



Uloba
Independent
Living

Tilstandskartleggingen 2022

Status for BPA



Innhold

Nøkkeltall	5
Innledning	6
Hovedfunn	8
Hva er BPA?	10
Det store bildet: Har nasjonal politikk bidratt til en reell satsing på BPA?	11
Regjeringen forventet stor vekst etter rettighetsfestingen	17
Prognose for funksjonshemmede som trenger BPA for å kunne nyte sine menneskerettigheter	19
Rikets tilstand: BPA-ordningen i Norge	23
Kommunene skal sikre at langt flere blir innvilget BPA	23
Kommunene skal også satse på BPA til personer med behov for under 25 timer assistanse i uken	24
Kommunene skal satse på BPA, i det minste ta i bruk ordningen	25
BPA-søkere skal få en individuell vurdering og ikke bli usaklig forskjellsbehandlet	26
Statsforvalternes behandling av klager på kommunenes BPA-vedtak	28
Livet med BPA	30
Funksjonshemmede med assistansebehov sine levekår	30
Inntekt	31
Arbeid	32
Boforhold	32
Utdanning	33

Samfunnsdeltakelse, likestilling og diskriminering	35
Aktiviteter i hverdagen	36
Barn og ungdom	37
Dobbelt diskriminert	39
Å eie seg selv og livet sitt	42
Kommunenes tjenestekonsesjoner for BPA	42
Hva er en tjenestekonsesjon for BPA?	42
Begrensinger i konsesjonsutlysningene	43
Inngripen i privatlivet	44
Kompetansekrav og opplæring av assistentene	46
Varsling: Barnevernet og vergemål	46
Reiserestriksjoner	47
Ønsker ikke at BPA forblir en helsetjeneste der kommunen har ansvaret	48
Beslutningsstøtte	51
Opplevelser av kommunenes forvaltning av likestillingsverktøyet BPA	54
Kommunene skal aktivt informere om BPA	54
Kommunene skal veilede i BPA-saker og bør bistå innbyggere som trenger det	55
Kommunene skal møte BPA-søkere som personer som trenger assistanse for å bli likestilt	55
Stortinget ønsker at kommunene skal prioritere BPA-søknader	56
Personer med assistansebehov skal bli innvilget tilstrekkelig assistanse til at de blir likestilt	58
Likestilling fordrer at kommunene innvilger tilstrekkelig BPA-timer til både grunnleggende behov og deltakelse utenfor eget hjem	60
Kommunen skal ivareta BPA-søkernes rettssikkerhet	60
Kommunene skal ha en konstruktiv tilnærming til BPA-søkere med en målsetning om å realisere menneskerettigheter	62
BPA-forvaltningen skaper tillitskrise	63

Metode	65
Vedlegg 1: Tabeller	67
Vedlegg 2: Økning i antall personer med BPA på syv år. Forventinger og resultat	85
Litteraturliste	88
Sluttnoter	94
Kontakt	104

Nøkkeltall

Personer som har BPA per 31.12.2021:

3 969

Barn under 18 år som har BPA per 31.12.2021:

614

Økning i antall personer med BPA fra 2020 til 2021:

229

Antall klagesaker om BPA som statsforvalterne ferdigstilte i 2021:

335

Antall hjemmeboende personer under 67 år som har vedtak om helse- og omsorgstjenester fra kommunen i 2021:

117 340

Innledning

Uloba gjennomfører en årlig tilstandskartlegging for å dokumentere noen sentrale forhold for funksjonshemmede med assistansebehov.

Selv om rettighetene i de universelle menneskerettskonvensjonene gjelder alle mennesker, vet FN at funksjonshemmede ekskluderes fra mange viktige områder i samfunnet. I 2006 vedtok FN derfor en egen konvensjon, som er et sett med regler, for å sikre funksjonshemmedes menneskerettigheter. Konvensjonen forplikter landene som har tiltrådd konvensjonen. Vi henviser til denne flere steder i rapporten, og bruker da den engelske forkortelsen CRPD.¹

Norge ratifiserte konvensjonen om rettighetene til funksjonshemmede i 2013. Det gjorde at konvensjonen ble forpliktende for prioriteringer og myndighetsutøvelse fra den norske stat. For Uloba er det en viktig kampsak å få CRPD inn i menneskerettsloven, slik at våre rettigheter beskyttes og fremmes av norsk lov. Sammen med Amnesty, Norsk Handikapforbund, Norsk forening for utviklingshemmede og flere andre organisasjoner overrakte Uloba nærmere 30 000 underskrifter til likestillingsminister Anette Trettebergstuen 28. februar 2022 med krav om å ta FNs konvensjon for funksjonshemmede (CRPD) inn i menneskerettsloven. I Hurdalsplattformen har regjeringen forpliktet seg til å sende et forslag til Stortinget om å innlemme CRPD i norsk lov.

Regjeringen skriver i Hurdalsplattformen at de skal: «Videreutvikle brukerstyrt personleg assistanse (BPA) som eit viktig verktøy for å sikre alle menneske deltaking og likestilling i samfunnet.»² BPA-utvalget la fram utredningen «Selvstyrt er velstyrt. Forslag til forbedringer i ordningen med brukerstyrt personlig assistanse» 16. desember 2021.³ I oktober 2022 har regjeringen akkurat startet arbeidet med å ta stilling til forslagene om endringer i BPA-regelverket fra utredningen og høringsinstansene.

Det er særlig artikkel 19 i konvensjonen som gir Norge, i likhet med andre land som har ratifisert konvensjonen, forpliktelser for å sørge for assistanse som gir likestilling, deltakelse i samfunnet og styring i eget liv. Men assistansen er også helt avgjørende for at vi kan nyte andre menneskerettigheter, som for eksempel yringsfrihet. Rapporten bruker derfor konvensjonen som utgangspunkt, og viser avstanden mellom det Norge er forpliktet av, det vi har krav på og det som er den faktiske situasjonen for funksjonshemmede.

Stortinget har pålagt staten «å innhente hensiktsmessig informasjon, herunder statistikk og forskningsdata, som setter [nasjonale politikere] i stand til å utforme og gjennomføre politikk som gjennomfører [FNs] konvensjon», CRPD artikkel 31.

Per i dag er det ingen offentlig instans som systematisk samler inn data om funksjonshemmede med assistansebehov fra ulike hold og sammenstiller dem. Uloba har derfor tatt på seg oppgaven med å gjennomføre en årlig spørreundersøkelse rettet mot Ulobas medlemmer og andre som har assistanse gjennom Uloba, for å kartlegge situasjonen for funksjonshemmede med assistansebehov med tilknytning til Uloba. Rapporten du leser nå, kombinerer spørreundersøkelsen med ulike typer offentlig statistikk.⁴ I et eget kapittel har vi redegjort for metode. I Vedlegg 1 finner du tabeller hvor dataene vi har analysert er presentert mer utførlig. Grafer og bilder i rapporten har alternativ tekst, slik at de skal være tilgjengelige ved bruk av leseleser eller tale fra datamaskinen.

Vi vil benytte anledningen til å takke alle dere som tok dere tid til å svare på spørreundersøkelsen. Dere har gjort en viktig del av jobben med å dokumentere hvordan vi funksjonshemmede med assistansebehov har det.

Hvis noen ønsker mer inngående presentasjon av data, ta kontakt med:

Laila Bakke på adressen laila.bakke@uloba.no

Egil G. Skogseth på adressen esk@uloba.no

Hovedfunn

Helselovgivningen er til hinder for at BPA kan bli et likestillingsverktøy som realiserer menneskerettigheter.

Helselovgivningen beskriver BPA som personlig assistanse i form av en alternativ organisering av helse- og omsorgstjenestene praktisk bistand, opplæring og avlastning. Selv om Stortingets intensjon med BPA er likestilling krever lovgiver at BPA skal være faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester.

Ulobas analyse av tjenestekonsesjoner for BPA viser at mange kommuner følger opp lovkrav om å overvåke funksjonshemmede med BPA. En rekke kommuner pålegger også innbyggere med BPA reisebegrensninger. Overvåkning og reiserestriksjoner er i strid med menneskerettighetene. Nesten alle som besvarte Ulobas spørreundersøkelse ønsker ikke at BPA skal forbli en helsetjeneste der kommunen har ansvaret.

Lovgiver har overlatt til kommuneansatte å bruke sitt faglige skjønn til å tolke om «forsvarlig nivå» betyr nok BPA-timer til å overleve i eget hjem, eller nok assistansetimer til likestilt deltakelse på alle samfunnets arenaer. 37 prosent av dem som svarte på undersøkelsen har ikke nok BPA-timer til å dekke sitt behov. Det går blant annet utover deltakelse i arbeid, utdanning og i aktiviteter i nærmiljøet.

I 2013 ratifiserte Norge FN-konvensjonen for funksjonshemmedes rettigheter, og med det retten til personlig assistanse. Likevel er det ikke en selvstendig begrunnelse i lovverket for hvorfor kommunene skal ha en menneskerettighetstilnærming til funksjonshemmede som trenger BPA for å bli likestilt.

I 2000 påla lovgiver kommunene å tilby BPA. Det var nesten dobbelt så høy årlig vekst i antall funksjonshemmede med BPA i perioden 2000–2011 som i perioden 2012–2021. I 2000–2011 kunne kommunene søke om målrettede tilskudd til å etablere og videreføre BPA-ordninger.

Fra retten til BPA trådte i kraft 1.1.2015 til 31.12.2021 økte antallet funksjonshemmede med BPA med 988. Det er en liten brøkdel av veksten regjeringen og KS forventet før rettighetsfestingen.

Kommunenes BPA-tall tyder på at en høy andel kvinner og middelaldrende som har søkt om BPA etter rettighetsfestingen har blitt usaklig forskjellsbehandlet.

I 2015–2021 har antall funksjonshemmede med vedtak med under 25 BPA-timer i uken vokst minimalt. Det er i strid med Stortingets intensjon. Det tyder på at innslagspunktet for rettigheten er blitt en stor barriere for BPA-søkere med lite til middels assistansebehov.

Tall om statsforvalternes behandling av klager på BPA-vedtak, og funn fra Ulobas spørreundersøkelse, viser at staten og kommunene ofte er uenig i hvordan BPA-regelverket skal bli tolket og brukt i saksbehandlingen.

Ulobas spørreundersøkelse viser at det er store mangler i kommunenes arbeid med å informere om BPA, veilede BPA-søkere og kompetanse på å behandle BPA-søkere som borgere som trenger nok assistanse til å bli likestilt. Det er svært problematisk at 53 prosent av de vi spurte oppgir at kommunen møtte deres ønske om BPA med et forslag om å heller innvilge tradisjonelle helse- og omsorgstjenester.

38 prosent av dem som svarte oppgir at de har blitt urettferdig behandlet / diskriminert av ansatte i kommunen på grunn sin funksjonsnedsettelse, når de har vært i dialog om BPA.

De samfunnsskapte barrierene i BPA-forvaltningen hindrer funksjonshemmede med assistansebehov i å nyte sine menneskerettigheter. Dette skaper en tillitskrise. Respondentenes erfaringer viser at BPA-forvalteren trenger en lovtekst som klargjør hvordan BPA-søknader kan bli saksbehandlet på en måte som ivaretar søkerens rettsikkerhet og menneskerettigheter.

I spørreundersøkelsen oppgir et stort flertall av dem som har blitt innvilget BPA at ordningen gir store positive effekter på områdene selvbestemmelse, selvstendighet, sosial deltakelse og helse. Samtidig opplever svært mange av de som deltok et utenforskap. Hele 75 prosent av dem har opplevd diskriminering grunnet funksjonsnedsettelsen. En klar majoritet opplever at omgivelsene ikke har forventninger til at de skal bidra til fellesskapet.

Kun 30 prosent av respondentene over 18 år er i ordinært arbeid. Nesten alle i denne gruppen kan stå i jobb fordi de har BPA. En klar majoritet har lav inntekt, og langt dårligere levekår enn det hele befolkningen har.

Høsten 2022 vurderer nasjonale politikere hva som skal til for at BPA skal bli et reelt likestillingsverktøy. Ulobas prognose viser at dersom hovedlinjene i dagens BPA-politikk blir liggende vil antallet funksjonshemmede med BPA vokse mye saktere enn det regjeringen og KS forventet etter en rettighetsfesting.

Hva er BPA?

Funksjonshemmedes organisasjoner mener BPA skal være et reelt likestillingsverktøy som realiserer menneskerettigheter. Deres råd er å flytte BPA ut av helse- og omsorgstjenesteloven.

Borgerstyrt personlig assistanse (BPA) er den eneste ordningen norske kommuner må tilby som er utviklet av dem som trenger ordningen. Funksjonshemmede Bente Skansgård introduserte personlig assistanse til Norge. Skansgård ledet an arbeidet med å utvikle den norske varianten BPA. I 1991 ble hun leder for Norges Handikapforbunds forsøksprosjekt om BPA, og en av dem som etablerte Uloba. I de påfølgende årene har et stadig bredere felt av funksjonshemmedes organisasjoner utviklet politikk om personlig assistanse.

I 2021 leverte et splittet BPA-utvalg en NOU med ulike anbefalinger om hvordan framtidens BPA bør være. I de fire funksjonshemmede utvalgsmedlemmenes dissens heter det:

«BPA er en ordning som ble utformet av funksjonshemmede selv, som del av arbeidet for å sikre selvbestemmelse og frigjøring for funksjonshemmede gjennom den internasjonale Independent Living bevegelsen. Funksjonshemmede lever som alle andre hele liv som ikke kan deles opp i sektorer, eller etter forvaltningsnivå. Funksjonshemmede er ikke klienter eller pasienter, men likestilte borgere med samme rett på utdanning, arbeid og deltakelse i samfunnet som andre. Assistanse for selvbestemmelse og deltagelse må styres av den enkelte, og være tilpasset de mange ulike liv som folk lever. Retten til assistanse kan ikke begrenses til der du bor, bestemmes av kommunegrenser eller være avgrenset av forvaltningens ansvarsområder.»⁵

I et felles høringsvar fra 2022 støtter 39 funksjonshemmedes organisasjoner og paraplyorganisasjoner i all hovedsak dissensen, og med det, den overnevnte forståelsen av hva BPA skal være.⁶

Det er kommunene som saksbehandler søknader om BPA og utmåler assistansetimer i BPA-vedtak. Ordningen er i dag hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven. Stortingets intensjon med BPA blir blant annet forklart i forarbeidene til rettighetsfestingen av BPA, og i de tre rundskrivene om BPA fra 2000, 2005 og 2015. I analysene i denne rapporten framgår det at de nevnte lovtekstene, forarbeid og rundskriv gir til dels motstridene signaler om hva Stortinget mener BPA er.

Det store bildet: Har nasjonal politikk bidratt til en reell satsing på BPA?

De siste 30 årene har det utviklet seg en konsensus blant nasjonale politikere om at norske kommuner årlig skal levere en substansiell økning i innvilgede BPA-vedtak.⁷ Har Stortinget og regjeringene sin BPA-politikk bidratt til å nå dette målet?

Intensjon: I 2013 påla Stortinget staten å sikre at funksjonshemmede kan nyte retten til personlig assistanse. I Norge er borgerstyrt personlig assistanse (BPA) den eneste assistansetjenesten, som på en helhetlig måte, kan sikre funksjonshemmede med assistansebehov den personlige bistanden som er beskrevet i CRPD artikkel 19, og i CRPD-komiteens kommentar til artikkel 19.⁸

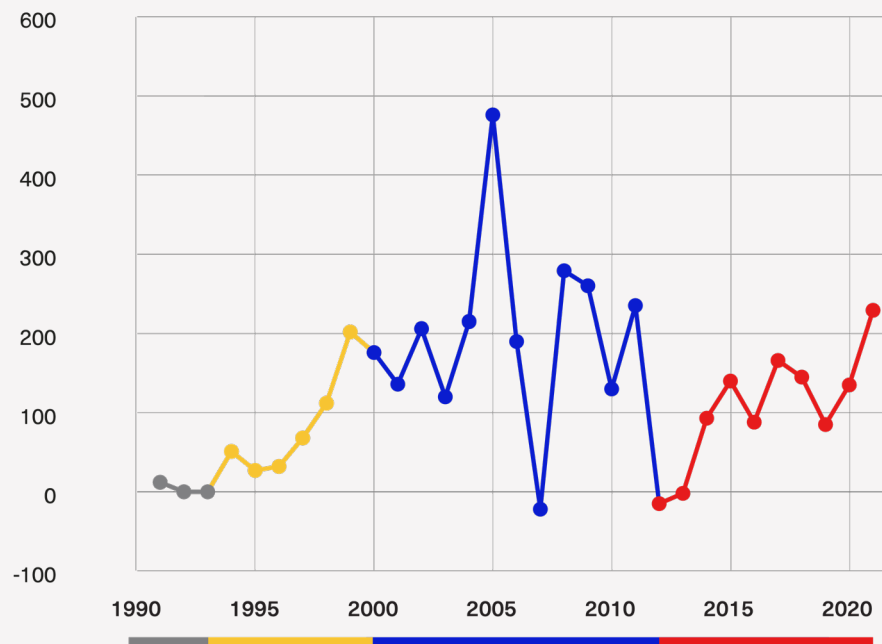
I 2005 påla Stortinget kommune å tilby BPA til alle funksjonshemmede med assistansebehov. Siden den gang har Stortinget definert primærmålgruppen for BPA som hjemmeboende funksjonshemmede med omfattende assistansebehov. Ulike regjeringer har sendt ulike signaler om funksjonshemmede over 66 år inngår i primærmålgruppen. I 2020 vedtok Stortinget at denne gruppen kan ha individuell rett til BPA på visse vilkår. Regjeringen har definert «omfattende behov» til om lag behov for 20 assistansetimer i uken. I 2022 har minst 15 700 funksjonshemmede individuell rett til BPA.⁹

Tilstand: 264 727 hjemmeboende innbyggere i Norge hadde tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven i 2021. 1,5 prosent av dem hadde vedtak om BPA. Nasjonal politikk har kun sikret BPA til en ørliten andel av gruppen som kan trenge ordningen for å kunne nyte sine menneskerettigheter.

Antallet hjemmeboende funksjonshemmede under 67 år med omfattende bistandsbehov som ikke har BPA, men kun vedtak tradisjonelle helse- og omsorgstjenester, har gått opp i perioden 2007 til 2021. Fra om lag 7 000 i 2007, til 8 900 i 2009 og videre til 13 000 i 2021.¹⁰

Har forskjeller på gjeldene BPA-politikk i ulike perioder påvirket hvor stor veksten i antall innbyggere med BPA har vært?

Figur 1: Årlig vekst i antall funksjonshemmede med BPA i Norge



1991–1993: BPA som prøveprosjekt

BPhva? Bente Skansgård leder NHFs prøveprosjekt om BPA for sterkt bevegelseshemmede. Hun beskriver BPA som «en ordning der brukerne selv administrerer [...] nødvendig assistanse både i og utenfor hjemmet.»

§ BPA ikke er en lovpålagt tjeneste. Flere kommuner vegrer seg derfor mot å behandle klager på BPA-vedtak. Flertallet på Stortinget mener at også tjenester som BPA «bør kunne innpasses i hjelpetjenestene der brukeren ønsker det».

💰 Staten ber kommunene bruke sine frie inntekter til å finansiere BPA.

📊 I treårsperioden prøver 50 funksjonshemmede BPA. Mange BPA-søknader blir avslått fordi assistanse til å delta utenfor hjemmet inngår. Kun tolv funksjonshemmede har ordningen over tid.¹¹

1994–1999: BPA er et statlig støttet forsøk

BPhva? I Regjeringens handlingsplan for funksjonshemmede 1994–1997 framgår det at BPA er spesielt velegnet for funksjonshemmede som har behov for personlig hjelp utenfor egen bolig. Retningslinjer fra departementet beskriver BPA som «en annen organisering av praktisk bistand etter sosialtjenesteloven». De åpner for at også barn mellom 11–17 år og, voksne som trenger medarbeidsleder, kan bli innvilget BPA.



BPA ikke er en lovpålagt tjeneste, men kommunene har fått en juridisk knagg å henge BPA-søknader på.




Regjeringen etablerer Stimuleringstilskudd BPA til å finansiere opplæring av arbeidsledere og assistenter. Fra 1995 kan kommunene bruke tilskuddet til å delfinansiere assistansetimene. Stortinget øker hvert år rammen for tilskuddet, og starter å stimulere kommunene til å videreføre BPA-ordninger. Tildelt tilskudd øker fra 6,3 millioner i 1994 til 36,7 millioner i 1999. I hele seksårsperioden blir 91,5 millioner kroner tildelt kommunene.




I perioden 1994–1999 innvilger staten 554 tilskudd til å starte nye BPA-ordninger. I seksårsperioden øker antall funksjonshemmede med BPA med 492, i gjennomsnitt 82 i året. «Det er liten tvil om at stimuleringstilskuddet har hatt vesentlig betydning for oppstarten og utbredelsen av BPA-ordningen i forsøksperioden», heter det i evalueringen. Kommunene innvilger svært sjeldent BPA i de tilfellene staten avslår søknaden om stimuleringstilskudd. I 1994 blir 1 av 6 søknader om stimuleringstilskudd innvilget. I 1999 blir 9 av 10 slike søknader innvilget. BPA er blitt en del av norsk velferdspolitik. ¹²


2000–2011: BPA er en alternativ organisering av sosialtjenester som kommunene må tilby

BPhva? I sosialtjenesteloven blir BPA «praktisk bistand og opplæring til dem som har et særlig hjelpebehov på grunn av sykdom, funksjonshemming, alder eller av andre årsaker». BPA er en alternativ organisering av sosialtjenester «for sterkt funksjonshemmede som har behov for bistand i dagliglivet, både i og utenfor hjemmet». I formålsparagrafen framgår det at sosialtjenester skal bidra til likestilling og selvstendighet, samt bedre innbyggernes levekår, og mulighet til sosial deltakelse. Saksbehandlerne skal altså se ut over basisbehovene et menneske har for å overleve.

 Lovgiver pålegger kommunene å tilby BPA til funksjonshemmede som kan lede egne assistenter. Kommunene må behandle klager på BPA-vedtak. Fylkesmannen er andre klageinstans, og kan overprøve kommunenes BPA-vedtak. Fra desember 2005 må kommunene også tilby BPA til barn og voksne som trenger bistand fra en medarbeidsleder.

 Politikernes satsing på Stimuleringstilskudd BPA fortsetter. Tildelingen til kommunene øker fra 45,5 millioner i 2000 til 81,9 millioner i 2010. År 2000–2011 sett under ett: Staten tildeler 755,6 millioner kroner til kommunene. I hvert av de elleve årene fra 2000 til og med 2011 blir om lag 9 av 10 søknader om stimuleringstilskudd innvilget. Unntaket er 2002–2004 hvor andelen er noe lavere.

Fra 2003 endrer departementet vilkårene. En kommune kan nå maks få tilskudd til å delfinansiere en innbyggers BPA-timer i fire år. Året etter, i 2004 blir Tilskuddsordning for ressurskrevende brukere opprettet. Kommuner som har høye utgifter til BPA og andre tjenester til en innbygger kan søke om delvis refusjon av direkte lønnsutgifter knyttet til disse tjenestene.


 Pålegget om å tilby BPA gir effekt. I 2005 benyttet omtrent tre fjerdedeler av kommunene BPA-ordningen mot omtrent en fjerdedel i 2000. At kommunen og Fylkesmannen plikter å behandle klager styrker BPA-søkernes rettsikkerhet. Fra 2004 gir staten incentiver til å prioritere BPA til såkalte ressurskrevende brukere. Fra 2000–2011 innvilger staten 3 428 stimuleringstilskudd

til å starte nye BPA-ordninger. I perioden øker antall funksjonshemmede med BPA med 2 401, i gjennomsnitt 200 i året. I år 2000 er alle BPA-vedtak delfinansiert med Stimulerings-tilskudd BPA. Nye vilkår fra 2003 bidrar at denne andelen går ned til 55 prosent i 2004, og ender på 42 prosent i 2011. Stimulerings-tilskudd BPA ser likevel ut til å være den viktigste årsaken til veksten i antall funksjonshemmede med BPA i perioden 2000–2011.¹³

2012–2021: BPA er en alternativ organisering av helse- og omsorgstjenester. Personlig assistanse blir en menneskerettighet.

BPhva? I 2012 blir BPA flyttet til den nye helse- og omsorgstjenesteloven. Formuleringer fra formålsparagrafen til sosialtjenesteloven blir med på flyttelasset. Nye formål signaliserer imidlertid at BPA-søkere er pasienter/brukere som skal bli innvilget like få timer BPA som om de hadde søkt om tradisjonelle tjenester.

