

Arne Holm
Marit Kristine Helgesen
Stian Lid

Bolig etter fengsel og institusjon - samhandling mellom forvaltningsnivåer



NIBR

Norsk institutt for by- og regionforskning

Bolig etter fengsel og
institusjon
– samhandling mellom
forvaltningsnivåer

Andre publikasjoner fra NIBR:

NIBR-rapport 2012:26	Hvordan påvirker statlige og pedagogiske styringsvirkemidler prioriteringer i den kommunale omsorgssektoren?
NIBR-rapport 2012:2	En verdig bosituasjon innen psykisk helsearbeid
NIBR-rapport 2011:25	Den vanskelige samhandlingen. Evaluering av forvaltningsreformen i barnevernet
NIBR-rapport 2009:4	Kommunalt psykisk helsearbeid. Organisering, samarbeid og samordning

Rapportene koster fra kr 250,- til kr 350,- og kan bestilles fra NIBR:
Gaustadalléen 21
0349 Oslo
Tlf. 22 95 88 00
Faks 22 60 77 74

E-post til
nibr@nibr.no

Publikasjonene kan også skrives ut fra
www.nibr.no

Porto kommer i tillegg til de oppgitte prisene

Arne Holm
Marit Kristine Helgesen
Stian Lid

Bolig etter fengsel og institusjon – samhandling mellom forvaltningsnivåer

NIBR-rapport 2015:8

Tittel: **Bolig etter fengsel og institusjon
– samhandling mellom forvaltningsnivåer**

Forfatter: Arne Holm, Marit Kristine Helgesen og Stian Lid

NIBR-rapport: 2015:8

ISSN: 1502-9794
ISBN: 978-82-8309-047-5 (trykt)

Prosjektnummer: 3381

Prosjektnavn: Bolig etter fengsel og institusjon

Oppdragsgiver: Husbanken

Prosjektleder: Arne Holm

Referat: Rapporten drøfter samhandlingen mellom forvaltningsnivåene ved utskriving av institusjon og løslatelse fra fengsel. I dette vektlegges i særlig grad de legale rammene for samarbeidet mellom kommunene og institusjonene. Et spesielt fokus er på samhandlingsreformens avtaleverk. Studien drøfter faser i bosettingsarbeidet, og utfordringer knyttet til både horisontal og vertikal samhandling i forhold til å få til en helhetlig boligpolitikk for personer som har opphold i institusjon eller fengsel.

Sammendrag: Norsk og engelsk

Dato: April 2015

Antall sider: 161

Pris: 250,-

Utgiver: Norsk institutt for by- og regionforskning
Gautstadalléen 21,
0349 OSLO
Telefon: (+47) 22 95 88 00
Telefaks: (+47) 22 60 77 74
E-post: nibr@nibr.no
<http://www.nibr.no>

Vår hjemmeside:

Trykk: X-idé
Org. nr. NO 970205284 MVA
© NIBR 2015

Forord

Denne rapporten belyser overgangsfasen fra institusjon og fengsel til bolig ut fra et systemperspektiv. Fokus er på rammer for samhandling mellom de statlige og kommunale aktørene i tilbakeføringsprosessene, og aktørenes erfaringer med disse.

Prosjektet har blitt gjennomført innenfor en begrenset økonomisk og med en meget kort tidsramme høsten 2014. Mange av de problemstillingene som trekkes opp i studien vil derfor ikke være drøftet i den bredde de fortjener, men må mer stå til inspirasjon for senere studier innenfor dette meget viktige forskningsfeltet.

Prosjektet har vært finansiert av Husbanken.

Vi takker alle informantene for å ha satt av tid til våre mange spørsmål.

Prosjektteamet har bestått av forskerne Arne Holm, Marit Kristine Helgesen og Stian Lid. Arne Holm har vært prosjektleder.

Oslo, april 2015

Trine M. Myrvold
Forskningssjef

Innhold

Forord	1
Tabelloversikt.....	5
Figuroversikt	6
Sammendrag.....	7
Summary	14
1 Innledning og bakgrunn	23
1.1 Bakgrunn	23
1.2 Nærmere om bakgrunn	25
1.3 Problemstillinger	26
1.4 Tematisering av de sårbare overgangsfasene i litteraturen	29
1.5 En tilfredsstillende bolig	32
1.6 Fire kryssende prosesser	34
1.7 Rapportens disposisjon	35
2 Metode og design	37
2.1 Hoveddesign	37
2.2 Dokumentstudier	38
2.3 Kvalitative intervjuer i kommunene	39
2.3.1 Utvalg kommuner	39
2.3.2 Informanter.....	39
2.3.3 Intervjuform.....	41
3 Fra institusjon og fengsel til hva? Noen tall	42
3.1 Bostedsløs etter institusjon og fengsler	42
3.2 Boligsituasjonen for personer som er inne til soning.....	44
3.3 Ventetid på kommunal bolig.....	47
3.4 Oppsummerende.....	48
4 Bosetting, statlig styring og kommunal organisering.....	49
4.1 Styring	49
4.2 Organisering i andrelinjetjenesten	53

