BPA-timer per uke, og hvor mye disse BPA-arbeidslederne mottok av andre kommunale pleie- og omsorgstjenester.

*Tabell 2.1      Antall personer med BPA under 67 år i 2008 og disses bruk av ulike kommunale tjenester målt i timer per uke*

Personer med BPA			Gjennomsnittlig antall timer per uke						
BPA-timer per uke	Antall	Andel <sup>1)</sup>	BPA	Hjemme- sykepleie	Praktisk bistand	Dagsenter	Avlastning utenfor inst.	Støtte- kontakt	Omsorgs- lønn
Inntil 15	708	36 %	9	3,2	1,2	0,5	0,3	0,6	0,8
15-30	593	30 %	20	4,3	1,5	0,3	1,1	0,6	1,8
30-45	286	15 %	36	5,2	2,3	0,7	1,3	0,6	1,9
45-70	181	9 %	55	6,4	1,7	1,1	1,0	0,6	1,6
70-100	95	5 %	82	10,2	1,4	1,1	:	:	2,4
100-130	36	2 %	111	4,3	1,6	3,0	:	:	:
130 og mer	65	3 %	158	4,3	0,5	:	:	:	:
Uoppgitt	135			4,7	2,3	0,3	0,4	0,4	1,1
I alt	2 099	100 %	31	4,5	1,5	0,6	0,7	0,5	1,4

Note: <sup>1)</sup> Andel av dem med oppgitt timetall for BPA. Kilde: SSB, IPLOS spesialkjøring. : betyr at det er for få observasjoner til at SSB vil publisere tall.

### Fordelingen av BPA-timene

I gjennomsnitt hadde personene 31 timer BPA per uke i 2008 ifølge SSBs statistikk.

2008-tallet for antall personer med BPA under 67 år ifølge denne tabellen er noe lavere enn vårt anslag for alle personer med BPA. Det trenger ikke bety at 2008-tallet i Figur 2.1 er feil. For det første er det et ukjent antall kommuner som ikke er registrert i IPLOS med tall for personer med BPA, som følge av mangelfull rapportering. Dessuten referer tallene i Tabell 2.1 seg til personer under 67 år, mens Figur 2.1 omfatter alle aldersgrupper.

Det framgår av Tabell 2.1 at de som har BPA også benytter en del andre tradisjonelle tjenester . I gjennomsnitt har hver person med BPA omtrent 6 timer hjemmesykepleie og praktisk bistand per uke, hvorav mesteparten er hjemmesykepleie. I gjennomsnitt benytter BPA-arbeidsledere lite av andre tjenester.

Omfanget av tradisjonelle tjenester varierer mye avhengig av hvor mange BPA-timer arbeidslederne har per uke. Omfanget av andre tjenester er særlig høyt blant personer med 70-100 timer BPA per uke, mens det er klart lavere både blant dem som har få BPA-timer per uke og blant dem som har svært mange BPA-timer per uke. Det er særlig variasjonene i behovet for hjemmesykepleie som er viktig for denne tendensen. De som har 70-100 timer BPA per uke har i gjennomsnitt omtrent 3 ganger flere timer hjemmesykepleie per uke enn de som har mindre enn 15 timer BPA ukentlig.

Selv om det er en høy andel av folk med relativt få timer BPA per uke, er det de arbeidslederne som har mange timer BPA per uke som står for størsteparten av det samlede tallet BPA-timer. Den drøye tredjedelen av personene med BPA som hadde mindre enn 15 BPA-timer per uke, sto imidlertid bare for 10 prosent av de tildelte



timene. Det er de som er tildelt flest timer per uke som også står for den største andelen av alle BPA-timene.

De 5 prosent av personene som benytter 100 timer eller mer BPA per uke, benytter omtrent  $\frac{1}{4}$  av de tildelte timene, jf. Tabell 2.2.

*Tabell 2.2      Andel av personene med BPA og av tildelte timer fordelt på personer i ulike intervaller for tildelte timer per uke. Prosent av sum personer og prosent av sum tildelte timer*

Tildelte timer per uke	Andel av personene	Andel av BPA-timene
Inntil 15	36 %	10 %
15-30	30 %	20 %
30-45	15 %	17 %
45-70	9 %	16 %
70-100	5 %	13 %
100-130	2 %	7 %
130 og mer	3 %	17 %
I alt	100 %	100 %

Kilde: SSB/IPLOS.

### **Aldersfordeling**

Aldersfordelingen blant personer med BPA som selv var arbeidsleder og blant barn med BPA, er vist i tabellene nedenfor. Ifølge disse tallene er personene med assistansebehov relativt jevnt spredt på ulike aldersgrupper.

*Tabell 2.3      Aldersfordeling blant personer med BPA som selv er arbeidsleder*

	Prosent
Under 20 år	4 %
20-29 år	15 %
30-39 år	20 %
40-49 år	24 %
50-59 år	21 %
Over 60 år	16 %
I alt	100 %
N	341

Kilde: Spørreundersøkelsen

*Tabell 2.4      Aldersfordeling blant barn med BPA*

	Prosent
2-5 år	4 %
6-10 år	27 %
11-15 år	53 %
16-18 år	16 %
Total	100 %
N	51

Kilde: Spørreundersøkelsen

## 3 Tidligere undersøkelser

### 3.1 Østlandsforskning/Høgskolen på Lillehammer

Det er gjennomført en rekke undersøkelser av BPA av forskere med tilknytning til Høgskolen på Lillehammer. Andersen (2006) oppsummerer mye av denne forskningen, som er basert mye på spørreundersøkelser mot BPA-arbeidsledere og andre.

Ifølge Andersen m fl (2006) er BPA en ”ordning med egenskaper og kvaliteter som i stor grad tilfredsstiller brukernes forventninger og krav”, og belegger dette med en rekke referanser.

Å kunne velge ut egne assistenter, å få forutsigbarhet med hensyn til når assistansen kommer synes å være de aller viktigste kjennetegnene ved BPA som verdsettes av funksjonshemmede med assistansebehov. Nesten like viktig er at BPA innebærer få hjelpepersoner, fleksibilitet og mulighet til å leve et aktivt liv.

En undersøkelse fra 1996 viser at avhengigheten av uformell hjelp slik funksjonshemmede selv vurderer det, gikk kraftig ned etter at de fikk BPA (Andersen, m fl, 2006). Avhengigheten ble mest redusert for BPA-arbeidsledere med flest timer. En del av økningen i assistansetimene kan dermed forklares ved at BPA erstatter privat og ulønnet assistanse.

Det ble tidlig i forsøket med BPA på 1990-tallet klart at etableringen av tilbudet i de fleste tilfeller innebar en utvidelse av tilbudet.<sup>4</sup> Et spørsmål er således om BPA bare innebærer en alternativ organisering eller om det betyr økt tjenesteomfang.

I 1996 oppgav 85 prosent av BPA-arbeidslederne at de hadde fått økt sitt totale tilbud etter at de fikk BPA, mens tallet var økt til 90 prosent i 2002. Andelen av kommunene som i Andersen m fl sine undersøkelser angir at personer med BPA har fått flere timer med BPA enn de fikk tidligere, har over tid ligget på 60 prosent.

Andersen (2006) viser i sitt kapittel 4 utbredelsen av ulike tjenester før og etter BPA i 2002, jf. Tabell 3.1.

---

<sup>4</sup> Andersen m fl (2006), kapittel 3.

Tabell 3.1      *Utbredelse av ulike tjenester før og etter BPA i 2002 (flere svar mulig)*

Tjeneste i tillegg til BPA	Prosent av BPA-brukerne	
	Før BPA	Etter BPA
Hjemmehjelp	52	19
Hjemmesykepleie	44	42
Støttekontakt	35	14
Nattjeneste	14	21
Omsorgslønn, avlastning mv.	9	8
Institusjon	10	0
Annet	20	15
Antall personer som har svart	325	380

Kilde: Andersen m fl (2006), kap 4.

Ifølge resultatene er det en klar nedgang i omfanget av hjemmehjelp etter BPA (fra ca 50 prosent til ca 20 prosent), mens omfanget av hjemmesykepleie ble lite endret. Det var heller ingen merkbar endring i bruken av omsorgslønn og avlastning. Tjenester som fikk redusert utbredelse etter BPA var særlig støttekontakt og institusjon.

Andersen m fl registrerer at det over tid var en tendens til at en noe større andel av personene med BPA har BPA som eneste hjelpetilbud (økning fra 26 prosent i 1996 til 33 prosent i 2002). Det er likevel klart at de fleste BPA-arbeidsledere benytter andre tjenester i tillegg.

Ifølge den samme undersøkelsen reduseres antall timer hjemmehjelp per uke fra 6 til 5, mens antall timer hjemmesykepleie reduseres fra 13 til 7 i gjennomsnitt. Man finner imidlertid en økning i gjennomsnittlig antall besøk for nattjeneste (fra 7 til 9 per uke) timer innenfor "andre hjelpeordninger". Samlet sett tyder ikke disse dataene fra 2002 på at gjennomsnittlig timetall av andre tjenester går særlig ned når personer begynner å benytte BPA.

Total økning i samlet timetall (inkludert BPA) for de som benyttet kommunalt tilbud før de tok i bruk BPA, var i gjennomsnitt 20 timer per uke<sup>5</sup>. I undersøkelsen fra 2002 ble folk med BPA spurt om hvorfor assistansetimetallet ble økt ved igangsetting av BPA. Nesten 40 prosent angav at årsaken til økningen var endret helse- eller livssituasjon<sup>6</sup>. Drøyt ¼ av personene med BPA har angitt at økningen av timetallet har sammenheng med etableringen av BPA-ordningen. Videre var det ¼ som angir "andre årsaker" til økningen. Hvis vi grovt anslår at bidraget fra BPA-ordningen til økt timetall er 25 prosent, gir det et bidrag til økt timetall fra ordningen på i gjennomsnitt 5 timer per uke. Forutsetter vi at denne andelen er 50 prosent, blir bidraget 10 timer per uke. Usikkerheten om størrelsen på det isolerte bidraget fra BPA på timetallet er stor.

Ut fra dette synes klart at innføring av BPA har gitt noe større tildeling av timer enn tidligere. Et spørsmål er om denne situasjonen gjelder fremdeles. Den sammenhengen som omtales over kan gjenspeile at BPA ble innført i en situasjon der prioriteringen av

---

<sup>5</sup> Andersen m fl, kap 4.

<sup>6</sup> Andersen m fl (2006), kapittel 7.

funksjonshemmede ble styrket, og at respondentene ville fått økt tjenestetilbud i form av ordinære pleie og omsorgstjenester også, om det var slike tjenester de var blitt tildelt.

Også svenske undersøkelser viser at hjelpetilbudet har en tendens til å øke når BPA innføres, jf. referanser i Andersen m.fl. (2006).

## 3.2 Svenske undersøkelser

I Sverige har det over flere år vært gjennomført analyser av effektene av den svenske BPA-ordningen. I Sverige finansierer kommunen de første 20 uketimer BPA for en person, mens personer med behov for mer enn 20 uketimer får statlig finansiering for timene utover 20 uketimer. Det har vært en sterk vekst i antall BPA-arbeidsledere og i utgifter til BPA i Sverige, noe som har vært bakgrunnen for utredningene.

Omfanget av BPA er av en annen karakter i Sverige enn i Norge, både med hensyn til antall personer og hvor mange timer den enkelte får tildelt. Sverige har 1,7 personer med BPA per 1.000 innbyggere, mens dette tallet for Norge er drøyt 0,5<sup>7</sup>. Svensker med BPA får dessuten i gjennomsnitt langt flere assistansetimer enn det som er tilfellet i Norge (i gjennomsnitt 107 timer i Sverige mot 31 timer i Norge).

Det ble i 2008 gjennomført en omfattende svensk utredning om endringer i lovverket som regulerer ordningene med personlig assistanse i Sverige (SOU, 2008). En av utredningens konklusjoner er at man anser at ordningen med personlig assistanse i Sverige forsvarer kostnadene. Konklusjonen er dels basert på en vurdering av den bedringen i livskvalitet det å ha personlig assistanse gir. Man mener imidlertid også at personlig assistanse er kostnadseffektiv sammenlignet med tilgjengelige alternative tilbud. Det vises til beregninger i Sosialstyrelsen (2008).

I Sosialstyrelsen (2008) drøfter effekter og kostnader ved BPA nærmere i et samfunnsøkonomisk perspektiv. Noen konklusjoner fra utredningen er:

- Det har vært en fordobling i antall personer med BPA i den statlige ordningen LASS (dvs. personer med mer enn 20 timer BPA i uken) fra 1994 til 2006. En viktig kilde til økningen er økningen i antall personer med BPA som er over 65 år.
- Personlig assistanse innebærer store forbedringer for funksjonshemmede og deres nære familie.
- BPA er en kostnadseffektiv måte å gi assistanse til mange med omfattende funksjonsnedsettelse. Alternative tilbud medfører høye kostnader, ettersom det er store omsorgsbehov som skal tilgodeses. Om natten koster imidlertid BPA mer enn tjenester der personellet kan gi assistanse til flere personer (f.eks. boenheter med bemanning).
- BPA er sjelden tilstrekkelig til å få arbeidsløse funksjonshemmede inn på arbeidsmarkedet.
- **Effekter av BPA for barn og barnas familie.** Familiemedlemmer har redusert bruken av ulike ordninger som avlastning, korttidsopphold på institusjon og hjemmetjeneste. Foreldre til barn med BPA har lønnsinntekter i større grad enn andre foreldre, noe som kan tyde på en effekt av BPA på yrkesaktiviteten.

---

<sup>7</sup> Sverige hadde i 2008 15.250 personer med BPA . Kilde: SOU (2008).

Foreldre til barn med BPA (LASS) har i mindre grad enn foreldre med funksjonshemmede barn uten BPA ifølge LASS sykepenger, bostøtte og ledighetstrygd. Undersøkelser tyder klart på bedre livskvalitet og helse. Før BPA i Sverige lå mange sterkt funksjonshemmede barn på pleiehjem eller lignende. En del barn oppholdt seg lange perioder på sykehus, ofte pga vansker med å få en fungerende avløsning i hjemmet. Nå er dette endret.

- **Effekter av BPA for voksne.** Ifølge Socialstyrelsen (2008) hadde personer i målgruppen for BPA tidligere hjemmetjenester, egne boliger og fikk assistanse av familien. Dagens BPA-arbeidsledere anser at den kommunale hjelpen de fikk tidligere ikke var tilstrekkelig til fritid og sosiale aktiviteter, og at man derfor avsto fra dem. Undersøkelser blant dem som i dag har BPA tyder på at BPA har gitt bedret livskvalitet. Assistansereformen i 1994 førte til at mens 20 prosent bodde i egen bolig før reformen, var andelen økt til 60 prosent i 2005. Ansettelser av familiemedlemmer som assistenter, avlastning og hjemmetjeneste hadde i prinsippet blitt avvirket for gruppen i 2005. Ifølge rapporten kan deler av reduksjonen i hjemmetjenester ses som en konsekvens av økt bruk av personlig assistanse. Intervjupersonene i en studie oppgav også at de anså at assistansen hadde en meget positiv effekt på deres helsetilstand, og at de hadde mindre behov for sykehusinnleggelse enn før.

Den svenske utredningen drøfter BPA i forhold til andre innsatser overfor funksjonshemmede. Det fins få studier av effekter av andre innsatser enn BPA. Tjenester til personer som bor i fellesboliger eller lignende kan bli rimeligere enn BPA siden assistansen da kan gis til flere personer samtidig. Den opplevde kvaliteten ved assistansen kan imidlertid bli lavere i slike tilbud enn ved personlig assistanse.

### 3.3 Utredninger i regi av kommuner

I Norge er det de siste par årene gjennomført to utredninger som er relevante for denne rapporten. Den ene er en utredning i regi av "12-kommunesamarbeidet" i Vestfold fra 2007 (12k, 2007) og den andre er en undersøkelse fra Vestregionen i 2009 (Vestregionen, 2009).

#### 12k (2007)

Rapporten inneholder en del nøkkeldata for bruk og kostnader ved BPA. Undersøkelsen baseres på omtrent 80 personer med BPA i de 12 kommunene per mai 2007. Av disse hadde en høy andel (63 personer) andre tjenester, særlig utbredt var hjemmesykepleie.