§ Kommunene må fortsatt tilby BPA, og BPA-søkere har fortsatt rett til å klage til to klageinstanser. På tross av at personlige assistenter er unntatt fra dokumentasjonsplikt pålegger helselovgivningen kommunene å innhente dokumentasjon om hva som skjer i livet til den de assisterer. Stortinget ratifiserer FN-konvensjonen CRPD i 2013. Regjeringen følger opp med å formelt overføre makt fra kommuner til 14 500 funksjonshemmede under 67 år med behov for minst 25 assistansetimer i uken. Fra 2015 av har denne gruppen individuell rett til BPA. Den øvre aldersgrensen blir noe justert i 2020.

 Stimulerings-tilskudd BPA blir lagt ned i 2013 og gradvis erstattet av tilskuddet Opplæringstiltak knyttet til brukerstyrt personlig assistanse. Det nye tilskuddet kan ikke bli brukt til å delfinansiere assistansetimer. I 2015 blir midlene til BPA-opplæring en del av det nye Kommunalt kompetanse- og innovasjonstilskudd. Statens tildelinger til opplæring av nye arbeidsledere faller dramatisk, fra 18,7 millioner kroner i 2015 til 6,1 millioner i 2017.

Stortinget vedtar ekstrabevilgninger. Hensikten er at kommunene skal satse mer på BPA, i første rekke BPA til funksjonshemmede barn. Kommunenes frie midler blir økt med 300 millioner kroner i 2015, og ytterligere økt med 205 millioner kroner i 2016 (til totalt 505 millioner).



De første årene BPA ligger i helselovgivningen reduserer kommunene antallet innbyggere med BPA. KS oppgir at kommunene ikke trenger å forholde seg til CRPD så lenge konvensjonen ikke er en del av norsk lov.¹⁴ Mot slutten av tiårsperioden er det noen få eksempler på at kommuner og statsforvaltere forholder seg til CRPD i BPA-saker. Fra 2015 bidrar kommunenes BPA-forvaltning og mange omgjøringsvedtak fra statsforvalterne til noe økning i antall som har BPA i gruppen med individuell rett. I følgeevalueringen av rettighetsfestingen framgår det at det er lite sannsynlig at hele ekstrabevilgningen har blitt brukt på BPA. I hele perioden 2012–2021 øker antall funksjonshemmede med BPA med 106 i året i snitt. Ser man kun på perioden etter rettighetsfestingen trådte i kraft (2015–2021), er årlig vekst på 135 i snitt.¹⁵

Andre former for statlig finansiering av BPA

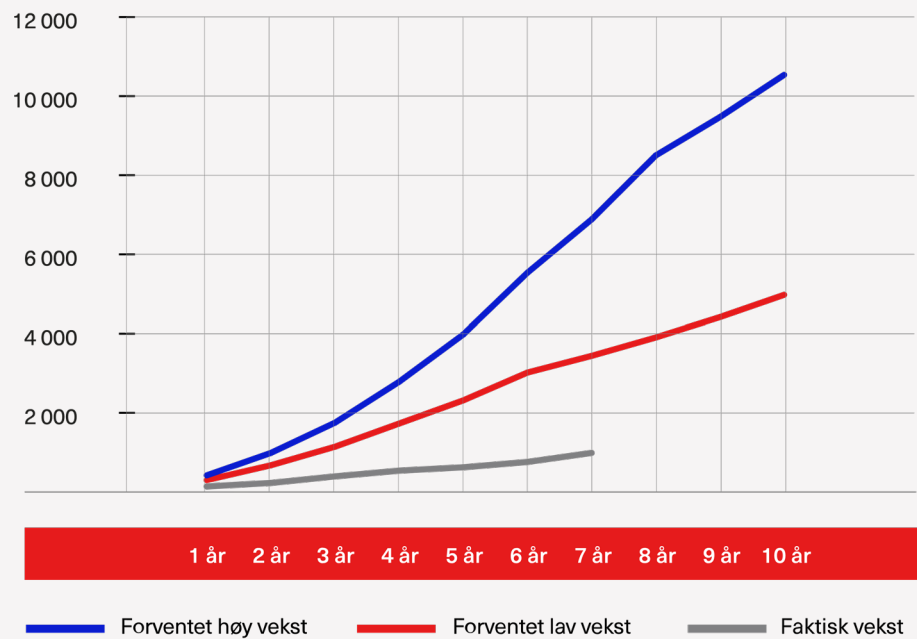
Staten har ikke pålagt kommunene å rapportere om hvor mye de bruker på BPA-ordningen hvert år. Dette hindrer oss i å utvikle et kunnskapsgrunnlag om hvor mye av kommunenes frie midler som blir brukt på BPA hvert år. Helsedirektoratet ber heller ikke at kommunene spesifisere utgifter til BPA-ordningen når de skal søke om refusjon fra tilskuddsordning for særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester. Beregninger tyder på at terskelen for å kunne motta dette tilskuddet har gått opp årlig i perioden 2004–2021.¹⁶

Regjeringen forventet stor vekst etter rettighetsfestingen

Forventning: I 2011 beregnet regjeringen og KS (kommunesektorens organisasjon) hvor stor økning i antall aktive BPA-vedtak en rettighetsfesting ville medføre. I løpet av en syvårsperiode etter rettigheten trådte i kraft forventet de at kommunene ville levere en økning på mellom 3 441 og 6 883 aktive BPA-vedtak.¹⁷

Tilstand: I syvårsperioden 2015–2021 økte antall funksjonshemmede med BPA med 988.¹⁸ Dette blir utdypet i kapitlet «Kommunene skal sikre at langt flere blir innvilget BPA». ([lenke](#))

Figur 2: Vekst i antall innbyggere med BPA-vedtak etter rettighetsfestingen.



Kilder: HOD, 2011; IPLOS-tall fra SSB (2010–2017), Ålesund kommune (2014–2017) og Helsedirektoratet KPR (2018–2021).

Konklusjon: BPA har vært en del av norsk velferdspolitik fra 1994, altså i snart 29 år. I hele perioden har vedtatt nasjonal politikk vært at antall funksjonshemmede med BPA må øke substansielt. Politikernes begrunnelse har vært, og er, at til forskjell fra tradisjonelle tjenester kan BPA sikre funksjonshemmede selvstendighet og lik mulighet til deltakelse sosialt og i samfunnet.

At Stortinget har forankret kommunenes plikt til å tilby BPA, og noen grupper sin individuelle rett til BPA, i lovverket, har vært viktig. Likevel: Hvordan kan det ha seg at kun 3 969 funksjonshemmede hadde BPA ved utgangen av 2021? Hovedgrunnen ser ut til at nasjonale politikere aldri har lovregulert BPA som et verktøy BPA-forvalteren må bruke for å sikre funksjonshemmede likestilling, og dermed muligheten til å nyte sine menneskerettigheter.

Ulike regjeringer og storting har ofte vist støtte til intensjonen med ordningen: At BPA er personlig assistanse som skal sikre funksjonshemmede full selvbestemmelse og mulighet til likestilt deltakelse i samfunnet. Et likestillingsverktøy der arbeidslederen, den funksjonshemmede selv, eller en nærstående, har reell styringsrett over hvem som skal assistere, hvilke oppgaver assistenten skal gjennomføre, når assistansen skal bli utført og hvor den skal bli utført.

Men hva vedtar politikerne at BPA skal være når det kommer til stykke? I ulike handlingsplaner, BPA-rundskriv og lovverket er BPA blitt til «en alternativ organisering av sosialtjenester/omsorgstjenester/helse- og omsorgstjenester». Helt fra BPA ble lovregulert i 2000 har kommunenes byråkrater hatt i oppdrag å bruke sin sosial- og helsefaglige kompetanse til å utmåle BPA på et forsvarlig nivå. Kommunebyråkratene skal bruke sitt faglige skjønn til å tolke om «forsvarlig nivå» betyr nok assistansetimer til å overleve i eget hjem eller nok assistansetimer til likestilt deltakelse på alle samfunnets arenaer. Fra 2012 av har det vært mulig å tolke formålsparagrafen i helse- og omsorgslovgivningen dit hen at en BPA-søker skal bli innvilget like få assistansetimer som om vedkommende hadde søkt om tradisjonelle helse- og omsorgstjenester. Kommuneansatte kaller dette likebehandlingsprinsippet.

Har da lovgiver laget en BPA-lovgivning med en god begrunnelse for hvorfor saksbehandlere skal møte BPA-søkere som mennesker som har rett til å delta sosialt og i samfunnet?

Eller for å snu på det: Framgår det av helse- og omsorgstjenesteloven hvorfor kommunene ikke bør prøve å overtale BPA-søkere til å heller motta tradisjonelle helse- og omsorgstjenester?

Hvis svaret på disse spørsmålene er nei: Sitter da nasjonale politikere i realiteten kun igjen med ett brukbart virkemiddel for å nå målet om substansiell økning i antallet funksjonshemmede med BPA?

Lovgiver har pålagt kommunene å tilby BPA fra år 2000. Det er likevel en viktig forskjell på gjeldende BPA-politikk i de to periodene 2000–2011, og 2012–2021.

I 2000–2011 oppfordret staten kommunene til å søke Stimuleringstilskudd BPA til arbeidslederopplæring, oppstart og videreføring av BPA-ordninger. Resultat: I gjennomsnitt økte antall innbyggere med BPA med 200 hvert år i perioden 2000–2011.

I starten av perioden 2012–2021 la politikerne ned Stimuleringstilskudd BPA, som hadde stimulert kommunene til å videreføre BPA-ordninger. Staten reduserte gradvis tilskuddsmidler til arbeidslederopplæring. I årene 2015–2016 får kommunene ekstrabevilgninger til BPA som de står fritt til å bruke på hva de vil. Resultat: I gjennomsnitt økte antall innbyggere med BPA med 106 hvert år i perioden 2012–2021.

Økningen i antall innbyggere med BPA er ikke substansiell i perioden 2000–2011. Men politisk vedtatte ekstrabevilgninger til målrettet satsing på BPA bidrar utvilsomt til at kommunene leverer en langt høyere årlig vekst i 2000–2011 enn i 2012–2021.

Prognose for funksjonshemmede som trenger BPA for å kunne nyte sine menneskerettigheter

Etter at BPA ble flyttet til helse- og omsorgstjenesteloven i 2012 har Stortinget rettighetsfestet BPA. Det ser ut som at det har gitt en liten positiv effekt for funksjonshemmede som trenger BPA. I gjennomsnitt økte antall innbyggere med BPA med 135 hvert år i perioden 2015–2021.

Denne prognosen for perioden 2022–2085 har følgende forutsetninger:

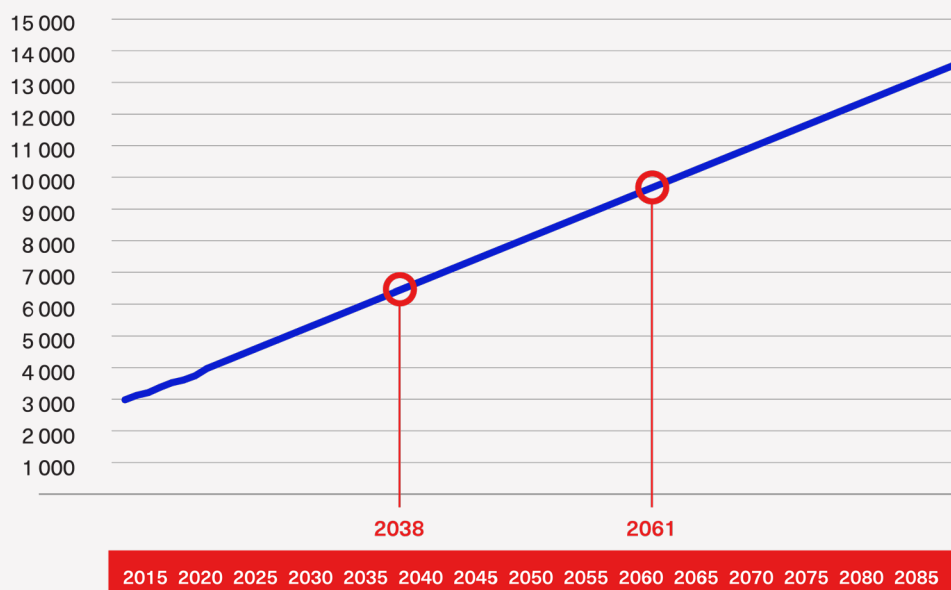
Nasjonale politikere bruker NOU 2021: 11. Selvstyrt er velstyrt til å foreta noen mindre justeringer av BPA-regelverket i 2022/2023. Men hovedlinjene fra politikken fra perioden 2015–2021, der BPA er regulert i helse- og omsorgstjenesteloven, ligger fast.

I hele 63-årsperioden fram til 2085 fortsetter:

- Funksjonshemmedes organisasjoner å kjempe for at omfanget av BPA-ordningen skal øke.
- Nasjonale politikere å uttrykke forventinger om at kommunene skal levere en vekst.

Estimatet blir da at antallet funksjonshemmede med BPA-vedtak vil øke med 150 per år i perioden 2022–2085.

**Figur 3: Ulobas prognose:
Antall funksjonshemmede med BPA-vedtak per 31.12.**



2038: 24 år etter at BPA har blitt en individuell rettighet. Kommunene har totalt 6 422 innbyggere med BPA. Ifølge regjeringens prognose «Lav vekst» skulle kommunene ha nådd dette nivået ved utgangen av 2021.

2061: 47 år etter at BPA har blitt en individuell rettighet. Kommunene har totalt 9 864 innbyggere med BPA. Ifølge regjeringens prognose «Høy vekst» skulle kommunene ha nådd dette nivået ved utgangen av 2021.

Regjeringen og KS forventet at kommunene ville levere en substansiell økning i antall innbyggere med BPA etter en rettighetsfesting.

[Se Vedlegg 2. \(lenke\)](#)

Deres vekstbane «Lav vekst» tilsier at 6 422 funksjonshemmede skulle hatt BPA-vedtak ved utgangen av 2021, som er syv år etter at rettigheten trådte i kraft. Deres vekstbane «Høy vekst» tilsier at 9 864 funksjonshemmede skulle hatt BPA-vedtak ved utgangen av 2021.

Slår prognosen beskrevet over til vil alle norske kommuner først ha 6 422 innbyggere med BPA i 2038. Først i 2061 vil 9 864 funksjonshemmede i Norge ha BPA.

Velger norske politikere å gjøre ingenting med BPA-regelverket i 2022/23 er det grunn til å forvente at veksten i antallet innbyggere med BPA vil bli sterkt redusert i kommende tiårsperiode. Etter det kan veksten bli negativ.

Velger norske politikere å redefinere BPA juridisk til å bli et likestillingsverktøy som skal realisere menneskerettigheter, og virkelig satse på ordningen, kan KS og regjeringens forventinger til en rettighetsfesting bli realisert innen få år.

I 2021 var konfliktnivået mellom funksjonshemmede som trenger BPA og kommunene langt høyere enn det var i 2014:

Staten behandlet dobbelt så mange BPA-klager.

Tre ganger så mange BPA-vedtak ble omgjort.

Statsforvalterne overstyrte kommunene hyppig.

Rikets tilstand: BPA-ordningen i Norge

Kommunene og statens tall viser at det er et betydelig gap mellom Stortingets intensjon med BPA-politikken og kommunenes BPA-forvaltning.

Nesten alle kommuner rapporterer hvert år IPLOS-tall om forvaltningen av BPA-ordningen til Helsedirektoratet. Basert på kommunenes rapportering utarbeider Helsedirektoratet statistikk. Direktoratet har tidligere oppgitt at deler av kommunenes rapportering er mangelfull.¹⁹ Statistikken som omhandler antall personer som søker om BPA, får avslag på søknaden og andel som klager framstår som så uklar og mangelfull at vi ikke kan bruke den. At kommunene leverer tall som gir et ufullstendig bilde gjør det vanskeligere å vurdere deres arbeid med å følge opp Stortingets rettighetsfesting av BPA.²⁰

I det følgende presenterer vi først en politisk intensjon eller forventning, og så relevante IPLOS-tall om forvaltningen av BPA.²¹ Til slutt i kapittelet presenterer vi tall om Statsforvalterens behandling av klager på BPA-vedtak. Fram til 2021 het Statsforvalteren Fylkesmannen.

Kommunene skal sikre at langt flere blir innvilget BPA

Intensjon: Stortinget rettighetsfestet BPA for å gi flere mulighet til å ta ansvar for eget liv. I 2011 beregnet regjeringen og KS (kommunesektorens organisasjon) hvor stor økning i antall aktive BPA-vedtak en rettighetsfesting ville medføre. I løpet av en syvårsperiode etter rettigheten trådte i kraft forventet de at kommunene ville levere en økning på mellom 3 441 og 6 883 aktive BPA-vedtak.

[Les mer om regjeringen og KS sine forventninger, og kommunenes oppfølging av rettighetsfestingen i Vedlegg 2. \(lenke\)](#)

Tilstand: Da BPA ble en individuell rettighet 01.01.2015, hadde 2 981 personer vedtak om BPA.²² Ved utgangen av 2021 hadde 3 969 personer vedtak om BPA. På syv år økte altså antall personer med aktivt BPA-vedtak med 988.

[Les mer i Tabell 1 i Vedlegg 1. \(lenke\)](#)

Veksten kommunene har levert er svært beskjeden sammenlignet med det regjeringen og KS forventet. Den utgjør 29 prosent av forventet lav vekst og 14 prosent av forventet høy vekst.

Se Figur 2 i kapitlet «Det store bildet». (lenke)

I løpet av 2021 økte antallet aktive BPA-vedtak med 229 (fra 3 740 til 3 969).

Regjeringen og KS skisserte to mulige vekstbaner for antall personer med BPA ti år etter en rettighetsfesting. I vekstbanen «Lav vekst» ville kommunene levere en økning på 4 977 på ti år. I vekstbanen «Høy vekst» ville kommunen levere en økning på 10 537 på ti år. Kommunene har ligget omtrent like dårlig an til å levere forventet økning på ti år i alle de tre årene 2019, 2020 og 2021.²³

Kommunene skal også satse på BPA til personer med behov for under 25 timer assistanse i uken

Intensjon: I forarbeidene til rettighetsfestingen framgår det at regjeringen og opposisjonen var enig i at kommunene skal ha plikt til å vurdere om de som ikke får individuell rett bør få innvilget BPA. Dette blir også presisert i rundskrivet om retten til BPA. I innstillingen fra Helse- og omsorgskomiteen om rettighetsfestingen tydeliggjør opposisjonen at intensjonen er at kommunene skal satse på BPA til søkere med lavt til middels assistansebehov.

Tilstand: Kommunene har ikke fulgt opp regjeringens og Stortingets intensjon om å satse på BPA til dem med behov for under 25 timer i uken.

Antall personer med vedtak om under 25 BPA-timer i uken har økt med 30 på syv år, fra 1 734 ved utgangen av 2014 til 1 764 ved utgangen av 2021. Andelen BPA-vedtak på 0–24,99 timer per uke av alle BPA-vedtak i Norge har sunket fra 61 prosent i 2010, til 58 prosent i 2014, og videre til 44 prosent i 2021.

I perioden 2014–2021 har det i praksis kun vært en økning i gruppen med vedtak om 25 timer BPA i uken eller mer.

Se Tabell 2 i Vedlegg 1. (lenke)

Stortinget påla som nevnt kommunene å satse på BPA til dem med behov for under 25 timer assistanse i uken. Likevel kan det se ut til at kommunene har begrenset denne gruppen sin mulighet til å bli innvilget BPA i årene ordningen har vært en individuell rettighet.

At det kun er gruppen med 25+ BPA-timer i uken som har økt bidrar til å forklare dette: Gjennomsnittlig antall assistansetimer i uken i BPA-vedtak har økt, fra 29,9 gjennom året 2014 til 44,5 gjennom året 2021.²⁴

Kommunene skal satse på BPA, i det minste ta i bruk ordningen

Intensjon: I et brev til samtlige ordførere i Norge skriver tidligere helse- og omsorgsminister Bent Høie: «Rettighetsfestingen følger opp intensjonen i FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjons- evne. Det er nå opp til den enkelte kommune å ta i bruk dette frigjørings- verktøyet i samsvar med Stortingets vedtak.»²⁵ På feltet personlig assistanse er intensjonen i FN-konvensjonen klar: «[Staten skal sikre funksjonshemmede] den personlige bistand som er nødvendig for å kunne bo og være inkludert i samfunnet og for å forhindre isolasjon eller segregering fra samfunnet.»²⁶ Slik vi leser brevet fra ministeren, må alle kommuner ha minst én aktiv BPA- ordning. Stortingets intensjon med rettighetsfestingen er imidlertid mer ambisiøs: Kommunene må innvilge BPA til en langt høyere andel av landets funksjonshemmede innbyggere.

Tilstand: Regjeringens og Stortingets intensjon er ikke innfridd. Ved utgangen av de tre årene 2009, 2014 og 2021 rapporterte henholdsvis 78 prosent, 81 prosent og 82 prosent av kommunene at minst én innbygger hadde et aktivt BPA-vedtak. 65 kommuner rapporterte at ingen innbyggere hadde et aktivt BPA-vedtak ved utgangen av 2021.

[Dette blir utdypet i Tabell 3 i Vedlegg 1. \(lenke\)](#)

Da rettighetsfestingen trådte i kraft 01.01.2015 hadde 0,06 prosent av befolkningen i Norge vedtak om BPA. Ved utgangen av 2021 var andelen økt til 0,07 prosent. Det er en økning på 0,01 prosent på syv år. I 32 prosent av kommunene hadde minst 0,07 prosent av innbyggerne BPA-vedtak ved utgangen av 2021. Dermed var det kun en tredjedel av kommunene sin BPA- forvaltning som bidro til at det nasjonale gjennomsnittet var 0,07 prosent i 2021. Dette tyder på at de fleste kommunene ikke, eller kun i begrenset grad, har fulgt opp Stortingets satsing på BPA-ordningen de siste syv årene. Fra 2020 til 2021 er det en liten økning i antall kommuner hvor minst 0,07 prosent av befolkningen har BPA.

[Dette blir utdypet i Tabell 4 i Vedlegg 1. \(lenke\)](#)

Tallene tyder på at det er store forskjeller på kommunenes BPA-forvaltning. Syv år etter Stortingets satsing på BPA startet hadde 65 kommuner ingen innbyggere med BPA. I den andre enden av skalaen finner vi ti kommuner hvor mellom 0,2 og 0,59 prosent av befolkningen hadde BPA ved utgangen av 2021.

BPA-søkere skal få en individuell vurdering og ikke bli usaklig forskjellsbehandlet

Intensjon: Formålet med loven som BPA er hjemlet i, er blant annet å: «[...] bidra til likeverd og likestilling, sikre at den enkelte får mulighet til [...] å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre, sikre [...] et likeverdig tjenestetilbud, [samt] sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov.»²⁷

Tilstand:

Kjønn. Det er betydelige forskjeller på kommunenes utmåling av BPA-timer til henholdsvis menn og kvinner. Menn med BPA har gått fra i snitt 42,9 BPA-timer i uken i 2017 til 50,9 i 2021. Kvinner med BPA har gått fra i snitt 30,3 BPA-timer i uken i 2017 til 39,2 timer i 2021. Menn hadde i snitt 12,6 flere assistansetimer i uken i sine BPA-vedtak enn kvinnene i 2017. Ved utgangen av 2021 var forskjellen litt mindre: 11,7 assistansetimer.

Se flere tall om dette i Tabell 5 i Vedlegg 1. (lenke)

Det er ingenting som tyder på at det er systematiske forskjeller på hvor stort assistansebehov kvinner og menn som kvalifiserer for BPA har. Tallene over tyder derfor på at kommunene usaklig forskjellsbehandler kvinner og menn når de utmåler BPA-timer. Hvis det er tilfelle, er det snakk om ulovlig diskriminering.

Alder. I fireårsperioden 2010–2014 var økningen i antallet innbyggere med BPA størst i aldersgruppen 50–66 år. I perioden 2014–2021 var det minst økning i denne gruppen. Syv år etter rettighetsfestingen trådte i kraft har antallet 50–66-åringer med BPA kun økt med 55. I samme periode økte antallet 0–49-åringer med BPA med 769.

Kommunene har ikke levert den økningen i antallet 0–49-åringer med BPA som regjeringen og KS forventet etter en rettighetsfesting. Men barn, og til dels unge voksne, ser ut til å ha blitt prioritert.