4.3	Kommunal organisering.....	56
4.4	Utdypning av problemstillinger og hypoteser.....	60
5	Faser i et tilbakeføringsforløp: Ut av institusjon og fengsel over i bolig.....	63
5.1	Faser i en tilbakeføringsprosess ut av institusjon og fengsel – over til bolig	64
5.2	Visuell fremstilling av fasene i et bosettingsforløp	67
6	De legale rammene rundt samarbeidsrelasjonen.....	70
6.1	Legale boligsosiale forpliktelser for kommunene ved utskrivning fra institusjon eller endt soning.....	70
6.2	Ansvarsfordeling og legale rammer rundt relasjonen mellom kommunene og regionale helseforetak.....	72
6.3	Nærmere om innholdet i avtalene	77
6.3.1	Tjenesteavtale 3 og 5	77
6.3.2	Psykoseløpet	79
6.3.3	Rus- og Psykiatriavtalen (RoP-avtalen).....	81
6.3.4	Samarbeidsavtaler utenfor regionale helseforetak	82
6.4	Ansvarsfordeling og legale rammer rundt relasjonen mellom kommunene og fengslene.....	82
6.5	Tilbakeføringsgarantien.....	85
6.6	Avtaler mellom Bufetat og kommunene innenfor barnevern.....	86
6.7	Suksessfaktorer ved samarbeidsavtalene.....	87
6.8	Oppsummerende.....	88
7	Samhandling og organisering - fra institusjon og fengsel til bolig.....	91
7.1	Innledning	91
7.2	Fase 1: Kartlegging.....	93
7.3	Fase 2: Forberedelse av boligrelaterte vedtak	98
7.4	Fase 3: Finne bolig.....	102
7.5	Fase 4: Egnede bosetting og oppfølging	115
7.6	Behov for boligsosial kompetanse i andrelinjetjenesten og fengslene	124
7.7	Noen sentrale betingelser for vellykket overgang fra institusjon og fengsel til bosetting	126
7.7.1	Tap av bolig under institusjons- eller fengselsoppholdet	128
7.8	Mot en mer helhetlig organisasjonsmodell i kommunene	129

7.8.1	Manglende kommunikasjon, herunder varsling om innleggelse og utskriving	131
7.8.2	Uklar ansvarsfordeling mellom kommunene	132
7.8.3	Avvik i bruker-/pasientvurdering og helseforetakets vurdering	133
7.9	Oppsummering	134
8	Konklusjoner og videre kunnskapsbehov.....	137
8.1	Kryssende forventninger og utfordringer for det kommunale mulighetsrommet	137
8.2	Bosettingsforløp som et av flere virkemidler i en helhetlig bosettingspolitikk	139
8.3	Tverrsektorielle modeller som virkemiddel mot horisontal fragmentering.....	141
8.4	Mange utfordringer gjenstår før en har sikret helhetlige bosettingsforløp.....	141
8.5	Supplerende perspektiver på pasient- og brukerforløp.....	143
8.6	Videre kunnskapsbehov – forholdet stat og kommune	144
8.7	Mykere overganger mellom institusjon og bolig	146
8.8	Økonomiske rammevilkår for overgangsfasene	146
8.9	Økt kunnskap om andre viktige verktøy i samhandlingen.....	147
	Litteratur	149
	Vedlegg 1	156

Tabelloversikt

Tabell 3.1	<i>Andelen bostedsløse i institusjon og kriminalomsorgen på registreringstidspunktet i tellinger av bostedsløse i henholdsvis 2012, 2008, 2005, 2003 og 1996. Prosent.....</i>	43
Tabell 3.2	<i>Andel av de som befant seg i henholdsvis institusjon og under kriminalomsorgen blant de bostedsløse i 2012, etter lengde på oppholdet der. Prosent</i>	43
Tabell 3.3	<i>Bosituasjonen ved utskrivning fra behandlingsinstitusjon for rus, for 35 personer som ved innleggelse var uten fast bolig. 2013. Et eksempel</i>	46
Tabell 4.1.	<i>Organisatorisk beskrivelse av utvalgte kjennetegn ved casekommunene i studien.....</i>	59

Figuroversikt

Figur 5.1	<i>Faser i et boligforløp for personer, fra innlegging i institusjon eller innsetting i fengsel, til utskrivning og løslatelse.</i>	68
Figur 7.1	<i>Faser i et boligforløp for personer, fra innlegging i institusjon eller innsetting i fengsel, til utskrivning og løslatelse.....</i>	92

Sammendrag

Arne Holm, Marit Kristine Helgesen og Stian Lid
**Bolig etter fengsel og institusjon – samhandling mellom
forvaltningsnivåer**
NIBR-rapport 2015:8

En vellykket overgang fra institusjon og fengsel til bosetting i kommunene for personer uten egnet bolig, kan legge grunnlaget for en positiv utvikling i retning av en stabilisert livssituasjon. Dette stiller imidlertid krav til god samhandling på tvers av forvaltningsnivåer, gitt at institusjoner og fengsler er et statlig ansvar, mens bosetting og tjenesteoppfølgingen ligger til kommunene. I tillegg befinner ingen av partene seg i en situasjon der de kan håndtere overgangen på egen hånd. Både de statlige og de kommunale aktørenes handlingsvalg er underlagt begrensninger både i informasjon, kompetanse og virkemidler når det kommer til å håndtere de komplekse overgangene på egenhånd.

I denne studien ser vi på hvilke rammebetingelser som gjelder for disse overgangene, først og fremst med utgangspunkt i avtaleverket som er utarbeidet under samhandlingsreformen og hvilket mulighetsrom som foreligger særlig blant kommunene for å sikre helhetlige bosettingsforløp for sårbare grupper på vei ut av institusjon og fengsel. Regelverket, som i stor grad regulerer den vertikale samstyningen mellom forvaltningsnivåene, har utviklet seg til å bli et viktig rammeverk for en mer helhetlig boligpolitikk rettet mot utsatte grupper på vei ut av rus- og psykiatriske institusjoner, barnevern og fengsler. Her vil vi synliggjøre både avtaleverkets posisjon, men også utfordringer og begrensninger.