I rapporten går man gjennom en del kostnadsdata. Kostnadene beregnes med utgangspunkt i ULOBAs timesats (286 kr i 2007), uansett om det er kommunen eller ULOBA som er arbeidsgiver. Dette er basert på resultatene i Econ-rapport 2003-076 som konkluderte med at det var små forskjeller i timekostnaden for BPA i kommunen og ULOBAs timepris.

Rapporten anslår at BPA-ordningen koster knapt 600.000 kroner per år med et bistandsbehov på 38 timer per uke, drøyt 1 million kroner per år ved 70 timer BPA per uke, og 2,5 millioner kroner per år ved BPA inntil 24 timer i døgnet. Kostnadene ved andre tjenester som disse personene benytter er da ikke regnet med.

Som sammenligning benytter man gjennomsnittlig pris per sykehjemsplass i kommunegruppe 13 i KOSTRA på kr 590.000 kroner per år (tall for 2007).

I rapporten vurderes det at kommunene er blitt mer restriktive i tildelingen enn de var i oppstartfasen av BPA.

Alternativet til heldøgns BPA kan være tilrettelagte og samlokaliserte boliger med felles grunnbemanning. Hovedmomenter synes å være lavere kostnader, bedre arbeidsmiljø og mer innsyn fra kommunens side.

Ifølge rapporten er 60 prosent av de kommunalt ansatte assistentene i de kommunene som undersøkes midlertidig ansatt i over 6 mnd. De har derfor i stor grad samme rettigheter som fast ansatte. 35 prosent av assistentene er fast ansatte i kommunen. Ifølge rapporten arbeider drøyt 50 prosent av assistentene mindre enn 14 timer per uke. Det er høy turnover blant assistentene.

Kommunene anser at BPA er bra for funksjonshemmede med assistansebehov, særlig til familier med funksjonshemmet forelder. Personer med assistansebehov er blitt langt mer fornøyde enn tidligere. Før var det mange som var misfornøyde på grunn av liten forutsigbarhet og mange personer å forholde seg til, ifølge rapporten.

### **Vestregionen (2009)**

Undersøkelsen baserer seg på en spørreundersøkelse mot kommunene i Vestregionen og i ASSS-kommunene<sup>8</sup>. Materialet er basert materiale fra 19 av 21 inviterte kommuner.

Kostnadene til BPA per innbygger varierer mye, fra 30 kroner (Hurum) til 500 kroner (Lier). De fleste kommunene bruker mellom 150 og 250 kroner per innbygger på BPA-ordningen. Per person med BPA er variasjonene enda større. Lier har 1,4 mill kroner per person med BPA, mens de fleste kommunene har utgifter mellom 300 og 500 tusen per person med BPA. Lier tildeler mange BPA-timer til et lite antall personer (93 timer per uke i gjennomsnitt). Asker har flere BPA-arbeidsledere (relativt til befolkningen), men tildeler langt færre timer per person.

---

<sup>8</sup> Et nettverkssamarbeid mellom de 10 største kommunene i landet.





## 4 Hovedresultater fra intervju og spørreundersøkelser

Vi redegjør her kort for hva vi så langt anser å være de viktigste resultatene vi mener vi kan trekke ut av spørreundersøkelsene, kombinert med funn i andre analyser. Vi konsentrerer oss om effekter av at funksjonshemmede benytter BPA som vi senere kan drøfte i et samfunnsøkonomisk perspektiv. Det vil si forhold som:

- Effekter på helse og trivsel blant BPA-arbeidsledere og deres nære familie
- Effekter på yrkesaktivitet blant BPA-arbeidsledere og deres nære familie nå og i framtiden
- Effekter på behovet for andre offentlige tjenester og bistand fra familie/venner

Foruten data presentert i kapittel 2, bygger omtalen på resultatene fra spørreundersøkelsene, som er dokumentert i vedlegg 1-3. Lesere som vil gå nærmere inn i resultatene, henvises til vedleggene.

### 4.1 Undersøkelsen mot voksne BPA-arbeidsledere

Et hovedinntrykk er at de fleste BPA-arbeidslederne (voksne med BPA) får relativt få timer BPA per uke (drøyt 30 timer ifølge SSBs tall, knapt 45 timer blant dem som har besvart spørreundersøkelsen). Ifølge spørreundersøkelsen er timetallet omtrent det samme for voksne som for barn med BPA. Et høyere timetall i spørreundersøkelsen kan reflektere at ULOBAs medlemmer har større assistansebehov enn den gjennomsnittlige personen som benytter BPA.

BPA må først og fremst ses som en ordning rettet mot dem som har store assistansebehov. Dette er personer som trenger assistanse til personlig hygiene og ved måltider, og andre ”grunnleggende” aktiviteter i dagliglivet. I alminnelighet vil disse ha flere timer enn andre. Vi velger ut fra dette å fokusere på personer som har minst 20 timer BPA per uke. I spørreundersøkelsen mot arbeidsledere som selv har assistansebehov var det 60 prosent av personene som hadde 20 timer eller mer BPA per uke.

Drøyt halvparten av BPA-arbeidslederne med minst 20 timer per uke mener de får tilstrekkelig med BPA-timer i dag, mens 1/3 mener de får for lite (resten er usikre). Nesten alle benytter BPA på dagtid og 90 prosent benytter også BPA på kvelden. En tredjedel bruker BPA-timer også om natten<sup>9</sup>.

#### Trivsel og helse

BPA-arbeidslederne er ganske entydige i å mene at livet deres er blitt bedre med BPA. 9 av 10 sier at BPA har *stor betydning* for hvor godt de har det i hverdagen. Noe lavere, men likevel høye, andeler svarer like positivt når det gjelder muligheten til å delta i familieliv, egen helse og for de nærmestes helse og livskvalitet. Dette er ikke oppsiktsvekkende, og bekrefter resultater som er funnet i tidligere undersøkelser både i Norge og i Sverige.

---

<sup>9</sup> Nesten ingen av dem som har mindre enn 20 timer BPA per uke har BPA om natten.

Mange BPA-arbeidsledere har ligget på sykehus de siste årene. To av tre respondenter svarer at de har vært innlagt på sykehus i 2005 eller senere. En av fem respondenter svarer at de mener at det at de nå benytter BPA har ført til at de har mindre behov for å ligge på sykehus enn før, mens 2/3 ikke anser at det er noen endring i dette behovet. Antall døgn på sykehus som respondentene oppgir, økte fra 2005 til 2006, men har deretter vært i nedgang. Tallene for 2008 og 2009 kan synes å peke i retning av færre sykehusdager over tid for denne gruppen. Som følge av at dataene er samlet inn retrospektivt, må de selvsagt tolkes med forsiktighet.

Fra 35 til 50 prosent svarer at BPA også gir mindre behov for tjenester som lege, psykolog og fysioterapi.

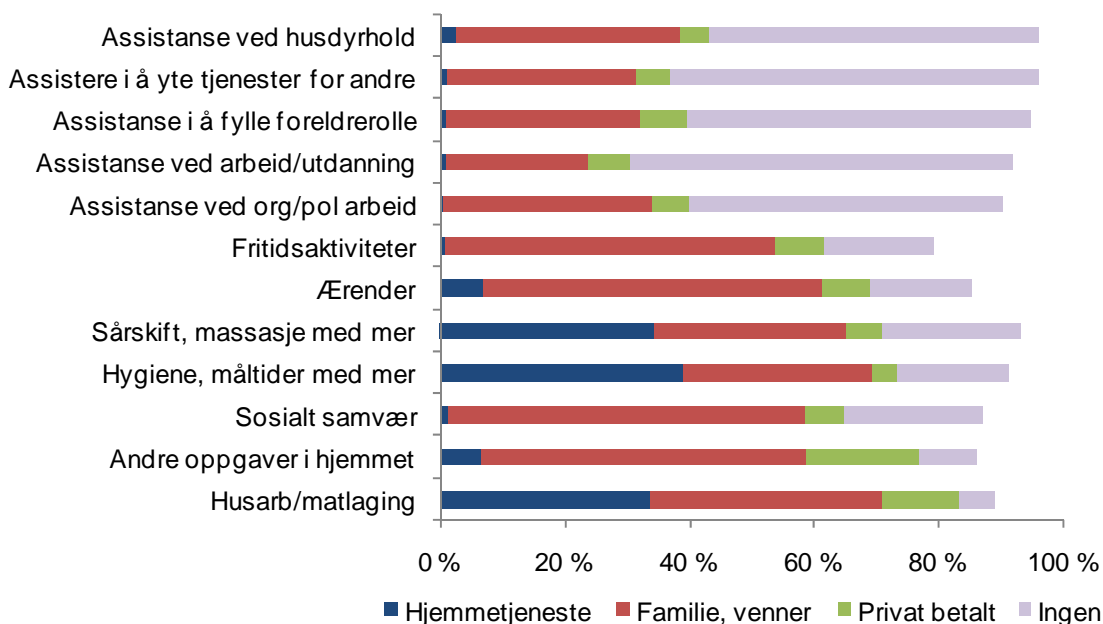
### **Behov for andre tjenester**

BPA-arbeidslederne mener at det at de har BPA gjør at de har mindre behov for tradisjonelle tjenester enn de ellers ville hatt. Seksti prosent sier de trenger mindre hjemmehjelp og hjemmesykepleie med BPA. Mellom 15 og 25 prosent sier de trenger mindre *avlastning* enn uten BPA. Tre fjerdedeler sier de trenger mindre *bistand fra familie og venner* og omtrent halvparten rapporterer at de i mindre grad trenger *tjenester de betaler for selv*.

Hvor stort omfanget av redusert behov for offentlige og private tjenester og ubetalt bistand fra nærstående er, er selvsagt vanskelig å tallfeste. Spørreundersøkelsen gir et visst grunnlag for å nærme seg tallanslag. Uansett, enten det er private eller offentlige, betalte eller ubetalte, tjenester som det trengs mindre av ved BPA, representerer dette samfunnsøkonomiske kostnadsbesparelser som bør komme til fratrekk når man vurderer hva den samfunnsøkonomiske kostnaden ved BPA er.

Vi har spurt BPA-arbeidslederne om hvem som ville assistert dem med ulike tjenester dersom de ikke hadde fått BPA, men et alternativt tilbud som de anser realistisk. Ett av svaralternativene for hvem som alternativt ville utført oppgavene er "Ingen", dvs at denne oppgaven ikke, eller i langt mindre omfang, blir utført dersom personen ikke lenger skulle benyttet BPA. Svarene er oppsummert i Figur 4.1.

Figur 4.1 Hypotetisk situasjon uten BPA men et alternativt tilbud BPA-arbeidslederen anser realistisk. Hvem ville da utført ulike oppgaver assistentene utfører med BPA? Prosent av respondentene som har krysset av. Mulighet til å sette flere kryss



Kilde: Spørreundersøkelsen

Respondentene angir at assistanse ved fritidsaktiviteter, ærender, sosialt samvær og lignende aktiviteter i stor grad vil bli overtatt av familie og venner. Også mye assistanse ved husarbeid vil bli overtatt av familie og venner, ifølge svarene i spørreundersøkelsen.

Gjøremål som hygiene og assistanse ved måltider anses i stor grad å bli overtatt av hjemmetjenesten, men også i ikke ubetydelig grad av familie og venner.

Men oppgaver som assistanse på fritiden, ved organisasjonsarbeid, kulturaktiviteter, assistanse i å fylle foreldrerolle med mer, er oppgaver som uten BPA i liten grad ser ut til å bli dekket av noen dersom personen ikke har BPA, ifølge disse resultatene.

## Bosituasjon

Spørreundersøkelsen viser at det er langt flere som bor i egen bolig nå enn før de fikk BPA, og langt færre som bor sammen med foreldrene. Andelen som bor i egen bolig er steget fra omtrent 60 prosent før vedkommende tok i bruk BPA til 80 prosent nå. Det er blant de som bor alene, at økningen i tilbøyeligheten til å bo i egen bolig er steget sammenlignet med situasjonen før BPA. Endringene kan komme av flere forhold, ikke minst det at respondentene blir eldre, noe som i seg selv må antas å øke sannsynligheten til at vedkommende bor for seg selv og ikke lenger sammen med foreldrene. Respondentene ble imidlertid også spurt om hva de anså at bidraget fra BPA var til at de eventuelt hadde endret bosituasjon. Knappt 40 prosent av respondentene svarte da at de anså at BPA var utslagsgivende for at de hadde endret bosituasjonen sin i forhold til situasjonen før de tok i bruk BPA.

Få oppgir at de bodde i omsorgsbolig eller på institusjon før BPA. Over halvparten bodde før BPA i eget hjem med hjemmetjenester, ifølge spørreundersøkelsen.

## Arbeid/utdanning

### *BPA-arbeidsledere*

Drøyt ¼ av BPA-arbeidslederne er i ordinært arbeid, mens halvparten ikke er i noen form for arbeid eller utdanning. Blant dem som er i arbeid, arbeidsmarkedstiltak, vernet arbeid eller utdanning, oppgir omtrent 45 prosent at de deltar på heltid.

Omtrent halvparten av BPA-arbeidslederne som er i arbeid, på tiltak eller i utdanning, anser at BPA bidro til at dette skjedde, uten at vi har noe grunnlag for å si hvor stort bidraget fra BPA har vært.

Av de ca 70 respondentene i utvalget som var i en eller annen form for arbeid eller utdanning, svarte 2/3 at de dersom de ikke hadde benyttet BPA men et alternativt tilbud, ville de ikke vært i arbeid eller utdanning, mens 1/3 svarte at de da ville ha arbeidet/studert mindre.

Blant dem som svarte at de sto helt utenfor arbeid/utdanning, svarte 1/5 at de trodde de på sikt hadde mulighet til å komme inn i arbeidslivet, og 1/6 at de trodde at BPA ville bidra til å øke sjansene til at de ville komme i arbeid på sikt.

Ut fra respondentenes egenvurdering spiller BPA altså en ikke ubetydelig rolle for at de kan ha et arbeid i dag og i framtiden. Økt yrkesaktivitet i ordinære jobber er effekter som kommer på plussiden i en samfunnsøkonomisk analyse. Det samme gjelder økt tilbøyelighet til å ta utdanning i den grad utdanning gir høyere lønn eller økt sannsynlighet til å ha arbeid i framtiden.

### *BPA-arbeidsledernes nærmeste familie*

En hypotese er at BPA avlaster familien såpass mye at flere familiemedlemmer vil kunne øke sin deltakelse i arbeidsmarkedet. Økt arbeid gir verdiskaping, noe som skal med på nyttesiden i en samfunnsøkonomisk analyse. Hva kan resultatene fra spørreundersøkelsen si om dette spørsmålet? Vi får noen svar i Tabell 4.1.

*Tabell 4.1 Hvilke av dine nærmeste anser du deltar mer i arbeidslivet fordi de avlastes ved at du har BPA, og hvor mye tror du disse ville økt sin arbeidstid? Personer med minst 20 timer BPA per uke*

	Andel som svarer at ulike familiemedlemmer arbeider mer pga at respondenten får BPA	Økt arbeidstid for dem respondenten angir arbeider mer pga BPA. Timer per uke.
Ektefelle/samboer	24 %	21,8
Far	18 %	17,0
Mor	30 %	20,2
Søsken	15 %	12,0
Barn	11 %	18,6
Andre nærstående	8 %	15,6
N	193	

Kilde: Spørreundersøkelsen

Hovedinntrykket er at mange arbeidsledere mener at BPA fører til at nære familiemedlemmer avlastes så mye fra ulønnet arbeid/assistanse at de vil delta mer i lønnet

arbeid eller utdanning. Omtrent  $\frac{1}{4}$  mener at ektefelle/samboer arbeider mer som følge av BPA. Det er litt varierende andeler for henholdsvis far, mor, søsken og barn. Andelen som mener at mor jobber mer er høyere enn for de andre familiemedlemmene og må antas å reflektere at mødre gjennomgående står for den største delen av den ubetalte assistansen i en situasjon uten BPA.