Se Tabell 6 i Vedlegg 1. (lenke)

Det kan være flere årsaker til at kommunene har valgt å prioritere barn og unge. Mange funksjonshemmede barn fikk ikke tjenestene de og deres familier trengte i perioden fram til 2014.²⁸ Kun 264 barn hadde BPA da rettighetsfestingen trådte i kraft. Regjeringen og Stortinget signaliserte derfor til kommunene at funksjonshemmede barn skulle være en prioritert gruppe.²⁹ I de første årene BPA var en rettighet innvilget Stortinget årlig mellom 300–500 millioner kroner ekstra årlig over statsbudsjettet, slik at kommunene kunne satse på BPA til barn.³⁰ Antall 0–17-åringer med BPA økte fra 264 i 2014 til 614 ved utgangen av 2021. Av alle hjemmeboende

barn med helse- og omsorgstjenester hadde dermed fire prosent vedtak om BPA i 2021. Det er en noe høyere andel enn i de andre aldersgruppene.

[Se Tabell 7 i Vedlegg 1. \(lenke\)](#)

Gruppen 0–17 år med BPA har altså blitt mer enn dobbel så stor på syv år. Fra 2020 til 2021 alene økte antall barn med BPA med 109. Dette tyder på at kommunene, til en viss grad, har fulgt styringssignalet om å prioritere å tildele BPA til barn.

I en intervjuundersøkelse oppgir mange av informantene fra ti kommuner at forholdsvis unge voksne funksjonshemmede har blitt «den dominerende gruppen BPA brukere». Forklaringen på dette ser ut til at de kommuneansatte mener at unge og unge voksne har et mer aktivt liv enn andre.³¹ Konsekvensen av dette er mest sannsynlig at det er lettere for BPA-søkere under 40 år å få gjennomslag for at assistanse til å delta sosialt og i samfunnet skal inngå i saksbehandlerens timeutmåling. Dermed blir det gjerne lettere å komme over innslagspunktet for retten til BPA³² for unge BPA-søkere enn det er for middelaldrende og eldre BPA-søkere. Som tidligere nevnt har det nesten ikke vært økning i antallet funksjonshemmede med under 25 timer BPA i uken i perioden etter ordningen ble rettighetsfestet.

Resultatet ser uansett ut til å ha blitt at 50–66-åringene i liten grad har blitt innvilget BPA i perioden 2014–2021.³³ Det er mulig kommunene har lagt seg på denne linjen for å begrense antallet innbyggere med BPA som passerer 67 år de kommende årene.

Funksjonshemmede som søker om BPA første gang etter at de har blitt 67 år har ikke individuell rett til BPA. Kommunes interesseorganisasjon (KS) og flere kommuner var motstander av å sikre at dem med BPA og individuell rett til ordningen skulle fortsette å ha rettigheten når de passerer 67 år.³⁴ I en intervjuundersøkelse oppgir informanter fra ti kommuner at de har mottatt få søknader om BPA fra innbyggere i gruppen 67 år+ etter at rettighetsfestingen trådte i kraft. De hevder videre at ingen innbyggere med BPA vil miste ordningen grunnet høy alder.³⁵ Et estimat utarbeidet av Helse- og omsorgsdepartementet tyder også på at aldri blant dem som allerede hadde BPA før de ble 67 år er en viktig årsak til at gruppen 67 år+ med BPA har vokst de siste syv årene, fra 311 personer i 2014 til 474 ved utgangen av 2021.³⁶

Konklusjon: Kommunens IPLOS-tall kan tyde på at de har bedrevet systematisk usaklig forskjellsbehandling av BPA-søkere i syvårsperioden 2014–2021. Det ser ut til at kommunene har hatt høyere terskel for å innvilge BPA til middelaldrende enn til barn og unge voksne.³⁷ Det ser videre ut til at kommunen har hatt høyere terskel for å innvilge kvinner det antallet BPA-timer de trenger, enn tilfellet har vært for menn. Usaklig forskjellsbehandling grunnet alder eller kjønn er ulovlig.³⁸

Statsforvalternes behandling av klager på kommunenes BPA-vedtak

Kommunen skal saksbehandle en BPA-søknad slik at søkerens rettssikkerhet blir ivarettatt.³⁹ Søker kan klage på BPA-vedtaket til kommunen. Dersom kommunen ikke omgjør vedtaket, kan søker klage videre til Statsforvalteren på kommunens bruk av lovverket og/eller om kommunens BPA-vedtak åpenbart er i strid formålet til lovverket.

Tilstand: I 2021 ble det satt to rekorder:

- Statsforvalterne avsluttet behandlingen av et rekordhøyt antall klagesaker: 335, som er mer enn en dobling fra nivået i 2014, da ordningen ble rettighetsfestet.
- Statsforvalterne omgjorde et rekordhøyt antall kommunale BPA-vedtak: 147, som er om lag en tredobling fra 2014-nivået.

Av de klagene som ble behandlet, resulterte nærmere halvparten, 44 prosent, i at klager fikk medhold og vedtak omgjort. Dette er betydelig høyere enn det nivået som gjelder for alle klagesaker knyttet til pasient- og brukerrettighetsloven og annen helselovgivning hos Statsforvalterne. I 18 prosent av alle slike klagesaker ga statsforvalteren klager helt eller delvis medhold i 2020.⁴⁰

Retten til BPA trådte i kraft i 1. januar 2015. I hvert av de påfølgende syv årene har statsforvalterne omgjort mellom 39 og 46 prosent av alle klager på BPA-vedtak. Bildet som avtegner seg, viser en omfattende og vedvarende uenighet mellom innbyggere med assistansebehov og kommunene. Staten mener kommunene ofte tolker BPA-regelverket galt. Stadig oftere støtter staten funksjonshemmede i klagesaker om BPA.

Administrativt ansatte i Uloba bistår hvert år mange funksjonshemmede og nærstående, både når de skal klage til Statsforvalteren, og i etterkant når kommunen skal følge opp omgjøringsvedtak.

Våre erfaringer tilsier at det er nødvendig at kommunenes oppfølging av statlige omgjøringsvedtak blir nærmere undersøkt. Det er i særdeleshet behov for å undersøke hva kommunene gjør når Statsforvalteren opphever BPA-vedtak og sender det tilbake til ny behandling.

Statsforvalteren kan nemlig omgjøre et BPA-vedtak på to forskjellige måter. Statsforvalteren kan oppheve vedtaket. Da blir kommunen bedt om å fatte et nytt vedtak. Den andre måten er endringsvedtak. Da går Statsforvalteren inn og endrer innholdet i vedtaket, helt eller delvis. Antallet opphevingsvedtak har femdoblet seg, fra 25 i 2014 til 126 i 2021. Antallet endringsvedtak er nærmest uforandret: 25 i 2014 og 21 i 2021.

[Tabell 8 med utfyllende informasjon om statsforvalternes klagebehandling. \(lenke\)](#)

Ulobas jurist og rådgivere erfarer at et opphevingsvedtak fra statsforvalteren i en del tilfeller ikke sikrer BPA-søkerens rettssikkerhet, og retten til å nyte sine menneskerettigheter. Enkelte kommuner fatter nemlig et nytt BPA-vedtak med eksakt samme antall BPA-timer som i vedtaket staten har bedt dem om å oppheve. Isteden endrer kommunen begrunnelsen for vedtaket. I noen tilfeller fatter kommunen et nytt BPA-vedtak der antall minutter med BPA i uken er økt minimalt. I enkelte tilfeller beslutter også kommunen at innbyggeren skal bli innvilget litt flere timer tradisjonelle helse- og omsorgstjenester.

Livet med BPA

Levekårene til funksjonshemmede med assistansebehov er dårligere enn levekårene for hele befolkningen i Norge. BPA er imidlertid avgjørende for at vi kan delta i samfunnet, ta utdanning, arbeide og stifte familie. Assistansen bidrar til økt selvbestemmelse og selvstendighet.

Intensjon: I «Rundskriv I-9/2015 Rettighetsfesting av brukerstyrt personlig assistanse (BPA)» ([lenke](#)) står det at BPA «er et viktig bidrag til likeverd, likestilling og samfunnsdeltakelse for personer med nedsatt funksjonsevne og stort behov for bistand. For personer i denne situasjonen betyr BPA mye for muligheten til yrkesdeltakelse, utdanning og et aktivt og selvstendig liv. Rettighetsfestingen av BPA er begrunnet i et ønske om å sikre mennesker med stort behov for praktisk bistand en større mulighet til å ta ansvar for eget liv og egen velferd.»⁴¹

Tilstand: De vi har spurt, bekrefter at BPA er med på å gjøre det mulig for dem å ha større grad av selvbestemmelse. Nær sagt alle spurte mener livet er blitt bedre, det er mulig å bestemme hvordan hverdagen og livet hjemme skal være, og BPA bidrar til selvstendighet. Nesten alle som svarte oppgir at BPA gjør det mulig å delta mer og bli mer sosial. Nesten alle uttrykker at BPA gjør det enklere å ivareta egen helse, bestemme hvor en vil bo og gjør at nærmeste familie ikke må trå til som assistenter.

Tabell 9 med oversikt over andelen som var enige i påstander om selvbestemmelse, selvstendighet, sosial deltakelse, helse, uavhengighet og livskvalitet. ([lenke](#))

Funksjonshemmede med assistansebehov sine levekår

Intensjon: Det er spesielt to artikler i CRPD som sier noe viktig om hva slags levekår funksjonshemmede har krav på. Den ene er artikkel 19. Denne omhandler blant annet retten til å velge bosted og til å motta assistanse for å kunne være inkludert i samfunnet. Den andre er artikkel 28, hvor det står at funksjonshemmede «har rett til en tilfredsstillende levestandard for seg selv og sin familie, herunder tilfredsstillende mat, klær og bolig [...]», samt «tilgang til hensiktsmessige og prismessig overkommelige tjenester, utstyr og annen assistanse.»

Tilstand: Levekårene til funksjonshemmede med assistansebehov er dårligere enn levekårene for befolkningen totalt i Norge. BPA er imidlertid avgjørende for at vi kan delta i samfunnet, ta utdanning, arbeide og stifte familie.

Tabell 10a og Tabell 10b med oversikt over andelen som var enige i påstander om deltakelse i samfunnet, utdanning, arbeid og familie og venner. (lenke)

Inntekt

Inntekt setter rammen for hvordan og hvor du kan bo. Den setter også rammen for samfunnsdeltakelse, rett og slett fordi det meste i samfunnet koster penger. Det er vanskelig å ha en aktiv fritid når du ikke har økonomi til transport for å komme deg til venner, til møter i organisasjoner eller til kinoen. Når du ikke har råd til kinobilletten eller kaffekoppen, blir det vanskeligere å delta på uformelle sosiale sammenkomster.

Dem over 18 år som har svart på undersøkelsen, har lavere gjennomsnittlig inntekt enn det som er tilfelle i den voksne befolkningen generelt. Litt over halvparten tjener under 310 000 kroner i året. Mange uføretrygdede kommer i denne kategorien. Med andre ord: Mer enn halvparten av de spurte tjener 300 000 kroner mindre enn det som er gjennomsnittlig årslønn for fulltidsansatte i Norge,⁴² ifølge Statistisk sentralbyrå 610 000 kroner i 2021.

Tabell 11 som omhandler respondentens inntekt i 2020. (lenke)

Blant de som besvarte spørsmål om inntekt, er den vanligste kilden for inntekt overføringer fra det offentlige, som uføretrygd, arbeidsavklaringspenger eller andre typer ytelser. Kun 30 prosent av respondentene som er over 18 år mottar lønn og/eller honorar, mens 13 prosent av de spurte mottar pensjon.

Den vanskelige økonomiske situasjonen mange er i blir forsterket av at funksjonshemmede med assistansebehov ofte har ekstra utgifter knyttet til sin funksjonsnedsettelse. Utgifter til egenandel for BPA og helse- og omsorgstjenester varierer sterkt fra kommune til kommune. 61 prosent av dem som deltok svarte ja på spørsmålet «Betaler du egenandel på BPA og/eller tradisjonelle helse og omsorgstjenester?» Av disse var det igjen over halvparten som betalte mer enn 18 000 kroner i egenandel i året. Dette kommer i tillegg til andre ekstra utgifter for funksjonshemmede.

Tabell 12 om hvor mye respondentene betalte i egenandel. (lenke)

Arbeid

Intensjon: I CRPD artikkel 27 står det at funksjonshemmede «har rett til arbeid på lik linje med andre; dette omfatter muligheten til å tjene sitt levebrød ved fritt valgt eller godtatt arbeid i et arbeidsmarked og arbeidsmiljø som er åpent, inkluderende og tilgjengelig for mennesker med nedsatt funksjonsevne. Partene skal trygge og fremme virkeliggjøringen av retten til arbeid, også for dem som får nedsatt funksjonsevne mens de er i arbeid, ved å treffe hensiktsmessige tiltak, også i lovs form.» I stortingsproposisjonen om rettighetsfesting av BPA står det at BPA skal bidra til deltakelse i arbeidslivet.⁴³

Tilstand: Statistisk sentralbyrå har vist at 37,4 prosent av de med funksjonsnedsettelse i aldersgruppen 16–66 år, er i arbeid. Sammenlignet med hele befolkningen i arbeidsfør alder er dette en lav andel.⁴⁴ Og andelen er enda lavere blant funksjonshemmede med assistansebehov. Vår undersøkelse viser at det kun er 30 prosent av de som er over 18, som enten er i lønnet arbeid eller er selvstendig næringsdrivende. Flere funksjonshemmede har i løpet av covid-19-pandemien falt ut av arbeidsmarkedet.⁴⁵

Funn i vår undersøkelse tyder på at for mange av dem som jobber er et BPA-vedtak med nok assistansetimer til å dekke assistansebehovet en viktig forutsetning for arbeidsdeltakelse.

Boforhold

Intensjon: CRPD artikkel 19 stadfester at staten skal sikre «at mennesker med nedsatt funksjonsevne har anledning til å velge bosted, og hvor og med hvem de skal bo, på lik linje med andre, og ikke må bo i en bestemt boform».

Tilstand: Boforholdene til de som har svart på undersøkelsen, ligner på hvordan resten av befolkningen bor. Det er klart flest som svarer at de bor i en bolig som de eller et annet husstandsmedlem eier. Om lag 15 prosent leier boligen sin av en privat utleier eller kommunen.

Mange funksjonshemmede har færre valgmuligheter, siden store deler av boligmassen er utilgjengelig – særlig i leiemarkedet. Det kan være noe av forklaringen på at så mange av de vi spurte eier egen bolig, til tross for lav inntekt.

Funksjonshemmede med assistansebehov som ikke får innvilget BPA, blir ofte tvunget til å velge å bo i en type bolig hvor vi bor med andre funksjonshemmede og får tjenester knyttet til boligen. Organiseringer av denne type bolig varierer, men det oppleves som, og er ofte reelt sett, en institusjon hvor funksjonshemmede som bor der ikke har reel frihet til å ta egne valg

for hvordan de vil leve livet sitt. I vårt utvalg er det kun fire som bor slik. Det kan indikere at BPA bidrar til at den enkelte selv kan styre og velge bolig selv.

Tabell 9 med flere funn om bosted og selvbestemmelse. (lenke).

Utdanning

Intensjon: CRPD artikkel 24 påpeker at funksjonshemmede «har rett til utdanning. Statspartene skal sikre et inkluderende utdanningssystem på alle nivåer, samt livslang læring [...] For dette formål skal partene sikre rimelig tilrettelegging for mennesker med nedsatt funksjonsevne.»

Tilstand: I spørreundersøkelsen har vi spurt om hva som er respondentenes høyeste utdanning. Utdanningsnivået blant de vi har spurt, er høyt. 38 prosent har universitets- eller høgskoleutdanning. I befolkningen ellers er det 35,3 prosent som har høyere utdanning.⁴⁶

Tabell 13 om respondentenes høyeste fullførte utdanning. (lenke)

Andelen under 40 år som har høyere utdanning, er lavere enn i befolkningen ellers. Det tyder på at det er blitt vanskeligere for funksjonshemmede med assistansebehov å ta høyere utdanning. Frafallet blant unge funksjonshemmede på videregående skole er også høyt. Kun 37 prosent fullfører videregående skole.⁴⁷ Da blir inngangen til høyere utdanning lukket for svært mange.

Formelt framstår utdanningssystemet i Norge som inkluderende. Ulike hindre som mangel på assistanse (spesielt på universitet og høgskoler), manglende tilrettelegging og manglende forventinger om at funksjonshemmede skal kunne fullføre videregående skole, bidrar likevel til at mange unge funksjonshemmede mister muligheten til å få utdanningen de trenger for å få seg en jobb. Et flertall av de vi spurte som nå tar utdanning, oppgir at BPA er avgjørende for at de kan ta den utdannelsen de holder på med. De fleste som tar utdanning, og som har BPA, kan imidlertid ikke benytte ordningen på skolen/studiestedet. Ti av dem som svarte gir uttrykk for at manglende assistanse på lærestedet gjør det vanskelig å fullføre den utdannelsen de holder på med.



Samfunnsdeltakelse, likestilling og diskriminering

CRPD pålegger Norge å iverksette politikk som forhindrer diskriminering av funksjonshemmede. På tross av dette opplever funksjonshemmede diskriminering og avmakt på en rekke arenaer i samfunnet, inkludert i dialogen med kommunen om tjenester. Funn i undersøkelsen tyder på at dette bidrar til lav grad av yrkesdeltakelse og utenforskap.

Intensjon: CRPD artikkel 5 påpeker at statspartene skal «sikre mennesker med nedsatt funksjonsevne lik og effektiv rettslig beskyttelse mot diskriminering, uansett grunn. Med sikte på å fremme likhet og avskaffe diskriminering skal partene treffe alle hensiktsmessige tiltak for å sikre en rimelig tilrettelegging.»

I CRPD artikkel 19 står det at statspartene skal sikre at funksjonshemmede «kan delta fullt ut og på en effektiv måte i det politiske og offentlige liv på lik linje med andre», og de skal «fremme et miljø der mennesker med nedsatt funksjonsevne fullt ut og på en effektiv måte kan delta [...] i frivillige organisasjoner og sammenslutninger som er opptatt av landets offentlige og politiske liv, og i politiske partiers virksomhet og administrasjon.»

CRPD artikkel 30 fastslår at funksjonshemmede «har rett til å delta i det kulturelle liv på lik linje med andre. [Statspartene] skal treffe alle hensiktsmessige tiltak for å sikre at mennesker med nedsatt funksjonsevne [...] har tilgang til kulturtilbud [...] For å gjøre det mulig for mennesker med nedsatt funksjonsevne å delta på lik linje med andre i fritids-, fornøyleses- og idrettsaktiviteter, skal [stats]partene treffe hensiktsmessige tiltak [...]»

Tilstand: Et stort flertall, hele 75 prosent av de spurte, diskrimineres fordi de har nedsatt funksjonsevne. Mange opplever manglende forventninger fra personer i omgangskretsen sin. Enda flere opplever at personer utenfor omgangskretsen ikke forventer at de skal bidra til fellesskapet. Et stort flertall opplever også maktesløshet i møte med det offentlige.

[Tabell 14 med funn om forventninger fra omverdenen og møter med det offentlige. \(lenke\)](#)

Blant dem som har BPA, oppgir en lavere andel at de er sosialt isolert i 2022-undersøkelsen enn i 2021-undersøkelsen. 22 prosent opplever at de er sosialt isolerte, og 15 prosent opplever at deres nærmeste familie er sosialt isolerte. Tilstandskartlegging 2019 viser at i februar 2020, før Norge ble stengt ned grunnet covid-19, oppga 32 prosent av respondentene at de er sosialt isolert. Årsaken til nedgangen er sannsynligvis todelt: Det sosiale livet har flyttet seg over på flater hvor det er lettere for funksjonshemmede å delta. Det er blitt vanlig med webinarer og Teams-samlinger, noe som gjør det er lettere å delta. Det gjør at mange arenaer som var utilgjengelige på grunn av manglende assistanse, utilgjengelig bygningsmasse og manglende transport nå befinner seg på pc-en i stua. Å «gå på besøk» er også bare et tastetrykk unna. En annen faktor er at vi sammenligner oss med andre. Når resten av verden blir stengt inne og isolert, vil vi oppleve oss mindre annerledes og kanskje legge vekt på at situasjonen vår er mindre uvanlig.

De som svarte på spørreundersøkelsen, er like aktive i organisasjonslivet som befolkningen ellers i Norge, og det er en like stor andel som oppgir at de har nære venner. Som i befolkningen ellers, har deltakelsen i organisasjonslivet blitt noe redusert under covid-19-pandemien.⁴⁸

[Tabell 10 med funn om deltakelse i organisasjonslivet og vennskap. \(lenke\)](#)

BPA gir muligheter for deltakelse. Nesten samtlige av de som svarte, mener BPA gir mulighet for å delta på de fritidsaktivitetene de ønsker. Samtidig oppgir nesten en tredjedel av de spurte at de ikke har nok BPA-timer til å kunne delta på aktiviteter i nærmiljøet. En tredjedel oppga at de har for få BPA-timer til å kunne delta i organisasjonslivet.

[Tabell 15 med funn om assistanse til deltakelse i nærmiljøet og i organisasjonslivet. \(lenke\)](#)

Aktiviteter i hverdagen

Vi spurte respondentene: «Hva gjør du på hverdagene dine?». Sammenlignet med befolkningen totalt sett, er det få som er i ordinært arbeid, eller er selvstendig næringsdrivende. Kun 30 prosent av dem over 18 år svarer dette. I tillegg utfører ti prosent av dem som svarte tilrettelagt arbeid. Tolv prosent oppgir at de er under utdanning, mens det er svært få, 3 prosent, som oppgir at de søker på jobb. Det kan framstå som en lav andel, men vi vet at mange funksjonshemmede opplever diskriminering i arbeidslivet.⁴⁹ Den lave andelen som søker på jobb, kan skyldes at mange har mistet troen på at det er en plass i for dem i arbeidslivet.

Folk gjør flere forskjellige ting i løpet av en dag. På dette spørsmålet var det derfor mulig å vise til ulike gjøremål. Mange viste til at de var arbeidsledere,

og like mange viste til at de fylte dagene med meningsfulle aktiviteter. Det er også en god del som er engasjert i organisasjonsliv og politikk.

Det er en stor forskjell mellom de som har BPA og de som ikke har når det gjelder ønske om å endre egen hverdag. Mens det er et stort flertall av dem som ikke har BPA, ønsker endringer i egen hverdag, er det under en tredjedel av de som har BPA, som ønsker endringer i hverdagen.

Det er også betydelige forskjeller mellom de som har BPA og de som isteden har helse- og omsorgstjenester fra kommunen når det gjelder hvorvidt de ønsker å endre egen hverdag. Blant de som har BPA er det et stort flertall på 70 prosent som ikke ønsker å endre det de gjør i hverdagen, mens det er et stort flertall blant de som har helse- og omsorgstjenester som ønsker å endre det de gjør i hverdagen. Det flest ønsker å endre, er å ha mer energi og overskudd til fritid og rekreasjon, ta mer selvstendige valg om deltakelse i aktiviteter, samt komme i lønnet arbeid.

På spørsmålet «Hva må til for å endre det du gjør på dagtid?» svarte over halvparten at de må ha flere timer BPA, mens over en tredjedel forteller at de må få bedre helse for å kunne endre det de gjør på dagtid. Ellers er det vanskeligheter i arbeidsmarkedet og manglende assistanse i arbeid og under utdanning som er de viktigste barrierene blant de 95 som besvarte dette spørsmålet.

Barn og ungdom

Intensjon: Staten har forpliktet seg til å sikre at alle funksjonshemmede «har anledning til å velge bosted, og hvor og med hvem de skal bo, på lik linje med andre, og ikke må bo i en bestemt boform». (CRPD artikkel 19 b)

I FN-konvensjonen for funksjonshemmedes rettigheter heter det også:

«Partene skal sikre at barn med nedsatt funksjonsevne har lik rett som andre til familieliv. Med sikte på å virkeliggjøre denne retten, og for å forhindre at barn med nedsatt funksjonsevne skjules, blir forlatt, forsømmes eller isoleres, skal partene forplikte seg til å sørge for at barn med nedsatt funksjonsevne og deres familier på et tidlig tidspunkt mottar omfattende informasjon, tjenester og støtte». (Artikkel 23.3)

Funksjonshemmede barns rett til tjenester, som gjør det mulig å få omsorg fra foreldrene, er også nedfelt i Barnekonvensjonen:

«Barnet skal [...] så langt det er mulig, ha rett til å kjenne sine foreldre og få omsorg fra dem.» (Artikkel 7)

I artikkel 23 heter det:

«1. Partene anerkjenner at et barn som er psykisk eller fysisk utviklingshemmet, bør ha et fullverdig og anstendig liv under forhold som sikrer verdighet, fremmer selvstendighet og bidrar til barnets aktive deltakelse i samfunnet.