Problemstillingene

Problemstillingene kan vi dele inn i fem:

1. Hvordan samhandler kommunene og andrelinjen på systemnivå for å sikre personer som skrives ut fra institusjoner, herunder barnevernets omsorgstiltak og fengsler, en egnet bolig?
2. Fremskaffe kunnskap om hvordan kommunene opplever, forholder seg til og møter utfordringene knyttet til samhandling, herunder sektoransvaret innenfor fengsels- og institusjonssektoren
3. Utfordringer og mulighetsrom for kommunene i bosetting fra institusjon og fengsler
4. Hvordan kommer kommuner i samarbeid med fengsels- og institusjonssektoren og andre relevante aktører frem til gode lokale løsninger?
5. Videre kunnskapsbehov – forholdet stat og kommune i bosettingsarbeidet etter institusjon og fengsler

Design og metode

Vi vil basere oss på to hovedkilder. Det ene er samhandlingsavtaler mellom institusjoner, helseforetak og kriminalomsorgen på den ene siden, og kommunene på den andre, samt lovverk, statlige veiledere og øvrige styringsdokumenter knyttet til disse. Det andre er kvalitative intervjuer med relevante aktører. Antallet kommuner og informanter i disse har et begrenset omfang. Dette er et viktig forbehold i analysene som gjøres og slutningene som trekkes.

Kvantitativt bakteppe for studien

Det er i liten grad utviklet dataverktøy for å systematisere oversikter over boligsituasjonen blant personer som bor i institusjoner eller fengsler. I de siste tallene fra kartleggingen av bostedsløse, ser vi imidlertid at vel en av fem blant de bostedsløse befinner seg i institusjon eller fengsel. Andelen har imidlertid vært jevnt avtakende siden tellingene første gang ble gjort i 1996. Dette kan kanskje indikere at det sterke politiske fokuset på bostedsløshet de to siste tiår, har gitt resultater for bostedsløse som befinner seg innenfor behandlingsapparatet og under kriminalomsorgen. Likevel er det stadig mange som ikke har egnet bolig.

Legale rammer rundt samarbeidsrelasjonen mellom statlige institusjoner og kommunale aktører

Kommunene er forpliktet til å finne midlertidig botilbud til de som ikke klarer det selv, etter Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (§27), samtidig som de etter Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester skal medvirke til å skaffe bolig til personer som selv ikke klarer å ivareta sine interesser på boligmarkedet. Dette er interessant å lese i sammenheng med forpliktelsene etter Lov om spesialisthelsetjenesten, hvor det foreligger en plikt for regionalt helseforetak til å etablere et samarbeid med kommunene om utskrivningsklare pasienter. Dette samarbeidet materialiseres i form av samarbeidsavtaler mellom helseforetakene og kommunene. I denne forbindelse er det også under utarbeidelse ulike pasientforløp, som presiserer partenes roller og forpliktelser i prosessene.

Innenfor kriminalomsorgen er det frivillig for kommunene å inngå samarbeidsavtaler, og kun de største kommunene praktiserer dette. De mindre kommunene i vår studie opplever imidlertid heller ikke noe behov for avtaler her, da bosettingsprosessene er så vidt åpne og antallet tilfeller så lavt at kommunikasjon og samarbeid med kriminalomsorgen i liten grad problematiseres.

Innenfor barnevernet er det heller ingen pliktige regulerende avtaler mellom Bufetat og kommunene som tematiserer overgangen mellom statlige botiltak og bolig etter fylte 18 år.

Suksessfaktorer ved avtalene

Suksessfaktorer ved samarbeidsavtalene kan oppsummeres i fire viktig forhold: Forankring, helhetlige forløp, operasjonaliserte forløp samt at avtalene rydder og definerer sakene organisatorisk.

Det er viktig at samarbeidsavtalene forankres på ledelsesnivå både i kommunene og i helseforetaket. Dette gir avtalene den nødvendige legitimitet. Dernest er det viktig at avtalene definerer og tar utgangspunkt i helhetlige forløp. Dette understrekes ytterligere ved at mange med psykiske vansker eller rus går inn og ut mellom ulike behandlere, rehabiliterings- og tjenesteoperatører. Dette betyr at de går inn og ut mellom statlig og kommunalt ansvar. Det er da viktig at helheten ivaretas.

Forløpene må dessuten operasjonaliseres og defineres. Dette er blant annet gjort ved å skissere ulike pasientforløp. Sist men ikke minst bidrar avtalene til å rydde og definere sakene organisatorisk, både fra kommunens side og fra institusjonenes side, slik våre informanter ser det.

Rutiner for samstyring – viktig verktøy i bosettingsprosessene

I møte med både formelle forventninger i avtaleverket, og mer uformelle forventninger, som vi møter i overganger innenfor barnevernet, etableres det rutiner og nettverk knyttet til samstyring mellom de statlige og kommunale instansene. Formålet er å skape helhetlige bruker/pasientforløp, der overgangsfasen ut fra institusjon og fengsel forberedes under oppholdet. Målsettingen med prosessene er å sikre alle en egnet og tilpasset bolig ved utskrivningstidspunktet.

Ulike faser eller arbeidsoppgaver i prosessen mot egnet bosetting etter institusjon og fengsel

Generelt vil overgangen fra statlige institusjoner eller fengsler til bosetting i kommunene baserer seg på en felles innsats fra mange ulike aktører på forskjellige arenaer. I sum vil dette kunne karakteriseres som en tilbakeføringsprosess, med ulike faser eller arbeidsoppgaver. En vellykket tilbakeføringsprosess, spesielt for en bostedsløs på vei ut av institusjon eller fengsel, vil i stor grad avhenge av at alle disse fasene eller arbeidsoperasjonene gjennomføres, og det til rett tid, i forhold til den enkeltes institusjons- eller soningsforløp.

Proessen starter opp ved at boligsituasjonen og boligbehovet kartlegges (fase 1). Initiativet til kartleggingen tas vanligvis i institusjonen eller av kriminalomsorgen. Samtidig er de ofte helt avhengig av bistand til dette arbeidet fra kommunene.