BPA-arbeidslederne antar at de familiemedlemmene de antar jobber mer pga BPA, vil øke arbeidsinnsatsen sin med mellom 15 og 20 timer per uke.

Økt arbeidsinnsats fra nær familie er en samfunnsøkonomisk gevinst som skal inkluderes i en samfunnsøkonomisk analyse.

## 4.2 Undersøkelsen mot foreldre til barn med BPA

Gjennomsnittlig antall timer BPA per person er omtrent det samme for barna i denne undersøkelsen som for de voksne arbeidslederne som selv har assistansebehov (ca 45 timer BPA per uke). Fordelingen av timene ligner for øvrig fordelingen for voksne. Det er imidlertid en høyere andel av barna som benytter BPA om natten enn det er for voksne (47 prosent mot 33 prosent).

Det er mor som svarer på skjemaet mot foreldre i 85 prosent av tilfellene.

### Andre tjenester

Vi finner de samme tendensene til at respondentene anser at BPA avlaster hjemme-tjenester, som vi fant i undersøkelsen mot voksne funksjonshemmede med BPA.

Også foreldrene til barn med BPA ble spurt om hvem de tror ville utført de ulike assistanseoppgavene dersom barnet ikke hadde hatt BPA, men et annet tilbud de anså som realistisk. Hovedbildet er mye av det samme som i spørreundersøkelsen mot voksne BPA-arbeidsledere, men med unntak av at det var færre som svarte at det var mange oppgaver som ikke ville blitt utført. Dette var oppgaver som i fravær av BPA ville blitt utført av foreldrene, ifølge respondentene. I noen grad antok respondentene at oppgaver som hygiene, påkledning mv og helserelatert omsorg ville blitt gjort av den kommunale hjemmetjenesten.

Foreldrene antok at BPA gav redusert behov for tjenester som lege, psykolog og fysioterapi og også sykehusopphold (andeler fra 20 prosent for legebesøk til 40 prosent for fysioterapi).

### Yrkesaktivitet

Mer enn to av tre respondenter rapporterer at de er i ordinært arbeid, og halvparten at de arbeider eller studerer på heltid.

Det synes ikke som om BPA er viktig for at foreldrene skal være i jobb, bare 1 av 10 respondenter svarer at BPA var viktig for at de nå er i arbeid. Men 2 av 3 respondenter mener at med BPA kan de ha en større stillingsbrøk enn de ellers ville hatt. Mer enn halvparten av respondentene mener at den andre forelderens også arbeider mer som følge av BPA. Svarene er i overensstemmelse med at det er mor som har hovedansvaret for barnet, yter mest assistanse til det (i alle fall dersom det ikke har BPA), og således må redusere sin deltakelse i det ordinære arbeidsmarkedet mest i fravær av BPA.

Drøyt 2/3 av respondentene sier BPA til barnet har stor betydning for egen yrkesdeltakelse, og knapt halvparten svarer at BPA til barnet har stor betydning for den andre forelderens deltakelse i arbeid eller utdanning.

Samlet sett tyder svarene på at BPA avlaster foreldre for ubetalt assistanse til barnet, noe som fører til flere timer brukt på lønnet arbeid. Selvsagt må svarene ses i lys av at dette er ”selvrapporterte effekter” og ikke kan ses som noen fasit. Vi anser likevel resultatene som plausible og at de gir støtte til at BPA medfører samfunnsøkonomiske gevinster ved at det gjør det mulig for foreldre til barn med BPA å ta mer lønnet arbeid.

### **Trivsel**

Foreldrene til barn med BPA er enda mer positive til effektene av ordningen enn det de voksne BPA-arbeidslederne er, når det gjelder å ha et aktivt familieliv, og også for barnets trivsel. Omtrent halvparten av foreldrene med barn som har BPA mener dessuten at BPA har stor betydning for barnets fysiske helse.

### **Helse, sykdom**

Respondentene angir at de mener BPA reduserer antall fraværsdager på jobben, både sykefravær og annet fravær. Over halvparten av respondentene som har svart, sier de selv har færre sykefraværsdager som følge av BPA, og gjennomsnittlig reduksjon er 19 sykefraværsdager per år.

## **4.3 Undersøkelsen mot personlige assistenter**

De fleste assistentene i utvalget var mellom 20 og 30 år gamle, med avtakende antall med alderen. Nesten ingen av assistentene var over 60 år gamle. Åtte av 10 respondenter på assistentundersøkelsen er kvinner. En del assistenter har høyere utdanning, både blant menn og kvinner. Over 4 av 10 assistenter har grunn- eller videregående skole som høyeste fullførte utdanning. To av tre er gift eller samboer, og drøyt en av tre assistenter har hjemmeboende barn.

Et særtrekk ved assistentene er at de oftest har svært lav stillingsbrøk. Fire av ti assistenter har mindre enn 30 prosents stilling, og bare en av ti har assistentyrket som heltidsjobb. En av fire har assistentjobben samtidig som han eller hun er student eller skoleelev, en av fire har en annen deltidsjobb, mens en like stor andel svarer at de har heltidsjobb i tillegg til assistentjobben. Det er stort omløp av assistenter. To av tre assistenter har arbeidet som assistent i tre år eller mindre. Nesten 50 prosent av assistentene svarer at de vurderer å slutte i jobben (en av fire har søkt ny jobb og like mange svarer at de tenker å begynne å søke ny jobb).

De aller fleste assistentene som har svart på undersøkelsen er norskspråklige. Om det kommer av at få med annet morsmål enn norsk er assistenter, eller om svarprosenten er spesielt lav blant assistenter som ikke har norsk som morsmål, vet vi ikke.

## 5 Samfunnsøkonomiske effekter av BPA

### 5.1 Innledning

I dette kapitlet beregner vi mulige samfunnsøkonomiske effekter av BPA, basert på spørreundersøkelsene. Vi kommer tilbake til beregninger for 4 ulike case i kapittel 6.

Antatt viktige samfunnsøkonomiske gevinster ved BPA-ordningen er økt velferd for funksjonshemmede og deres familier men også økt yrkesdeltakelse for funksjonshemmede og deres familier. Samfunnsøkonomiske kostnader er utgifter til assistentene. Besparelser i form av mindre behov for tradisjonelle pleie- og omsorgstjenester kommer med på plussiden i det samfunnsøkonomiske regnskapet.

Finansdepartementets veileder i samfunnsøkonomiske analyser trekker opp en del prinsipper for hvordan slike analyser bør gjennomføres (Finansdepartementet, 2005). Det skilles for det første mellom effekter som kan måles i kroner og effekter som kun kan beskrives kvalitativt eller ved hjelp av indikatorer. De rene velferdsgevinstene ved BPA i form av bedret trivsel og helse, økt kontroll med eget liv med videre, anser vi i denne rapporten å være av denne typen gevinster som ikke kan måles i kroner og øre. Reduserte helseutgifter kan i prinsippet være en måte å forsøke å tallfeste disse gevinstene på, men en slik tilnærming vil etter vår vurdering bare fange opp en begrenset del av slike helse- og velferdsgevinster. Både dybdeintervjuene og svarene på spørreundersøkelsen tilsier at funksjonshemmede selv opplever at livssituasjonen er sterkt forbedret med BPA i forhold til om de skulle hatt et tradisjonelt tjenestetilbud. Dette kunne være hjemmetjenester i eget hjem, omsorgsbolig uten bemanning, eller bemannet omsorgsbolig eller institusjon.

Andre effekter er det mulig å beregne i kroner. Den økte yrkesdeltakelsen fra funksjonshemmede og deres nære familie som BPA-ordningen muliggjør, innebærer at det utføres flere betalte timeverk i økonomien enn det ellers ville gjort. Disse timeverkene gir opphav til produksjon av varer og tjenester. Som hovedregel kan man si at den samfunnsøkonomiske verdien av disse varene og tjenestene er det befolkningen er villig til å betale for dem (Finansdepartementet, 2005). Denne verdien kan måles ved den prisen bedriftene betaler for arbeidskraften. I tråd med dette prinsippet anbefaler Finansdepartementets veileder at verdien av økt sysselsetting settes lik lønnen inkludert skatt og arbeidsgiveravgift mv. Vi benytter derfor dette prinsippet i våre analyser, og forutsetter at den såkalte kalkulasjonsprisen for verdien av et timeverk settes lik gjennomsnittlig lønnskostnad per timeverk i 2008 (SSBs nasjonalregnskap). Vi forutsetter at et timeverk har en samfunnsøkonomisk verdi på 320 kroner<sup>10</sup>. For beregning av kostnadene ved ulike pleie- og omsorgstjenester benytter vi timekostnader avledet av lønn for ulike yrkesgrupper, og der vi i tillegg legger til kostnader til arbeidsgiveravgift og til pensjonsordninger.

BPA medfører som oftest økte kostnader for det offentlige sammenlignet med et tenkt tradisjonelt tjenestetilbud. Men BPA innebærer også at behovet for andre offentlige tjenester blir mindre. Denne typen innsparinger må ses som en samfunnsøkonomisk

---

<sup>10</sup> Det nøyaktige tallet var 317 kroner i 2008. Vi avrunder i beregningene til 320 kroner.

gevinst ved BPA og må inn på ”plussiden” i regnskapet for å få et så godt bilde av de samfunnsøkonomiske effektene som mulig.

Endringer i offentlige utgifter og inntekter som følge av BPA utgjør i seg selv ikke samfunnsøkonomiske gevinster eller kostnader, men er overføringer av inntekt. Økninger i offentlig finansieringsbehov medfører imidlertid samfunnsøkonomiske kostnader. Effekten av BPA på offentlig sektors finansieringsbehov er usikker, bl.a. siden BPA ikke bare kan gi økte skatteinntekter som følge av økt sysselsetting, men også gi reduserte utgifter til arbeidsledighetstrygd, uførepensjon eller andre stønader som følge av økt yrkesaktivitet. Et eventuelt økt offentlig finansieringsbehov som følge av et tiltak (her: BPA) må før eller senere motsvares av økte skatter. Skatt utgjør en kile mellom prisen til tilbyder og prisen til den som etterspør. Den bidrar derfor til vridninger i ressursbruken og dette innebærer et effektivitetstap. Finansdepartementets veileder anbefaler å bruke en skattekostnad på 20 øre per krone for netto økt offentlig finansiering som følge av et offentlig tiltak. Som følge av at usikkerheten knyttet til effektene er såpass stor, har vi innenfor rammen av dette prosjektet ikke gjort beregninger av denne skattekostnaden.

## **5.2 Samfunnsøkonomiske gevinster av økt yrkesaktivitet**

### **5.2.1 Voksne med BPA**

#### **Egen yrkesaktivitet**

Blant de 193 voksne BPA-arbeidslederne som hadde mer enn 20 BPA-timer per uke, var det 28 prosent som svarte de var i ordinært arbeid og 15 prosent som var under utdanning. Andelen av disse som svarte de arbeidet eller studerte på heltid var 47 prosent. Av dem som var i arbeid eller utdanning svarte 2/3 at de, dersom de ikke hadde hatt BPA, trodde de da ikke ville vært i arbeid. Den siste tredjedelen svarte at de ville arbeidet/studert mindre enn i dag.

I Tabell 5.1 nedenfor presenteres forutsetninger og resultater i beregningene.



Tabell 5.1      *Redusert sysselsetting blant voksne funksjonshemmede med BPA, dersom de ikke hadde hatt BPA*

<b>A: Situasjon med BPA</b>		
Ordinært arbeid, andel	28 %	
Under utdanning, andel	15 %	
Andel heltid (arbeid/utdanning)	47 %	
<b>B: Hvis ikke BPA:</b>		
Andel ikke i arbeid/utdanning	67 %	
Andel jobbet/studert mindre	33 %	
<b>C: Forutsetninger:</b>		
Heltid , timer per uke	37,5	
Deltid, timer per uke	20	
Snitt timer per uke	28	
Forutsatt reduksjon i timer for de som svarer de vil jobbe mindre, %	50	
Lønnskostnad per timeverk, kroner	320	
Arbeidsuker per år	46	
Arbeidstimer per år	1725	
<b>D: Resultat uten BPA</b>		
Andel ikke i arbeid	19 %	(67 % av 28 %)
Andel jobbet/studert mindre	9 %	(33 % av 28 %)
<b>E: Færre timeverk utført per uke, gjennomsnitt for alle med BPA</b>		
Færre timeverk fra dem som slutter å jobbe hvis ikke BPA	5,3	
Færre timeverk fra dem som jobber mindre hvis ikke BPA	1,3	
Sum færre timeverk hvis ikke BPA	6,6	
Endret verdiskaping, kr/uke hvis ikke BPA	2 100	kr/uke
	97 000	kr/år

Kilde: Econ Pöyry, basert på spørreundersøkelsen

Linjene under A og B i tabellen er resultater rett fra spørreundersøkelsen, gjengitt i Vedlegg 1. Under punkt C angis våre forutsetninger om arbeidede timer per uke ved deltid og heltid, samt størrelsen på timeverksnedgangen blant dem som svarer at de ville arbeidet mindre enn i dag dersom de ikke hadde hatt BPA. Vi forutsetter at de som svarer at de ville redusert sin arbeidstid dersom de ikke hadde hatt BPA, ville redusert arbeidstiden med 50 prosent. Tabellen beskriver dessuten forutsetningene knyttet til timer per uke, årlig arbeidstid og lønnskostnaden per timeverk (gjennomsnitt for Norge i 2008).

Ifølge svarene fra BPA-arbeidslederne ville andelen i ordinært arbeid gått ned fra 28 prosent til 19 prosent uten BPA, og andelen som ville arbeidet eller studert mindre ville vært 9 prosent. Med våre forutsetninger får vi som resultat at nedgangen i ukentlig arbeidstid for den gjennomsnittlige BPA-arbeidsleder er 6,6 timer per uke. Dette er gjennomsnittet for alle BPA-arbeidsledere uansett om de arbeidet eller ikke i utgangspunktet. Multipliseres dette opp til årsbasis, får vi at ifølge svarene fra BPA-arbeidsledere, bidrar BPA til at hver BPA-arbeidsleder i gjennomsnitt utfører 6,6 timeverk mer per uke enn i en tenkt situasjon med et annet tjenestetilbud. Denne økte arbeidsinnsatsen har en samfunnsøkonomisk verdi på knapt 100.000 kroner per år.

### Yrkesaktiviteten blant familiemedlemmer

Vi spurte BPA-arbeidslederne om hvilke av deres nærmeste de trodde arbeider mer enn de ville gjort dersom respondenten ikke hadde hatt BPA, og hvor mye mer de trodde vedkommende arbeidet som følge av BPA. Svarene er gjengitt i Tabell 5.2.

*Tabell 5.2 Hvilke av dine nærmeste anser du deltar mer i arbeidslivet fordi de avlastes ved at du har BPA, og hvor mye øker disse arbeidstiden? Personer med minst 20 timer BPA per uke*

	Andel som svarer at ulike familiemedlemmer arbeider mer pga at respondenten får BPA	Økt arbeidstid for dem respondenten angir arbeider mer pga BPA
Ektefelle/samboer	24 %	21,8
Far	18 %	17,0
Mor	30 %	20,2
Søsken	15 %	12,0
Barn	11 %	18,6
Andre nærstående	8 %	15,6
N	193	

Kilde: Spørreundersøkelsen

Tallene tyder på at BPA-arbeidslederne mener at mange nærstående arbeider mer med BPA enn de ville gjort dersom respondenten ikke hadde hatt BPA. Tallene er gjennomsnitt for alle respondenter, uavhengig av om de har ektefelle/samboer, foreldre eller andre nærstående. På bakgrunn av denne tabellen anslår vi økt timeverksinnsats for familiemedlemmer til BPA-arbeidslederen i Tabell 5.3.