2. Partene anerkjenner at barn med nedsatt funksjonsevne har rett til særlig omsorg og skal, innenfor rammen av de midler som er til rådighet, oppmuntre til og sikre at barn som oppfyller vilkårene og barns omsorgspersoner får den hjelp de har søkt om og som er rimelig i forhold til barnets tilstand og foreldrenes eller andre omsorgspersoners situasjon.»⁵⁰

Tilstand: Helsedirektoratet har publisert foreløpige tall om kommunenes forvaltning av helse- og omsorgstjenester i 2021.⁵¹ De viser at totalt 18 881 barn mellom 0 og 17 år hadde vedtak om helse- og omsorgstjenester, og totalt 7 899 barn mellom 0 og 17 år hadde vedtak om helse- og omsorgstjenester der barnet blir tatt ut av familiehjemmet (foreldre/foresatte sin bopel), i tidsavgrensede perioder, eller resten av barndommen.⁵² Helsedirektoratets tall viser at norske kommuner i stor grad møter funksjonshemmede barn med tilbud om tjenester utenfor familiehjemmet. Antallet barn som får slike vedtak, har økt de siste årene.⁵³ Antallet barn som har vedtak om avlasting på institusjon, har økt markant i perioden 2017–2021.⁵⁴

I tallet 7 899 inngår barn mellom 0 og 17 år som hadde vedtak om et eller flere av de følgende tjenestene: «Avlasting på institusjon», «langtidsopphold på institusjon» og «avlasting utenfor institusjon».

- 2 196 barn hadde vedtak om avlasting på institusjon.
- 139 barn hadde vedtak om langtidsopphold på institusjon.
- 6 347 barn hadde vedtak om avlasting utenfor institusjon.

Gruppen på 7 899 barn er svært sammensatt med hensyn til hvor stor andel av barndommen de ikke er i foreldrehjemmet. Blant barna som har vedtak om institusjonsplass, bor de fleste store deler av tiden i familiehjemmet. Vårt anslag er at 11 prosent av de 2 196 barna som hadde vedtak om avlasting på institusjon i 2021, bodde på institusjonen mellom 75 og 100 prosent av tiden.⁵⁵ Vi anslår dermed at nesten 250 barn hadde vedtak om at de skulle bo mellom 75 og 100 prosent av tiden på avlastingsinstitusjon i 2021.

FN-komiteen med ansvar for CRPD uttrykte i 2019 bekymring over «Institusjonaliseringen av barn med nedsatt funksjonsevne». Komiteen viste også til at helselovgivningen ikke er tuftet på prinsippet om barnets beste. Den norske stat ble anbefalt å iverksette tiltak som garanterer «at barn med

nedsatt funksjonsevne får rett til å bli tatt vare på av sine foreldre».⁵⁶ Både helselovgivningen, og måten kommunen forvalter tjenestene på, er i strid med funksjonshemmede barn sine menneskerettigheter.

Dobbelt diskriminert

Intensjon: Det er spesielt to artikler i CRPD som nevner diskrimineringsvernet overfor funksjonshemmede. Den ene er artikkel 5: «Partene skal forby enhver form for diskriminering grunnet nedsatt funksjonsevne og sikre mennesker med nedsatt funksjonsevne lik og effektiv rettslig beskyttelse mot diskriminering, uansett grunn». Den andre er artikkel 8: «Partene forplikter seg til å treffe øyeblikkelige, effektive og hensiktsmessige tiltak (...) for å bekjempe stereotypier, fordommer og skadelig praksis knyttet til mennesker med nedsatt funksjonsevne, også de basert på kjønn og alder, på alle livets områder.»

Videre omtaler FNs konvensjon mot rasediskriminering vernet mot rasediskriminering i to artikler. I artikkel 2 står det: «Konvensjonspartene fordømmer rasediskriminering og påtar seg straks og med alle egnede midler å føre en politikk som avskaffer diskriminering i alle dens former, og som fremmer forståelsen mellom alle raser (...)» I artikkel 5 står det: «I samsvar med de grunnleggende forpliktelser som er angitt i artikkel 2 i denne konvensjon, forplikter konvensjonspartene seg til å forby og avskaffe alle former for rasediskriminering og sikre alle rett til likhet for loven [...]»⁵⁷

I spesielt to artikler i FNs kvinnekonvensjon nevnes kvinners diskrimineringsvern. Den ene er artikkel 2: «Konvensjonspartene fordømmer diskriminering av kvinner i alle dens former og er enige om uten opphold å ta alle tjenlige midler i bruk i en politikk for å avskaffe diskriminering av kvinner, (...)» Den andre er artikkel 3: «Konvensjonspartene skal på ethvert tidspunkt, særlig da på de politiske, sosiale, økonomiske og kulturelle områder, treffe alle hensiktsmessige tiltak, herunder lovvedtak, for å sikre kvinner hel og full utvikling og framgang, slik at de garanteres utøvelsen og nytten av menneskerettighetene og de grunnleggende friheter på like fot med menn.»⁵⁸

Tilstand: Svært mange har opplevd at andre har reagert negativt på deres funksjonsnedsettelse. Slik diskriminering har 75 prosent av dem som svarte opplevd. Hele 47 prosent av dem som svarte oppgir at de har blitt urettferdig behandlet eller diskriminert av utøvere av tradisjonelle helse- og omsorgstjenester fordi de har en funksjonsnedsettelse. I tillegg oppgir 38 prosent av dem som svarte at de har blitt urettferdig behandlet av ansatte i kommunen på grunn sin funksjonsnedsettelse, når de har vært i dialog om BPA. Sammenlignet med befolkningen ellers er det få som oppgir diskriminering på grunn av kjønn, mens andelen som oppgir at de har opplevd aldersdiskriminering er om lag like høy som i hele befolkningen. Det er også

få som oppgir andre grunner til diskriminering. Det er mulig at det likevel kan være flere grunner til diskriminering, men at dette ikke oppfattes på samme tydelige måte som diskrimineringen grunnet i funksjonsnedsettelse.

[Tabell 16 om erfaringer med urettferdig behandling/diskriminering. \(lenke\)](#)

Ola (24 år):

«Jeg har besøk av hjemmesykepleien 10 minutter en gang i uken der de hjelper meg med en ting jeg ikke klarer selv. Utenom de 10 minuttene med hjelp har jeg ingen form for hjelp og er helt selvstendig.

I dag når hun kom hadde hun med seg flere ting og sa vi måtte ta blodtrykket mitt, sjekke temperaturen, pust og så måtte jeg krysse av på en spørreundersøkelse om ernæringsstatusen min. Pluss at hun skulle vite hvordan tannhelsen min er. Hun mente det var standard å gjøre dette hver 6. måned og at det måtte skrives inn i systemet.

Følte virkelig ikke for å gjøre noen av delene fordi jeg ikke ser poenget i det når de er her så sjelden og kun hjelper meg med noe som ikke har med noe sånt å gjøre. Føles på mange måter invaderende og ubehagelig.»

Å eie seg selv og livet sitt

Fra januar 2021 til august 2022 inviterte 53 kommuner BPA-aktører til å søke om konsesjon for å tilrettelegge BPA. Vår analyse viser at kommunene ofte beskriver BPA som en ordning som skal begrense funksjonshemmedes bevegelsesfrihet og rett til privatliv og personvern.

Kommunenes tjenestekonsesjoner for BPA

Hva er en tjenestekonsesjon for BPA?

Kommunene har fått i oppgave å forvalte BPA-ordningen. I mange kommuner er utlysning av tjenestekonsesjoner om BPA en del av denne forvaltningen. Kommunene som velger å gi borgerne mulighet til å velge mellom flere BPA-aktører, utlyser tjenestekonsesjon. Utlysningen er en invitasjon til ideelle BPA-tilretteleggere og private BPA-leverandører om å levere tilbud. Resultatet er at innbyggere med BPA i kommunen kan velge hvilken aktør som skal være arbeidsgiver for deres personlige assistenter.

I en tjenestekonsesjon inngår kommunens beskrivelse av ordningen tilretteleggeren skal kvalifisere seg til å tilby i kommunen. Slik gir tjenestekonsesjonsdokumentene et innblikk i hvordan kommunene definerer hva BPA-ordningen er.

Siden tjenestekonsesjoner er rettet mot BPA-aktørene vil de som regel bruke mest plass på å beskrive de delene av BPA-ordningen i kommunen som tilretteleggerne vil merke mest i sin daglige drift. I beskrivelsene av BPA tar kommunene ofte utgangspunkt i lover, forskrifter og rundskriv som regulerer ordningen.

Kommunene kan velge om de skal legge Norsk Standard for BPA (NS 8435:2017) ([lenke](#)) til grunn for deres tjenestekonsesjon, eller ikke. Norsk standard for BPA er det nærmeste vi kommer en konsensusdefinisjon av hva BPA er i Norge. I utvalget som utviklet standarden var nemlig både kommunal sektor, BPA-aktører, arbeidsgiverorganisasjoner, Forbrukerrådet og annen fagkompetanse representert. Kommuner som skriver at de benytter Norsk Standard for BPA, men som samtidig inkluderer kontraktsvilkår som er i strid med standarden, handler i strid med intensjonen med å etablere en standardkontrakt.

Intensjon: CRPD artikkel 18, Statsborgerskap og bevegelsesfrihet:

«1. Partene skal anerkjenne den rett som tilkommer mennesker med nedsatt funksjonsevne, til å bevege seg fritt, [...]

d. ikke vilkårlig eller på grunn av nedsatt funksjonsevne berøves retten til å reise inn i sitt eget land.»

CRPD artikkel 22, Respekt for privatlivet:

«1. Ingen person med nedsatt funksjonsevne skal, uansett bosted eller boform, utsettes for vilkårlige eller ulovlige inngrep i privat- eller familieliv, hjem eller korrespondanse eller andre former for kommunikasjon, eller ulovlige inngrep på ære eller omdømme. Mennesker med nedsatt funksjonsevne har rett til lovens beskyttelse mot slike inngrep eller angrep.

2. Partene skal beskytte sensitive personopplysninger og opplysninger om helse og rehabilitering for mennesker med nedsatt funksjonsevne, på lik linje med andre.»

Tilstand: 53 kommuner utlyste tjenestekonsesjon for BPA i perioden januar 2021 til august 2022. Av disse var det fire konsesjonsutlysninger som var et samarbeid mellom flere kommuner. Totalt var det da 37 konsesjonsutlysninger, 17 i 2021 og 20 fram til august 2022. Vi legger også til grunn konsesjonsanalysen som ble gjennomført i [Tilstandskartleggingen 2021 \(lenke\)](#) i våre analyser.

Begrensinger i konsesjonsutlysningene

Kommunene som står bak 15 av konsesjonsutlysningene benytter NS 8435:2017 Alminnelige kontraktsbestemmelser for brukerstyrt personlig assistanse (BPA).⁵⁹ De øvrige 22 konsesjonsutlysningene tar ikke utgangspunkt i NS 8435:2017. Det er kun to konsesjonsutlysninger som ikke har lagt til punkter som begrenser hvordan BPA-ordningen kan bli brukt. Dette er begrensinger som gjør at den BPA-ordningen som kommunen(e) innvilger innbyggerne ikke er et likestillingsverktøy.

Hvor og når assistansen skal utføres er viktige prinsipper i BPA. For at det skal bli et reelt likestillingsverktøy, må BPA kunne brukes der den som har vedtak om BPA til enhver tid befinner seg, og på det tidspunkt hen har behov for assistanse. BPA skal gi arbeidslederen rett til å bestemme hvem hen ønsker å rekruttere som assistenter i BPA-ordningen. Tjenestekonsesjoner som stiller krav til assistenes kompetanse, gjør at arbeidslederen ikke fritt kan rekruttere de personene som er best egnet. Arbeidslederen skal også kunne bestemme hvilke oppgaver assistentene skal gjennomføre innenfor timetallet i BPA-vedtaket.

Inngripen i privatlivet

Analysen av de 37 tjenestekonsesjonene viser at det er en økende tendens til at kommunene krever at BPA-aktørene skal ta grep som kan krenke innbyggere med BPA sitt privatliv. Kommunene viser til helse- og omsorgstjenesteloven og tilhørende lover. Kun seks av konsesjonsutlysningene var i samsvar med retten til personvern og privatliv uten unødig innsyn og kontroll. De øvrige konsesjonene bryter med denne retten, på ulike måter.

14 konsesjoner krever at BPA-aktøren skal ha en journalansvarlig, og signaliserer dermed at det kan komme krav om journalføring i enkelte eller alle BPA-ordninger i kommunen. Dette kommer tydelig fram i utlysningstekster, som Etne kommune sin:

«Journalføring og journalansvarlig: Leverandør skal utarbeide rutiner samt gjennomføre møter for gjennomgang og evaluering av tjenestene mellom Etne kommune ved Helse og arbeidsleder/tjenestemottaker. Disse møtene skal dokumenteres i journalsystemet og gjennomføres ca. 3 måneder før vedtak. [...] Kopi av vedtak skal følge blankett A, Leverandør plikter å dokumentere sitt arbeid på en slik måte at Oppdragsgiver kan påse at tjenestene som ytes er forsvarlige og i henhold til gjeldende vedtak for brukeren. Oppdragsgiver kan der det er hensiktsmessig be om dokumentasjon ved hjelp av ukentlige rapporter e.l. [...] Oppdragsgiver sender eget rapportskjema ved kontraktinngåelse. [...] Arbeidsleder skal sende inn rapporter til kommunen minst hver tredje måned. Hvor det i tillegg ytes helsehjelp som en del av ordningen skal det dokumenteres etter Lov om helsepersonell §39.»

Vi ser i konsesjonsutlysningene at kommunene ikke tenker på BPA som et likestillingsverktøy, men en tjeneste som leveres og skal kontrolleres. Kontroll synes å være viktigere enn at innbyggeren med BPA får et fritt liv. Stortingets intensjon med BPA er at funksjonshemmede skal ta ansvar for eget liv og egen assistanse, ikke å bli underlagt et helse- og omsorgsregime. Kommunens krav til dokumentasjon påfører også arbeidsleder, assistent og BPA-aktør et unødig byråkrati.

Dette blir enda tydeligere når vi ser nærmere på konsesjonsutlysningene. I en av dem står det: «Leverandøren skal uoppfordret sende halvårsrapporter til oppdragsgiver som synliggjør at oppdraget utføres i henhold til vedtaket.»

Dette åpner for at BPA-aktøren skal dokumentere ganske breitt fra innbyggeren med BPA sitt liv, og hva assistentene gjør når de er på jobb. Det betinger også at BPA-aktøren får innsyn i hva som er begrunnelsen og omfanget for BPA-vedtaket, utover timerammen. Vi ser dette dokumentasjonsbehovet i flere konsesjonsutlysninger, og det varierer hvor eksplisitt de uttrykker dette. Enkelte konsesjonsutlysninger er veldig tydelige, som denne: «Leverandør har ansvaret for å gjøre assistentene, som skal utføre

oppdragene, kjent med innholdet i bestillingen. Det fremgår av brukers vedtak og bestillingsskjema fra oppdragsgiver hvilke behov som skal ivaretas. Valg av oppgaver innenfor denne rammen er brukerstyrt.»

Flere kommuner pålegger også BPA-aktører å rapportere sensitive helseopplysninger. Her er et eksempel: «Leverandøren plikter å varsle oppdragsgiver umiddelbart om endringer som oppstår med hensyn til brukerens helsetilstand, behov osv.»

Elleve konsesjoner pålegger BPA-aktørene dokumentasjonsplikt: «Leverandør plikter å føre journal i henhold til gjeldende regelverk. Leverandøren skal dokumentere helsehjelp, herunder også bruk av tvang. Leverandør skal rapportere journalpliktige hendelser til oppdragsgiver.»

En konsesjon krever at assistentene skal sende dokumentasjon om hva de gjør når de er på jobb til BPA-aktøren. Dette er et kontrolltiltak som setter assistenten i en situasjon som er veldig vanskelig for både assistent og den som har BPA.

En konsesjon krever «[...] journalføring, dokumentasjonsplikt, samtale med assistenter, pleie/tiltaksplan». Dette innebærer at assistentene skal rapportere hva de gjør på jobb. Kommunen krever i tillegg å kunne gjennomføre samtaler med assistentene uten at arbeidsleder/medarbeider er til stede. Kommunen signaliserer tydelig at den ikke ser på innbyggere med BPA som personer med et normalt liv. Kommunen mener innbyggere med BPA trenger en pleie- eller tiltaksplan. BPA innenfor rammene til denne konsesjonen er ikke i tråd med nasjonale føringer om at BPA skal bidra til likestilling.

En konsesjon krever at BPA-aktøren skal delta på samtaler mellom arbeidsleder og kommunen om forsvarlighet i tjenesten.

En konsesjon krever skriftlig rapport fra vedtakseier i ordninger hvor det stilles krav til faglighet/helsehjelp.

Fire konsesjoner krever at BPA-aktøren må føre journal om utført assistanse direkte i kommunens system for pasientjournaler.

Fem konsesjoner ønsker at BPA-aktøren skal delta på møter med kommunen om tjenester vedtakseier mottar, for eksempel på ansvarsgruppemøter.

Tre konsesjoner krever at BPA-aktører bidrar til kommunenes arbeid med å registrere informasjon om innbyggere med BPA i IPLOS. Slik informasjon kan være sensitiv.

Tre konsesjoner krever at BPA-aktøren skal samhandle med blant annet spesialisthelsetjenesten.

Disse kontraktsvilkårene legger i bunn og grunn opp til at funksjonshemmede med BPA sine menneskerettigheter skal bli brutt. Kontraktsvilkårene utfordrer også nærstående og venner sin rett til privatliv og personvern. En stor andel av kommunene som utlyste konsesjon i 2021, og fram til august i 2022, stiller krav til journalføring og dokumentasjon som gjør at sensitive opplysninger om den enkeltes privatliv blir delt med andre enn de som faktisk trenger denne informasjonen. Private forhold blir videreformidlet, uten at funksjonshemmede med BPA har eierskap til dem, eller får mulighet til å korrigere feil. Denne praksisen er et stort hinder hvis det politiske målet er at funksjonshemmede med BPA skal oppleve at de er likeverdige og likestilte borgere.

Kompetansekrav og opplæring av assistentene

Kommunenes tilnærming til BPA som en helse- og omsorgstjeneste gjør seg også gjeldene i krav til assistentenes kompetanse, og opplæring.

Ni konsesjoner stiller krav til kurs i medikamenthåndtering.

Tre konsesjoner stiller krav om at assistenter må ha helsefaglig utdanning.

De fleste konsesjonsutlysningene oppgir at det er en fordel at assistenten har helsefaglig utdanning, og krever at BPA-aktøren må stille med helsefaglig kompetanse «der det er nødvendig».

Flere konsesjoner flytter også ansvaret for rekruttering og opplæring av assistenten fra arbeidsleder til BPA-aktøren. Et eksempel på det siste:

«Oppdragstaker Personalansvar. [...] Å foreta nødvendig opplæring av Assistenter mht. tjenesteutførelse og på områder som det ikke kan forventes at Arbeidsleder kan gjøre, f.eks. taushetsplikt, etikk, moral, forflytning og bruk av hjelpemidler[...].»

Tre konsesjoner begrenser hvem arbeidsleder kan rekruttere til å bli assistent. Det gjør de gjennom krav til språkferdigheter/samfunnsforståelse: «Ha forståelse for det norske samfunnet slik at dialog med bruker/arbeidsleder/arbeidsgiver ikke blir preget av misforståelser.»

Varsling: Barnevernet og vergemål

Alle norske borgere har en plikt til å melde ifra til barnevernet hvis de mener at et barn er utsatt for omsorgssvikt. En konsesjon går lengre. De pålegger assistenten eller BPA-aktøren å varsle barnevernet. Dette gir assistenten en særskilt oppgave å rapportere dersom de mener en forelder i en familie der en har BPA, ikke er skikket. Denne særskilte oppgaven kan bli opplevd

som invaderende og belastende for både familier der barnet har BPA, og for familier der en eller begge foreldre har BPA. Det ser i alle fall ikke ut til at likestilling og likeverd er utgangspunktet for denne kontraktsbestemmelsen.

To konsesjoner pålegger BPA-aktøren å melde fra til myndighetene hvis den tror at innbyggeren med BPA trenger vergemål. Vi kan anta at funksjonshemmede opplever det som svært invaderende når kommuner bruker tjenesteytere som brikker i en prosess for å frata dem retten til selvbestemmelse.

Reiserestriksjoner

15 konsesjoner har kontraktsvilkår som begrenser innbyggere med BPA sin mulighet til å reise. Det er flest kommuner som legger begrensninger på utenlandsreiser:

Seks konsesjoner har satt begrensninger på hvor mange dager innbyggere med BPA kan oppholde seg i utlandet.

Fem konsesjoner krever at reiser til utlandet kun kan skje etter avtale med kommunen.

To konsesjoner dekker ikke assistentens lønn på reiser i utlandet. En kommune dekker ikke utgiftene (transport, diett osv.) til assistenten på reiser generelt.

Konklusjon: Sett under ett inkluderer nesten alle tjenestekonsesjonene for BPA som ble utlyst i perioden januar 2021 til august 2022 kontraktsvilkår som legger opp til praksis som er i strid med forpliktelsene som følger av CRPD artikkel 18 om bevegelsesfrihet, og/eller artikkel 22 respekt for privatlivet.

Ønsker ikke at BPA forblir en helsetjeneste der kommunen har ansvaret

Intensjon: I CRPD artikkel 19 Retten til et selvstendig liv og til å være en del av samfunnet står det at: «Konvensjonspartene erkjenner at alle mennesker med nedsatt funksjonsevne har samme rett som andre til å leve i samfunnet, med de samme valgmuligheter, og skal treffe effektive og hensiktsmessige tiltak for å legge til rette for at mennesker med nedsatt funksjonsevne skal kunne gjøre full bruk av denne rettighet, og bli fullt inkludert og delta i samfunnet, blant annet ved å sikre:

- a. at mennesker med nedsatt funksjonsevne har anledning til å velge bosted, og hvor og med hvem de skal bo, på lik linje med andre, og ikke må bo i en bestemt boform,
- b. at mennesker med nedsatt funksjonsevne har tilgang til ulike støtte-tjenester i eget hjem og i særskilte boformer, samt annen samfunns-service, herunder den personlige bistand som er nødvendig for å kunne bo og være inkludert i samfunnet og for å hindre isolasjon eller segregering,
- c. at samfunnets tjenester og tilbud for befolkningen generelt er tilgjengelig på lik linje for mennesker med nedsatt funksjonsevne, og tar hensyn til deres behov».

Tilstand: I dag er BPA plassert i helse- og omsorgstjenesteloven (HOL) (lenke) og pasient- og brukerrettighetsloven (PBRL) (lenke). Spørsmålet er hvordan det påvirker muligheten til å oppfylle intensjonen med BPA⁶⁰, og om denne lovplasseringen gjør det mulig å oppfylle de forpliktelser Norge har som følge av CRPD.

I 2012 ble BPA flyttet fra sosialtjenesteloven og over i helse- og omsorgstjenesteloven. Med på lasset fulgte et sett med lover, rundskriv og forskrifter⁶¹ som er utarbeidet for å sikre syke og pleietrengende pasienter forsvarlige tjenester, og ivareta personer som er i en sårbar fase av livet. Funksjonsnedsettelse er ofte et resultat av en skade, kronisk sykdom eller en medfødt begrensning som kan være fysisk, psykososialt og/eller kognitiv. Det gjør at mange, og spesielt i hjelpeapparatet, ser de medisinske behovene og en person som trenger pleie og omsorg.⁶²

Det å ha en funksjonsnedsettelse og et assistansebehov betyr ikke nødvendigvis at vi er syke, pleietrengende eller i en sårbar fase. For oss som lever med en funksjonsnedsettelse, er det, for de aller fleste, en normaltilstand, og vi ønsker å leve et normalt liv på våre egne premisser. Det trenger vi assistanse til, i form av BPA.