Etter at kartleggingen har funnet sted, eventuelt parallelt, forberedes ulike boligrelaterte beslutninger (fase 2). Søknad om eksempelvis kommunal bolig eller bostøtte skal sendes, eller initiativ tas for å finne finansiering av eksisterende bolig under soning eller institusjonsopphold. Denne forberedelsen er i stor grad kommunenes ansvar, samtidig som prosessene også vil kunne forberedes tverretattlig, for eksempel innenfor rammene av en ansvarsgruppe.

Etter at alle boligrelaterte beslutninger er avklart, vil det gjenstå et stort praktisk arbeid i form av å finne en konkret bolig (fase 3). Dette vil også i hovedsak være et kommunalt ansvar, selv om institusjoner og kriminalomsorgen også bidrar stort inn her.

Etter at personen har flyttet over i egen bolig, starter den fjerde delen av tilbakeføringen, nemlig ettervernet og oppfølgingen i boligen (fase 4). Dette er kommunenes ansvar, men skjer ofte i et faglig samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Både institusjonene, fengslene og kommunene arbeider ofte inn i disse fasene eller arbeidsoppgavene parallelt, for eksempel ved at en samtidig som en søker å avklare hvilke rettigheter den enkelte har i forhold til bostøtte etc., søker å finne en konkret bolig. Jo mer av arbeidet med fasene eller arbeidsoppgavene (1) til (3) som kan finne sted mens personen er inne på institusjon eller under soning, jo høyere synes sannsynligheten å være for at en skal få til en godt planlagt bosettingsprosess over i egnet bolig etter institusjon eller fengsel.

Suksessen avhenger derfor kritisk av at tilbakeføringsarbeidet tilpasses arbeidet i behandlings- eller soningsforløpet. I denne prosessen er samhandlingsavtalene et viktig verktøy for å definere ansvar og oppgaver. Samtidig fremstår fase 3 som det kanskje mest kritiske punktet i prosessen. Kommunenes muligheter for å skaffe til veie egnede boliger er meget begrenset. Dette gjelder særlig for personer som er på vei ut av rusinstitusjoner. For kanskje særlig denne gruppen skal mange forhold sammenfalle, for å få til gode og helhetlige bosettingsforløp.

Kontaktpunkt i kommunene

Et fast kontaktpunkt i kommunene er en viktig betingelse i prosessene. I den grad det er kommunen som henviser en person til behandling etc., skapes det en kontakt i utgangspunktet som i stor grad følger personen under oppholdet. Dette letter både kartleggingen og arbeidet med å etablere og følge opp for eksempler ansvarsgrupper, der det er aktuelt. Der det er private fastleger eller andre som henviser til behandling, er kommunen helt avhengig av at institusjonen tar kontakt. Det samme gjelder når personer er inne til soning. Her er kommunen ikke part i sakene, og de er avhengig av at kriminalomsorgen tar kontakt for at de i det hele tatt skal kjenne til soningsforholdet.

En forutsetning for at kommunen og institusjonen eller kriminalomsorgen skal kunne ivareta funksjonene under fase (1) til (3) på en forsvarlig måte, er at utskrivning eller løslatelse ikke finner sted før alt er avklart og bolig skaffet. Derfor er det viktig at kommunen i god tid får beskjed om tidspunkt for utskrivning eller løslatelse. Særlig i tilfeller der mennesker er inne til frivillig behandling eller løslates før tiden, vil det forekomme at kommunen ikke får slik beskjed. Da kan det være en utfordring for kommunene å skaffe et egnet botilbud for de som ikke har annen bolig å gå til.

Statlig styring av bosettingsprosessene gjennom tilrettelegging av samstyringsprosessene

Staten legger med dette til rette for samstyringsprosesser, der prosedyrene er designet, rammet inn og definert gjennom avtaleverket. Systemet legger opp til forhandlingspregede løsninger, der det er de enkelte aktørene og etatene i kommunene og innenfor spesialisthelsetjenesten som er ansvarlige for at dette gis et innhold som ivaretar hensynet til helhetlige bosettingsprosesser og en helhetlig sosial boligpolitikk.

Sentrale virkemidler i disse prosessene er etablering av nettverk gjennom kommunikasjon, kartlegging og tilrettelegging, samtidig som plassering i nettverkene gir tilgang til ulike virkemidler og ressurser, som kompetanse, boliger og tjenester. Aktørene supplerer hverandre innad i nettverkene, gjennom den kompetanse og de virkemidler de har rådighet over.

I utgangspunktet er samstyring basert på at aktørene anerkjenner sin gjensidige avhengighet i realiseringen av målet om helhetlige tilbakeføringsprosesser. Avtaleverket er en måte å legge til rette for en slik gjensidig anerkjennelse. Nettopp ved å avtalefeste samhandlingen, signaliserer staten for aktørene viktigheten av at partene kommer sammen, samtidig som de bidrar til å skape likeverdighet, formelt sett, mellom aktørene. Gjennom deltakelse i nettverk, med utgangspunkt i disse avtalene, gis en mulighet til å se nye og innovative løsninger og modeller for å lykkes boligsosialt, gjennom disse prosessene.

I studien viser vi hvordan samarbeidsavtalene mellom kommunene på den ene siden og spesialisthelsetjenesten og kriminalomsorgen på den andre, bidrar til å bringe partene sammen, både ved

behovskartlegging og ved problemløsning. Det at et slikt avtaleverk mangler innenfor barnevernet kan være en utfordring. Dette er den av de fire sårbare overgangene som ser ut til å være mest fragmentert. Også innenfor kriminalomsorgen er avtaler frivillig for kommunene, men de fleste større kommunene har allikevel etablert slike.