*Tabell 5.3 Effekter av BPA på arbeidsinnsats blant voksne funksjonshemmedes familiemedlemmer.*

	Andel av BPA-arbeidslederne som angir at familiemedlemmet øker arbeidstiden	Flere timer per uke for dem som øker arbeidstiden	Timer/uke bidrag
Mor	30 %	20	6,0
Far	18 %	15	2,7
Ektefelle/samboer	25 %	20	5,0
Søsken, barn	10 %	10	1,0
Sum	83 %		14,7

Kilde: Spørreundersøkelsen

Svarene tyder på at samlet arbeidsinnsats fra familiemedlemmer i gjennomsnitt øker med nesten 15 timer per uke per person med BPA, som følge av at personen har BPA. Størstedelen av økningen kommer fra mor, men også ektefelle/samboer øker sin yrkesdeltakelse betraktelig i det ordinære arbeidsmarkedet når funksjonshemmede får BPA. Med samme forutsetninger som tidligere i avsnittet kan den samfunnsøkonomiske verdien av denne økte arbeidsinnsatsen anslås til nesten 220.000 kroner pr år per BPA-arbeidsleder.

Den samlede økningen i utførte timeverk ved at en voksnen har BPA og ikke et alternativt tilbud, er oppsummert i Tabell 5.4.

*Tabell 5.4 Samfunnsøkonomisk verdi av økt arbeidsinnsats fra BPA-arbeidsleder og familiemedlemmer som følge av BPA. Basert på svar fra spørreundersøkelsen*

	Timer pr uke	Timer per år	Kroner per år
Personen selv	7	300	96 000
Familie	15	680	218 000
Sum timer	21	980	314 000

Kilde: Econ Pöyry

Beregningene gir som resultat at BPA medfører en økning i sysselsettingen på i gjennomsnitt 7 timer per uke for BPA-arbeidslederen selv og 15 timer per uke for dennes familiemedlemmer. Den samfunnsøkonomiske gevinsten av denne økte arbeidsinnsatsen tilsvarer drøyt et halvt årsverk og har med våre forutsetninger en samfunnsøkonomisk verdi på i overkant av 300.000 kroner per BPA-arbeidsleder.

## **5.2.2 Barn som har BPA**

### **Økt arbeidstid blant foreldrene**

Vi redegjør her for beregninger av endringer i foreldrenes arbeidsinnsats som følge av at barnet har BPA, basert på spørreundersøkelsen mot foreldre som er arbeidsledere for sine funksjonshemmede barn. Blant de 38 respondentene med barn som hadde minst 20 timer BPA per uke, svarte drøyt 70 prosent at de var i ordinært arbeid, mens knapt 1/5 svarte at de var hjemmeværende. Ganske få – omtrent 1 av 10 – av foreldrene som var i arbeid mente at BPA var viktig for at de var i jobb, men ganske mange – over 60 prosent – svarte at BPA bidro til at vedkommende kunne arbeide mer. Like mange av respondentene mente at dette også var tilfellet for den andre forelderen.

Basert på respondentenes svar på hvor mye de tror de ville arbeidet dersom barnet ikke hadde hatt BPA, har vi gjennomført beregninger av den samfunnsøkonomiske verdien av denne ekstra arbeidsinnsatsen. Beregningene er dokumentert i Tabell 5.5.

*Tabell 5.5 Effekter av BPA på arbeidsinnsatsen til foreldrene til funksjonshemmede barn. Basert på spørreundersøkelsen*

---

<b>Situasjon med BPA</b>	
Ordinært arbeid, andel	71 %
Under utdanning, andel	5 %
Andel heltid (arb/utd)	48 %
Antall respondenter	38
<b>Effekt av BPA</b>	
<b>Forelder 1</b>	
Antall som oppgir økt arbeidstid pga BPA	23
Gjennomsnittlig økt stillingsbrøk for disse (% av heltidsjobb)	32 %
Andel som oppgir økt arbeidstid pga BPA	61 %
Gj sn økt stillingsbrøk alle 38	19 %
Økt arbeidstid, timer per uke per uke per barn m BPA	7,3
<b>Forelder 2</b>	
Antall som oppgir økt arbeidstid	11
Gjennomsnittlig økt stillingsbrøk for disse (% av heltidsjobb)	19 %
Andel som oppgir økt arbeidstid	29 %
Økt stillingsbrøk (gj. Snitt for alle)	6 %
Økt arbeidstid, timer per uke per barn med BPA	2,1
<b>Begge foreldre</b>	
Flere timeverk per uke pga BPA, per barn med BPA	9,3
Samfunnsøkonomisk verdi, kroner per år	137 000

---

Kilde: Econ Pöyry, basert på spørreundersøkelsen

Drøyt to av tre foreldre svarer at de er i ordinært arbeid, og halvparten at de arbeider heltid. Av de 38 foreldrene svarte 23 (60 prosent) at de arbeider mer med BPA enn de ville gjort uten BPA, og at denne ekstra arbeidsinnsatsen tilsvarer ca 1/3 av full stilling. Fordeler vi denne økte arbeidstiden på alle barna, også dem der foreldrene ikke har svart at BPA medfører at de arbeider mer utenfor hjemmet, kan vi anslå at BPA til funksjonshemmede barn medfører en økning i utførte timeverk per uke på 7,3 for den "første" forelderen. I vårt materiale er dette i hovedsak barnets mor.

Ifølge respondentene medfører BPA økt arbeidsinnsats blant 11 av de øvrige "forelder 2", dvs. knapt ¼ av disse foreldrene. Basert på respondentenes svar, kan vi anslå at BPA medfører en økning i gjennomsnittlig arbeidstid per uke for "forelder 2" på i gjennomsnitt drøyt 2 timer per barn.

Samlet medfører BPA til funksjonshemmede barn ifølge svarene fra foreldrene med barn som har BPA, en økning i foreldrenes arbeid utenfor hjemmet på 9 timer ukentlig i gjennomsnitt. Med vår forutsetning om den samfunnsøkonomiske verdien av et timeverk, kan denne verdien anslås til knapt 140.000 kroner per barn per år.

### Redusert sykefravær blant foreldre til funksjonshemmede barn med BPA

Foreldrene anser at de med BPA til barnet har færre sykefraværsdager og andre fraværsdager på jobben enn de ville hatt uten BPA. Av de 38 respondentene er det 22 (knappt 60 prosent) som svarer at de har færre fraværsdager med BPA enn uten BPA. Det tilsvarende tallet for den andre forelderen er 14 personer (drøyt 1 av 3 respondenter). Basert på hvor stor reduksjonen i sykefraværet respondentene BPA antas å føre til, har vi beregnet den samfunnsøkonomiske gevinsten av denne økte arbeidsinnsatsen, jf. Tabell 5.6.

*Tabell 5.6 Effekt av BPA på arbeidsinnsats som følge av redusert sykefravær blant foreldre til funksjonshemmede barn. Basert på spørreundersøkelsen blant foreldre*

---

<b>Forelder 1</b>	
Antall som oppgir færre sykefraværsdager	22
Antall færre fraværsdager per år for disse	12
Andel som oppgir færre sykefraværsdager	58%
Gj sn færre sykefraværsdager	6,9
<b>Forelder 2</b>	
Antall som oppgir færre sykefraværsdager	14
Antall færre fraværsdager per år for disse	16
Andel som oppgir færre sykefraværsdager	37%
Gj sn færre sykefraværsdager	5,9
<b>Begge foreldre:</b>	
Gj sn færre fraværsdager per barn per år	12,8
- timer per år	96
- samfunnsøkonomisk verdi i kroner per år	30 800

---

Kilde: Econ Pöyry, basert på spørreundersøkelsen

### Oppsummering funksjonshemmede barn

Samlet samfunnsøkonomisk gevinst ved BPA som følge av økt yrkesaktivitet og redusert sykefravær blant foreldre til funksjonshemmede barn er oppsummert i Tabell 5.7.

*Tabell 5.7 Samfunnsøkonomisk gevinst ved at BPA bidrar til økt arbeidstid og redusert sykefravær blant foreldre til funksjonshemmede barn*

---

	Kr/år
Økt arbeidstid foreldre	137 000
Redusert sykefravær foreldre	31 000
<b>Sum</b>	<b>168 000</b>

---

Kilde: Econ Pöyry

### 5.3 Økt deltakelse i utdanning

Ifølge spørreundersøkelsen blant voksne funksjonshemmede med BPA, var det 15 prosent som svarte at de var under utdanning. Forutsatt at 2/3 av disse ikke ville vært under utdanning uten BPA, kan det anslås at andelen som ville vært i utdanning uten BPA ville gått ned fra 15 prosent til 5 prosent. BPA bidrar ifølge disse tallene til at 10 prosent av BPA-arbeidslederne er i utdanning.

Hvis vi anslår at 3/4 av disse faktisk fullfører utdanningen og deretter får seg arbeid, vil det oppstå samfunnsøkonomiske gevinster i framtiden gjennom at flere funksjonshemmede kommer i jobb. Vi forutsetter at disse i gjennomsnitt arbeider 30 timer per uke. Forutsetninger og resultater er oppsummert i Tabell 5.8.

*Tabell 5.8      Årlig samfunnsøkonomisk gevinst ved at BPA fører til at flere funksjonshemmede tar utdanning og kommer i jobb. Basert på spørreundersøkelsen mot BPA-arbeidsledere*

---

Økt andel i utdanning som følge av BPA	10 %
Andel av disse i jobb i framtiden	75 %
Arbeidede timer/uke i framtiden	30
Økte timer/uke i framtiden per funksjonshemmet i snitt	2,3
- kr/år	33 300

---

Kilde: Econ Pöyry, basert på spørreundersøkelsen

Med disse forutsetningene får vi at økt tilbøyelighet til å ta utdanning som følge av BPA i gjennomsnitt fører til at hver BPA-arbeidsleder i framtiden arbeider omtrent 2 ½ time mer per uke enn uten BPA. Det relativt lave tallet gjenspeiler bl.a. antakelsen om at 10 prosent flere funksjonshemmede tar utdanning som følge av BPA. Den beregnede samfunnsøkonomiske gevinsten av den økte utdanningen som kan tilskrives BPA er med disse forutsetningene drøyt 33.000 kroner per år per funksjonshemmet.

### 5.4 Redusert behov for helsetjenester

Både voksne funksjonshemmede som selv er BPA-arbeidsledere og foreldre som er BPA-arbeidsledere for sine funksjonshemmede barn mener at BPA reduserer behovet for ulike typer offentlige tjenester. Den reduserte ressursinnsatsen som medgår til å produsere disse tjenestene, er samfunnsøkonomiske gevinster. Gjennomgående svarer respondentene at de anser at BPA medfører at de (evt. de barna de ivaretar arbeidslederansvar for) får mindre behov for slike tjenester. Som omtalt i kapittel 4 svarer de fleste voksne BPA-arbeidsledere at de trenger mindre hjemmetjenester enn uten BPA. Mange, men en del færre, blant foreldrene som er arbeidsledere for sine barn svarer det samme. Blant de voksne BPA-arbeidslederne er det videre fra 30 til 50 prosent som mener de trenger mindre av ulike helsetjenester, særlig fysioterapibehandling. Trolig er assistanse ved øvelser noe de personlige assistentene i stor grad kan gjøre og således erstatte en del besøk hos fysioterapeut. Omtrent 20 prosent svarer at de har redusert behov for sykehusinnleggelse som følge av BPA.

Tallgrunnlaget fra spørreundersøkelsen er ikke godt nok til å gjøre beregninger av reduksjonen i tjenestebehovet og de korresponderende reduksjoner i offentlige utgifter. Vi presenterer likevel i Tabell 5.9 noen regneeksempler på slike kostnadsberegninger

basert på egne forutsetninger om reduksjonen i behov for helsetjenester som følge av BPA.

*Tabell 5.9 Regneeksempler på innsparinger i form av redusert behov for helsetjenester som følge av BPA*

---

<b>Fysioterapi</b>	
Andel av dem med BPA med redusert behov for fysioterapi	49 %
For disse, reduksjon i timer fysioterapi per uke	1
Snitt færre timer fysioterapi per uke, per person med BPA	0,49
Anslag timekostnad fysioterapibehandling, kr	500
Sparte fysioterapikostnader, kroner per år	11 300
Sparte transportkostnader, kroner per år	9 000
Sum sparte kostnader per år knyttet til fysioterapi, kroner per person med BPA	20 300
<b>Sykehusinnleggelse</b>	
Andel med redusert behov	22 %
Antall reduserte årlige sykehusdager per person med redusert behov	6
Antall reduserte årlige sykehusdager, gjennomsnitt per person med BPA	1,32
Anslag døgnpris sykehus <sup>11</sup>	5000
Sum sparte sykehuskostnader per år, kroner per person med BPA	6 600

---

Kilde: Econ Pöyry, basert på spørreundersøkelsen.

Ifølge spørreundersøkelsen svarte 49 prosent at BPA medførte mindre behov for fysioterapibehandling. Trolig er en viktig kilde til denne reduksjonen at den personlige assistentene kan bistå sin arbeidsleder i å gjennomføre øvelser, som ellers ville måtte bli gjort hos fysioterapeuten. Hvis vi forutsetter at for de som svarer at BPA medfører redusert behov for fysioterapi er nedgangen ett besøk hos fysioterapeut i uken, kan vi med våre forutsetninger beregne en besparelse på drøyt 11.000 kroner årlig. Inkludert et anslag på sparte kostnader til transport til og fra fysioterapibehandlingen (drosje), blir innsparingen drøyt 20.000 kroner årlig.

Regneeksemplet for sparte sykehuskostnader som følge av BPA er konstruert slik: I 2008 lå hver BPA-arbeidsleder i gjennomsnitt 9 dager på sykehus, og fram til oktober 2009 var tallet knapt 6 dager. 22 prosent av respondentene svarte at de mente at BPA hadde ført til redusert behov for å ligge på sykehus. Vi forutsetter at blant de 22 prosentene medførte BPA i gjennomsnitt 6 færre liggedager på sykehus. Dette er et skjønnsmessig anslag, men etter vår vurdering er det et konservativt anslag. Det er bl.a. mindre enn gjennomsnittlig antall liggedøgn for alle respondentene i 2008. Med en sjablongmessig forutsetning om døgnprisen på sykehus, blir den sparte ressursbruken anslått relativt lavt, i gjennomsnitt mellom 2000 og 3000 kroner per BPA-arbeidsleder.

Vi understreker at beregningene av innsparte ressurser som følge av redusert behov for fysioterapi og sykehusinnleggelser har mer karakter av å være regneeksempler enn å være anslag på effekter som er avledet av svarene som funksjonshemmede selv eller deres foreldre har gitt.

---

<sup>11</sup> Vi har basert oss på gjennomsnittsanslag for utskrivningsklare somatiske pasienter fra Helse- og omsorgsdepartementet (2009).





## 6 Kvantifisering av samfunnsøkonomiske effekter av BPA basert på 4 case

### 6.1 Innledning

Spørreundersøkelsen gir indikasjoner på at behovet for ulike kommunale tradisjonelle tjenester reduseres når funksjonshemmede tar i bruk BPA-verktøyet, men den gir ikke noe godt grunnlag for å anslå hvor mange timer de ulike tjenestene kan bli redusert med. For å synliggjøre mulige samfunnsøkonomiske innsparinger ved at annet tjenestetilbud kan reduseres, har vi derfor beskrevet 4 case som beskriver 4 tenkte personer som i dag benytter BPA, og den hypotetiske situasjonen der disse likevel ikke har BPA, men et tradisjonelt tjenestetilbud.

De fire casene er konstruert med utgangspunkt i vår generelle kunnskap om funksjonshemmede, BPA spesielt og tradisjonelle tjenester generelt, samt de dybdeintervjuene med BPA-arbeidsledere vi har gjort i forbindelse med dette prosjektet<sup>12</sup>. Vi har tatt utgangspunkt i de BPA-timene de har tildelt i dag, men gjort våre egne vurderinger av BPA-behovet ut fra beskrivelsen av den enkeltes assistansebehov. Dette blir referansesituasjonen med BPA. Vi har deretter konstruert et alternativt tjenestetilbud med tradisjonelle tjenester i den hypotetiske situasjonen der personen ikke hadde BPA.

I avsnitt 6.2 presenteres en del nøkkeltall for kostnader ved ulike typer tjenester. De 4 casene beskrives i avsnitt 6.3 og oppsummeres til slutt i avsnittet. I avsnitt 6.4 drøftes de samfunnsøkonomiske konsekvensene.

### 6.2 Nøkkeltall for kostnader ved ulike tjenestetilbud

Kostnadene for kommunen ved de ulike alternativene kan man tallfeste ved hjelp av timesatser for de ulike tjenestene.