Plasseringen i helse- og omsorgstjenesteloven gjør at kommunene opplever at de må administrere BPA som en helse- og omsorgstjeneste⁶³, og at de bruker de samme kriteriene for utmåling av BPA som de gjør ved utmåling av ordinære tjenester. En rekke rapporter viser at kommunene ikke legger vekt på likestilling og deltakelse når de behandler søknader om BPA.⁶⁴

Det er en utfordring at BPA skal være et likestillingsverktøy som skal fremme selvbestemmelse og likestilling, som beskrevet i forarbeidene til lovfestingen, samtidig som kommunene skal sikre et likeverdig tilbud til sine innbyggere innenfor kommunens budsjett. Dette har blitt mer framtrødende etter hvert som BPA har blitt mer etablert.⁶⁵

99 prosent av dem som svarte oppgir at de ønsker å ha fullt ansvar for eget liv og egen helse. 146 av dem som i dag har BPA tok stilling til påstanden: «Kommunen ønsker/ønsket at jeg skal ha avlastning istedenfor BPA mot mitt (eller mine foreldres) ønske.» Hele 62 var enig i påstanden. Det er med andre ord en realitet at så lenge BPA ligger i helse- og omsorgstjenesteloven, så vil kommunen ta stilling til omfang på BPA, og i mange tilfeller prioritere tjenester som kan erstatte BPA.

Vi ba også dem som svarte ta stilling til denne påstanden: «Kommunen har forsøkt å plassere meg i institusjon/sykehjem/barnebolig, (enten heltid eller som avlastning) mot mitt (eller mine foreldres) ønske». 50 av de 152 som tok stilling til påstanden, bekrefter at de har opplevd dette.

Her må vi anta at det er store mørketall, fordi de vi spurte er de som enten har BPA i Uloba eller er medlemmer i Uloba. Funksjonshemmede som ikke har dette nettverket, står vesentlig svakere i møtet med kommunen.

I tjenestekonsesjonene som er lyst ut de to siste årene, ser vi at det i økende grad stilles krav om at BPA-aktørene skal ha helsepersonell ansatt, og at de skal kunne levere assistenter med fagutdanning dersom kommunen krever det i de aktuelle BPA-ordningene, uavhengig av hva arbeidslederen selv ønsker.

Det kan være lett å tenke at det ikke spiller så stor rolle om arbeidslederen må rekruttere helsefagarbeidere, og noen kan også ønske at de som ansettes har en spesifikk fagkompetanse. Så lenge BPA ligger i helse- og omsorgstjenesteloven, er det kommunene som bestemmer dette ut fra hva som er «faglig forsvarlig», basert på en helsefaglig vurdering. Og med ansettelsen av helsepersonell som assistenter etter helse- og omsorgstjenesteloven, trer Lov om Helsepersonell inn, og med den plikt til journalføring.⁶⁶ Av de som svarte på påstanden «Jeg ønsker ikke å kunne ansette helsepersonell som assistenter hvis det medfører at assistenten må rapportere til kommunen om hva som skjer når hen assisterer meg», svarte nær sagt alle, 94 prosent, at de var enig. De aller fleste ønsker ikke å ha helsepersonell ansatt når det medfører rapportering til kommunen.

46 prosent av dem som svarte var enig i denne påstanden: «Jeg har opplevd at ansatte i kommunen har kommunisert at de er bedre skikket til å fatte beslutninger om ivaretagelse av helsen min, enn det jeg er.» Vi i Uloba mener at den enkelte selv skal ha frihet til å bestemme hvilken kompetanse assistenten skal ha. Det skal være helt opp til arbeidsleder eller medarbeidsleder å bestemme om assistenten skal ha en spesiell kompetanse. Forsvarlighet i ordningen skal ikke gjelde etter helse- og omsorgstjenestelovens definisjon, men ut fra CRPD og den enkeltes rett til selvbestemmelse og likestilling.

Kommunen har etter helse- og omsorgstjenesteloven plikt til å dokumentere at det de gjør, ivaretar forsvarlighet i ordningen.⁶⁷ Selv om det er en åpning i regelverket for at BPA er unntatt dokumentasjonsplikten, ser vi at konsesjonsutlysninger i økende grad legger inn krav om dokumentasjon fra de BPA-aktørene som får konsesjon for BPA i kommunen.⁶⁸ Dette er krav til dokumentasjon som for eksempel daglig journalføring fra assistentene om hva de gjør på jobb, direkte journalføring inn i kommunens dokumentasjonssystem og personalmøter med assistenten uten at arbeidsleder er til stede. Dette er dokumentasjon som krenker den enkeltes rett til privatliv.⁶⁹

Dokumentasjonen handler også om å styre hvordan arbeidslederen bruker BPA. Gjennom innsikt i personen med BPA sitt dagligliv kan de se hva assistentene gjør, arbeidsplanen de har og hvor personen med BPA er når assistansen utføres. Vi erfarer at kommuner både i konsesjonsutlysninger og i møte med enkeltsøkere prøver å begrense BPA. Mange opplever at kommunen har lagt føring for hvordan de skal lede BPA-ordningen. Hele 92 prosent av de som har besvart undersøkelsen føler seg ikke trygge på at de kan flytte til en annen kommune uten at de får reduksjon i antallet BPA-timer.

Beslutningsstøtte

CRPD pålegger statene å avskaffe lover som fratår funksjonshemmede selvbestemmelse, og heller tilby beslutningsstøtte.

Intensjon: CRPD artikkel 12 Likhet for loven: «Partene bekrefter at mennesker med nedsatt funksjonsevne har rett til overalt å anerkjennes som en person i rettslig henseende. [...] Partene skal erkjenne at mennesker med nedsatt funksjonsevne har rettslig handleevne på lik linje med andre, på alle livets områder.» Den pålegger også at «Partene skal treffe hensiktsmessige tiltak for å gi mennesker med nedsatt funksjonsevne tilgang til den støtte de kan trenge for å kunne bruke sin rettslige handleevne.»

Tilstand: I 2019 var 42 000 voksne mennesker satt under vergemål i Norge. 40 prosent av dem var registrert som «ikke samtykkekompetente». Disse er fratatt grunnleggende menneskerettigheter. De får ikke ta beslutninger i eget liv, men må ha godkjenning fra en verge. Landene som har signert CRPD, skal ha et tilbud om beslutningsstøtte til de av oss som trenger en formalisert form for støtte til å fatte beslutninger. I dag finnes det ikke et slikt tilbud i Norge, så de av oss som trenger det, blir ofte satt under vergemål.

I april 2019 startet Uloba prosjektet «Empowerment med beslutningsstøtte» for å utvikle modellen og likestillingsverktøyet beslutningsstøtteråd i Norge. I utgangspunktet skulle prosjektet vare fram til mai 2022, men pandemien har gjort at prosjektet er forlenget fram til våren 2023.

Uloba har hentet inspirasjon til arbeidet med beslutningsstøtteråd fra Vela Canada, som har utviklet modellen «microboards» gjennom 30 år. Målet i prosjektet er å tilpasse deres modell til norske forhold og sikre at prosjektet er godt forankret i Independent Living-ideologien.

Prosjektet består av ti personer som behøver beslutningsstøtte, hvorav ni har dannet hvert sitt beslutningsstøtteråd. Rådseierne er i ulike alder, ulike livssituasjoner og med ulike grad av behov for beslutningsstøtte. I prosjektperioden etablerer de sine beslutningsstøtteråd hvor de selv vil være eiere. Noen vil etablere beslutningsstøtterådene selv, mens andre behøver nærpå personer som bistår med å etablere beslutningsstøtteråd. Beslutningsstøtterådene, og de som etablerer dem, deler sine erfaringer med oss. Det gir oss muligheter for læring, og grunnlag for videreutvikling av beslutningsstøtteråd.

Hensikten med prosjektet er å vise at beslutningsstøtteråd er en reell mulighet og et alternativ til det som nå er vergemålsordningen. I tillegg skal Uloba avdekke utfordringer og høste erfaringer vi kan bruke til å gjøre beslutningsstøtteråd til noe permanent og mulig for flere.

Nasjonale myndigheter er blitt mer opptatt av mulighetene beslutningsstøtteråd gir den enkelte. I en rapport fra Likestillings- og diskrimineringsombudet høsten 2021, «Retten til selvbestemmelse – fra vergemål til beslutningsstøtte», foreslo ombudet en ny lov om beslutningsstøtte som erstatning for dagens vergemålssystem.⁷⁰ Det samme har Stortingets rådgivende organ, Norges institusjon for menneskerettigheter, gjort i sin rapport «Inkorporering av CRPD i norsk rett» fra mars 2022.⁷¹ Den nye regjeringen har i sin tiltredelseserklæring både lovet at de skal avgrense bruken av tvang og ta FNs konvensjon for funksjonshemmede inn i norsk lov.⁷²

Statsforvalteren i vedtak om BPA-klage:

«Vi ser at det har fungert godt for deg med BPA og at annen organisering tapper deg for allerede knappe krefter. Du har imidlertid så lite omfang av tjenester at vi ikke kan se at det er uforsvarlig. Det er heller ikke åpenbart urimelig.»

Oda (42 år) som fikk avslaget:

«Jeg har hatt BPA siden 2007, som kommunen (og statsforvalter) nå har tatt fra meg på grunn av for få timers behov. Har i stedet fått hjemmehjelp til rengjøring hver 14. dag og tre halvtimer i uka til praktisk hjelp som (å) sette inn/ta ut av vaskemaskin og oppvaskmaskin. De skal også ,sette meg i gang' med oppgaver ... Jeg har hatt samme assistent siden 2015. Hun kjenner meg ut og inn.»

Opplevelser av kommunenes forvaltning av likestillingsverktøyet BPA

I kommunenes BPA-forvaltning eksisterer det en rekke barrierene som har forsinket, begrenset eller forhindret funksjonshemmede som vil realisere sin rett til deltakelse. Dette skaper en tillitskrise.

Kommunene skal aktivt informere om BPA

Intensjon: I 2000 påla Stortinget kommunene å ha BPA på sin tjenestemeny.⁷³ Da Stortinget ratifiserte FN-konvensjonen om funksjonshemmedes rettigheter i 2013, ble Norge forpliktet til «å gi mennesker med nedsatt funksjonsevne informasjon i en tilgjengelig form». Konvensjonen presiserer at dette er viktig for at funksjonshemmede skal bli «i stand til å nyte alle menneskerettigheter og grunnleggende friheter fullt ut».⁷⁴ Helse- og omsorgsdepartementet har i ettertid påpekt at kommunene plikter å gjøre mer enn å ha BPA på tjenestemenyen. De må ta i bruk «frigjøringsverktøyet BPA» og aktivt kontakte innbyggerne som kan ha behov for BPA.⁷⁵

Tilstand: 80 prosent av dem som deltok, svarte «nei» på spørsmålet «Har kommunen gitt deg informasjon om BPA før du søkte om BPA?». Det tyder på at kommunene sjeldent sikrer at funksjonshemmede kan få realisert sin rett til informasjon om personlig assistanse.

Tabell 17 om kommunens informasjon om BPA. (lenke)

Rettighetsfestingen var en marsjordre til kommunene om å satse på BPA. Likevel ser det ut at til kommunene har trappet ned sitt arbeid med å informere om BPA i årene ordningen har vært en individuell rettighet. Det ser ut til at en svært liten andel av innbyggere som kan ha behov for BPA, får informasjon fra kommunen om tjenesten før de søker. Funnet tyder på at nesten alle som trenger BPA, er prisgitt at andre enn BPA-forvalteren (kommunen), opplyser om at BPA eksisterer.

Kommunene skal veilede i BPA-saker og bør bistå innbyggere som trenger det

Intensjon: En innbygger som trenger veiledning for søke om BPA, eller for å klage på et vedtak, skal få dette av kommunen. Forvaltningslovens § 11 forklarer at «formålet med veiledningen skal være å gi parter og andre interesserte adgang til å vareta sitt tarv i bestemte saker på best mulig måte». Kommunen skal veilede om rettigheter, regelverk og saksbehandlingspraksis, slik at innbyggeren kan ivareta sin interesse: Å få et best mulig BPA-vedtak. I Forvaltningslovforskriften § 3 framgår det at kommunen bør «hjelp til med å fylle ut skjemaer og utarbeide klager og andre dokumenter når det synes å være behov for slik hjelp».

Tilstand: 84 prosent av dem som svarte oppga at de har fått bistand til å søkte om BPA/og eller klage på BPA-vedtak. Det tyder på at de aller fleste trenger bistand for å kunne bli innvilget et BPA-vedtak som dekker deres assistansebehov.

De aller fleste oppgir at de fikk støtte fra en eller flere av de følgende: Familie, venner, andre funksjonshemmede eller nærstående, ansatte hos en ideell BPA-tilrettelegger eller en interesseorganisasjon. Kun 11 prosent av dem som svarte oppga at de har fått bistand fra kommunen til å søke om BPA og/eller klage på BPA-vedtak.

[Tabell 18 med oversikt over andelen respondenter som har fått bistand i BPA-saker fra ulike aktører. \(lenke\)](#)

Vi vet ikke hvor stor andel av deltakerne i spørreundersøkelsen som ønsket at kommunen skulle bidra med veiledning. I en rapport, utarbeidet på oppdrag av KS, framgår det at ledere i kommunale helse- og omsorgsetater og funksjonshemmede ofte er grunnleggende uenig om hva BPA er.⁷⁶ Det er grunn til å tro at dette er en viktig årsak til at få får bistand fra kommunen til å utarbeide søknader og klager.

Kommunene skal møte BPA-søkere som personer som trenger assistanse for å bli likestilt

Intensjon: FN-konvensjonen for funksjonshemmedes rettigheter pålegger norske myndigheter å treffe effektive og hensiktsmessige tiltak for at funksjonshemmede lettere skal kunne utøve sin rett til å leve i samfunnet, med de samme valgmuligheter som andre, og bli fullt inkludert og delta i samfunnet (artikkel 19). I stortingsproposisjonen om rettighetsfestingen forklarer regjeringen at satsingen på BPA skal bidra til at funksjonshemmede med assistansebehov blir likestilt med ikke-funksjonshemmede.⁷⁷

Tilstand: Nærmere en tredjedel av de som svarte, mener at kommunen ikke forstår at de trenger BPA for å kunne ha samme muligheter som andre på egen alder. Dette er en noe lavere andel enn i forrige Tilstandskartlegging. Det har vært et større trykk enn tidligere fra organisasjoner, FN og nasjonale politikere for å sikre at BPA blir et likestillingsverktøy. En positiv fortolkning av dette er at flere av de som arbeider med BPA i kommunene, som følge av den pågående diskusjonen om dette, i større grad enn før, forstår at BPA er et likestillingsverktøy. Det at en såpass høy andel likevel forteller at kommunene ikke forstår BPA som et likestillingsverktøy, kan ha sammenheng med at mange kommuner oppfatter at lovgiver pålegger dem å forvalte BPA som en helse- og omsorgstjeneste.⁷⁸

Tabell 19 om opplevelsen av kommunenes forståelse for behovet for å bli likestilt. (lenke)

Stortinget ønsker at kommunene skal prioritere BPA-søknader

Intensjon: I Stortinget og regjeringens pålegg om å satse på BPA ligger det et ønske om at kommunene prioriterer søknader om denne tjenesten.⁷⁹ I forvaltningslovens § 11a stiller imidlertid ikke lovgiver krav til kommunenes saksbehandlingstid ut over dette: «Forvaltningsorganet skal forberede og avgjøre saken uten ugrunnet opphold.» Lovgiver har heller ikke benyttet muligheten til å stille krav til saksbehandlingstid i helse- og omsorgstjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven, hvor BPA-ordningen og rettighetsfestingen er hjemlet.

I virksomhets- og økonomiinstruksen, og tildelingsbrevet, til statsforvalterne er det krav om at minst 90 prosent av klagene på vedtak om helse- og omsorgstjenester skal være behandlet innen tre måneder. Kravet gjelder for klagene under ett, og kravet er derfor ikke spesifikt for BPA-sakene.⁸⁰

Tilstand: Funn fra spørreundersøkelsene vi gjennomførte i 2021 og 2022 tyder på at det er vanlig at BPA-søkere må vente lenge på at kommunen skal fatte et positivt vedtak. Tre fjerdedeler av dem som svarte i 2022 måtte vente i tre måneder eller mer. Halvparten måtte vente seks måneder eller mer. Nesten en tredjedel måtte vente tolv måneder eller mer.

Tabell 20 som viser hvor lenge respondentene måtte vente før de fikk et positivt BPA-vedtak. (lenke)

Dette er veldig belastende for den det gjelder. I årets undersøkelse er 78 prosent av dem som svarte enig i denne påstanden: «I perioden fra jeg første gang søkte om BPA til jeg fikk innvilget BPA opplevde jeg at mangelen på personlig assistanse var en belastning.»

At mange må vente i et halvt år eller mer kan tyde på at en rekke kommuner ikke prioriterer behandling av BPA-søknader. Slik saksbehandlingspraksis er i strid med funksjonshemmedes rett til: «den personlige bistand som er nødvendig for å kunne bo og være inkludert i samfunnet og for å forhindre isolasjon eller segregering fra samfunnet.»⁸¹ Likevel kan lang saksbehandlingstid være innenfor rammen av forvaltningsloven, gitt at kommunen varsler om dette.

57 prosent av dem som svarte oppga at de har klaget på BPA-vedtak. Dem som ser seg nødt til å klage må ofte vente lenge før endelig BPA-vedtak foreligger. Av dem som svarte oppgir tre fjerdedeler at de måtte vente i tre måneder eller mer. Fire av ti måtte vente seks måneder eller mer.

Tabell 21 om klagebehandlingstid. (lenke)

34 prosent av dem som deltok i spørreundersøkelsen oppgir at de har klaget på ett eller flere BPA-vedtak til Statsforvalteren. Det tar nå lang tid å fullføre klagebehandling. I året BPA ble rettighetsfestet, 2014, ble to tredjedeler av BPA-klagene til statsforvalterne behandlet ferdig på under tre måneder. I 2021 ble under halvparten av BPA-klagene til statsforvalterne behandlet ferdig på under tre måneder.⁸²

Som nevnt pålegger regjeringen Statsforvalterne å sikre at minst 90 prosent av klagene på vedtak om helse- og omsorgstjenester skal være behandlet innen tre måneder. Dette er her ikke tilfellet. Statsforvalterne må prioritere BPA-klagene høyere dersom de skal klare å behandle minst 90 prosent av BPA-klagene innen tre måneder.

Det finnes også eksempler på kommuner som prøver å ignorere statsforvalterens omgjøringsvedtak. Dette bidrar til å forklare hvorfor mange funksjonshemmede opplever at det er belastende å søke om BPA. Når lang klageprosess er normalt, er det grunn til å tro at en god del BPA-søkere ikke orker å klage.⁸³ Resultatet blir da ingen tjenester, eller tradisjonelle, hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester.

Kommunenes lange saksbehandlingstid kombinert med høy andel avslag, og at behandling av klager tar lang tid, vil tære på mange innbyggers tillit til kommunene.

Personer med assistansebehov skal bli innvilget tilstrekkelig assistanse til at de blir likestilt

Intensjon: BPA ble rettighetsfestet som en følge av at Stortinget ratifiserte FN-konvensjonen for funksjonshemmedes rettigheter. Artikkel 19 i konvensjonen pålegger staten å sikre funksjonshemmede «den personlige bistand som er nødvendig for å kunne bo og være inkludert i samfunnet og for å forhindre isolasjon eller segregering fra samfunnet». FN-komiteen som overvåker statens arbeid med konvensjonen er opptatt av at assistansen skal være utmålt og tilpasset til den enkelte, og at norske kommuner ikke skal forskjellsbehandle BPA-søkere.⁸⁴

Tilstand: 37 prosent av dem som svarte, har ikke nok BPA-timer. Det er samme høye nivå som i tidligere års undersøkelser. En stor andel av respondentene med BPA opplever at kommunen ikke innvilger den personlige bistanden som er nødvendig for å bli likestilt, slik CRPD forutsetter. Isteden kan det være at kommunene støtter seg på helse- og omsorgstjenesteloven, som kan bli tolket dit hen at kommunenes BPA-vedtak skal sikre nødvendige tjenester ut fra et helseperspektiv.

Hva er konsekvensen av at du har for få BPA-timer?

Kari:

«Konsekvensen av at jeg har for få BPA-timer er at jeg kun eksisterer, sengeliggende, med kraftige smerter og symptomer jeg ikke unner noen. Hvordan er samfunnet tjent med at jeg forblir liggende her? Ønsker å bidra i samfunnet; ikke være en kostbar utgift.»

Trude:

«Dårlig nattesøvn. Lite fysisk kontakt med familien. Vanskelig å studere. Vanskelig å prioritere sosiallivet.»

Harald:

«At min ektefelle får all belastningen, siden jeg er avhengig av hjelp 24/7, og at det begrenser min frihet og selvstendighet.»

Likestilling fordrer at kommunene innvilger tilstrekkelig BPA-timer til både grunnleggende behov og deltakelse utenfor eget hjem

Intensjon: I Stortingsproposisjonen om retten til BPA heter det: «Brukerstyrt personlig assistanse er et viktig bidrag til likeverd, likestilling og samfunnsdeltakelse for personer med nedsatt funksjonsevne og stort behov for bistand. For personer i denne situasjonen betyr BPA mye for muligheten til yrkesdeltakelse, utdanning og et aktivt og selvstendig liv.»⁸⁵

Tilstand: Flere undersøkelser viser at ansatte i kommunale helse- og omsorgsetater forstår BPA-regelverket⁸⁶ slik: Søknader om BPA, og alle andre tjenester som er hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven, skal bli forvaltet i tråd med likebehandlingsprinsippet. En innbygger skal bli innvilget det samme antallet assistansetimer uavhengig av hvilken tjeneste hen søker om.⁸⁷

Respondentene som ikke har tilstrekkelig antall assistansetimer fikk mulighet til å utdype dette. De vi spurte kunne velge mer enn ett svaralternativ. 107 av dem svarte.

Det viser seg at kommunenes standarder for utmåling av helse- og omsorgstjenester sjelden åpner for å innvilge mer enn noen få timer i uken til deltakelse utenfor hjemmet (støttekontakt).⁸⁸ Det er derfor ikke overraskende at det er flest avkryssninger, mellom 50 og 70 på hver, på de følgende svaralternativene: «Fritidsaktiviteter», «sosiale aktiviteter», «trening», «reiser» og «deltagelse i samfunnet».

Det er mer overraskende at mellom 32 og 43 respondenter har krysset tre svaralternativ som handler om grunnleggende behov i hjemmet: «Daglige aktiviteter som personlig stell», «husarbeid» og «matlaging». Slik tildelingspraksis er i strid med det mange kommuner oppfatter som helse- og omsorgslovens minimumskrav: Faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester i eget hjem.

[Tabell 22 om hva respondentene ikke har BPA-timer til å gjøre. \(lenke\)](#)

Kommunen skal ivareta BPA-søkernes rettssikkerhet

Intensjon: I innledningen til forvaltningsloven forklarer lovgiver at saksbehandlingsreglene er vedtatt for å sikre «den enkeltes rett til å få behandlet sine saker av offentlige myndigheter på en forsvarlig og riktig måte». I §17 heter det: «Forvaltningsorganet skal påse at saken er så godt opplyst som mulig før vedtak treffes.» Dette betyr at lovgiver pålegger kommunene å sikre BPA-søkernes rettssikkerhet. For å oppnå dette må kommunes saksbehandling av BPA-søknader være i tråd med Stortingets intensjon med lovene hvor BPA er hjemlet: Helse- og omsorgstjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven.

Tilstand: Det er grunn til å tro at utgangspunktet for en BPA-søknad er at søkeren mener kommunen plikter å innvilge tilstrekkelig personlig assistanse til å dekke assistansebehovet. Rettighetsfestingen skulle klargjøre hvem kommunene uansett må innvilge BPA til. Det er en rimelig antagelse at det ville bidra til å redusere antall BPA-klager. Som vi så i kapitlet «Rikets tilstand», har det motsatte skjedd. Mer enn halvparten av de som svarte, oppgir at de har måttet sende klage til kommunen på ett eller flere BPA-vedtak, og de fleste av disse har klaget BPA-vedtak til neste klageinstans, Statsforvalteren.

Et stort flertall av de som har klaget, 73 prosent, oppnådde at kommunen og/eller Statsforvalteren helt eller delvis omgjorde vedtaket.⁸⁹ Det er en høyere andel enn i tilstandskartleggingene vi gjennomførte i 2020 og 2021. Blant dem som har klaget, har en stor majoritet opplevd at det er et gap mellom intensjonen om forsvarlig og riktig saksbehandling, og kommunens førstegangsbehandling av deres BPA-sak.

Nesten en femtedel av klagen til statsforvalterne på vedtak fra kommuner om helse- og omsorgstjenester er BPA-klager.⁹⁰ Helsedirektoratet har erkjent at kommunenes IPLOS-rapportering om avslag på BPA-søknader er upålitelig.⁹¹ Men i spørreundersøkelsen oppgir altså 57 prosent at de har klaget til kommunen på BPA-vedtak. 34 prosent av dem som svarte har i tillegg klaget til Statsforvalteren. Dette er eksepsjonelt høye tall.