Innenfor våre utvalgte kommuner er det stor bevissthet rundt koordineringsutfordringene knyttet til sektoriserte organisasjonsmodeller. Våre casekommuner har derfor i stor grad lagt til rette for, og utviklet, tverrsektorielle modeller for slik å bidra til å legge til rette for målstyrte samstyringsprosesser. Dette oppleves å ha styrket kommunenes evne til å håndtere komplekse overføringssaker. Innenfor andrelinjetjenesten ser det imidlertid ikke ut til å være den samme bevisstheten rundt konsekvensene av egen fragmentert horisontal struktur. Avtaleverket tematiserer heller ikke rutiner og rammer for horisontal samstyring innenfor andrelinjetjenesten. Dette kan være en utfordring, gitt den viljen til dynamisk organisasjonsutvikling som vi finner i kommunene.

Summary

Arne Holm, Marit Kristine Helgesen and Stian Lid
**Housing after prison and treatment in institutions –
Coordinating action between administrative levels**
NIBR Report 2015:8

A successful transition from a residential treatment facility or prison to a place to live in the local community for people who otherwise lack appropriate accommodation can help stabilize the person's general situation. However, a successful transition also requires reliable coordination between levels of government – multi-level governance – given that treatment institutions and prisons are the responsibility of the state while local governments are responsible for housing and after care. In addition, neither level of government is in a position to manage the transition or re-integration alone. In the management of complicated transitions, the options available to central and local governments acting on their own are limited in terms of information, expertise and mechanisms.

In this study we look at the external constraints that have a bearing on these transition management, starting with the agreements originally conceived during the government's Coordination Reform. These agreements, which regulate much of the vertical coordination, have become an important framework for a more integrated, holistic approach to the provision of housing for vulnerable groups after discharge from substance abuse and psychiatric institutions, child welfare services (i.e. the institutional sector) and release from prisons. We highlight here both the status or position of the agreements, but also the challenges and constraints.

The main issues

There are five main issues:

1. How do local authorities and secondary health care providers coordinate action to ensure that persons discharged from institutions, including child welfare measures or released from prisons, obtain suitable housing?
2. Ascertain how local authorities experience, relate to and tackle challenges of multi-level management, including sectoral responsibilities within the prison and institutional sector.
3. Challenges and possibilities facing local authorities in providing housing for discharged residents of institutions and released prison inmates
4. What characterizes the way in which local authorities, prisons, institutions and other implicated parties work together to find satisfactory local solutions?
5. Need for further knowledge – relations between central and local government on the management of housing for persons released from institution or prison

Design and method

We rely in this study on two sources of information. The first is the co-management agreements that institutions, health enterprises and correctional services enter into with local authorities. This also includes relevant legislation, government guidelines and policy documents. The second source comprises qualitative interviews with relevant parties.

The quantitative background to the study

Little has been done to develop computational tools with the ability to systematize data on the housing status of persons residing in institutions or serving a prison sentence. According to the latest figures from a survey of homeless persons, we see, however, that more than one in five homeless individuals are in an institution or prison. The percentage has been growing steadily, however, since the first counts were conducted in 1996. This could suggest that the strong political focus on homelessness over the past two decades has yielded rewards for homeless people in the

treatment or correctional services. That notwithstanding, a large number of people are still without suitable housing.

Legal constraints on collaborative relations between state institutions and municipal actors

Local authorities are obliged under the Social Services Act (section 27) to provide temporary accommodation for people who are unable to do so themselves. They are also bound under the Municipal Health Services Act to help in the provision of accommodation for persons unable to protect their interests in the housing market. This is interesting to read in light of the obligations on regional health enterprises under the Specialized Health Services Act to establish joint procedures with local authorities for the care of soon-to-be-discharged patients. These joint procedures are specified in the form of co-management agreements between health enterprises and local authorities. In this connection, various care pathways are prepared that stipulate the roles and duties of the various implicated parties in these processes.

Local authorities are not constrained by law to enter into co-management agreements with the correctional services, however, and only the largest municipalities do so. The smaller municipalities in our study do not feel the need of agreements here, since the procedures are relatively transparent and the number of cases so low that communications and collaboration with the correctional services have not required special attention.

Nor are local authorities obliged by law to enter into agreements with the child welfare services on community re-integration programmes.

The success factors of the agreements

The success factors associated with the co-management agreements can be summarized in three main categories: anchoring; integrated pathways; operationalized pathways; as well as the fact that the agreements clarify and define the different cases organizationally.

It is important that the co-management agreements are recognized by and anchored at the leadership level of local authorities and health enterprises. It gives the agreements the necessary legitimacy.

Next, it is important that the agreements define and are based on a holistic and coherent pathway. This is further underlined by the large number of persons with mental health or substance abuse problems that alternate between various case handlers, rehabilitation and service providers. In other words, they alternate between being the responsibility of the state and of the local authorities. It is important in this regard to ensure a coherent, joined-up approach.

In addition, the pathways need to be operationalized and defined. This is done by drafting multiple patient pathways, among other things. Last, but not least, the agreements help clarify and define cases organizationally, from the point of view of the local authorities and the institutions, in the opinion of our informants.

Multi-level management procedures – An important instrument in housing processes

Faced with both formal expectations in the agreements and more informal expectations, which we observed in re-integration cases in the child welfare services, procedures and networks are established linked to multi-level management involving state and municipal bodies. The purpose is to create consistent, integrated user/patient pathways where the transitional phase following release from institution or prison is prepared in advance. The purpose of these processes is to have suitable and adapted accommodation ready and waiting for the person on his or her release.

Phases or tasks in the provision of suitable accommodation after discharge from institution or release from prison

Generally speaking, managing the return of former patients and prisoners to local communities and a place to live requires the input of many different actors in different areas of work. It could be characterized as a re-integration process consisting of different phases or tasks. A successful re-integration process, especially for homeless persons leaving an institution or prison, relies in general on the successful completion of each of these phases or tasks on time and with due regard to the person's institutional or prison stay.

The process starts with a housing situation and housing needs assessment (phase 1). The initiative for this assessment is usually taken by the institution or by the correctional services. At the same

time, these assessments are often completely dependent on the assistance of the local authorities.