#### Kostnad ved BPA

Vi legger til grunn ULOBAs timesats for å kostnadsberegne BPA-timene. Som nevnt tidligere er kommunens kostnad omtrent den samme som ULOBAs kostnad enten den personlige assistentene er ansatt i ULOBA eller i kommunen. Vi legger til grunn årsgjennomsnittet for ULOBAs timekostnad for BPA, som er omtrent 310 kroner i 2008.

#### Hjemmehjelp og hjemmesykepleie

Når det gjelder timekostnaden for hjemmehjelp og hjemmesykepleie, legger vi til grunn noen sjablongmessige alternativer, jf. Tabell 6.1. Vi har tatt utgangspunkt i årslønn for ulike yrkesgrupper basert på data fra Teknisk beregningsutvalg for statistikk i kommunesektoren. Vi har skjønsmessig anslått at arbeidsgiveravgift og andre pensjonskostnader utgjør 25 prosent av utbetalt lønn. Kostnaden per ”brukerrettet” time avhenger av andelen ”brukerrettet” tid. Vi har regnet på 3 alternativer, 50, 60 og 70 prosent. Ofte ligger denne andelen innenfor hjemmetjenestene på omkring 50 prosent.

---

<sup>12</sup> Å konstruere slike typetilfeller og å kostnadsberegne dem, har også vært gjort i en svensk rapport som analyserer kostnader ved BPA og tradisjonelle tjenester i Sverige, jf. JAG (2006).

Tabell 6.1 Forutsetninger for kostnadsberegningene

	Årslønn	Lønnskostnad per årsverk	Lønnskostnad per betalt time
Assistent	300 000	370 000	220
Hjelpepleier	370 000	470 000	280
Sykepleier	400 000	500 000	290
<b>Lønnskostnad, kroner per "brukerrettet" time</b>			
	Andel "brukerrettet" tid, %		
	50 %	60 %	70 %
Assistent	440	370	310
Hjelpepleier	560	470	400
Sykepleier	580	480	410

Kilde: Econ Pöyry og Teknisk Beregnings- og Statistikkutvalg for Kommunesektoren (TBSK), rapport mars 2009. Årslønn i tabellen er definert som månedslønn multiplisert med 12. Timekostnaden er regnet ut ved å forutsette 1700 timer per år, og der det er forutsatt sosiale kostnader inkludert arbeidsgiveravgift på 25 prosent av utbetalt lønn

I den øverste halvdel av tabellen beregnes lønnskostnad per betalt time. Det tas utgangspunkt i anslag på utbetalt lønn per årsverk for tre yrkesgrupper, basert på lønnsstatistikken. Lønnskostnadene per årsverk er utbetalt lønn pluss arbeidsgiveravgift og pensjonskostnader, som vi forutsetter utgjør 25 prosent av utbetalt lønn. Lønnskostnad per betalt time framkommer ved å dividere lønnskostnad per årsverk på anslått antall timer per år (ca. 1700).

I den nedre del av tabellen beregnes lønnskostnader per time "brukerrettet" tid, dvs. per time den ansatte er i kontakt med "brukeren". Denne andelen er selvsagt lavere enn 100 prosent, pga. tid brukt til administrasjon, opplæring og ikke minst reisetid. Kostnaden per "brukerrettet" time beregnes ved å dividere kostnaden per betalt time med andelen brukerrettet tid, og blir dermed høyere desto lavere andelen "brukerrettet" tid er.

Tallene indikerer at kostnaden per "brukerrettet" time ved ulike former for hjemme-tjenester lett kan bli høyere enn satsen for BPA (ULOBA sats).

### Omsorgslønn

Utgiftene ved omsorgslønn er sjablongmessig anslått. Kommunene har stor valgfrihet både med hensyn til hvor mange timer per uke de vil yte omsorgslønn for, og hvilken timesats de benytter for å utmåle stønaden. Ifølge Helsetilsynet (2009) er det vanlig at kommunene benytter lønn for hjemmehjelpere som grunnlag for beregning av omsorgslønn. Med denne forutsetningen om arbeidet tid per år, blir full omsorgslønn beregnet til å koste kommunen 340.000 kroner per år, eller 200 kroner per time.

### Kostnader ved omsorgsbolig og avlastning

Disse kostnadene vil avhenge mye av den enkeltes behov for assistanse, og variere mye mellom ulike personer med assistansebehov. RO-senteret (2007) har på grunnlag av IPLOS-data og egne undersøkelser anslått gjennomsnittlige lønnsutgifter for tjenesteytende personell blant annet for "heldøgns omsorgstjeneste for utviklingshemmede (HDU)". I gjennomsnitt anslo RO-senteret gjennomsnittlig årlig lønnskostnad per heldøgns plass for funksjonshemmede til drøyt 820.000 kroner. Ifølge KOSTRA var

landsgjennomsnittet for brutto driftsutgifter per plass i institusjon (kommunal plass) drøyt 770.000 kroner per år. Lønnskostnadene per slik plass var 620.000 kroner.

Omsorgsboliger, også omsorgsboliger med bemanning, anses ikke som institusjon, og beboerne betaler husleie av sin egen inntekt. De tjenestene de mottar, enten det er BPA eller hjemmetjenester, har de i prinsippet på samme vilkår som om de hadde bodd hjemme (alene eller sammen med foreldre eller med egen familie).

Dette innebærer at det i anslagene for kostnadene ved tradisjonelle tjenestetilbud som en tilnærming ikke er grunn til å belaste dette tilbud med kapitalkostnader og andre kostnader knyttet til boligen. Kostnader knyttet til avskrivninger, renter og vedlikehold ville jo påløpt selv om personen med assistanse behovet også hadde bodd i en egen bolig. Denne typen kostnader kan selvsagt tenkes å være noe forskjellige mellom de to alternativene, men som en tilnærming legger vi her til grunn at eventuelle forskjeller i slike kostnader er små. Uansett er det lønnskostnadene som står for det aller meste av kostnadene knyttet til de kommunale tjenestetilbudene.

Vi har konstruert regneeksempler for kostnadene per oppholdstime i bemannet omsorgsbolig. Vi har ett case med 10 beboere og ett case med 5 beboere (antatt personer med særlig stort assistansebehov). Vi antar i begge de to hypotetiske boligtypene at det er 1 person på jobb om natten, 3 personer på jobb om dagen og om kvelden, samt en administrativ leder som arbeider om dagen (hverdager). Vi legger inn forutsetning om høyere timesats om natten og i helgene. Basert på disse forutsetningene legger vi til grunn en gjennomsnittlig kostnad per oppholdstime i en slik omsorgsbolig på 80 kroner dersom det er 10 beboere og på 150 kroner dersom det (på grunn av høyere assistansebehov) er 5 beboere.

## **6.3 Fire case**

### **6.3.1 Case 1 Barn, mor er arbeidsleder**

Anne er 5 år og har ryggmargsbrokk, og kan ikke bevege bena. Anne bor sammen med mor og en søster på 12 år. Far er død. Mor har en 100 prosent stilling og er eneforsørger for Anne og søsteren hennes.

Anne får ofte infeksjoner og er syk ca 25 dager per år. Generelt må hun ha assistanse til å bli snudd om natten, og når hun har infeksjoner, må hun ha medisiner og assistanse med pustemaske om natten. Assistentene har fått opplæring i dette. Anne bruker en elektrisk rullestol som hun fint håndterer på egen hånd, hun kommer seg rundt og også bort til venninner i nabolaget. Men hvis hun faller ut av rullestolen, kommer hun seg ikke opp igjen alene, og hun trenger hjelp til å løftes når hun er borte hvis hun for eksempel skal på toalettet.

Anne går i barnehage på dagtid og har personlig assistent hjemme. I barnehagen er det en egen assistent. De dagene Anne er syk, har barnehageassistentene ingen konkrete arbeidsoppgaver. Samtidig får ikke Anne noen ekstra assistanse i hjemmet. Det betyr at mor må være borte fra jobb når Anne er syk.

Anne fikk BPA-ordning for to år siden. Anne har 46 assistenttimer i uken. Hun har to faste assistenter som til sammen jobber fast 38 timer i uka. De øvrige åtte timene brukes fleksibelt avhengig av hva familien skal, noen av disse timene spares også til ferie. Hun har to tilkallingsassistenter som kommer hvis det er noe ekstra eller hvis en av de faste

assistentene er syke. Assistentene arbeider både dag, kveld og natt. De er faste våkne assistenter hos Anne tre netter i uken.

Oppgavene til assistentene omfatter assistanse med personlige ting som å dusje, å kle av og på seg og å gå på toalettet. De assisterer så Anne får snudd seg om natta, assisterer med pustemaske hvis hun er syk, tar av og på skinner og bistår med trening. Assistentene behersker Annes treningsprogram så hun behøver ikke å gå til fysioterapeut. Anne har i perioder sykehusopphold på mange uker av gangen, og assistentene kan være på sykehuset om natten. Assistentene bistår ved lek, de lager litt mat og kan være med på kino og andre fritidsaktiviteter. Assistentene kan også være med hvis familien skal i bursdager eller andre arrangementer slik at mor ikke trenger å assistere Anne hele tiden. Assistentene har også vært med på ferie.

Mor mener hun bruker et par timer i måneden på opplæring og ledelse av assistentene.

### **Før BPA**

Før Anne fikk BPA var det først og fremst mor, som assisterte Anne. Anne fikk ikke BPA før hun var tre år. Da mor søkte om BPA, fikk hun først avslag.

Det siste året før Anne fikk BPA, fikk mor tilbud fra kommunen om avlastning for Anne. Det innebar at Anne kunne være i en avlastningsbolig to netter i uka. Det var en bolig med både voksne og barn som både hadde psykiske og fysiske funksjonsnedsettelse og mor syntes ikke det var hyggelig å ha Anne der. I stedet ble løsningen at personale fra boligen kom hjem til dem to ganger i uka og var der om natten. Denne hjelpen utgjorde 20 timer i uka (nattevakt ganger to er 19 timer).

Mor har tidligere diskutert muligheten for støttekontakt med kommunen, men kommunen viste til at det er normalt at mor følger barnet på aktiviteter som støttekontakt ofte assisterer ved. Men mor mener at for å kunne lære å frigjøre seg fra mamma så trenger Anne andre mennesker. Hun kan ikke gjøre ting på egen hånd på samme måte som andre barn.

### **Forskjell på før og nå**

Assistanseordningen gjør at mor kan jobbe fullt. Før BPA var alt veldig slitsomt. Særlig på grunn av nettene. Mor anser at hun måtte ha sluttet i den jobben hun har nå hvis ikke datteren hadde fått BPA. Mor synes hun har et annet og bedre liv etter at Anne fikk BPA. Hun får tid til å være mor for det andre barnet og hun får litt tid for seg selv. Hun slipper å være våken på nettene og kan konsentrere seg om å være mamma for Anne. Den eldste datteren synes situasjonen er mye bedre med BPA ettersom mor nå har mulighet til å gjøre ting alene sammen med henne. De har nå mulighet til å dra på ferie, mor hadde aldri greid å dra på ferie alene med barna. Bare all bagasjen de må ha med seg gjør det umulig. Mor opplever at fleksibiliteten i BPA-ordningen er veldig viktig, og når hun skal forskjellige ting i løpet av en måned, legger hun opp assistansen etter dette.

Mor opplever at assistentordningen gjør at Anne kan utvikle seg som et selvstendig menneske fordi hun kan komme seg ut av huset på egen hånd uten at mamma må være med.

Sykehuset er langt unna og det er vanskelig for mor å være der hver natt når Anne er innlagt. Tidligere var mor eller mormor der alltid (de fra avlastningsboligen kunne ikke være der). Nå kan assistentene være der noe.

### Hvis ikke BPA i dag

Hvis Anne ikke hadde hatt BPA, kan et alternativt tjenestetilbud være avlastning to netter i uken og 2 helger i måneden, samt hjemmesykepleie anslagsvis 5 timer per uke. Uten BPA ville trolig mor fått omsorgslønn tilsvarende 50 prosent stilling. Mor ville da gått fra heltidsjobb til å ha halv stilling. På sikt ville trolig Anne fått støttekontakt. Når Anne blir eldre, vil assistansebehovet øke. Siden mor er alene om omsorgen, kan belastningen ved å ikke ha adekvat assistanse til Anne etter hvert lett bli så stor at Anne må bo i egen barnebolig/omsorgsbolig.

Tabell 6.2 Kostnader med og uten BPA. Anne. BPA og to alternativer til BPA

<b>Med BPA</b>				
Antall timer BPA per uke	46			
Timesats	310			
Kr/uke	14 300			
Kr/år	<b>744 000</b>			
<b>Ikke BPA - alternativ A:</b>	Timer/uke	Timesats	Kostnad/uke	Kostnad/år
<b>Bor hjemme med hjemmetjenster</b>				
Avlastning 2 helger/mnd	24	90	2 200	112 000
Støttekontakt	10	200	2 000	104 000
50 % redusert arbeidstid for mor	20	320	6 400	333 000
Økt fysioterapi	1	900	900	47 000
Hjemmesykepleie	5	580	2900	151 000
Sum			14 400	<b>747 000</b>
<b>Ikke BPA - alternativ B:</b>	Timer/uke	Timesats	Kostnad/uke	Kostnad/år
<b>Bor i omsorgsbolig</b>				
Timer i omsorgsbolig	168	80	13 400	697 000
Støttekontakt	10	200	2 000	104 000
Sum			15 400	<b>801 000</b>

Kilde: Econ Pöyry

BPA-alternativet med 46 timer per uke medfører en kostnad på 744.000 kroner per år.

Alternativet uten BPA og der Anne bor hjemme med hjemmetjenester og avlastning to helger i måneden (alternativ A), koster ifølge regneeksemplet 747.000 kroner. Merk at vi ikke regner betalingen for 50 prosent omsorgslønn som en samfunnsøkonomisk kostnad, siden denne er ment å finansiere at mor går ned i 50 prosent stilling. Den samfunnsøkonomiske kostnaden verdien av den tapte arbeidstiden for mor, og beregnet som 20 timer per uke multiplisert med standardsatsen for lønnskostnad per timeverk (gjennomsnitt for Norge). Vi legger også til grunn at dersom Anne må bo hjemme må hun til fysioterapeut en gang mer per uke enn om hun hadde BPA (satsen inkluderer drosjetransport til og fra).

Kostnadene *eksklusiv* tapt arbeidsinntekt for Annes mor i tilfellet uten BPA der Anne bor hjemme, er beregnet til drøyt 400.000 kroner.

I alternativet der Anne må bo i bemannet omsorgsbolig (alternativ B), har vi forutsatt en noe lavere timesats enn i alternativ A (siden oppholdet i alternativ B også omfatter

hverdager), at mor da arbeider 100 prosent, samt at personalet i omsorgsboligen på samme måte som i BPA-alternativet bistår med øvelser slik at det ikke oppstår noe tilleggsbehov for fysioterapitjenester. Det er forutsatt at det er 10 beboere i omsorgsboligen<sup>13</sup>.

Omsorgsbolig medfører tjenestekostnader som er nesten like store som BPA-alternativet. Hvorvidt de blir lavere eller høyere, avhenger av om og hvor mye Anne får av tilleggstenester som støttekontakt.

I alternativene uten BPA vil det være mange aktiviteter som ikke blir gjort, noe som innebærer en samfunnsøkonomisk kostnad selv om den ikke kan tallfestes i kroner og øre.

### **6.3.2 Case 2: Mann, 27 år, mor er arbeidsleder**

Petter er 27 år og har hatt BPA i fem år. Mor er arbeidsleder, Petter greier ikke selv å ha den oppgaven på grunn av kognitive funksjonsnedsettelse. Petter har hatt nedsatt funksjonsevne hele livet, men funksjonsevnen ble dårligere da han var rundt 14 år. Han har gått i vanlig skole til og med videregående. I dag jobber Petter i 60 prosent stilling. Han jobber hver dag.

Petter bor i enebolig noen kilometer i fra foreldrene sine. Foreldrene jobber begge 100 prosent.

