I masteroppgaven «Geographic Variation in the Allocation of User-Controlled Personal Assistance (BPA) across Norwegian Municipalities» undersøkes det om den geografiske variasjonen i tildeling av BPA kan forklares av individuelle behov eller av kommunale kjennetegn, særlig kommunenes frie inntekter. Individdata på BPA har ikke tidligere vært brukt til å undersøke dette. Frie inntekter er i oppgaven definert som skatteinntekter, inkludert eiendomsskatt og kraftinntekter, pluss statlige rammeoverføringer, målt per innbygger og ikke justert for kommunenes utgiftsbehov. Tidligere norsk forskning finner gjennomgående at kommuner med høyere inntekt tildeler mer omfattende hjemmebaserte tjenester, og forventningen i oppgaven var derfor at frie inntekter også ville slå ut på tildelingen av BPA, sterkest i intervallet 25–32 timer der loven overlater vurderingen til kommunalt skjønn (Langørgen, 2004; Hagen mfl., 2011; Hagen, 2024). Resultatene er assosiasjoner og ikke årsakssammenhenger.

Hovedanalysen bygger på et homogent utvalg på 48 992 personer i fem nevrologiske diagnosegrupper fordelt på 356 kommuner. Av disse inngår 1 518 BPA-mottakere i 212 kommuner i analysen av tildelte timer. Dette er det foretrukne utvalget fordi funksjonsnivå er registrert her, og fordi behovssammensetningen er mer ensartet enn i brukergruppene ellers. Tildelingen er modellert som to atskilte beslutninger: om personen får BPA, og hvor mange timer som tildeles blant dem som får det.

Frie inntekter per innbygger hadde ingen sammenheng med oddsen for å motta BPA I dette utvalget (OR 1,00) . Den klart sterkeste forklaringsvariabelen var omfanget av tidligere hjemmetjenester. Personer med 25–32 timer hjemmetjenester hadde om lag 29 ganger så høy odds for å motta BPA som personer med under 25 timer, og personer med 32 timer eller mer hadde 73 ganger så høy odds. Fordi tidligere hjemmetjenestetimer selv er et resultat av kommunal tildeling, brukes funksjonsnivå som det primære behovsmålet i hovedmodellen. Større fysisk bistandsbehov ga høyere odds for BPA (OR 3,02), mens større kognitiv svikt ga lavere odds (OR 0,27). Det siste er i tråd med at ordningen forutsetter at brukeren selv kan lede assistansen. Av kommunale kjennetegn var en høy andel innbyggere over 80 år svakt negativt assosiert med tildeling (OR 0,84), mens befolkningsstørrelse ikke hadde noen signifikant sammenheng med hvem som fikk BPA i dette utvalget (OR 0,96).

For antall tildelte timer var fysisk funksjonsnivå den viktigste individuelle forklaringsvariabelen. Ett standardavvik høyere fysisk bistandsbehov ga 42 prosent flere timer. Frie inntekter hadde ingen robust sammenheng med antall tildelte timer (RR 0,96). I en

tilleggsanalyse der de ti prosent rikeste kommunene ble utelatt, ble sammenhengen negativ og signifikant (RR 0,81). Funnet bør derfor forstås som fravær av en robust sammenheng, ikke som et bekreftet fravær av enhver sammenheng. Da tidligere hjemmetjenester ble lagt til i modellen, ble dette den sterkeste forklaringsvariabelen: mottakere med 32 timer eller mer fikk om lag 3,4 ganger så mange BPA-timer som de under 25 timer. Fysisk funksjonsnivå mistet da signifikans, fordi de to variablene fanger overlappende behov.

Modellene inneholder også et kommunespesifikt ledd som fanger opp systematiske forskjeller mellom kommuner. I hovedutvalget ligger 9,5 prosent av den gjenstående variasjonen i hvem som får BPA på kommunenivå, og 14,4 prosent av den gjenstående variasjonen i antall timer, etter at det er kontrollert for individuelle behov, demografiske kjennetegn, kommunestørrelse og kommunal økonomi. Resten av variasjonen ligger mellom personer innenfor samme kommune. I modeller uten forklaringsvariabler var de tilsvarende andelene 8,6 og 13,7 prosent. Andelen går altså ikke ned når behov, demografi, størrelse og økonomi legges inn. Det er som forventet: disse variablene forklarer forskjeller mellom personer, ikke forskjeller mellom kommuner. Til sammenligning finner Burrell mfl. (2023) at 3–6 prosent av variasjonen i hjemmebaserte tjenester ligger på kommunenivå. Den kommunale variasjonen i BPA er dermed vesentlig større enn i hjemmetjenestene ellers. Én reduksjon er verdt å merke seg: når tidligere hjemmetjenestetimer legges inn i timemodellen, faller den kommunale andelen fra 14,4 til 11,8 prosent. Deler av den kommunale variasjonen i BPA-timer speiler altså kommunal variasjon i tidligere tildeling av hjemmetjenester.