Hva kan være årsakene til at kommunene til stadighet fatter uriktige BPA-vedtak? Arbeidsuhell og misforståelser er neppe en viktig årsak. Det er mer sannsynlig at to andre forhold resulterer i mange avslag: rasjonering med assistansetimer, og at en rekke kommuner oppgir at de forvalter BPA som «en alternativ organisering av helse- og omsorgstjenester».⁹² De aktuelle kommunene vil i mange tilfeller se seg bedre tjent med å tilby BPA-søkere tradisjonelle helse- og omsorgstjenester i stedet. I en del tilfeller kan de innvilge samme antall BPA-timer som søkeren ville fått om hen hadde søkt om tradisjonelle tjenester. Dette dekker gjerne assistanse til å overleve i eget hjem. Det ser ut til at mange kommuner tolker dette som minimumskravet til forsvarlige tjenester i helse- og omsorgstjenesteloven.

Så lenge Stortingets intensjon med BPA-ordningen er likestilling og realisering av retten til samfunnsdeltakelse, vil funksjonshemmede mene at slike BPA-vedtak er dårlig opplyste, uforsvarlige og uriktige. Og så lenge kommuner kan tolke loven dithen at BPA er en alternativ helse- og omsorgstjeneste, er det grunn til å tro at andelen BPA-søkere som klager vil forbli skyhøy. Skal klagetallene ned, trenger nok BPA-forvalterne en lovtekst som klargjør hva som skal til for å ivareta BPA-søkernes rettsikkerhet.

Kommunene skal ha en konstruktiv tilnærming til BPA-søkere med en målsetning om å realisere menneskerettigheter

Intensjon: FN-konvensjonen gir funksjonshemmede rett til å bli møtt som borgere som skal få nyte sine menneskerettigheter. Norske myndigheter kan derfor ikke holde seg med lover og sakbehandlingspraksis hvor diagnoser er retningsgivende for hvilke tjenester en innbygger kan bli innvilget.⁹³ Stortinget, regjeringen og KS er enige om at kommunene skal ha en konstruktiv tilnærming til dem som kan ha behov for BPA. Nasjonale politikere har pålagt kommunene å møte dem som ønsker BPA med spørsmålet «Hva er viktig for deg?».⁹⁴ Kommunenes interesseorganisasjon, KS, understreker at dette spørsmålet må bli fulgt opp med handlinger: «Retningsendringen fra ,Hva feiler det deg?’ til ,Hva er viktig for deg?’ er derfor også en kulturendring».⁹⁵

Tilstand: 53 prosent av de vi spurte oppga at kommunen møtte deres ønske om BPA med et forslag om å heller innvilge tradisjonelle helse- og omsorgstjenester.⁹⁶ I gruppen som ble innvilget BPA første gang etter rettighetsfestingen trådte i kraft i 2015 har 60 prosent opplevd dette. Det er flest som har opplevd at kommunen foreslo at de burde ha hjemmehjelp i stedet for BPA (32 prosent), dernest støttekontakt (28 prosent), hjemmesykepleie (21 prosent) og avlastning i institusjon (13 prosent).

Tabell 23: «Foreslo kommunen at du skulle motta en eller flere tradisjonelle tjenester istedenfor BPA?» (lenke)

Det er også nærmere en tredjedel som gir uttrykk for at kommunen ikke har tatt deres meninger på alvor når den har gjort endringer i BPA-vedtak. Dette er en høy andel og kun en beskjeden nedgang fra tidligere år. Det er også mer enn halvparten av de som svarte som mener at dialogen om BPA med saksbehandlere og kommuneapparatet er en stor belastning. Motsatt oppgir 62 prosent av dem som svarte at dialogen om BPA med kommunen samlet sett er bra.

Tabellene 24, 25 og 26 som utdyper funnene omtalt i avsnittet over. (lenke)

Disse funnene kan tyde på at kommunene i begrenset grad forstår sitt oppdrag som å bidra til at BPA-søkere kan realisere sine menneskerettigheter. Det er alarmerende hvis halvparten av alle som ønsker likestillingsverktøyet BPA, blir møtt med et forslag om å motta tradisjonelle helse- og omsorgstjenester i stedet. Et annet funn i undersøkelsen kan tyde på at dette er et uttrykk for formynderi. Nærmere halvparten av dem som svarte er nemlig enig i påstanden: «Ansatte i kommunen har kommunisert at de er bedre skikket til å fatte beslutninger om ivaretagelse av helsen min, enn det jeg er.» Dette kan tyde på at mange kommuner fortsatt tar utgangspunkt i den medisinske diagnosen, og ikke menneskerettighetene, som innbyggeren har.

Tabell 27: «Jeg har opplevd at ansatte i kommunen kommunisert at de er bedre skikket til å fatte beslutninger om ivaretagelse av helsen min, enn det jeg er.» (lenke)

I en undersøkelse oppgir ledere i flere kommuner at trang økonomi hindrer dem i å satse på BPA.⁹⁷ 28 prosent av dem som svarte på Tilstandskartleggingen 2022 har opplevd at kommunen har møtt deres ønske om BPA med et tilbud om støttekontakt. Det er mulig kommunenes mål er å «slippe unna» med å innvilge et fåtall rimelige støttekontakt-timer, istedenfor et tilstrekkelig antall BPA-timer til å delta sosialt, og i samfunnet. Dette er uansett ikke Stortingets intensjon, og kommunene har mottatt økonomisk kompensasjon for differansen mellom lønnsnivåene til støttekontakter og personlige assistenter.

Mange av dem som svarte, har møtt på en rekke barrierer på veien fram til et BPA-vedtak som dekker assistansebehovet. Det er derfor ikke overraskende at over halvparten opplever at dialogen med kommunen om BPA er en stor belastning.

BPA-forvaltningen skaper tillitskrise

Blant barrierene funksjonshemmede møter finner vi kommuners:

- Manglende vilje/evne til å informere om BPA.
- Manglende tilbud om å veilede BPA-søkere.
- Manglende forståelse for funksjonshemmedes behov for, og rett til, likestilling.
- Forsøk på å overbevise om at helse- og omsorgstjenester, og ikke BPA, er det riktige.
- Lange saksbehandlingstid.
- Dårlig opplyste og ukorrekte vedtak.
- Rasjonering av assistansetimer.

Funn i tilstandskartleggingene vi gjennomførte i 2020, 2021 og 2022 har sannsynliggjort at de fleste som trenger BPA møter flere samfunnsskapt barrierer. Ganske mange BPA-søkere opplever at kommunene ikke engang ivaretar deres rettssikkerhet. Barrierene har forsinket, begrenset eller forhindret mange funksjonshemmede som vil realisere sin rett til deltakelse.⁹⁸

En høy andel av befolkningen i Norge har tillit til offentlig forvaltning.⁹⁹ I sum tyder funnene i Ulobas tilstandskartlegginger på dette: Forvaltningen av BPA-ordningen bidrar til at mange innbyggere med assistansebehov har mistet tillit til kommunen. Kun 54 prosent av dem som svarte, opplever for eksempel at kommunen behandlet deres BPA-søknad på en rettferdig måte. En vedvarende, og stadig økende, tillitskrise vil bidra til å underminere legitimiteten kommunen trenger for å kunne forvalte tjenester til funksjonshemmede.

Tabell 28: «Første gang kommunen behandlet min søknad om BPA, opplevde jeg at saksbehandlingen var rettferdig.» (lenke)

Metode

Denne rapporten tar utgangspunkt i en spørreundersøkelse besvart av funksjonshemmede med assistansebehov som er medlemmer av Uloba, eller som har assistanse gjennom Uloba.

Den gjengir et troverdig bilde av den diskrimineringen funksjonshemmede med assistansebehov opplever. Det kan være særtrekk ved Ulobas medlemmer, og andre som har assistanse gjennom Uloba, som gjør at en bredere undersøkelse vil kunne endre bildet noe.

Spørreundersøkelsen ble gjennomført under covid-19-pandemien, i januar og februar 2022. Dette har nok påvirket enkelte av svarene de 321 som deltok ga. Om lag 18 prosent av dem vi sendte spørreundersøkelsen til besvarte den.

290 av dem som svarte har BPA.

204 oppga at de leder egen BPA-ordning, og 86 oppga de får bistand fra en medarbeidsleder.

128 av dem som deltok oppga at de identifiserer seg som mann, 187 identifiserer seg som kvinne, mens fire svarte «Annet». 7 prosent av dem som svarte er mellom 0 og 17 år. 16 prosent er fra 18 til 29 år. 31 prosent er i gruppen 30–49 år. 35 prosent er fra 50 til 66 år. 11 prosent er 67 år eller mer.

91 prosent av dem som svarte er norskfødt med minst en norskfødt forelder. 2 prosent er norskfødt med to utenlandsfødte foreldre. 8 prosent av dem som svarte oppgir at de er utenlandsfødt.

En del av spørsmålene var kun rettet til enkeltgrupper, som for eksempel dem som har BPA og dem som er under utdanning. Respondentene har i stor grad besvart spørsmålene, men det er ikke alle som har besvart samtlige spørsmål de fikk i undersøkelsen. Respondentene kunne velge svaralternativet «Ikke relevant» på enkelte spørsmål og påstander.

Vi har i hovedsak analysert funnene fra spørreundersøkelsen kvantitativt. Vi har også brukt relevant offentlig statistikk fra SSB, Helsedirektoratet, Helsetilsynet og forskning i analysene.

Svarene fra spørreundersøkelsen gir oss en innsikt i tilstanden for funksjonshemmede med assistansebehov i Norge. Det er allikevel viktig å vite at gruppen ikke er representativ for alle funksjonshemmede med

assistansebehov. Som vi kan lese i kapitlet «Rikets tilstand», var det 3 969 personer som hadde BPA ved utgangen av 2021. Ved utgangen av 2021 var det 93 316 personer under 67 år som fikk praktisk bistand, hjemmesykepleie eller begge deler.¹⁰⁰ I tillegg kommer dem under 67 år med assistansebehov som bor på en institusjon/et institusjonslignende boligkompleks. Slik rettighetsfestingen er utformet, er det i overkant av 15 700 personer i de overnevnte gruppene som har individuell rett til BPA, fordi de har et omfattende behov. Det er realtvt få funksjonshemmede med assistansebehov uten BPA-ordning som har svart på spørreundersøkelsen. Dermed belyser vi kun i begrenset grad denne gruppens muligheter til å delta i samfunnet.

Når resultatene leses, må man vite at de som har besvart undersøkelsen, er de som har Ulobas kompetanse og likepersonsarbeid i ryggen, slik at de har klart å gå igjennom søknadsprosessen. Mørketallene er store når det gjelder diskriminering og utenforskap, og det vi ser i denne undersøkelsen er bare toppen av isfjellet.

Fraskrivelse: Publikasjonen har benyttet data fra Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Forfatterne er eneansvarlig for tolkning og presentasjon av de utleverte data. Registerforvalter for KPR har ikke ansvar for analyser eller tolkninger basert på de utleverte data.

Vedlegg 1: Tabeller

Tabell 1-8 viser tall om BPA-forvaltningen fra kommunene og staten. Tabell 9-28 viser funn fra Tilstandskartleggingen 2022, Ulobas spørreundersøkelse rettet mot funksjonshemmede med assistansebehov.

Tabell 1

Antall innbyggere med aktive BPA-vedtak per 31.12.

År	Antall med BPA-vedtak	Vekst fra året før
2003	1 142	120
2004	1 357	215
2005	1 833	476
2006	2 023	190
2007	2 001	-22
2008	2 280	279
2009	2 540	260
2010	2 670	130
2011	2 905	235
2012	2 890	-15
2013	2 888	-2
2014	2 981	93
2015	3 121	140
2016	3 209	88
2017	3 375	166
2018	3 520	145
2019	3 605	85
2020	3 740	135
2021	3 969	229

Kilder: IPLOS-tall fra SSB (2002–2017) og Helsedirektoratet KPR (2018–2021). Ålesund har sendt korrekte tall for 2014–2017 til Uloba. Kommunens feilrapportering til SSB i 2014–2017 er korrigert i tabellen over.

[Tilbake til rapportteksten der funnene i tabellen over blir analysert. \(lenke\)](#)

Tabell 2

Personer med aktive BPA-vedtak fordelt på intervaller av timer per uke.
Tall per 31.12.

År	0–24,99 timer	25–31,99 timer	32+ timer	Andel med 0–24,99 timer
2010	1 638	232	800	61,3 %
2011	1 825	220	860	62,8 %
2012	1 749	225	916	60,5 %
2013	1 707	236	945	59,1 %
2014	1 734	249	1 019	58,2 %
2015	1 707	301	1 113	54,7 %
2016	1 701	313	1 195	53,0 %
2017	1 696	347	1 360	50,3 %
2018	1 818	377	1 477	51,6 %
2019	1 879	365	1 543	52,1 %
2020	1 756	358	1 632	47,0 %
2021	1 764	385	1 827	44,4 %

Kilder: IPLOS-tall fra SSB (2010–2016), Ålesund kommune (2014–2017) og Helsedirektoratet KPR (2017–2021).

Merknader: Ålesund kommune rapporterte feil antall aktive BPA-vedtak i årene 2014–2017 til SSB. Uloba har innhentet korrekte tall fra kommunen og justert ned totaltallene i tabellen over. I årene 2014, 2017, 2018, 2019 og 2021 er summen av antall vedtak med de tre intervallene for antall BPA-timer i vedtaket 6–28 høyere enn det myndighetene oppgir var totalt antall personer med BPA. Dette skyldes at enkelte kommuner har rapportert IPLOS-tall på en upresis måte.

[Tilbake til rapportteksten der funnene i tabellen over blir analysert. \(lenke\)](#)

Tabell 3

Antall kommuner som har rapportert at minst én person har et aktivt BPA-vedtak per 31.12.

År	Antall kommuner med BPA	Antall kommuner uten BPA eller har ikke rapportert	Totalt antall kommuner	Andel kommuner med minst én aktiv BPA-ordning
2009	337	93	430	78,3 %
2010	338	92	430	78,6 %
2011	350	80	430	81,3 %
2012	354	75	429	82,5 %
2013	346	82	428	80,8 %
2014	346	82	428	80,8 %
2015	347	81	428	81,1 %
2016	351	77	428	82,0 %
2017	350	75	425	82,4 %
2018	349	72	421	82,9 %
2019	334	87	421	79,3 %
2020	291	65	356	81,7 %
2021	290	66	356	81,5 %

Kilder: IPLOS-tall fra SSB (2009–2017) og Helsedirektoratet KPR (2018–2021).

Detaljert om 2021: 65 kommuner rapporterte ingen aktive BPA-vedtak, én kommune rapporterte ikke.

[Tilbake til rapportteksten der funnene i tabellen over blir analysert. \(lenke\)](#)

Tabell 4

Antall kommuner fordelt etter andelen av innbyggerne som hadde BPA-vedtak per 31.12.2021.

Andel av innbyggerne med BPA	Antall kommuner	Andel av total
0 %	66	18,5 %
0,01–0,05 %	31	8,7 %
0,06 %	14	3,9 %
0,07 % eller høyere	114	32,0 %
Ukjent andel siden kun 1–4 innbyggere har BPA	131	36,8 %
Totalt antall kommuner	356	100,0 %

Kilde: IPLOS-tall fra Helsedirektoratet KPR.

[Tilbake til rapportteksten der funnene i tabellen over blir analysert. \(lenke\)](#)

Tabell 5

Gjennomsnittlig antall BPA-timer i alle vedtak som er aktive i løpet av året, fordelt etter kjønn.

År	Kvinner	Menn	Differanse mellom menn og kvinner
2017	30,3	42,9	12,6
2018	33,6	45,3	11,7
2019	34,4	45,9	11,5
2020	37,4	48,2	10,8
2021	39,2	50,9	11,7

Kilde: IPLOS-tall fra Helsedirektoratet KPR.

[Tilbake til rapportteksten der funnene i tabellen over blir analysert. \(lenke\)](#)

Tabell 6

Økning i antall innbyggere med BPA-vedtak per 31.12., fordelt på alder.

Alder	Økning 2010–2014 (4 år)	Økning 2014–2021 (7 år)	Prosent økning 2014–2021
0–17 år	35	350	132,6 %
18–49 år	73	419	29,8 %
50–66 år	123	55	5,5 %
67+ år	80	163	52,4 %

Kilder: IPLOS-tall fra SSB (2010–2016), Ålesund kommune (2014–2017) og Helsedirektoratet KPR (2017–2021).

[Tilbake til rapportteksten der funnene i tabellen over blir analysert. \(lenke\)](#)

Tabell 7

Andelen innbyggere med BPA av alle hjemmeboende med helse- og omsorgstjenester i 2021. Fordelt på alder.

Alder	Har BPA	Har helse- og omsorgstjeneste	Andel med BPA
0–17 år	614	15 165	4,0 %
18–49 år	1 824	62 496	2,9 %
50–66 år	1 057	39 679	2,7 %
67+ år	474	147 376	0,3 %

Kilde: IPLOS-tall fra Helsedirektoratet KPR.

[Tilbake til rapportteksten der funnene i tabellen over blir analysert. \(lenke\)](#)

Tabell 8

Utfall av statsforvalternes behandling av klager på kommuners BPA-vedtak.

År	Stad- festet	Opphevet: tilbake, ny behandling	Endret helt eller delvis	Totalt antall klagesaker	Andel saker opphevet eller endret
2012	104	23	27	158	32 %
2013	115	22	29	166	31 %
2014	101	25	25	151	33 %
2015	115	54	42	211	45 %
2016	129	44	46	219	41 %
2017	124	46	41	211	41 %
2018	127	44	43	214	41 %
2019	171	92	18	281	39 %
2020	157	89	18	264	41 %
2021	188	126	21	335	44 %

Kilde: Uttrekk fra Helsetilsynets database Nestor.
Vedlegg til e-brev fra Gunstein Sundene.

Forklaring: Antall «Opphevet: Tilbakesendt for ny behandling»
+ antall «Endret helt eller delvis» = sum omgjorte BPA-vedtak.

Merknad: Blant de 158 sakene som ble ferdigbehandlet i 2012
er fire oppført som «ikke registret».

[Tilbake til rapportteksten der funnene i tabellen over blir analysert. \(lenke\)](#)

Tabell 9

BPA's betydning for livskvalitet, selvbestemmelse, selvstendighet, sosial deltakelse og helse. Andelen respondenter med BPA i Ulobas spørreundersøkelse i 2022 som er helt enig eller delvis enig i påstander.

Påstand	Andelen som er enig	Antallet som svarte totalt
Jeg opplever at livet mitt har blitt vesentlig bedre etter at jeg fikk BPA.	100 %	293
Jeg opplever at nå som jeg har BPA kan jeg bestemme hvordan hverdagene mine skal være.	95 %	292
BPA har gjort det mulig for meg å bestemme hvordan jeg skal ha det hjemme.	97 %	292
Jeg opplever at BPA-ordningen min har bidratt til at jeg har blitt mer selvstendig.	93 %	291
Jeg opplever at BPA-ordningen min har gitt meg mulighet til å bli mer sosial.	90 %	293
Det har blitt lettere for meg å ivareta helsen min etter at jeg fikk BPA.	89 %	292
At jeg har BPA er avgjørende for at jeg selv kan bestemme hvor jeg vil bo.	88 %	291
Det at jeg har BPA gjør at min nærmeste familie slipper å trå til som ubetalte assistenter.	87 %	273

[Tilbake til rapportteksten der funnene i tabellen over blir analysert. \(lenke\)](#)

Tabell 10 A

Deltakelse i samfunnet, familieliv, sosialt, utdanning og arbeid.
Andelen respondenter i Ulobas spørreundersøkelse
i 2022 som er helt enig eller delvis enig i påstander.

Påstand	Andelen som er enig	Antallet som svarte totalt
BPA gir meg mulighet til å delta på de fritidsaktivitetene som jeg ønsker å delta på.	93 %	291
Jeg har utført frivillig arbeid for organisasjon(er) de siste 12 måneder.	38 %	312
Jeg har nære venner som jeg kan dele problemer med.	83 %	315
Det at jeg har BPA gir meg mulighet til å stille opp for min familie på den måten jeg ønsker.	91 %	248

[Tilbake til rapportteksten der funnene i tabellen over blir analysert. \(lenke\)](#)

Tabell 10 B

Antall respondenter i Ulobas spørreundersøkelse i 2022
som er helt enig eller delvis enig i påstander.

Påstand	Antallet som er enig	Antallet som svarte totalt
BPA gjør det mulig for meg å være en god forelder.	76	82
At jeg har BPA er avgjørende for at jeg kan ta den utdanningen jeg holder på med nå.	19	30
Det at kommunen har innvilget BPA-timer som jeg kan bruke når jeg er på skolen/studiestedet er avgjørende for at jeg kan ta den utdanningen jeg holder på med nå.	7	9
At jeg har BPA er avgjørende for at jeg kan være i arbeid.	67	77

[Tilbake til rapportteksten der funnene i tabellen over blir analysert. \(lenke\)](#)

Tabell 11

«Hvor stor inntekt før fratrukk og skatt (brutto inntekt) hadde du i 2020?»
Respondenter som er 18 år eller mer.

Inntekt	Andel	Antall
0–159 999 kroner	4 %	13
160 000–309 999 kroner	47 %	138
310 000–459 999 kroner	26 %	77
460 000–609 999 kroner	10 %	30
610 000–909 999 kroner	9 %	27
Over 910 000 kroner	2 %	7
Totalt	100 %	292

[Tilbake til rapportteksten der funnene i tabellen over blir analysert. \(lenke\)](#)

Tabell 12

«Hva betaler du i egenandel per måned på BPA
og/eller tradisjonelle helse og omsorgstjenester?»

Egenandel	Antall	Andel
Under 200 kroner	2	2 %
201–499 kroner	39	30 %
500–999 kroner	9	7 %
1 000–1 499 kroner	9	7 %
1 500–1 999 kroner	12	9 %
2 000–2 499 kroner	16	12 %
2 500–2 999 kroner	17	13 %
3 000–3 999 kroner	21	16 %
4 000–4 999 kroner	5	4 %
5 000–5 999 kroner	1	1 %
6 000–7 000 kroner	1	1 %
Totalt	132	100 %

[Tilbake til rapportteksten der funnene i tabellen over blir analysert. \(lenke\)](#)

Tabell 13

«Hva er din høyeste fullførte utdanning?»

Utdanningsnivå	Andel	Antall
Grunnskolenivå	15 %	48
Videregående skolenivå	37 %	114
Fagskolenivå	10 %	31
Universitet- og høghskolenivå, kort	17 %	53
Universitet- og høghskolenivå, lang	18 %	57
Doktorgrad	2 %	7
Totalt	100 %	310

[Tilbake til rapportteksten der funnene i tabellen over blir analysert. \(lenke\)](#)

Tabell 14

Forventninger fra omverdenen og møter med det offentlige.

Andelen respondenter i Ulobas spørreundersøkelse i 2022 som er helt enig eller delvis enig i påstander.

Påstand	Andelen som er enig	Antallet som svarte totalt
Jeg opplever at personer i min omgangskrets ikke har forventninger til at jeg skal bidra til fellesskapet.	56 %	313
Jeg opplever at personer utenfor min omgangskrets ikke har forventninger til at jeg skal bidra til fellesskapet.	73 %	305
Jeg opplever maktesløshet i møter med det offentlige.	68 %	317

[Tilbake til rapportteksten der funnene i tabellen over blir analysert. \(lenke\)](#)

Tabell 15

Tilstrekkelig assistanse til å delta? Andelen respondenter i Ulobas spørreundersøkelse i 2022 som er helt enig eller delvis enig i påstander.

Påstand	Andelen som er enig	Antallet som tok stilling til påstanden
Mitt BPA-vedtak inneholder tilstrekkelig assistansetimer til å dekke mitt behov for deltakelse i aktiviteter i mitt nærområde.	69 %	274
Mitt BPA-vedtak inneholder tilstrekkelig assistansetimer til å dekke mitt behov for deltakelse i organisasjonslivet.	66 %	215

[Tilbake til rapportteksten der funnene i tabellen over blir analysert. \(lenke\)](#)

Tabell 16

Urettferdig behandling/ diskriminering. Andelen respondenter i Ulobas spørreundersøkelse i 2022 som har svart ja på spørsmål.