Petter har 20 timer BPA i døgnet. Han har åtte assistenter og tre tilkallingsassistenter. Petter trenger assistanse til det meste og kan ikke være alene. Han kan spise selv og han kan styre den elektriske rullestolen han bruker. Han trenger assistanse hele døgnet. Nå har han assistenter sovende om natten, men det kan bli slik at han trenger mer hvis han er mye våken om natten. Assistentene bistår med oppgaver knyttet til personlig hygiene, matlaging, handling, bilkjøring, husarbeid, de assisterer på ferier og på sosiale aktiviteter som besøk hos venner, kino, konserter. De assisterer ham også til fysioterapeut og er med på svømming. Assistentene er også med og assisterer Petter på jobb.

Petter trenger noen som bidrar sosialt i livet hans, det vil si noen som er med på å forme fritiden hans, kommer med forslag og gjør han oppmerksom på mulige aktiviteter. Assistentene assisterer også Petter ved måltider.

Mor og far har 100 prosent jobb. Mor anslår at drift og ledelse av ordningen tar ca 20 timer i måneden.

#### **Før BPA**

Foreldrene til Petter sier at før BPA fungerte alt bra så lenge han gikk på skolen. Han hadde egen oppfølging på skolen. Han hadde også en støttekontakt som var med ham på forskjellige aktiviteter. Tidligere jobbet mor redusert stilling, og etter hvert fikk hun 100 prosent omsorgslønn. Petter hadde ti avlastningshelger i året hvor han var på en omsorgsbolig. Han likte seg ikke noe særlig der, men dro mest dit fordi han skjønnte at foreldrene trengte avlastning.

---

<sup>13</sup> Kalkylen er presentert i vedlegg 4.

Etter at Petter sluttet på videregående skole, ble han mer og mer deprimert. Han ble sittende og sture, spiste dårlig og hadde generelt ikke veldig god helse. Etter hvert ble foreldrene også svært slitne, og mor sier hun møtte veggen av å jobbe kveld, natt og dag. I en periode ble mor sykmeldt.

### **Forskjell før og nå (med BPA)**

Dersom Petter ikke hadde hatt BPA, tror familien at det er veldig mye som ikke ville blitt gjort. Petter ville ikke kommet seg så mye ut på sosiale aktiviteter og han ville ikke hatt assistanse til å kunne ha en jobb. Dette er ting som betyr svært mye for Petter.

Han var tidligere så deprimert at foreldrene tror han ville hatt behov for psykologbehandling dersom han ikke hadde fått BPA. Han er fysisk og psykisk mye bedre nå.

Familien opplever at alle sammen har fått et annet liv etter at Petter fikk BPA. Petter har større frihet, men også foreldrene har større frihet. Tidligere måtte de planlegge hver time. Før måtte Petter alltid være med foreldrene hvis de skulle noe, det var kanskje ikke alltid han hadde så lyst til det når han var over 20 år gammel.

Det aller viktigste for Petter er at ordningen med BPA gir ham mulighet til å velge hvilke folk som skal jobbe for han.

### **Hvis ikke BPA i dag**

Hvis ikke Petter hadde hatt BPA, tror foreldrene han ville hatt hjemmehjelp og hjemmesykepleie. De tror også det ville blitt veldig mye på dem som foreldre. De går også ut fra at han ville hatt støttekontakt. Men egentlig tror ikke foreldrene at de etter hvert ville greid å sørge for at han hadde et godt og variert liv. De ville etter hvert slite seg ut, og Petter ville måtte flytte på omsorgsbolig. Tabell 6.3 nedenfor presenterer kostnadstall for alternativene at Petter har BPA og at Petter bor i omsorgsbolig.

*Tabell 6.3      Kostnader med og uten BPA. Petter*

	Timer/uke	Timesats	Kostnad/uke	Kostnad/år
<b>BPA</b>				
Drift og ledelse	5	310	1 600	832 000
BPA-timer	140	310	43 400	2 257 000
Sum				3 089 000
<b>Omsorgsbolig</b>				
Timer i omsorgsbolig	168	150	25 200	1 310 000
Støttekontakt	10	200	2 000	104 000
Sum				1 414 000

Kilde: Econ Pöyry

Samlet sett synes BPA-alternativet vesentlig dyrere for samfunnet enn alternativet der Petter bor i omsorgsbolig. Anslaget på timekostnaden i alternativet med omsorgsbolig er skjønnsmessig. Det er basert på at boligen har 5 beboere. Vi legger altså til grunn en høyere kostnad for alternativet omsorgsbolig for Petter enn for Anne, siden Petter har et langt høyere assistansebehov.

### 6.3.3 Case 3: Mann 42, arbeidsleder

Espen er 42 år. Han har hatt BPA i 12 år. Han er gift og har to barn på 5 og 11 år. Espen er 100 prosent i jobb. På jobb har han funksjonsassistent.

Espen har 50 timer BPA i uka. Han har tre faste assistenter og tre tilkallingsassistenter. I den tiden han har hatt BPA, har han vært veldig stabil på antall timer BPA, men han har fått litt ekstra for hvert barn. Det vil si for hvert barn har han fått fem timer ekstra BPA i uka.

Espen trenger bistand til mye. Assistentene assisterer med mange ulike praktiske oppgaver, med personlig hygiene og med bistå slik at Espen kan være en god far for barna sine. Assistanse gjør at han får langt større selvstendighet, og at han i mye større grad kan delta i livet til barna sine og være far.

Assistentene hans gjør også det som ofte defineres som sykepleieoppgaver som å assistere ham med å stelle trykksår og ta medisiner. Når det gjelder medisiner mener Espen det er hans ansvar å ta dem, akkurat som for alle andre mennesker, assistentenes jobb er kun å bistå ham med å plukke dem ut av pilleglasset og legge dem i håndflaten hans slik at han kan få dem i seg.

Espen opplever at assistentene gjør at han kan være seg selv sammen med venner og familie. De andre slipper å tenke på ham som en som skal ha hjelp. Han kan tilby seg å hjelpe andre, for eksempel vanne blomster for moren sin. Kona kan få trene og være sammen med venninner. Han synes det er svært viktig at hun ikke må bruke så mye tid på å assistere ham at det går utover barna.

Espen opplever at det aller viktigste med å ha BPA er at selvbildet hans er blitt mye bedre og at han dermed tør mye mer, ikke minst i jobbsammenheng.

#### **Før**

Før han hadde BPA fikk han hjelp av kona og før det igjen fikk han hjelp av moren sin og av venner. Moren mottok omsorgslønn da han bodde hjemme. Kona har aldri hatt omsorgslønn. Før BPA måtte Espen si opp jobben fordi hjemmesykepleien som skulle assistere han om morgenen alt for ofte kom for seint. Espen har fått støtte til tekniske hjelpemidler som fjernkontroll til dører og rullgardin etc., men behovet for dette er blitt redusert etter at han fikk BPA.

#### **Hvis ikke BPA i dag**

Hvis Espen ikke hadde hatt BPA, kunne man tenkt seg en situasjon der han fortsatt bodde hjemme, men der kona fikk omsorgslønn, samt at han fikk støttekontakt. Dessuten er det ikke urimelig å anta at han fikk hjemmesykepleie til sine morgenrutiner 1 time daglig. Spørsmålet er om dette er en stabil situasjon.

Det er gode grunner til å frykte at hans ekteskap da ikke ville ha holdt, som følge av at det ville bli for mye assistanse å utføre for hans kone. Han ville kanskje heller ikke kunne holde på jobben. I en slik situasjon er det sannsynlig at han ville ha bodd i omsorgsbolig. Da ville han nok ha mistet kontakt med barna sine, fordi slike boliger ikke er laget for å ha to barn på besøk. Han ville heller ikke hatt assistanse til å være far. Han ville hatt litt hjemmehjelp som ville gjort husarbeid og noen fra hjemmesykepleien som ville assistert han om morgen og kveld. Noen timer støttekontakt ville han nok også



hatt. Ellers ville han sannsynligvis vært isolert i sitt eget hjem med små muligheter til å delta i det sosiale liv. Han tror selv han ville fått dekket kanskje ti prosent av det assistentene gjør, resten ville forblitt ugjort.

Utgangspunktet er at Petter har 50 timer BPA per uke, begrunnet i behov for assistanse til personlig hygiene, husarbeid, gå på kino eller lignende. Det gir en årskostnad på ca 810.000 kroner. Skisser av kostnadene ved de to alternativene til BPA er vist i tabellen nedenfor.

Tabell 6.4      *Kostnader med og uten BPA. Espen*

	Timer/uke	Timesats	kr/uke	kr/år
<b>A Bor hjemme, gift</b>				
Avlastningsbolig	24	90	2 160	112 320
Hjemmesykepleie	7	500	3 500	182 000
Støttekontakt	10	200	2 000	104 000
Tapt inntekt pga ektefelle jobber 50%	20	320	6 400	332 800
Hjemmehjelp	5	400	2 000	104 000
Sum			16 060	835 120
<b>B Bor i Omsorgsbolig, skilt</b>				
Omsorgsbolig	168	80	13 440	698 880
Støttekontakt	20	200	4 000	208 000
Sum			17 440	906 880

Note: Hjemmesykepleie er beregnet med en timekostnad basert på 50 % brukerrettet tid.

Kostnadene ved BPA ligger i dette caset ganske nær kostnadene ved begge alternativene. I den grad at Espen ikke lenger klarer å holde på jobben dersom han ikke har BPA, vil selvsagt de samfunnsøkonomiske kostnadene uten BPA bli langt større enn det som vises i tabellen. I utgangspunktet jobber Espen heltid. Med våre forutsetninger blir det samfunnsøkonomiske tapet dersom Espen mister jobben dersom han ikke får BPA, på over 500.000 kroner. Dette kommer i så fall i tillegg til kostnadstallene i begge alternativene.

### 6.3.4 Case 4: Kvinne 56 år

Kari er 56 år, hun er skilt og bor alene. Hun jobber to dager i uka. Hun har hatt BPA i to år. Hun har ikke noen spesiell assistanse på jobb. Kari har en voksen sønn som hun bodde sammen med tidligere.

Vi forutsetter at Kari har 54 timer BPA i uka. Det gir en årskostnad på 870.000 kroner.

Kari sitter i rullestol og er avhengig av assistanse når hun står opp og når hun legger seg. Kari er stomioperert og trenger også bistand med dette. Hun trenger også assistanse når hun skal flytte seg fra rullestolen og over i en annen stol. Kari har ikke full førlighet i armene, hun trenger bistand til alt husarbeid og til noe matlaging. Hvis maten er laget på forhånd kan hun varme den opp. Hun trenger også bistand i butikken, og en som assisterer generelt med praktiske ting som for eksempel å plante blomster på terrassen og bistå når Kari skal forberede hvis hun skal ha gjester. Hun går til fysioterapeut to ganger i uken. Assistentene har også vært på jobb når Kari er på ferie. Kari har tre assistenter som alle er studenter og jobber deltid.

## Før

Moren hennes som nå er over åtti år gammel, hjalp til med matlaging, småreparasjoner og litt husarbeid. Kari hadde hjemmesykepleier som kom tre ganger om dagen, og hun hadde hjemmehjelp fire timer annen hver uke. I tillegg hadde hun støttekontakt 6 timer i uken. Kari fikk først avslag på søknad om BPA med begrunnelse i at hennes assistansebehov kunne dekkes på annen måte enn ved BPA. Hun fikk i stedet tildelt flere timer støttekontakt. Kari opplevde imidlertid ikke at det var støttekontakt hun trengte. Hun anser at hun ikke trenger assistanse på kino eller teater, men assistanse til dagliglivet.

## Forskjell på før og nå

Den største forskjellen for Kari er at hun kjenner de som jobber for henne, og at hun er leder for dem som jobber for henne. Med BPA får hun verdighet som voksen. De som kom fra hjemmesykepleien hadde det alltid veldig travelt, og det var svært ofte nye mennesker. Kari syns det var belastende både for henne og for sønnen, da han bodde hjemme, at det stadig kom nye mennesker. Når de var i hjemmet, var det mange telefoner og de fikk nye oppdrag. Nå vet hun hvem som kommer på jobb og hun vet at de kjenner henne og hvordan jobben skal utføres.. Hun får nå laget seg den middagen hun selv liker, og trenger ikke bare å spise oppvarmet Fjordland. Hjemmehjelpen hun hadde før hadde det også travelt og det var ikke så fleksibelt, det var vedtak på hvilke oppgaver de skulle gjøre. Nå føler hun at hun har fått "den høyre hånden" hun trenger, hun kan bestemme når det er nødvendig å vaske klær og når det er nødvendig å vaske gulv.

Hun opplever også at det å ha personlig assistent er bedre for arbeidssituasjonen hennes fordi hjemmesykepleien ikke alltid klarte å komme til avtalt tid, noe som førte til at Kari rett som det var kom for seint på sin egen jobb.

Kari har en søster som bor på en annen kant av landet. Tidligere har Kari av og til besøkt henne og kontaktet hjemmesykepleien der for å få bistand. Nå er det mye lettere å besøke søsteren, nå når hun kan bruke BPA-ordningen til å reise. Hun kan også nå takket være BPA motta besøk av søsteren og være en vertinne for henne, noe som tidligere var umulig. Det er veldig viktig for Kari å kunne ha familie og venner på besøk uten at de må bistå så mye som de måtte før.

## Hvis ikke BPA i dag

Det er såpass kort tid sin Kari fikk BPA at det er grunn til å tro at det tradisjonelle tjenestetilbudet ville vært omtrent det samme som hun hadde før hun fikk BPA, jf. tabellen nedenfor.

Tabell 6.5      *Kostnader ved andre tjenestetilbud enn BPA. Kari, 56 år*

	timer/uke	Sats	kr/uke	kr/år
Hjemmesykepleie	14	580	8 100	422 000
Hjemmehjelp	2	440	900	46 000
Støttekontakt	6	200	1 200	62 000
Sum			10 200	530 000

Samlet sett kommer kostnadene ved alternativet til BPA ut noe lavere enn BPA-alternativet (som var 870.000 kroner).

## 6.4 Oppsummerende merknader

Vi har i dette kapitlet presentert 4 case for å få et bedre grep på de sammenlignbare kostnadene ved tradisjonelle tjenester som alternativ til BPA. Siden tildelingspraksis varierer mye mellom kommuner og enkeltpersoner, og siden behovet for assistanse varierer mye mellom personer, ikke bare som følge av forskjeller i grad og omfang av funksjonsnedsettelse, men også som følge av variasjoner i bo-, arbeids- og familiesituasjon, er det umulig å komme fram til enkeltanslag på kostnadene som har universell gyldighet.

Både spørreundersøkelsen og casene (som er basert på intervju med faktiske personer) tyder på at kostnadene lett blir betydelige ved ulike tradisjonelle kommunale tjenestetilbud som, til tross for at de gir lavere livskvalitet, framstår som alternativer til BPA. Dette gjelder særlig barn og trolig også voksne der omsorgsbolig er det mest realistiske alternativet til BPA. I mange situasjoner vil belastningen på nær familie dersom assistansebehovet skulle dekkes av hjemmetjenester kombinert med avlastning et par helger i måneden, lett kunne bli så stor at situasjonen ikke kan videreføres uten store sosiale kostnader. Da blir omsorgsbolig med varierende grad av bemanning alternativet.

Også tapt arbeidsinnsats fra familiemedlemmer dersom personen med assistansebehovet skal benytte hjemmetjenester istedenfor BPA, synes å være av ikke ubetydelig omfang, og vil medføre tilsvarende samfunnsøkonomiske kostnader ved alternativer til BPA.

For personer med svært stort assistansebehov, som trenger assistanse praktisk talt hele døgnet, innebærer BPA svært høye utgifter. For disse framstår en bemannet omsorgsbolig som klart mindre økonomisk ressurskrevende, ifølge våre regneeksempler. Igjen må en ved slike kostnadssammenligninger være klar over forskjellene i hvilken livskvalitet og mulighet for samfunnsdeltakelse funksjonshemmede opplever med BPA og kontra tradisjonelle tjenester.