Following the assessment phase, or possibly simultaneously, preparations are made for various housing-related decisions (phase 2). These preparations might involve sending applications to different parties, for municipal housing or a housing allowance, for example, or they might involve an initiative to cover the cost of the person's normal place of residence before he or she is discharged or released. Responsibility for this work lies mainly with the local authorities, although the process can be undertaken inter-departmentally or by several agencies under the supervision of a specially appointed team, for instance.

When the housing-related questions have been settled, there will still be a lot of practical work to do, i.e. to find suitable accommodation (phase 3). This is usually the responsibility of the local authorities, although institutions and correctional services can make a significant contribution.

When the person in question has moved into a home of his or her own, the fourth and possibly most demanding phase of the re-integration process starts, that is, after care and help to live independently and develop living skills. This work is the responsibility of the local authorities, although they often work with the specialist health service whenever their expertise is called for.

The institutions and local authorities often work alongside one another in the different phases, and undertake their tasks in parallel. For example, one of them may work to clarify the rights of the individual to housing assistance, while the other works at acquiring a place where the person can live. The more the work involved in phases 1 to 3 can be done while the person is still in an institution or prison, the higher the likelihood that a well-planned and managed operation will be able to provide accommodation for the person when they are discharged or released.

Success depends critically on tailoring the re-integration effort to the particular circumstances of the patient or prison inmate. In this process, the co-management agreements provide vital help when it comes to defining and clarifying responsibilities and tasks.

Phase 3 stands out as perhaps the most critical point in the process. Opportunity for municipalities to provide suitable housing is here very limited. This is especially true for people who are coming out of treatment centers for drug abuse. For perhaps especially this group shall many factors coincide, to get to the good and comprehensive settlement proceeding.

Contact points in the municipalities

A stable point of contact in the local community is important to the success of the processes. If the person was referred to medical treatment by the local authorities, a personal contact will be appointed for the duration of the individual's treatment. This eases the assessment work and the appointment, if necessary, of supervisory teams. If a GP or other party has referred the person for treatment, the local authorities rely totally on the institution getting in touch and informing them of the matter. The same applies if the person is in prison. Here, the local authorities are not involved in the proceedings, and rely on the correctional services to bring them up to date concerning the person's sentence and imprisonment.

If the local authorities and institution or correctional services are to carry out their tasks in phases 1 to 3 satisfactorily, it is essential that the individual is not discharged or released until everything is in order and accommodation is ready. Especially in cases where people have submitted voluntarily to treatment or are released before completing their sentence, the local authorities will often not have been informed. In these cases, the authorities will often find it difficult to procure suitable housing for people who have nowhere else to go.

State management of housing processes through facilitation and multi-level management processes

In its administrative capacity, the state facilitates multi-level management processes, in which the procedures are designed, encapsulated and defined through the co-management agreement. The system promotes and encourages negotiation-style solutions in which the different parties and agencies in the municipalities and specialist health services are responsible for filling in the details that ensure holistic housing procedures and a holistic social housing policy.

Central mechanisms in these processes include the setting up of networks through communication, assessment and facilitation. At the same time, network membership provides access to tools and resources such as expertise, housing and services. The different parties complement each other within the networks through the expertise and means in their possession.

Basically, multi-level governance means that all parties acknowledge their reliance on one another to achieve the goal of a coherent, joined-up re-integration process. The agreements are one way to attain such mutual recognition. Precisely by enshrining the regulation of multi-level management in law, the government is signalling to the different parties the importance of coming together, while at the same time helping to create equality, formally speaking, among the parties. By participating in networks, based on these agreements, it should be possible to identify new and innovative solutions and models that can help the parties succeed on the social housing front by means of these processes.

We show in this study how co-management agreements between local authorities, on the one hand, and the specialist health services and correctional services, on the other, can bring the parties together both with regard to needs assessments and to finding a solution. The lack of a mandatory co-management agreement in the child welfare system can be challenging. It is the most vulnerable of the four re-integration procedures and comes across moreover as the most fragmented. Local authorities are not obliged by law to enter into formal co-management agreements with the correctional services either, but most of the larger municipalities do avail themselves of the possibility.

There is considerable awareness and recognition in our selection of municipalities of the challenges associated with sectorised organization models. Our case municipalities have therefore facilitated, and developed, multi-sector models enabling goal-directed, multi-level management processes. According to our informants, this work has strengthened the ability of local authorities to manage complex re-integration processes. We do not, however, find the same degree of awareness of the consequences of their own fragmentary horizontal structure in the secondary health care services. The agreements do not address procedures and parameters for horizontal multi-level management

in the health care services. This could represent a challenge, given the determination we found in the municipalities to promote dynamic organizational development.

1 Innledning og bakgrunn

1.1 Bakgrunn

Denne studien retter søkelyset mot den viktige overgangsfasen mellom fengsel eller institusjon til bolig for vanskeligstilte grupper. En god overgang her kan virke forebyggende, og vil være helt sentralt for den enkelte på veien mot selvhjulpenhet og et godt liv videre. En vellykket overgang stiller imidlertid krav til god samhandling på tvers av forvaltningsnivåer, gitt at institusjoner og fengsler er et statlig ansvar, mens bosettingen og tjenesteoppfølgingen ligger til kommunene. I tillegg har ingen av partene tilstrekkelig informasjon, kompetanse eller virkemidler tilgjengelig til å kunne håndtere de komplekse overgangene på egenhånd.

Gode løsninger både for den enkelte bruker, men også for de involverte statlige og kommunale aktørene, avhenger ikke bare av hva som finner sted innenfor henholdsvis statlige institusjoner og fengsler på den ene siden og i kommunene på den andre. Vel så viktig er samhandlingen aktørene imellom. Som vi vil se nærmere på i denne studien handler dette mye om å gjøre hverandre gode gjennom samarbeid og rutiner for samhandling. Slik vil partene også legge til rette for hverandres arbeid inn i disse sakene.