Denne gjenstående variasjonen forklares verken av kommunenes inntekter, størrelse eller alderssammensetning, og peker mot forskjeller i lokal praksis og skjønnsutøvelse. Analysene kan ikke lokalisere variasjonen til bestemte timeintervaller, og de kan heller ikke fullt ut skille mellom legitim lokal tilpasning og uønsket forskjellsbehandling av like tilfeller.

Oppgaven analyserer også et større utvalg av hjemmetjenestemottakere som robusthetstest. Utvalget omfatter 120 894 personer, hvorav 3 036 mottok BPA i 2023. Blant de 355 kommunene hadde 257 minst én BPA-mottaker, mens 98 ikke hadde noen. Til forskjell fra hovedutvalget viste analysene her at en hjemmetjenestemottaker i en kommune med høyere frie inntekter hadde noe høyere odds for å motta BPA (OR 1,15–1,17). Sammenhengen var svak sammenlignet med betydningen av individuelle behovsindikatorer, og den fantes ikke i hovedutvalget (OR 1,00). Forskjellen mellom utvalgene er ikke nærmere dekomponert i oppgaven. Den mest nærliggende forklaringen er ulik sammensetning: det brede utvalget

omfatter langt flere diagnosegrupper og et bredere aldersspenn, og befolkningsstørrelse er den kommunale variabelen med sterkest sammenheng med tildeling i dette utvalget (OR 1,33–1,41), i motsetning til i hovedutvalgetutvalget. Sammenhengen mellom inntekt og tildeling bør derfor omtales som svak og ikke-robust. For antall tildelte timer var bildet i det brede utvalget det samme som i hovedutvalgetutvalget, med ingen robust sammenheng mellom inntekter og tildelte timer (RR 0,99). Diagnose ble inkludert i det brede utvalget for å kontrollere for at kommuner kan ha ulik sammensetning av tilstander, og dermed ulikt underliggende behov. Estimatene er målt relativt til cerebral parese som referansekategori. Personer med ryggmargsskade hadde markant høyere odds for tildeling (OR 3,03), mens personer med utviklingshemming (OR 0,23) og personer i en heterogen restgruppe utenfor de fem måldiagnosene (OR 0,09) hadde lavere odds. Inkludering av diagnose reduserte den kommunale variasjonen fra 10,8 til 9,2 prosent av gjenstående variasjon. Det tyder på at en del av den tilsynelatende variasjonen mellom kommuner skyldes ulik diagnosesammensetning snarere enn ulik praksis.

Resultatene bryter dermed med mønsteret fra tidligere forskning på hjemmebaserte tjenester, der kommunal inntekt gjennomgående signifikant forklaringsvariabel. Prediksjonen om at inntekt skulle slå sterkest ut i skjønnsintervallet 25–32 timer, får ingen støtte. Interaksjonen mellom kommunale inntekter og timeintervall er ikke signifikant i noen av utvalgene, verken for hvem som får BPA eller for antall timer, og modellen med interaksjon passer ikke dataene bedre enn modellen uten. Oppgaven peker på to mulige forklaringer på avviket fra tidligere forskning. Begge er tolkninger og ikke testet direkte. Den ene er rettighetsfestingen: BPA er den eneste av disse tjenestene der den enkelte har en individuell lovfestet rett over en bestemt timeterskel, og en sterk rettighetsforankring vil kunne utlikne betydningen av kommunal økonomi. Den andre gjelder kostnadsstruktur: dersom BPA har lavere enhetskostnad enn de tjenestene ordningen erstatter, vil både kommuner med god og kommuner med svak økonomi ha insentiv til å bruke den, og inntektsgradienten modellen ellers forutsier vil dempes. Enhetskostnad er ikke modellert i oppgaven.

Samlet sett tyder resultatene på at tildelingen av BPA i hovedsak følger individuelle behov, og at de lovfestede timegrensene på 25 og 32 timer strukturerer hvem som får ordningen. Kommunenes frie inntekter har begrenset og ikke-robust betydning, i motsetning til hva litteraturen på beslektede tjenester tilsier. Samtidig gjenstår en kommunal variasjon som verken behov, demografi, kommunestørrelse eller økonomi forklarer, og som er større enn tilsvarende variasjon i hjemmetjenestene for øvrig.