## Referanser

- Andersen, J., O. P. Askheim, I. S. Begg og I. Guldvik (2006): Brukerstyrt personlig assistanse. Kunnskap og praksis. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Finansdepartementet (2005): *Veileder i samfunnsøkonomiske analyser*. Oslo: Finansdepartementet.
- Helsetilsynet (2009): ”Omsorgslønnsordningen – en kunnskapsoppsummering”. *Internserien 7/2009*. Helsetilsynet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2007): *Høringsnotat om sterkere rettighetsfesting av brukerstyrt personlig assistanse (BPA)*.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009): *Samhandlingsreformen*. St.meld. nr. 47 (2008-2009) fra Helse- og omsorgsdepartementet.
- JAG (2006): *Priset för valfrihet, självbestämmande och integritet. En kostnadsanalys av olika former av stöd och service till personer med omfattande funktionsnedsättningar*. Föreningen JAG, Stockholm.
- 12k (2007): *Delrapport 2: Brukerstyrt personlig assistanse (BPA). Resultater fra kommuneundersøkelsen*. 12-kommunesamarbeidet i Vestfold. Datert 05.10.07.
- RO-senteret (2007): *Kostnadsbilder i pleie og omsorg*. Ressurssenter for omstilling i kommunene og Rune Devold As.
- Socialstyrelsen (2008): *Personlig assistans enligt LASS ur et samhällsekonomiskt perspektiv*. Socialstyrelsen.
- SOU (2008): *Möjlighet att leva som andra. Ny lag om stöd och service till vissa personer med funktionsnedsättning*. Sveriges offisielle utredninger (SOU) 2008:77.
- ULOPA (2007): *Høringsuttalelse ang. rettighetsfesting av Borgerstyrt personlig assistanse (BPA)*. <http://www.uloba.no/templates/Page.aspx?id=6292>
- Vestregionen (2009): *Brukerstyrt Personlig Assistanse (BPA). Status for ordningen og prinsipper for god organisering*. Vestregionen.



## VEDLEGG 1: Resultater fra spørreundersøkelsen mot personer med BPA

Tabell VI.1      Nøkkeldata for personer som selv er arbeidsledere

	Prosent
Bor i bykommune	64 %
Bor i bemannet omsorgsbolig	4 %
<b>Alder:</b>	
Under 20 år	4 %
20-29 år	15 %
30-39 år	20 %
40-49 år	24 %
50-59 år	21 %
Over 60 år	16 %
I alt	100 %
<b>Kjønnsfordeling:</b>	
Andel menn	41 %
<b>Utdanning:</b>	
Ikke fullført grunnskole	3 %
Fullført grunnskole	12 %
1-3 år videregående skole	37 %
1-3 år høyere utdanning	22 %
4-6 år høyere utdanning	18 %
Mer enn 6 år høyere utdanning	8 %
I alt	100 %
N	342

*Tabell V1.2 BPA-timer per uke*

	Prosent	Gjennomsnittlig timetall per uke
Inntil 10 timer	14 %	8
10-20 timer	26 %	16
20-40 timer	27 %	29
40-75 timer	16 %	55
75-100 timer	5 %	87
100-150 timer	6 %	126
Mer enn 150 timer	5 %	188
I alt	100 %	44
N	325	

Gjennomsnittlig timetall i spørreundersøkelsen er altså en del høyere enn gjennomsnittlig timetall fra SSBs data. Det kan komme av at det er en viss skjevhet i utvalget for eksempel ved at svarprosenten er høyere blant brukere med mange timer BPA enn blant brukere med færre timer.

*Tabell V1.3 Opplever du at du har tilstrekkelig med BPA timer i dag?*

	Inntil 20 timer BPA	20 timer eller mer BPA	Alle
Andel som svarer "ja"	51 %	55 %	53 %
N	132	193	325

*Tabell V1.4 Når på døgnet har du BPA?*

	Inntil 20 timer BPA	20 timer eller mer BPA	Alle
Dag	95 %	97 %	97 %
Kveld	62 %	88 %	78 %
Natt	2 %	33 %	20 %
N	132	193	325

*Tabell V1.5 Antall assistenter. Gjennomsnittlig antall per BPA-bruker*

	Antall
Faste assistenter	2,6
Tilkallingsassistenter	2,4



*Tabell VI.6 Hvilke oppgaver utfører assistentene dine? Prosent av BPA-brukerne*

	Personer med inntil 20 timer BPA per uke	Personer med minst 20 timer BPA per uke
Husarbeid, matlaging	86 %	93 %
Andre oppgaver i hjemmet	79 %	87 %
Assistanse ved samvær med fam/venner	32 %	70 %
Personlig hygiene, påkledning, måltider	34 %	86 %
Bandasje, massasje, opptrening	14 %	64 %
Ærender som lege, handle, off kontor	78 %	92 %
Fritidsaktiviteter, kulturaktiviteter	74 %	89 %
Org arbeid, frivillig og pol arbeid	24 %	35 %
Assistanse ifbm arbeid utdanning	6 %	31 %
Assistanse i å fylle foreldrerolle	15 %	15 %
Assistanse i å yte tjenester for andre	15 %	24 %
Assistanse ved hysdyrhold	22 %	32 %
Annet	24 %	24 %
N	132	193

*Tabell VI.7 Andre tjenester enn BPA som BPA-brukerne mottar. Gjennomsnittlig antall timer per uke (N=325)*

Tjeneste	BPA-brukere med inntil 20 timer BPA per uke	BPA-brukere med mer enn 20 timer BPA per uke	Alle
Hjemmehjelp	0,1	0,3	0,2
Hjemmesykepleie	1,3	2,3	1,9
Støttekontakt	0,1	0,0	0,1
Omsorgslønn (omregnet til timer)	0,4	0,4	0,4
Avlastning utenfor institusjon	0,0	0,1	0,1
Avlastning i institusjon	0,2	0,0	0,1
Avlastning til barn	0,3	0,0	0,1
Annet	0,4	1,5	1,1
N	132	193	325

Note: En del respondenter har oppgitt omfanget av andre tjenester i form av "annenhver helg" osv. I slike tilfeller har vi regnet om dette til et gjennomsnittlig timetall per uke.

*Tabell VI.8 Har eller mottar du følgende typer tjenester eller assistanse....  
Prosent*

	Ulønnede tjenester fra frivillighetssentral med mer	Ulønnet bistand fra familie/venner	Andre tjenester du selv betaler for
Nei	99 %	38 %	75 %
0-3 timer/uke	1 %	29 %	19 %
4-9 timer/uke	0 %	13 %	5 %
10 timer el mer / uke		20 %	1 %
Sum	100 %	100 %	100 %
N	334	336	331

### Assistanse før BPA

*Tabell VI.9 Når fikk du BPA første gang?*

	Prosent
For under ett år siden	13 %
For 1 til 2 år siden	11 %
For 2 til 4 år siden	26 %
For 4-7 år siden	22 %
For 7-10 år siden	17 %
For mer enn 10 år siden	11 %
Sum	100 %
N	333

*Tabell VI.10 Hvordan bodde du før du fikk BPA første gang?*

	Alle	Mer enn 20 timer BPA/uke
Bodde i eget hjem med hjemmetjenester	54 %	56 %
Bodde hjemme og fikk bare privat ubetalt bistand	33 %	31 %
Bodde i bemannet omsorgsbolig	3 %	4 %
Bodde på institusjon	2 %	2 %
Hadde ikke assistansebehov	8 %	8 %
Sum	100 %	100 %
N	328	185

*Tabell VI.11 Sammenlignet med situasjonen din før du fikk BPA, har det at du nå har BPA ført til at du har mindre behov for andre praktiske tjenester fra kommunen? Flere svar mulig*

	Alle BPA-brukere	BPA-brukere med mer enn 20 timer/uke
Hjemmehjelp	59 %	60 %
Hjemmesykepleie	49 %	63 %
Støttekontakt	56 %	70 %
Omsorgslønn til nærstående	29 %	34 %
Matombringing	30 %	34 %
Trygghetsalarm	21 %	27 %
TT-transport	27 %	31 %
Avlastning utenfor institusjon	21 %	25 %
Avlastning i institusjon	27 %	16 %
Avlastning til barn	15 %	16 %
Annet	13 %	15 %
N	342	193

*Tabell VI.12 Har det at jeg fikk BPA medført endringer i behovet for annen bistand? Brukere med mer enn 20 timer BPA per uke*

	Type bistand		
	Ulønnet bistand fra familie og venner	Ulønnet bistand fra frivillighetssentral e.l.	Tjenester jeg betaler selv
Ja, jeg har behov for mer ulønnet bistand	3 %	4 %	3 %
Ja, jeg har behov for mindre ulønnet bistand	75 %	46 %	52 %
Nei, jeg har omtrent det samme behovet	14 %	32 %	33 %
Usikker	7 %	17 %	12 %
Sum	100 %	100 %	100 %
N	187	157	169

*Tabell VI.13 Hvordan bodde du før BPA og hvordan bor du i dag?  
Personer med minst 20 timer BPA per uke*

	Før BPA	Etter BPA
Alene i egen bolig	28 %	48 %
Med ektefelle/samboer i egen bolig	15 %	18 %
Med ektefelle/samboer og barn i egen bolig	16 %	14 %
Alene med barn i egen bolig	3 %	3 %
Med foreldre	29 %	11 %
Sammen med andre i egen bolig	1 %	2 %
Bemannet omsorgsbolig	4 %	4 %
Institusjon	2 %	0 %
Ikke assistansebehov	2 %	0 %
Sum	100 %	100 %
N	180	190

*Tabell VI.14 Dersom det har vært endring i bosituasjonen, skyldes det at du har fått BPA? Personer med minst 20 timer BPA per uke*

	Andel Ja	Antall svar
For under ett år siden	50 %	12
For 1 til 2 år siden	17 %	17
For 2 til 4 år siden	50 %	42
For 4-7 år siden	39 %	48
For 7-10 år siden	37 %	36
For mer enn 10 år siden	32 %	19
Sum	38 %	174

*Tabell VI.15 Hovedaktivitet og omfang av denne.*

	BPA > 20 timer/uke	Alle BPA
Ordinært arbeid	28 %	28 %
Vernet arbeid	7 %	6 %
Annet arbeidsmarkedstiltak	3 %	3 %
Under utdanning	15 %	11 %
Ikke i arbeid/under utdanning	47 %	53 %
Sum	100 %	100 %
N	191	337
Andel heltid (arbeid/tiltak/utdanning)	47 %	45 %

*Tabell V1.16      Hadde BPA-ordningen betydning for at du kom i arbeid, i arbeidsmarkedstiltak eller i utdanning?  
Personer med minst 20 timer BPA per uke*

	Prosent
Ja BPA-ordningen bidro til at jeg kom i arbeid	50 %
Nei det hadde ikke betydning	44 %
Usikker	6 %
Sum	100 %
N	96

*Tabell V1.17      Dersom du ikke hadde hatt BPA i dag, tror du at du ville ha...  
(Personer med minst 20 timer BPA per uke.)*

	Andel
Jobbet/studert mindre	33 %
Ikke vært i arbeid	67 %
Sum	100 %
N	67

*Tabell V1.18      De som ikke er i arbeid: Mulighet til jobb på sikt?  
Personer med minst 20 timer BPA per uke*

	På sikt mulig å få jobb	Tror BPA kan øke mulighetene til å få jobb
Ja	16 %	12 %
Nei	57 %	
Usikker	28 %	
Sum	100 %	100 %
N	90	90

*Tabell V1.19      Har du vært innlagt på sykehus 2005-2009?  
Personer med minst 20 timer BPA per uke*

	%
Ja	67 %
Nei	33 %
Sum	100 %
Nei	192

*Tabell VI.20 Sykehusinnleggelser. Gjennomsnittlig antall dager på sykehus.  
Personer med minst 20 timer BPA per uke*

År	Gj.snittl. dager på sykehus
2005	8,6
2006	13,7
2007	13,1
2008	9,2
2009 til oktober	5,7

*Tabell VI.21 Har BPA ført til endret behov for innleggelser på sykehus?  
Personer med minst 20 timer BPA per uke*

	%
Større behov	1 %
Mindre behov	22 %
Omtrent samme behov	67 %
Usikker	10 %
Sum	100 %
N	183



*Tabell VI.22 Hvem ville assistert deg med de ulike oppgavene dersom du ikke hadde hatt BPA? Personer med minst 20 timer BPA per uke*

	Hjemme- hjelp	Hjemme- sykepleie	Ansatte ved bemannet omsorgsbolig	Støtte- kontakt	Familie/ venner	Frivillighets- sentral, Røde kors ol.	Private som jeg selv betaler for	Ingen	Sum	Antall svar
Husarbeid inkludert matlaging	30 %	9 %	7 %	6 %	34 %	1 %	10 %	3 %	100 %	349
Oppgaver i hjemmet utover husarbeid, for eksempel småreparasjoner, hente/lese post, hagearbeid, bilvedlikehold, snømåking	6 %	2 %	7 %	9 %	51 %	2 %	15 %	8 %	100 %	280
Assistanse ved samvær med familie og venner	1 %	1 %	4 %	11 %	58 %	0 %	7 %	17 %	100 %	232
Personlig assistanse, som for eksempel hygiene, påkledning, bistand ved måltider	12 %	35 %	7 %	3 %	30 %	0 %	5 %	8 %	100 %	275
Assistanse i oppgaver som ellers ville vært gjort av helsepersonell, for eksempel skifte av bandasje, massasje, opptrening	4 %	33 %	6 %	3 %	33 %	0 %	7 %	13 %	100 %	238
Assistanse ved ærender som legebesøk, handling, bank, besøk på offentlige kontorer	4 %	4 %	6 %	10 %	56 %	0 %	8 %	12 %	100 %	242
Assistanse ved fritidsaktiviteter, reiser, kino, konserter og andre kulturaktiviteter	1 %	0 %	5 %	18 %	54 %	1 %	7 %	14 %	100 %	250
Assistanse i forbindelse med organisasjonsarbeid, frivillig arbeid, politiske verv	1 %	1 %	3 %	10 %	34 %	0 %	8 %	45 %	100 %	178
Assistanse i forbindelse med lønnet arbeid, utdanning	1 %	1 %	3 %	9 %	23 %	0 %	9 %	56 %	100 %	150
Assistanse i å fylle en foreldrerolle for eksempel bistå barn med praktisk bistand som påkledning og ved foreldremøter, fritidsaktiviteter	1 %	1 %	1 %	4 %	30 %	0 %	8 %	55 %	100 %	119
Assistere i å yte tjenester for andre (for eksempel vanne naboens blomster etc)	1 %	1 %	0 %	4 %	32 %	0 %	6 %	55 %	100 %	146
Assistanse ved husdyrhold	2 %	1 %	1 %	2 %	38 %	0 %	4 %	51 %	100 %	136





*Tabell VI.23 Tenk deg en hypotetisk situasjon uten BPA, men et tradisjonelt tjenestetilbud. Andel som svarer at de ville hatt mer behov for følgende helsetjenester. Prosent.  
Personer med minst 20 timer BPA per uke*

	% med økt behov	N
Lege, poliklinikk	38 %	184
Psykolog	31 %	169
Fysioterapi	49 %	179
Andre behandlere	40 %	176

*Tabell VI. 24 BPA-brukernes vurdering av effekten av BPA. Andel som er helt enig i utsagn om at BPA har...(Personer med minst 20 timer BPA per uke)*

	% helt enig i utsagnet	N
Stor betydning for å delta aktivt i famieliv	75 %	190
Stor betydning for å delta aktivt i arbeidsliv	48 %	182
Stor betydning for min fysiske helse	71 %	190
Stor betydning for hvor godt jeg har det i hverdagen	93 %	190
Stor betydning for at mine nærmeste skal ha et aktivt sosialt liv	77 %	186
Stor betydning for mine nærmeste helse	65 %	187
Stor betydning for hvor godt mine nærmeste har det i hverdagen	75 %	185
Stor betydning for mine nærmestes mulighet til å delta i arbeidslivet	54 %	187

*Tabell VI.24 Hvilke av dine nærmeste anser du deltar mer i arbeidslivet fordi de avlastes ved at du har BPA, og hvor mye øker disse arbeidstiden?  
Personer med minst 20 timer BPA per uke*