Det er imidlertid ingen nødvendig sammenheng mellom god samhandling mellom på tvers av forvaltningsnivåer på den ene siden, og fremskaffelse av en konkret bolig på den andre siden. At det faktisk finnes en konkret bolig som står tilgjengelig når den enkelte utskrives fra institusjon eller løslates fra fengsel handler også om en rekke andre mekanismer, som at det faktisk finnes en konkret bolig som er tilpasset med egnede tjenester etc. I denne studien skal vi forfølge utskrivnings- og løslatelsesprosessene helt frem til den konkrete bosetting, og illustrere dette med noen konkrete forløp.

Hovedfokus i vår tilnærming til overgangsfasen mellom institusjon og fengsel på den ene siden og bosetting i kommunene på den andre, er imidlertid på samhandlingen mellom forvaltningsnivåene, med brukeren som en tredje samarbeidspart. Et særlig fokus er på hvordan staten gjennom avtaleverket utarbeidet innenfor samhandlingsreformen kan legge føringer på samhandlingen, og slik ha i det minste være et potensielt viktig virkemiddel inn i den sosiale boligpolitikken på sikt.

Herunder vil vi også se nærmere på organisatoriske strategier og dynamikk på kommunenivå, og hvordan dette ivaretar helhet og progresjon i tilbakeføringsarbeidet til egnet bolig i kommunene.

I dette har vi i tillegg ambisjon om å synliggjøre noen sentrale utfordringer knyttet til samhandlingen. Hovedperspektivet i prosjektet ligger derfor dels på grenseflaten og dynamikken i relasjonen mellom aktører på ulike forvaltningsnivåer, men også på kommunenes arbeid og hvordan de håndterer dette internt.

Den empiriske delen i prosjektet vil dels være dokumentbasert og dels basere seg på kvalitative intervjuer med en rekke aktører på ulike nivåer i den forvaltningskjeden vi her retter oss mot, både på statlig og kommunalt nivå. Informantene er i hovedsak valgt ut fra ulike kommuner innenfor ett og samme fylke. Dette materialet er imidlertid supplert med informanter med enkeltintervjuer med informanter fra andre kommuner.

I dette innledende kapitlet vil vi først se nærmere på bakgrunnen for prosjektet og hovedproblemstillingene. Med et hovedfokus på utfordringer i overgangsfasen mellom institusjon/fengsel og bolig, vil vi se nærmere på hvordan dette er tematisert i andre studier på feltet. Dette vil fungere som en referanseramme for de hovedlinjer i vårt materiale som vi trekker opp mot slutten av rapporten.

Siden forestillingen om en ”tilfredsstillende” bolig står så sterkt i boligsosial forskning, vil vi også meget kort si noen ord om dette. Selve boligen og egnede eller tilfredsstillende boliger som et kommunalt virkemiddel, vil imidlertid ikke være hovedfokus i denne rapporten. Det er allikevel viktig i et helhetsperspektiv, å følge tilbakeføringsprosessene helt frem til den konkrete boligen og se på hvilke utfordringer som ligger der. I dette må vi imidlertid avgrense oss mot en større diskusjon av kommunale strategier for å skaffe til veie boliger, som vi vil la ligge i denne omgangen. Vi vil

i stede kort se i hvilken grad tilgjengeligheten av egnede boliger representerer en utfordring i disse tilbakeføringsprosessene og med det, kommunene muligheter for å slutføre prosessene, i form av bosetting og oppfølging i en konkret bolig. .

1.2 Nærmere om bakgrunn

Samhandling mellom forvaltningsnivåene har fått forsterket aktualitet i kjølvannet av de mange reformene innenfor det boligsosiale området. Gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helse, Rusreformen, og ikke minst innenfor barnevernet, etter at ansvarsfordelingen mellom forvaltningsnivåene ble endret i 2004, har kommunene fått et stadig større ansvar for å følge opp personer i en utsatt situasjon, blant annet i etterkant av et institusjonsopphold. I nedbygging av institusjonenes rolle som bolig for personer med ulike utfordringer, ligger et tilsvarende økt ansvar for kommunene til både å bosette og følge opp disse personene. Gitt at utrednings- og behandlingskompetansen fortsatt ligger i spesialisthelsetjenesten for mer spesialiserte tilfeller, ligger det en gjensidig avhengighet i arbeidsdelingen mellom ulike forvaltningsnivåer. Dette betyr, med andre ord, at der personer har rus- og/eller psykiatriproblematikk av en slik alvorlighetsgrad at det er behov for mer spesialisert kunnskap og behandling, for eksempel i institusjon, vil både kommunale og statlige etater være inne i behandlings- og oppfølgingslinjen. Dette forutsetter samhandling.

Som vi skal se, tematiseres og reguleres dette innenfor rammene av samhandlingsreformen, hvor det forventes at det etableres samhandlingsavtaler mellom statlige og kommunale foretak og etater. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester gjør det ikke bare til en plikt for kommunene å inngå samarbeidsavtaler med det regionale helseforetaket i helseregionen, men setter også krav til avtalens innhold (jmfør Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. §§6-1 og 6-2). Avtalene er innenfor lovens rammer gitt noe ulikt innhold kommunene imellom. Vi skal ikke gå inn i disse forskjellene i særlig grad, men avgrense oss til å se hvilke forventninger som ligger i disse avtalene til samhandling mellom statlige og kommunale aktører på systemnivå og noen utfordringer knyttet til dette, herunder ansvarsfordelingen mellom aktørene.

Gitt at kommunene har hovedansvaret for selve bosettingsprosessen, selv om også spesialisthelsetjenesten vil kunne være deltakende inn her, vil studien ha et tyngdepunkt i opplevde utfordringer fra kommunenes side.