Spørsmål	Andelen som svarte «ja»	Antallet som tok stilling til spørsmålet
Har du opplevd å bli urettferdig behandlet/ diskriminert pga din funksjonsnedsettelse?	75 %	312
Har du opplevd å bli urettferdig behandlet/ diskriminert av utøvere av tradisjonelle helse- og omsorgstjenester grunnet din funksjonsnedsettelse?	47 %	270
Har du opplevd å bli urettferdig behandlet/ diskriminert av ansatte i kommunen når dere har vært i dialog om BPA grunnet din funksjonsnedsettelse?	38 %	256
Har du opplevd å bli urettferdig behandlet/ diskriminert av ansatte i kommunen når dere har vært i dialog om BPA grunnet din alder?	7 %	256

[Tilbake til rapportteksten der funnene i tabellen over blir analysert. \(lenke\)](#)

Tabell 17

«Har kommunen gitt deg informasjon om BPA før du søkte om BPA?»

Svar	Andel	Antall
Nei	80,2 %	255
Ja	14,5 %	46
Vet ikke	5,4 %	17
Totalt	100,0 %	318

Tilbake til rapportteksten der funnene i tabellen over blir analysert. (lenke)

Tabell 18

«Fikk du bistand av andre da du søkte om BPA og/eller ved en eventuell klage på BPA?»

Svar	Andel	Antall
Ja, fra familie og/eller venner.	35 %	110
Ja, fra andre funksjonshemmede eller andre nærstående til funksjonshemmede.	16 %	52
Ja, fra ansatte i Uloba.	37 %	119
Ja, fra ansatte i en annen BPA-aktør enn Uloba.	3 %	10
Ja, fra ansatte i en annen interesseorganisasjon enn Uloba.	3 %	9
Ja, fra pasient- og brukerombudet.	4 %	14
Ja, fra ansatte i kommunen.	11 %	34
Ja, fra en advokat eller en organisasjon som gir fri rettshjelp.	3 %	8
Ja, fra ansatte på en rehabiliteringsinstitusjon.	11 %	36
Annet (andre enn dem som er nevnt over)	10 %	33
Nei	16 %	52
Totalt	-	318

Kommentar: Respondentene kunne krysse av flere svaralternativ. 16 prosent svarte «Nei». 84 prosent valgte ett eller flere av svaralternativene som begynner med «Ja».

Tilbake til rapportteksten der funnene i tabellen over blir analysert. (lenke)

Tabell 19

«Jeg opplever at kommunen min forstår at jeg trenger BPA for å kunne ha samme muligheter som andre på min egen alder.»

Svaralternativ	Andel	Antall
Helt enig	32 %	101
Delvis enig	37 %	117
Delvis uenig	14 %	44
Helt uenig	18 %	56
Totalt	100 %	318

[Tilbake til rapportteksten der funnene i tabellen over blir analysert. \(lenke\)](#)

Tabell 20

«Hvor lang tid tok det fra første gang du søkte til du fikk et vedtak på BPA?»

Antall måneder	Andel	Antall
0–3 måneder	24 %	40
3–6 måneder	26 %	42
6–12 måneder	20 %	32
12–18 måneder	15 %	24
24–144 måneder	16 %	26
Totalt	100 %	164

[Tilbake til rapportteksten der funnene i tabellen over blir analysert. \(lenke\)](#)

Tabell 21

«Tenk på sist du klaget på et BPA-vedtak. Hvor lang tid tok det fra du sendte klagen til du mottok endelig vedtak?»

Antall måneder	Antall
Inntil tre måneder	26
Tre til seks måneder	30
Seks til elleve måneder	23
Elleve til atten måneder	17
24–30 måneder	2
Totalt	98

[Tilbake til rapportteksten der funnene i tabellen over blir analysert. \(lenke\)](#)

Tabell 22

«Hva har du ikke nok BPA-timer til?»

Aktivitet/ oppgave	Antall svar
Daglige aktiviteter som personlig stell, dusj, toalettbesøk, forflytning til å komme meg ut sengen, forflytning til wc, spisebord, bytte av stoler, skifte klær eller lignende	33
Husarbeid	32
Matlaging	43
Foreldrerollen	5
Fritidsaktiviteter	67
Sosiale aktiviteter	69
Handling	41
Trening	49
Hvilende nattevakt	11
Våken nattevakt	15
Reiser: ferie, kurs, jobb og lignende	52
Deltagelse i samfunnet	50
Kommunikasjon (hjelp til tolking, bruk av talehjelpemidler og lignende)	9
Være selvstendig barn/ ungdom uten assistanse fra foreldre (for de under 20 og/ eller de som bor sammen med foreldre)	11
Assistanse til lege, tannlege, fysioterapi eller lignende	39
Ivareta egen helse	35
Annet	9

Kommentar: De 107 respondentene som oppga at de var uenige i at hadde nok BPA-timer svarte på dette spørsmålet. Respondentene kunne krysse av mer enn ett svaralternativ.

[Tilbake til rapportteksten der funnene i tabellen over blir analysert. \(lenke\)](#)

Tabell 23

«Foreslo kommunen at du skulle motta en eller flere tradisjonelle tjenester istedenfor BPA?»

Svar	Antall svar	Andel som valgte svaralternativet
Nei.	148	47 %
Ja, vaktmestertjeneste.	4	1 %
Ja, treningskontakt.	9	3 %
Ja, støttekontakt.	88	28 %
Ja, matombringing.	27	9 %
Ja, hjemmesykepleie.	67	21 %
Ja, hjemmetjeneste/hjemmehjelp.	101	32 %
Ja, dagsenter.	17	5 %
Ja, boveiledning.	11	3 %
Ja, avlastning i institusjon.	41	13 %
Ja, avlastning i privat hjem.	18	6 %

Kommentar: De 316 respondentene som svarte kunne krysse av mer enn ett svaralternativ. Ettersom 148 av 316 svarte «Nei», krysset 168 respondenter (53 prosent) av ett eller flere svaralternativ som begynner med «Ja».

[Tilbake til rapportteksten der funnene i tabellen over blir analysert. \(lenke\)](#)

Tabell 24

«Jeg opplever at kommunen har tatt mine meninger på alvor når den har gjort endringer i mitt BPA-vedtak.»

Svar	Andel	Antall
Helt enig	34 %	95
Delvis enig	34 %	95
Delvis uenig	16 %	45
Helt uenig	16 %	45
Totalt	100 %	280

[Tilbake til rapportteksten der funnene i tabellen over blir analysert. \(lenke\)](#)

Tabell 25

«Jeg opplever at dialogen om BPA med saksbehandlere og kommuneapparatet er en stor belastning.»

Svar	Andel	Antall
Helt enig	29 %	90
Delvis enig	26 %	81
Delvis uenig	18 %	57
Helt uenig	28 %	87
Totalt	100 %	315

[Tilbake til rapportteksten der funnene i tabellen over blir analysert. \(lenke\)](#)

Tabell 26

«Min opplevelse av min dialog om BPA med kommunen er samlet sett positiv.»

Svar	Andel	Antall
Helt enig	31 %	99
Delvis enig	31 %	98
Delvis uenig	20 %	62
Helt uenig	18 %	56
Totalt	100 %	315

[Tilbake til rapportteksten der funnene i tabellen over blir analysert. \(lenke\)](#)

Tabell 27

«Jeg har opplevd at ansatte i kommunen [har] kommunisert at de er bedre skikket til å fatte beslutninger om ivaretagelse av helsen min, enn det jeg er.»

Svar	Andel	Antall
Helt enig	20 %	63
Delvis enig	26 %	81
Delvis uenig	14 %	43
Helt uenig	40 %	126
Totalt	100 %	313

[Tilbake til rapportteksten der funnene i tabellen over blir analysert. \(lenke\)](#)

Tabell 28

«Første gang kommunen behandlet min søknad om BPA, opplevde jeg at saksbehandlingen var rettferdig.»

Svar	Andel	Antall
Helt enig	31 %	95
Delvis enig	23 %	69
Delvis uenig	17 %	51
Helt uenig	29 %	88
Totalt	100 %	303

[Tilbake til rapportteksten der funnene i tabellen over blir analysert. \(lenke\)](#)

Vedlegg 2: Økning i antall personer med BPA på syv år. Forventinger og resultat

Stortingsproposisjonen om rettighetsfestingen av BPA henviser til en rapport utarbeidet av en arbeidsgruppe for konsultasjonsordningen mellom KS (Kommunesektorens organisasjon) og regjeringen. I rapporten blir det presentert to mulige vekstbaner for personer med omfattende bistandsbehov de ti første årene dersom denne gruppen fikk individuell rett til BPA i 2010. Rapporten har hatt betydning for dannelsen av forventninger til kommunenes oppfølging av Stortingets BPA-reform.

Tabell 29

Regjeringen og KS sine forventinger. Vekstbane lav vekst. Økning i antall borgere med omfattende bistandsbehov med BPA etter en rettighetsfesting.

Tidspunkt	Har BPA	Årlig økning, lav vekst	Prosent økning per år, lav vekst
01.01.2010	1 200	300	25 %
01.01.2011	1 500	375	25 %
01.01.2012	1 875	469	25 %
01.01.2013	2 344	586	25 %
01.01.2014	2 930	586	20 %
01.01.2015	3 516	703	20 %
01.01.2016	4 219	422	10 %
01.01.2017	4 641	464	10 %
01.01.2018	5 105	510	10 %
01.01.2019	5 615	562	10 %
01.01.2020	6 177	-	-

I vekstbanen lav vekst forventet regjeringen og KS at antall borgere med omfattende bistandsbehov med BPA ville øke med 3 441 på syv år. (4 641 den 01.01.2017 minus 1 200 den 01.01.2010 = 3 441).

Tabell 30

**Regjeringen og KS sine forventinger. Vekstbane høy vekst.
Økning i antall borgere med omfattende bistandsbehov
med BPA etter en rettighetsfesting.**

Tidspunkt	Har BPA	Årlig økning, høy vekst	Prosent økning per år, høy vekst
01.01.2010	1 200	420	35 %
01.01.2011	1 620	567	35 %
01.01.2012	2 187	765	35 %
01.01.2013	2 952	1 034	35 %
01.01.2014	3 986	1 196	30 %
01.01.2015	5 182	1 554	30 %
01.01.2016	6 736	1 347	20 %
01.01.2017	8 083	1 617	20 %
01.01.2018	9 700	970	10 %
01.01.2019	10 670	1 067	10 %
01.01.2020	11 737	–	–

I vekstbanen høy vekst forventet regjeringen og KS at antall borgere med omfattende bistandsbehov med BPA ville øke med 6 883 på syv år. (8 083 den 01.01.2017 minus 1 200 den 01.01.2010 = 6 883).

Tabellene over er en utvidet variant av Tabell 8.1 i rapporten fra arbeidsgruppen med representanter fra KS og departementene.

Forventning: KS og regjeringen forventet altså at en rettighetsfesting av BPA ville resultere i at kommunene totalt ville levere en økning på mellom 3 441 (lav vekst) og 6 883 (høy vekst) personer med omfattende assistansebehov med BPA på syv år.

Tilstand: IPLOS-tall fra kommunene viser at da BPA ble en individuell rettighet 01.01.2015, hadde 2 981 personer vedtak om BPA. Ved utgangen av 2021 hadde 3 969 personer vedtak om BPA. På syv år økte altså antall personer med aktivt BPA-vedtak med 988.

Det er stor differanse mellom regjeringen og KS sine forventninger og den veksten kommunene har levert på syv år:

- Forventet lav vekst på 3 441 minus faktisk vekst på 988 = 2 453
- Forventet høy vekst på 6 883 minus faktisk vekst på 988 = 5 895

Grad av kommunenes oppnåelse av regjeringen og KS sin forventning på syv år:

- Faktisk vekst utgjør 29 prosent av forventet lav vekst ($988/3\,441 = 0,287$).
- Faktisk vekst utgjør 14 prosent av forventet høy vekst ($988/6\,883 = 0,144$).

Oppsummering: I 2011 beregnet regjeringen og KS hvor stor økning i antall personer med BPA en rettighetsfesting ville medføre. For de første syv årene etter rettigheten trådte i kraft var forventet lav vekst 3 441, og forventet høy vekst 6 883. Fra 31.12.2014 til 31.12.2021 har antall personer med BPA økt med 988. Veksten kommunene har levert utgjør 29 prosent av forventet lav vekst og 14 prosent av forventet høy vekst.

Litteraturliste

Lover og forskrifter det blir henvist til i rapporten:

LOV-1967-02-10. Justis- og beredskapsdepartementet:
Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven). (lenke)

LOV-1984-03-30-15. Helse- og omsorgsdepartementet: Lov om statlig
tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. (helsetilsynsloven). (lenke)

LOV-1991-12-13-81 Helse- og omsorgsdepartementet:
Lov om sosiale tjenester m.v. (sosialtjenesteloven). (lenke)

LOV-1999-07-02-63. Helse- og omsorgsdepartementet: Lov om
pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). (lenke)

LOV-1999-07-02-64. Helse- og omsorgsdepartementet:
Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). (lenke)

LOV-2011-06-24-30. Helse- og omsorgsdepartementet: Lov om kommunale
helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). (lenke)

LOV-2017-06-16-51 Kultur- og likestillingsdepartementet: Lov om likestilling
og forbud mot diskriminering (likestillings- og diskrimineringsloven). (lenke)

FOR-1996-12-06-1127. Arbeids- og sosialdepartementet:
Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter
(Internkontrollforskriften). (lenke)

FOR-2003-06-27-792. Helse- og omsorgsdepartementet: Forskrift
om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov
av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter
lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (lenke)

FOR-2006-12-15-1456. Justis- og beredskapsdepartementet.
Forskrift til forvaltningsloven (forvaltningslovforskriften). (lenke)

FOR-2016-10-28-1250. Helse- og omsorgsdepartementet: Forskrift
om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. (lenke)

Annen litteratur det blir henvist til i rapporten:

39 funksjonshemmedes organisasjoner. (2022). Høringsuttalelse NOU 2021:11 Selvstyrt er velstyrt. Sendt Helse- og omsorgsdepartementet 30.06.2022. Lastet ned fra Regjeringen.no 28.09.2022. (lenke)

Andersen, J. (2005). Effekten av stimuleringsstilskuddet til brukerstyrt personlig assistanse. Rapport. Lillehammer: Høgskolen på Lillehammer. (lenke)

Ap og Sp. (2021). Hurdalsplattformen for en regjering utgått fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet 2021–2025. Regjeringsplattform. Hurdal: Arbeiderpartiet og Senterpartiet. (lenke)

Askheim, O. P. (2019). The Norwegian system of supporting people with disabilities in independent living, including assistant services. Skriftserien 32-2019. Lillehammer: Høgskolen i Innlandet. (lenke)

Bjørnshagen, V. og Ugreninov, E. (2021). Disability Disadvantage: Experimental Evidence of Hiring Discrimination against Wheelchair Users. European Sociological Review. Volume 37, Issue 5, Pages 818–833, (academic.oup.com). (lenke)

Difi. (2019). Innbyggerundersøkelsen 2019. Hva mener innbyggerne? Difi-rapport 2019:8. Oslo: Direktoratet for forvaltning og IKT.

Ervik, R. m. fl. (2017). Rettighetsfesting av BPA – store forventninger, betinget suksess. Rapport 2-2017. Bergen: Uni Research Rokkansenteret. (lenke)

Ervik, R. m. fl. (2021). Suksess eller katastrofe? Utviklingstrekk etter rettighetsfesting av brukerstyrt personlig assistanse (BPA). Rapport 19-2020. Bergen: NORCE Norwegian Research Centre. Utarbeidet på oppdrag fra KS. (lenke)

FN. (1965). FNs konvensjon om avskaffelse av alle former for rasediskriminering. Norsk oversettelse. Oslo: Kultur- og likestillingsdepartementet. (lenke)

FN. (1979). FNs konvensjon om å avskaffe alle former for diskriminering mot kvinner. Norsk oversettelse. Oslo: Kultur- og likestillingsdepartementet. (lenke)

FN. (1989). FNs konvensjon om barnets rettigheter. Revidert oversettelse mars 2003 med tilleggsprotokoller. Oslo: Barne- og familiedepartementet. (lenke)

FN. (2006). Konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne. Norsk oversettelse. Oslo: Barne- Likestillings- og inkluderingsdepartementet. Lastet ned 02.02.2022. (lenke)

FN. (2017). General Comment No. 5 on living independently and being included in the community. FN-dokument CRPD/C/GC/5. Committee on the Rights of Persons with Disabilities. Geneve: FN. Lastet ned 02.04.2022. (lenke)

FN. (2019). Committee on the Rights of Persons with Disabilities. Concluding observations on the initial report of Norway. FN-dokument CRPD/C/NOR/CO/1. Geneve: FN. Lastet ned 02.02.2022. (lenke)

Helsedirektoratet. (2015). Opplæringshåndbok brukerstyrt personlig assistanse BPA. IS-2313. Oslo: Helsedirektoratet. (lenke)

Helsedirektoratet. (2016). Veileder for saksbehandling; Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8. Veileder IS-2442. Sist revidert i juli 2017. (lenke)

Helsedirektoratet. (2019). Kommunale helse- og omsorgstjenester 2018. Statistikk fra Kommunalt pasient- og brukerregister. Rapport. Oslo: Helsedirektoratet. Lastet ned 02.04.2022. (lenke)

Helsedirektoratet. (2020). Kommunale helse- og omsorgstjenester 2019. Statistikk fra Kommunalt pasient- og brukerregister. Rapport. Oslo: Helsedirektoratet. Lastet ned 03.04.2022. (lenke)

Helsedirektoratet (2021). Kommunale helse- og omsorgstjenester 2020. Statistikk fra Kommunalt pasient- og brukerregister. Rapport. Oslo: Helsedirektoratet. Lastet ned 28.07.2022. (lenke)

Helsedirektoratet. (2022). Helse- og omsorgstjenester i KPR. Nettside med statistikk fra Kommunalt pasient- og brukerregister. Lest 07.04.2022. (lenke)

Helsetilsynet. (2021). Tall og fakta fra tilsynsmelding 2020. Nettside publisert 28.04.2021. Lest 02.04.2022. (lenke)

Helsetilsynet. (2022). Statistikk om statsforvalternes saksbehandling av rettighetsklager om BPA. Uttrekk fra databasen Nestor sendt per e-post fra Gunstein Sundene i Helsetilsynet til Egil G. Skogseth i Uloba, 08.03.2022.

HOD. (2000). Rundskriv I-20/2000 til lov om sosiale tjenester mv. Brukerstyrt personlig assistanse. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. (lenke)

HOD. (2005). Rundskriv I-15/2005. Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) – utvidelse av målgruppen. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. (lenke)

HOD (2007). Høringsnotat om sterkere rettighetsfesting av brukerstyrt personlig assistanse (BPA). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. (lenke)

HOD. (2011). Kostnadsberegninger av utvidet bruk av brukerstyrt personlig assistanse. Rapport. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. (lenke)

HOD. (2014). Prop. 86 L (2013 – 2014). Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak): Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven (rett til brukerstyrt personlig assistanse). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. (lenke)

HOD. (2015). Rundskriv I-9/2015. Rettighetsfesting av brukerstyrt personlig assistanse (BPA). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. (lenke)

HOD. (2017). «Kjære ordfører!» Brev fra statsråd Bent Høie til landets ordførere. Sendt februar 2017. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

HOD (2019). Utvidelse av rettighetsbestemmelsen om brukerstyrt personlig assistanse for bestemte personer over 67 år. Høringsnotat. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Lastet ned 12.08.2022. (lenke)

KS. (2019). Hva er viktig for deg?-dagen markeres for sjette år på rad. Artikkel. Publisert 06.06.2019. Oslo: KS. Lest 02.04.2022. (lenke)

KS (2019). Høringssvar om BPA for personer over 67 år. Høringssvar på KS.no publisert 24.10.2019 og lest 01.08.2022. (lenke)

LDO (2020). Likestillings- og diskrimineringsombudets seminar 10.09.2020: «Hvordan bedre bosituasjonen for utviklingshemmede?» Video publisert på YouTube.com. Tidskode: 2:20:44–2:21:13. (lenke)

LDO. (2021). Retten til selvbestemmelse – fra vergemål til beslutningsstøtte. Rapport. Oslo: Likestillings- og diskrimineringsombudet. (lenke)

Nesland, A. (2017). Notat om BPA til konsultasjonsordningen. Notat utarbeidet for KS. Stabæk: Agenda Kaupang. Lastet ned 25.04.2022. (lenke).

NiM. (2022). Inkorporering av CRPD i norsk rett. Særlig om CRPD artikkel 12 og 14. Rapport. Oslo: Norges institusjon for menneskerettigheter. (lenke)

Norges Handikapforbund. (1994). Brukerstyrt personlig assistanse. Erfaringer fra et forsøksprosjekt. Oslo.

Norges Handikapforbund. (2014). NFH Brukerstyrt Personlig Assistanse-BPA, Norges Handikapforbund, Likeverd og likestilling, Norge.

NOU. (2016). Norges offentlige utredninger 2016: 17. På lik linje. Åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemming. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon. Teknisk redaksjon. (lenke)

NOU. (2021). Norges offentlige utredninger 2021: 11. Selvstyrt er velstyrt. Forslag til forbedringer i ordningen med brukerstyrt personlig assistanse. NOU. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon. Teknisk redaksjon. (lenke)

Pasient- og brukerombudene i Norge. (2015). Årsmelding 2015.

Pasient- og brukerombudet i Buskerud. (2016). Årsmelding for 2016.

Pasient- og brukerombudet i Oslo og Akershus og Sosial- og eldreombudet i Oslo. (2016). Alle har sin historie. Årsmelding 2016.

Riksrevisjonen (2021). Riksrevisjonens undersøkelse av helse- og omsorgstjenester til barn med funksjonsnedsettelse. Dokument 3:15 (2020–2021). Rapport. (lenke)

Rønne, K. P. (2016). Ber brukere klage til fylkesmannen. Artikkel. Publisert 04.11.2016. Oslo: Dagens Perspektiv. (lenke)

SHD. (1999). Odelstingsproposisjon 8 (1999–2000). Om lov om endring i lov om sosiale tjenester mv. (Brukerstyrt personlig assistanse). Oslo: Sosial- og helsedepartementet. (lenke)

Sosialdepartementet. (2003). Stortingsmelding nr. 40 (2002–2003). Nedbygging av funksjonshemmende barrierer. Strategier, mål og tiltak i politikken for personer med nedsatt funksjonsevne. Oslo: Sosialdepartementet. (lenke)

Stortinget. (2014). Innst. 294 L (2013–2014). Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven (rett til brukerstyrt personlig assistanse) Prop. 86 L (2013–2014). Oslo: Stortinget. (lenke)

SSB. (2020). Organisasjonsaktivitet, politisk deltakelse og sosialt nettverk, levekårsundersøkelsen. Nettside med statistikk. Oppdatert 18.11.2020. Lest 25.04.2022. (lenke)

SSB. (2021). Befolkningens utdanningsnivå. Statistikk. Nettside oppdatert 18.06.21, og lest 15.04.22. (lenke)

SSB. (2022a). Personer med nedsatt funksjonsevne, arbeidskraftsundersøkelsen. Statistikk. Nettside oppdatert 22.02.22, og lest 15.04.2022. (lenke)

SSB. (2022b). Arbeidskraftundersøkelsen. Nettside oppdatert 24.03.2022, og lest 26.04.2022. (lenke)

Tobiassen, S. J., Fuglerud S., Melstrøm, V. M. og Brandvik, T. L. (2021). Dissens til NOU 2021: 11. Alternativt lovforslag til lov om BPA. (lenke)

Tøssebro, J. og Wendelborg, C. (red.) (2014). Oppvekst med funksjonshemming – Familie, livsløp og overganger. NTNU Samfunnsforskning. Trondheim.

Uloba (2014a). «Ulobas BPA-fagdag, november 2014». Innslag på Uloba-TV, publisert på Youtube. Tidskode 10:59–11.50. (lenke)

Uloba (2014b). «En liten revolusjon». Nyhetsartikkel publisert på Uloba.no. 28.02.2014. (Ikke tilgjengelig 12.09.2022).

Uloba. (2017). Mitt liv, mitt ansvar. Ulobas erfaringsrapport om utviklingen av BPA – årsaker, konsekvenser og løsninger. Rapport. Drammen: Uloba. (lenke)

Uloba. (2020). Tilstandskartlegging 2019. Ulobas dokumentasjonsrapport om BPA og andre former for personlig assistanse for funksjonshemmede. Drammen: Uloba. (lenke)

Uloba. (2021). Tilstandskartleggingen 2021. Status for BPA 2021. Rapport. Drammen: Uloba. (lenke)

Uloba. (2021b). Loven gjør BPA til en helsetjeneste. Ledere i kommunal og statlig forvaltning sine perspektiver på BPA-ordningen. Dokumentasjonsrapport utarbeidet av Uloba – Independent Living Norge i samarbeid med Boldt. Upublisert.