	Andel som svarer at ulike familiemedlemmer arbeider mer pga at respondenten får BPA	Økt arbeidstid for dem respondenten angir arbeider mer pga BPA
Ektefelle/samboer	24 %	21,8
Far	18 %	17,0
Mor	30 %	20,2
Søsken	15 %	12,0
Barn	11 %	18,6
Andre nærstående	8 %	15,6
N	193	



## Vedlegg 2 Resultater fra spørreundersøkelsen mot foreldre til barn med BPA

Tabell V2.1      Nøkkeldata barn med BPA

	Prosent
<b>Alder</b>	
2-5 år	4 %
6-10 år	27 %
11-15 år	53 %
16-18 år	16 %
<b>Kjønnsfordeling</b>	
Andel gutter	65 %
Andel mor blant respondentene	86 %
<b>Hovedaktivitet</b>	
Barnehage	6 %
Grunnskole	69 %
Videregående skole	18 %
Ikke i skole/barnehage	8 %
<b>Bosted</b>	
Andel i bykommune	61 %
<b>Familiesituasjon</b>	
Andel av arbeidsleiderne som bor sammen med andre forelder	65 %

Tabell V2.2      Bruk av BPA per uke

	Andel, %	Gj.snitt timer/uke
Inntil 10 timer	4 %	10
10-20 timer	22 %	18
20-40 timer	33 %	28
40-75 timer	20 %	56
75-100 timer	16 %	87
100-150 timer	6 %	130
Total	100 %	46
N	51	

*Tabell V2.3 Opplever du at barnet har tilstrekkelig med BPA-timer i dag?*

	Alle	Barn med minst 20 timer BPA
Ja	35 %	39 %
Nei	45 %	42 %
Usikker	20 %	18 %
I alt	100 %	100 %
N	51	38

*Tabell V2.4 Når på døgnet får barnet BPA?*

	Alle	Barn med minst 20 timer BPA
Dag	86 %	87 %
Kveld	88 %	89 %
Natt	37 %	47 %
N	51	38

*Tabell V2.5 Timer til organisering og ledelse av assistenter per uke*

	Gjennomsnittlig timetall	Antall svar
Inntil 3 timer	2.09	11
3-6 timer	5.17	12
6-10 timer	9.50	12
10-20 timer	16.50	8
Mer enn 20 timer	45.00	5
Total	11.58	48

*Tabell V2.6 Sammenlignet med situasjonen tidligere, har BPA-ordningen ført til at familien/barnet har mindre behov for andre tjenester enn før barnet fikk personlig assistent? (flere kryss mulig)*

	Alle	Barn med minst 20 timer/uken BPA
Hjemmehjelp	29 %	37 %
Hjemmesykepleie	25 %	32 %
Støttekontakt	59 %	63 %
Omsorgslønn	24 %	26 %
TT transport	14 %	18 %
Avlastning	45 %	55 %
N	51	38

*Tabell V2.7 Antall timer andre tjenester før BPA. Gjennomsnitt for alle uavhengig av om de anser at annet tjenestebehov er redusert eller ikke. Barn med minst 20 timer BPA per uke*

	Gjennomsnittlig antall timer per uke
Hjemmehjelp	3,1
Hjemmesykepleie	1,6
Støttekontakt	4,5
Omsorgslønn	6,1
Avlastning i insti	4,6
Avlastning utenfor inst	4,1
Avlastning til barn	3,4
Annet	1,6
N	38

*Tabell V2.8 Tror du at barnet/familien samlet sett mottar flere tjenester, det vil si har flere tildelte timer, fra kommunen enn før barnet fikk personlig assistent?*

	Alle	Minst 20 timer BPA
Ja, mer enn før personlig assistent	33 %	41 %
Nei, omtrent like mye som før personlig assistent	24 %	18 %
Nei, mindre enn før personlig assistent	33 %	35 %
Usikker	9 %	6 %
I alt	100 %	100 %
N	45	34

*Tabell V2.9 Hva er din hovedbeskjeftigelse?*

	Alle	Med minst 20 timer BPA
Ordinært arbeid	76 %	71 %
Arbeidssøker	4 %	5 %
Utdanning	4 %	5 %
Hjemmeværende	16 %	18 %
Sum	100 %	100 %
N	51	38

*Tabell V2.10 Arbeidsmarkedstilpasning og betydning av BPA.  
Barn med minst 20 timer BPA per uke*

	Andel	N
<b>Respondenten:</b>		
Ordinært arbeid	71 %	38
Arbeidssøker	5 %	38
Utdanning	5 %	38
Hjemmeværende	18 %	38
Arbeider/studerer heltid	48 %	29
I arbeid/utdanning før barnet fikk BPA	68 %	38
BPA bidro til å komme i jobb	11 %	27
BPA bidro til at kunne jobbe mer	63 %	27
Tror at på sikt mulig å komme i arbeid	44 %	9
<b>Den andre forelderen:</b>		
BPA bidro til at han/hun kunne jobbe/studere mer	60 %	25

*Tabell V2.11 Sykehusinnleggelser. Barn med minst 20 timer BPA per uke*

	Andel/dager
Andel av barna innlagt på sykehus 2005-2009	71 %
Dager innlagt på sykehus (snitt alle barn)	
2005	5,4
2006	6,2
2007	5,3
2008	7,6
N	38

*Tabell V2.12 Barn med minst 20 timer BPA per uke: Foresattes vurderinger av effekten av BPA. Andel helt enig i at BPA til barnet har...*

	% helt enig i utsagnet
Stor betydning for å delta aktivt i familieliv	87 %
Stor betydning for barnets fysiske helse	53 %
Stor betydning for hvor godt barnet har det i hverdagen	84 %
Stor betydning for at jeg og resten av familien kan ha et aktivt sosialt liv	84 %
Stor betydning for hvor godt min familie har det i hverdagen	82 %
Stor betydning for at respondenten kan være i arbeid/utdanning	71 %
Stor betydning for at den andre forelderen kan være i arbeid/utdanning	45 %
N	38

*Tabell V2.13 Barn med minst 20 timer BPA per uke: Respondentens vurdering av effekten av BPA for barnet på sykefravær og arbeid/utdanning (N = 38)*

	Endring	Antall svar
<b>Respondenten:</b>		
Antall færre sykefraværsdager	19	22
Antall færre andre fraværsdager	12	21
Økt arbeidstid (% av heltid)	32	23
Økt utdanningsprogresjon (% av heltid)	21	9
<b>Den andre forelderen:</b>		
Antall færre sykefraværsdager	16	14
Antall færre andre fraværsdager	7	12
Økt arbeidstid (% av heltid)	19	11
Økt utdanningsprogresjon (% av heltid)	2	5





*Tabell V2.14 Anta at barnet ikke hadde hatt BPA i dag, men et annet tjenestetilbud som du anser realistisk. Hvem tror du ville assistert ved de ulike oppgavene. Flere kryss mulig. Barn med minst 20 timer BPA per uke*

	Hjemme- hjelp	Hjemme- sykepleie	Ansatte i bemannet omsorgsbolig	Støtte- kontakt	Andre tjenester	Familie og venner	Frivillig- hetsentral, Røde kors	Ingen	Sum	Antall svar
Hygiene, Påkledning mv	9 %	9 %	11 %	11 %	8 %	48 %	0 %	3 %	100 %	64
Assistere ved samvær med familie og venner	0 %	0 %	4 %	13 %	4 %	72 %	0 %	6 %	100 %	47
Helseoppgaver	4 %	13 %	6 %	4 %	9 %	55 %	0 %	9 %	100 %	47
Ærender som legebek, fysiske fysioterap. Sykehus	0 %	7 %	7 %	2 %	4 %	74 %	0 %	7 %	100 %	46
Assistanse ved fritidsaktiviteter	0 %	0 %	7 %	19 %	4 %	61 %	2 %	7 %	100 %	54
Generelt tilsyn	2 %	2 %	10 %	8 %	8 %	63 %	0 %	8 %	100 %	52
Assistanse på ferie	0 %	0 %	4 %	9 %	4 %	74 %	0 %	9 %	100 %	46
Assistanse på skole , barnehage	0 %	0 %	9 %	6 %	21 %	42 %	0 %	21 %	100 %	33
Husarbeid med mer	8 %	3 %	0 %	0 %	0 %	82 %	0 %	8 %	100 %	39
Annet	0 %	0 %	11 %	4 %	7 %	64 %	0 %	14 %	100 %	28



*Tabell V2.15      Betydningen av BPA for barnets behov for ulike typer tjenester. Andel av respondentene som anser at uten BPA har barnet økt behov for... .  
Barn med minst 20 timer BPA per uke*

	Andel som mener barnet ville hatt større behov	N
Lege	19 %	37
Psykolog	31 %	35
Fysioterapeut	40 %	35
Andre behandlere	29 %	35
Sykehusinnleggelse	24 %	38

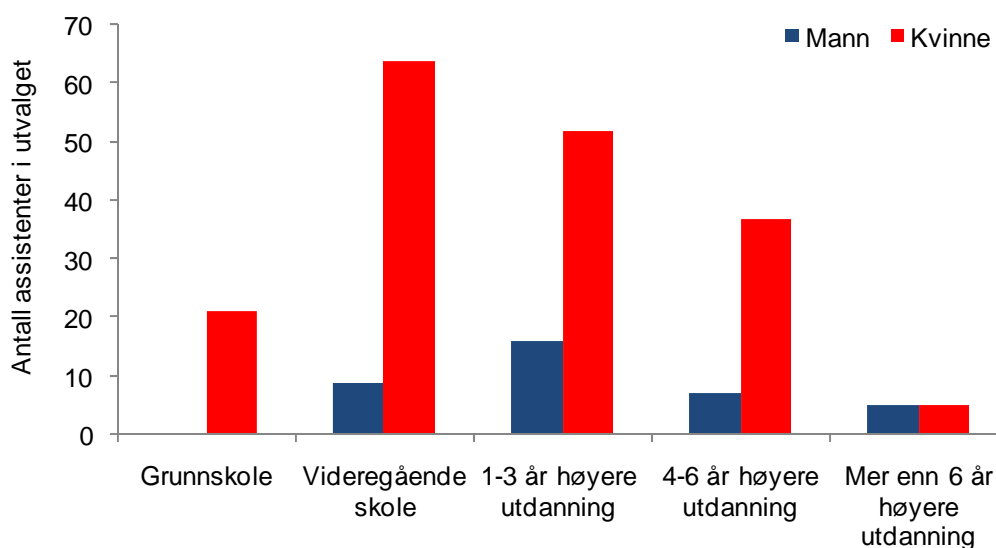


## VEDLEGG 3: Spørreundersøkelse mot assistenter

Tabell V3.1      *Kjennetegn ved assistentene i undersøkelsen*

	Prosent av assistentene
Bor i bykommune	66 %
<b>Alder:</b>	
Under 20 år	2 %
20-29 år	42 %
30-39 år	23 %
40-49 år	19 %
50-59 år	12 %
60 år eller mer	2 %
<b>Kjønn</b>	
Mann	17 %
Kvinne	83 %
<b>Utdanning</b>	
Grunnskole	10 %
Videregående skole	33 %
1-3 år høyere utdanning	31 %
4-6 år høyere utdanning	21 %
Mer enn 6 år høyere utdanning	5 %
<b>Bosituasjon</b>	
Gift/samboer	68 %
<b>Hjemmeboende barn</b>	
0	61,9 %
1	17,4 %
2	13,8 %
3 eller flere	6,9 %

*Figur V3.1      Assistentenes fordeling på kjønn og utdanningsnivå*



*Tabell 6.6      Tidligere jobberfaring*

	Prosent av assistentene
<b>Hovedaktivitet før assistentjobb</b>	
Var i fast jobb	33 %
Var i midlertidig jobb	12 %
Var arbeidssøker	14 %
Var hjemmeværende	5 %
Var trygdet	2 %
Var student	34 %
Sum	100 %
<b>De som ikke hadde annen jobb før assistentjobben</b>	
<b>Hvor lenge siden jobb var hovedaktivitet</b>	
Hadde ikke jobbet før	30 %
Ett år	31 %
2-3 år	23 %
4-10 år	8 %
Over 10 år	8 %
Sum	100 %
<b>I siste jobb før personlig assistent – stillingsprosent</b>	
100 prosent	45 %
50-99 prosent	34 %
Under 50 prosent	22 %

*Tabell V3.2 Om arbeidet som personlig assistent*

	Andel, %
<b>Stillingsprosent</b>	
100 prosent	12 %
50-99 prosent	29 %
30-49 prosent	19 %
Under 30 prosent	41 %
<b>Annen aktivitet enn Personlig assistent</b>	
Er student/elev	26 %
Er trygdet	4 %
Er hjemmeværende	14 %
Har annen deltidsjobb	24 %
Har en fulltidsjobb	20 %
Annet	13 %
<b>Nattarbeid</b>	
Arbeider om natten	34 %
Arbeider ikke om natten	66 %
<b>Antall år som assistent</b>	
Under 1 år	10 %
1-3 år	57 %
4-10år	31 %
Over 10 år	2 %

---



*Tabell V3.3      Jobben som assistent og videre yrkes/utdanningsplaner*

---

	Andel
<b>Hva tror du at du ville gjort hvis du ikke hadde vært personlig assistent?</b>	
Jeg ville enkelt fått en annen jobb	74 %
Jeg ville hatt problemer med å få en annen jobb	7 %
Jeg ville vært arbeidsledig	1 %
Jeg ville vært hjemmeværende	2 %
Jeg ville vært trygdet uten jobb	1 %
Annet	14 %
<b>Søker du andre jobber for tiden?</b>	
Ja	27 %
Nei, men jeg tenker på å begynne med det	20 %
Nei, for jeg tror sjansene for å få en annen jobb er små	2 %
Nei, og jeg ønsker ikke en annen jobb	52 %
<b>Hvor lenge tror du at du kommer til å jobbe som personlig assistent fra nå av?</b>	
Minst 1 år til	15 %
Minst 3 år til	10 %
Minst 5 år til	4 %
Så lenge jeg kan	35 %
Vet ikke	37 %
<b>Har jobben som personlig assistent gjort det mer eller mindre sannsynlig at du vil ta utdanning innenfor servicefeltet?</b>	
Mer sannsynlig	19 %
Mindre sannsynlig	12 %
BPA-jobben har ikke påvirket mine utdanningsplaner	69 %

---

## VEDLEGG 4: Kostnads kalkyler pleie- og omsorgstjenester

### Kalkyle for driftskostnader per oppholdstime ved omsorgsbolig

Kalkylen omfatter bare lønnskostnader. Det forutsettes 1 person på nattevakt, og 3 personer til stede på dag og kveld. Satsen er basert på lønnskostnaden per årsverk for hjelpepleier, justert noe opp for timer arbeidet om natten. Det forutsettes en leder som arbeider 8 timer daglig, men ikke i helgene. Kalkylen er basert på et hverdagsdøgn. Nederst i hver tabell gis et skjønnsmessig anslag per time over året, som er noe høyere enn timekostnadsanslaget for hverdager.

*Tabell V4.1 Kalkyle for kostnad per time ved opphold i omsorgsbolig, bolig med 10 beboere*

Tidsrom	Tidsrom	Personer	Timer	sats	kr
natt	22-0800	1	10	364	3 640
dag	8-16	3	24	280	6 720
kveld	16-22	3	18	280	5 040
leder	8-16	1	8	300	2 400
Sum personaltimer			60		
Sum oppholdstimer			240		
Sum lønnskostnader					17 800
Lønnskostnad per oppholdstime					74
Anslag gjennomsnitt over året (hverdag og helg)					80

Nedenfor presenteres kalkyle for boenhet med 5 beboere (beboere med større behov for assistanse), men for øvrig samme bemanning.

*Tabell V4.2 Kalkyle for kostnad ved omsorgsbolig, bolig med 5 beboere*

Tid	Tid	Personer	Timer	sats	kr
natt	22-0800	1	10	364	3 640
dag	8-16	3	24	280	6 720
dag	16-22	3	18	280	5 040
leder	08-16	1	8	300	2 400
Sum personaltimer			60		
Sum oppholdstimer			120		
Sum lønnskost					17 800
Lønnskostnad per oppholdstime					148
Anslag gjennomsnitt over året					150