Sluttnoter

- 1 FN, 2006.
- 2 Ap og Sp, 2021.
- 3 NOU, 2021.
- 4 I rapporten bruker vi offentlig statistikk fra to kilder. (1) Data om statsforvalternes behandling av klager på kommuners vedtak om BPA fra Helsetilsynets database Nestor. (2) Data om kommunenes forvaltning av BPA-ordningen og tradisjonelle helse- og omsorgstjenester fra Helsedirektoratets Kommunalt pasient- og brukerregister.
- 5 Tobiassen, S. J., Fuglerud S., Melstrøm, V. M. og Brandvik, T. L., 2021.
- 6 39 funksjonshemmedes organisasjoner, 2022.
- 7 Se side 96 i Sosialdepartementet, 2003; HOD, 2011; 2014; 2017.
- 8 FN, 2006; 2017.
- 9 HOD, 1999; 2005; 2007; 2015; 2019. I NOU 2021: 11 har et mindretall i utvalget foreslått å senke innslagspunktet for individuell rett til BPA til behov for 20 timer assistanse i uken. De har beregnet at det ville medføre at antallet med individuell rett til BPA ble økte med 1 000. HOD beregnet at 14 500 ville få individuell rett til BPA i 2015, og at utvidelse av rettigheten ville medføre en årlig økning på 100 med rettigheten fra 2020 av.
- 10 Regjeringen og KS har beregnet at 1 200 funksjonshemmede med omfattende bistandsbehov hadde BPA i 2009. Det utgjør 47 prosent av de totalt 2 540 som hadde BPA det året. Se HOD, 2011. Vi anslår derfor at 940 funksjonshemmede med omfattende bistandsbehov hadde BPA i 2007. (Vi anslår at 47 prosent av de 2001 som hadde BPA i 2007 hadde omfattende bistandsbehov). Regnestykker: 2007: 7 966 minus 940 = 7 026. 2009: 10 102 minus 1 200 = 8 902. 2021: 3 969 (alle med BPA) minus 1 500 (anslag for dem med under 20 timer) = 2 469. 15 441 minus 2 469 = 12 972. Antall hjemmeboende med vedtak om HO-tjenester fra kommunen er hentet fra Tabell 06972: Brukarar av heimetenester per 31.12., etter alder, statistikkvariabel, år og bistandsbehov på SSB.no.
- 11 Funnene i denne boksen er hentet fra Norges Handikapforbund, 1994.

- 12** Alle sitater i denne boksen er hentet fra Andersen, 2005. Statistikk om Stimuleringstilskudd BPA er utarbeidet fra tall oversendt til Uloba per e-post fra seniorrådgiver Trude Horne i Helsedirektoratet (12.05.2017).
- 13** Kilder: LOV-1991-12-13-81; Andersen, 2005; HOD, 2000; HOD, 2005; HOD, 2007. Side 97 i Sosialdepartementet, 2003. Statistikk om Stimuleringstilskudd BPA er utarbeidet fra tall oversendt til Uloba per e-post fra seniorrådgiver Trude Horne i Helsedirektoratet (12.05.2017)
- 14** På et seminar i regi av likestillingsombudet uttalte Helge Eide, KS sin områdedirektør for samfunn, velferd og demokrati, dette: «Alle slike konvensjoner, de binder staten. Slik at staten Norge er bundet av konvensjonen. Når det gjelder kommunene, som er et selvstendig forvaltningsnivå, så er de bundet av norsk lov [...]. Så i spørsmål om oppfølgingen av konvensjonen for kommunene så er det juridisk sett spørsmålet: ,Følger vi norsk lov? Ja eller nei'». Se LDO, 2020.
- 15** Kilder: Ervik m. fl., 2017; Helsedirektoratet, 2015. Tall om tilskuddsmidler til BPA-opplæring fra Kommunalt kompetanse- og innovasjonstilskudd oversendt Uloba per e-post fra Seniorrådgiver Trude Horne og rådgiver Hyesun Lee, begge ansatt i Helsedirektoratet. Statsbudsjettene for 2015 og 2016. I 2015 ble 30 millioner kroner tatt fra et tilskudd til opplæring i forbindelse med BPA for å delfinansiere ekstrabevilgingen på 300 millioner kroner.
- 16** Side 108 i NOU, 2021.
- 17** Estimater er basert på tall som KS og departementene presenterte i en rapport fra 2011. HOD, 2011. I den første syvårsperioden (01.01.2010–01.01.2017) er beregnet lav vekst $4\,709 - 1\,200 = 3\,509$. Beregnet høy vekst er $7\,986 - 1\,200 = 6\,786$. Du kan lese resonneringen bak beregningen i Vedlegg 2 i denne rapporten. (lenke)
- 18** Helsedirektoratet har per 7. april 2022 kun publisert foreløpige IPLOS-tall om kommunenes forvaltning av BPA i 2021. Vi tar derfor utgangspunkt i deres anslag om at antall personer med BPA økte med ca. 210 i hele 2021. Helsedirektoratet, 2022.
- 19** I rapporten Kommunale helse- og omsorgstjenester 2018 skriver Helsedirektoratet at andel avslag «må tolkes med forsiktighet på grunn av ulik praksis og rapporteringssvakheter». (Side 9 i Helsedirektoratet, 2019). I tilsvarende rapporter som kom i 2019 og 2020 skriver Helsedirektoratet: «Det er gjennomført sammenlikninger på enkeltkommuner, som bekrefter lavere tall eller ingen klager rapportert til KPR (IPLOS) sammenlignet med antall klager registret hos Fylkesmann. Siden både kommuner og fylkesmenn kan motta klager, er det behov for videre arbeid for økt

datakompletthet.» (Side 20 i Helsedirektoratet, 2020). I 2020-rapporten tar også Helsedirektoratet et generelt forbehold: «Tallgrunnlaget i rapporten baserer seg på data som er registrert i kommunale elektroniske pasientjournaler (EPJ). Det bør tas forbehold om ulik registreringspraksis ved tolkning og bruk av tallene.»

- 20** I lovforarbeidene står det at forslaget om å rettighetsfeste BPA «er en del av regjeringens arbeid med å følge opp intensjonen i FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne». HOD, 2014. I artikkel 33 i konvensjonen blir det presisert at staten er forpliktet «til å innhente hensiktsmessig informasjon, herunder statistikk og forskningsdata, som setter dem i stand til å utforme og gjennomføre politikk som gjennomfører denne konvensjon». FN, 2006. Dette tilsier at staten ved Helsedirektoratet bør prioritere å sikre at det er mulig å benytte dataene om kommunenes BPA-forvaltning.
- 21** Både Helsedirektoratet og SSB presenterer IPLOS-tall om BPA. De to aktørene har litt forskjellig tilnærming til bearbeiding («vasking») av data. BPA-tallene de presenterer kan derfor være litt ulike. I denne rapporten analyserer vi tall fra SSB for perioden fram til 2017, og tall fra Helsedirektoratet for perioden 2018–2021. Siden Ålesund feilrapporterte i perioden 2014–2017 har vi innhentet korrekte BPA-tall fra kommunen, og justert de nasjonale tallene for 2014–2017 deretter. I et e-brev til Uloba 12.09.2022 opplyser at Turid Hilde-Tveitan i Nesbyen at kommunen hadde to innbyggere med BPA-vedtak i 2021, og ikke 45 som det står i Helsedirektoratets statistikk. Vi har ikke rukket å bruke denne opplysningen til å justere ned nasjonale BPA-tall for 2021 i denne rapporten.
- 22** 2 981 er IPLOS-tall per 31.12.2014 fra SSB korrigert ned grunnet at Ålesund kommune feilrapporterte til SSB. Uloba har innhentet korrekte tall fra Ålesund kommune. 3 969 er IPLOS-tall per 31.12.2021 fra Helsedirektoratet.
- 23** Uloba, 2020; 2021.
- 24** I en forskningsrapport utarbeidet av NORCE på oppdrag fra KS framgår det at mange av kommuneinformantene i studien mener forholdsvis unge voksne funksjonshemmede har blitt «den dominerende gruppen BPA brukere». De kommuneansatte forklarer at yngre personer gjerne får tildelt flere timer fordi de har et mer aktivt liv enn eldre personer. Se side 41–42 i Ervik, R. m. fl., 2021. I Tabell 4 i Vedlegg 1 ser vi at det er alderssegmentene 0–17 år og 18–49 år vi finner nesten all økningen i antall personer med BPA i perioden 2014–2021. Dette bidrar til å forklare hvorfor antall BPA-timer per vedtakseier har økt de siste syv årene.

- 25** HOD, 2017.
- 26** FN, 2006, artikkel 19.
- 27** Helse- og omsorgstjenesteloven, § 1-1, punkt 2-5.
- 28** I 2014 forklarte helse- og omsorgsminister Bent Høie kommunale saksbehandlere at barn med stort assistansebehov måtte få individuell rett til BPA for å sikre dem og deres foresatte nødvendige tjenester/avlastning: «[M]åten avlastning er organisert på i dag, mange steder, er så komplisert og vanskelig, at mange familier lar være å bruke ordningen. Det er realiteten. Det synes jeg er et faktum vi må ta innover oss at av og til så organiserer vi tjenester på en sånn måte at det blir vanskeligere å bruke dem enn å la være. Men belastningen ved å ikke bruke dem ligger fortsatt hos familiene og hos brukerne. Men ved å organisere det inn i BPA-ordningen og rettighetsfeste den så er det flere som kommer til å bruke den avlastingen som de faktisk har rett på allerede i dag.» Uloba, 2014a.
- 29** På pressekonferansen om regjeringens forslag til rettighetsfesting av BPA uttalte daværende helse- og omsorgsminister Bent Høie: «Inkluderingen av timer til avlastning og samfunnsdeltakelse (støttekontakt) ved beregningen av BPA-timer, innebærer at brukerstyrt personlig assistanse blir det frihetsverktøyet det er ment å skulle være.» Uloba, 2014b. I stortingsproposisjonen om rettighetsfestingen framgår det at kommunene skal får ekstra midler til å satse på BPA til funksjonshemmede barn: «Kostnadene ved å inkludere avlastning til personer med foreldreansvar for hjemmeboende barn under 18 år anslås på usikkert grunnlag til 200 mill. kroner det første året og med ytterligere 200 mill. kroner i 2016. [...] Mange foreldre strekker seg langt, men vil kunne komme til å endre noe på dette fordi de opplever BPA som et mer trygt, stabilt og forutsigbart tilbud enn andre tilbud om avlastning (geografisk lite tilgjengelig, komme på feil tidspunkt, personell som foreldrene mener ikke har nødvendige kvalifikasjoner, ikke passer for deres barn osv.). Dette vil være én faktor som kan bidra til at en rettighet vil føre til økt etterspørsel etter praktisk bistand (som tidligere omtalt). Det å inkludere avlastning i rettighetsgrunnlaget vil derfor forsterke denne etterspørselseffekten» (HOD: 2014, side 30).
- 30** Selv om antallet barn med BPA har økt i perioden 2014–2021 påpeker Riksrevisjonen at det er store forskjeller på tjenestene funksjonshemmede barn blir tilbudt kommunene imellom, og at foresatte må stå på og ofte klage for at barna skal bli innvilget tjenestene de trenger. Riksrevisjonen, 2021.

- 31** Se side 41–42 i Ervik, R. m. fl., 2021.
- 32** Funksjonshemmede under 67 år med behov for minst 25 timer assistanse i uken har individuell rett til BPA. Kommuner kan i teorien nekte dem med behov for mellom 25–31,99 assistansetimer BPA. Se detaljer i § 2-1 d i pasient- og brukerrettighetsloven.
- 33** Det er verdt å merke seg at også antallet 40–49 åringer med BPA har ligget stabilt på rundt 560 i perioden 2017–2021. Dette kan tyde på at også 40-åringene blir regnet som for gamle av kommuner som primært innvilger BPA til dem som er unge nok til å kunne delta i samfunnet.
- 34** Se blant annet KS, 2019.
- 35** Se side 42 i Ervik, R. m. fl., 2021.
- 36** Se side 10–11 i HOD, 2019.
- 37** De tidligere nevnte svakhetene i rutinene for kommunenes rapportering av IPLOS-tall gjør at Helsedirektoratet ikke kan utarbeide gyldig og brukbar statistikk om alderssammensetning på dem som søker om BPA. Vi vet derfor ikke hvor mange nye BPA-søknader kommunene har fått fra 50–66-åringene (og de andre aldersgruppene) i perioden 2014–2021. Dermed må vi ta høyde for dette: Det kan være slik at antallet BPA-søknader fra 50–66-åringene var relativt høyt fram til 2015, for så å gå markant ned. Det ville i så tilfelle ha kunnet bidra til å forklare den lave veksten i antallet middelaldrende med BPA etter rettigheten trådte i kraft.
- 38** Se § 6 i likestillings- og diskrimineringsloven.
- 39** Lovgivers krav til saksbehandlingen blir utdypet i delkapitlet «Kommunen skal ivareta BPA-søkernes rettsikkerhet»
- 40** Se tabell 12 i Helsetilsynet, 2021. (lenke)
- 41** HOD, 2015.
- 42** «Hva er vanlig lønn i Norge?» SSB, 2022. (lenke)
- 43** HOD, 2014.
- 44** 69 prosent av befolkningen mellom 15 og 74 år er sysselsatt, SSB, 2022a; 2022b.
- 45** Antall personer med nedsatt funksjonsevne i inntektsgivende arbeid gått ned med 4 prosentpoeng, fra 41 prosent i 2020 til 37,4 prosent i 2021.

- 46** SSB, 2021.
- 47** Tøssebro og Wendelborg, 2014.
- 48** SSB, 2020.
- 49** Bjørnshagen og Ugreninov, 2021.
- 50** FN, 1989.
- 51** Tallene vi gjengir i dette delkapittelet, er kommunenes IPLOS-tall, hentet fra Helsedirektoratets Kommunalt pasient- og brukerregister. Tallene viser antall personer som hadde aktivt vedtak på minst én dato i 2021. Helsedirektoratet, 2022.
- 52** I tillegg til «avlasting på institusjon» og «langtidsopphold på institusjon», tilbyr norske kommuner institusjonstjenester i kategoriene «Dagopphold i institusjon», «Tidsbegrenset opphold – utredning/behandling», «Tidsbegrenset opphold – habilitering/rehabilitering», «Tidsbegrenset opphold – annet», «Nattopphold i institusjon» og «Kommunal øyeblikkelig hjelp – døgnopphold». Helsedirektoratet, 2022. En rekke barn har vedtak om slike institusjonstjenester. Årsaken til at de ikke er tatt med i oversikten i dette kapitlet er at intensjonen med disse kategoriene institusjonstjenester er at barnet skal oppholde seg, eller bo på institusjonen, i en tidsavgrenset periode.
- 53** I 2017 hadde 7 589 barn mellom 0 og 17 år vedtak om en eller flere av disse tjenestene: Avlasting i institusjon, langtidsopphold på institusjon eller avlasting utenfor institusjon. I 2021 var antallet økt til 7 899. Helsedirektoratet, 2022.
- 54** I 2017 hadde 1 849 barn mellom 0 og 17 år vedtak om avlasting i institusjon. I 2021 økte dette antallet til 2 196. Det er en økning på 347 på fire år. Helsedirektoratet, 2022.
- 55** Vi anslår 11 prosent, fordi dette var andelen barn med vedtak om avlasting på institusjon i 2010, som bodde der mellom 75 og 100 prosent av tiden. Se side 91–92 i NOU, 2016.
- 56** På side 4 i FN, 2019 skriver FN-komiteen:
«11. Komiteen er bekymret over:
(a) Den utilstrekkelige anerkjennelsen av prinsippet om barnets beste i [...] i pasient- og brukerrettighetsloven,
(b) Institusjonaliseringen av barn med nedsatt funksjonsevne,
12. Komiteen anbefaler at konvensjonsparten:

(a) Innarbeider prinsippet om barnets beste i all lovgivning og rettslige og administrative beslutningsprosedyrer som berører barn
(b) Treffer tiltak for å garantere at barn med nedsatt funksjonsevne får rett til å bli tatt vare på av sine foreldre, får alternativ omsorg innen storfamilien eller familiebasert omsorg i lokalsamfunnet,

(d) Fremmer helhetlige strategier og tilgjengelige mekanismer for å sikre barn med nedsatt funksjonsevne full og effektiv deltakelse i beslutningsprosesser som berører deres liv, og som garanterer at barnas synspunkter tillegges vekt i saker som angår dem.»

57 FN, 1965.

58 FN, 1979.

59 [Se Standard Norges nettsider. \(lenke\)](#)

60 SHD, 1999. HOD, 2000; 2005; 2015. LOV-1999-07-02-63 (§ 2-1d), LOV-2011-06-24-30 (§ 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b og d).

61 FOR-2016-10-28-1250; FOR-2003-06-27-792; FOR-1996-12-06-1127; LOV-1984-03-30-15, §3; LOV-1999-07-02-64, §4; LOV-2011-06-24-30; Helsedirektoratet, 2016.

62 FN, 2019; Tøssebro og Wendelborg 2014.

63 Uloba, 2021b.

64 Pasient- og brukerombudene i Norge, 2015; Pasient- og brukerombudet i Buskerud, 2016; Pasient- og brukerombudet i Oslo og Akershus og Sosial- og eldreombudet i Oslo, 2016; Norges Handikapforbund, 2014; Uloba, 2017; 2020; 2021.

65 Askheim, 2019.

66 Kapittel 8 i LOV-1999-07-02-64.

67 Lovhjemning av dokumentasjonsplikt. LOV-2011-06-24-30.

68 Se analyse av tjenestekonsesjoner om BPA utlyst i 2020 i Uloba, 2021.

69 Side 56–57 i Uloba, 2021.

70 LDO, 2021.

71 NIM, 2022.

- 72** Ap og Sp, 2021.
- 73** HOD, 2000.
- 74** De to sitatene er hentet fra Artikkel 4, punkt g, og Fortale, punkt v i FN, 2006.
- 75** «Tradisjonelt har kommunene møtt sine innbyggere med tjenestebehov med å si at ,dette er hva vi kan tilby'. Det dreier seg om en meny av bestemte tjenester, som mange brukere benytter seg av. Med BPA er det annerledes [...]. Nå skal kommunen spørre ,Hva er viktig for deg?’,» forklarte tidligere statssekretær Lisbeth Normann (H) i 2016. Se Rønne, 2016. Se også HOD, 2017.
- 76** I rapporten utarbeidet for KS framgår det at ledere i kommuner og funksjonshemmede blant annet er uenig om hvilke type oppgaver kommunene skal innvilge assistansetimer til, hva assistentene kan gjøre og hvor assistansen kan bli gjennomført: «I intervjuer med kommunene viser flere til ulikheter i kommuners og brukeres oppfatning av hva BPA er og hvilke arbeidsoppgaver assistentene i ordningen kan benyttes til. Uenighetene i oppfatning kan dreie seg om hvorvidt arbeidsoppgavene faller innenfor personlig assistanse og avlastning, eller hvorvidt tjenestene kan utføres på reise til andre kommuner, på feriereiser og ved sykehusinnleggelse. Det er for eksempel uenighet om det å male huset, gå tur med hunden uten bruker, klippe gresset eller hjelpe familiemedlemmer med praktiske oppgaver kan betegnes som personlig assistanse og avlastning. Det nevnes at brukerorganisasjonene har en rolle i å kommunisere hva BPA faktisk er og ikke er, men det påstås at brukerorganisasjonene over tid har gjort BPA til noe mer enn det som var intensjonen ved BPA.» Side 20 i Nesland, 2017.
- 77** HOD, 2014.
- 78** I to rapporter utarbeidet på oppdrag fra KS framgår det en rekke kommuner oppfatter at de skal forvalte BPA som en alternativ organisering av helse- og omsorgstjenester, utmålt på lik måte som tradisjonelle helse- og omsorgstjenester. Nesland, 2017; Ervik m.fl., 2021. I rapporten fra 2021 tilkjenner enkelte informanter fra kommuner at innbyggere med BPA i gjennomsnitt har et høyere antall assistansetimer enn dem som har tradisjonelle helse- og omsorgstjenester.
- 79** HOD, 2014; 2017. Rønne, 2016.
- 80** Side 57 i NOU, 2021.
- 81** Se artikkel 19 i FN, 2006.

- 82** Se tabell med oversikt over perioden 2013–2020 på side 58 i NOU, 2021. Tall som omhandler 2021 mottok Uloba per e-post fra Gunstein Sundene i Helsetilsynet 10.03.2022.
- 83** Uloba, 2017.
- 84** FN, 2017; 2019.
- 85** Side 16 i HOD, 2014.
- 86** I BPA-regelverket inngår blant annet helse- og omsorgstjenesteloven, pasient- og brukerrettighetsloven, lovforarbeid om retten til BPA og rundskriv om rettighetsfestingen.
- 87** I to rapporter utarbeidet på oppdrag fra KS framgår det en rekke kommuner oppfatter at de skal forvalte BPA som en alternativ organisering av helse- og omsorgstjenester, utmålt på lik måte som tradisjonelle helse- og omsorgstjenester. Se side 14 i Nesland, 2017, og side 77 i Ervik m.fl., 2021. Dette er også funnet i en intervjuundersøkelse med ti ledere i kommunale helse- og omsorgsetater. Uloba, 2021b.
- 88** Uloba, 2017.
- 89** Av de 174 respondentene som har klaget på ett eller flere BPA-vedtak oppgir 127 at de fikk medhold. 52 av dem fikk medhold fra kommunen, mens 72 fikk medhold av Statsforvalteren.
- 90** Tabell 5.3 på side 58 i NOU, 2021.
- 91** Helsedirektoratet skriver at avslagstallene «må tolkes med forsiktighet på grunn av ulik praksis og rapporteringssvakheter». Side 9 i Helsedirektoratet, 2019. Direktoratet har avdekket at kommuner har rapportert færre avslag, enn det antallet klagesaker Statsforvalteren har behandlet. Se side 20 i Helsedirektoratet, 2020.
- 92** Nesland, 2017.
- 93** Etter at Norge ble hørt om sitt arbeid med å følge opp forpliktelsene i FN-konvensjonen, uttrykte FNs CRPD-komite bekymring for: «The slow progress in replacing the medical model of disability with the human rights model of disability.» Side 2 i FN, 2019.
- 94** Se Rønne, 2016. Sitat fra tidligere statssekretær Lisbeth Normann (H) er også gjengitt i en sluttnote over.
- 95** KS, 2019.

- 96** Respondentene ble bedt om å tenke tilbake på da de fortalte kommunen at de ønsket å søke om BPA. De fikk mulighet til å krysse av mer enn ett svaralternativ. Av totalt 316 respondenter valgte 168 ett eller flere av svaralternativene som begynner med «Ja, [navn på tradisjonell tjeneste]». $168/316 = 53$ prosent.
- 97** Uloba, 2021b.
- 98** Se også rapporten «Mitt liv, mitt ansvar», Uloba, 2017. Der analyserer vi funn fra intervjuer med flere hundre funksjonshemmede med assistansebehov, om blant annet erfaringer med å søke om BPA.
- 99** Difi, 2019.
- 100** Tall hentet fra SSB.no, Tabell 06969: Brukarar av omsorgstenester per 31.12., etter alder og tenestegruppe (F) 2007–2021.



Uloba er Norges største tilrettelegger av BPA. Det var Uloba som utviklet BPA, Borgerstyrt personlig assistanse, i Norge.

Uloba er en organisasjon av, med og for funksjonshemmede. Uloba er en del av Independent Living-bevegelsen, og der heter det «Nothing about us without us».

Dette innebærer også at det er funksjonshemmede selv som vet best hva slags assistanse vi trenger for å leve slik vi vil. Uloba består av funksjonshemmede som vil leve selvstendig. Vi kjemper sammen for denne friheten.

Uloba er organisert som et ideelt samvirke, som betyr at vi eies av de samme menneskene som vi er til for: medlemmene.

Uloba – Independent Living Norge SA

Adresse: Tollbugata 114, 3041 Drammen

E-post: post@uloba.no

Telefon: 32 20 59 10

Organisasjonsnummer: 963 890 095

Tilstandskartleggingen 2022

Foto: Finn Ståle Felberg

Tekst: Laila Bakke, Egil G. Skogseth og Martine Eliasson

Korrektur: Helge Olav Haneseth Ramstad og Jeanette Sirén

Teknisk bistand til arbeid med spørreundersøkelsen: Tor Arne Kristiansen

Design og layout: Neuschnee AS/Maren Tanke

Design av figurer i «Det store bildet»: Kjetil Løvik

Publisert: Oktober 2022