1.3 Problemstillinger

På denne bakgrunnen vil prosjektet ha en femdelt problemstilling:

(1) Hvordan samhandler kommunene og andrelinjen på systemnivå i forhold til å sikre personer som skrives ut fra institusjoner, herunder barnevernets omsorgstiltak og fengsler, en egnet bolig?

Her vil vi ha et fokus på hvilke organisatoriske og systemiske innretninger som er utviklet i skjæringsflaten mellom kommunene, institusjoner og fengslene, blant annet innenfor de mange samarbeidsavtalene som er utviklet med bakgrunn i samhandlingsreformen. Hvordan er disse innrettet på kommunikasjon og samhandling knyttet til strategier for å håndtere boligsituasjoner for de som skrives ut fra institusjoner og løslates fra fengsler? Her vil vi se på eksempler på konkrete avtaler som er utviklet og hvilket boligfokus som ligger i disse.

I denne sammenhengen er det viktig å synliggjøre hele prosessen fra innleggelse eller fengsling, via gjennomført opphold til utskrivning eller løslatelse, til varig bosetting i kommunene.

Dette omhandler blant annet selve initiativet til boliganskaffelse, samhandling mellom forvaltningsnivåene rundt dette og kommunikasjon. Vi spør blant annet: Hvilket fokus er det på bolig i disse samhandlingsprosessene og hvem i behandlings- og rehabiliteringskjeden tar initiativ til å løse et boligproblem for de som er på vei fra institusjon/fengsel til selvstendig bolig?

(2) Fremskaffe kunnskap om hvordan kommunene opplever, forholder seg til og møter utfordringene knyttet til samhandling, herunder sektoransvaret innenfor fengsels- og institusjonssektoren

Samtidig som kommunene har det overordnede ansvaret for å bidra til å skaffe bolig til personer i en utsatt situasjon i henhold til lovverket, vil organiseringen av ansvaret for dette kunne variere.

Andrelinjetjenestens institusjoner innenfor rus og psykiatri, barnevern og fengsler er i stor grad en del av en horisontalt spesialisert struktur, samtidig som kommunene også i stor grad er sektorbaserte i sin organisasjonsstruktur. Vi spør i hvilken grad en slik spesialisering skaper utfordringer eller muligheter knyttet til sikring av gode overgangsordninger i bosettingsarbeidet. Her vil vi blant annet rette oppmerksomheten mot sektororganiseringen i kommunene i deres ansvar for bosettingen.

Spørsmålet blir da hvilke utfordringer eller hvilket potensial som ligger i ulike organisasjonsmodeller knyttet til å løse oppgavene i disse bosettingsprosessene.

Vi vil her også se kort på den kommunale organiseringen av det boligsosiale ansvaret og se i hvilken grad organiseringen fanger opp de forventningene som ligger til kommunene. Dette handler blant annet om hvor ansvaret for det boligsosiale arbeidet for personer i en overgangsfase fra institusjon eller fengsel til bolig er plassert organisatorisk i kommunene. Er sektorinndelingen i kommunene viktig for hvordan bosettingsprosessene ut av institusjoner og fengsler forløper? Hvordan opplever kommunene at kommunikasjon, samarbeid og ansvars- og rolleforståelse fungerer på tvers i egen organisasjon?

(3) Utfordringer for kommunene i bosetting fra institusjon og fengsler

Her vil vi gå i dybden på de utfordringer kommunene opplever innenfor sin rolle i bosettingsprosessen. Dette går blant annet på:

Kapasitet; har kommunene et tilstrekkelig antall boliger og personell til å håndtere utfordringer

Kompetanse; har personellet rett kompetanse for å håndtere utfordringer knyttet til ulike grupper

Ansvars- og rolleavklaringer; hvordan forstår de ulike aktørene sine roller

Et viktig fokus vil være om det er ulike utfordringer innenfor bosettingsarbeidet for ulike grupper på vei over til bolig, knyttet til disse forholdene. Her vil vi følge noen prosesser helt frem til konkret bosetting. Dernest vil vi se på hvilket handlingsrom

kommunene har, og i hvilken grad kommunene har kompetanse og kapasitet til å ta dette handlingsrommet i bruk.

Her vil det være viktig å se på hvilke verktøy for kontinuitet som ligger i selve samhandlingen mellom forvaltningsnivåene og kommunene, og hvordan dette benyttes når enkeltpersoner skal følges opp.

(4) Hvordan kommer kommuner i samarbeid med fengsels- og institusjonssektoren og andre relevante aktører frem til gode lokale løsninger?

Etter å ha avdekket både samhandlingens karakter og kommunenes organisering av arbeidet, er spørsmålet: Hvordan finner de relevante aktørene frem til de gode modellene og løsningene i disse sårbare bosettingsprosessene? Hva gjør kommunene i samarbeid med institusjonene og fengslene for å avhjelpe det som oppleves som utfordrende, og dernest: Hvilke innovative løsninger ser vi i kommunene på de områdene der det oppleves å være utfordringer? Ser vi noen innovative løsninger eller modeller som søker å ivaretar helheten i prosessene?

I denne diskusjonen vil vi gjøre en klassifisering av suksesskriteriene og se disse i forhold til kommunikasjon, organisatorisk oversiktighet, rolle- og ansvarsfordeling og annet.

(5) Videre kunnskapsbehov – forholdet stat og kommune

For å løse utfordringer knyttet til samhandling med staten på en måte som tjener de personene det angår, inngår kommuner og statlige organisasjoner i et forhold av gjensidig avhengighet. Statlige institusjoner er avhengig av at kommuner gjennomfører bestemte arbeidsoppgaver og vise versa. Derfor er aksept for og kunnskap om hverandres utfordringer på området viktig. Det er også av sentral betydning at statlige institusjoner forholder seg til at kommuner vil velge ulik organisering og ansvars plassering for de aktuelle utfordringene. I denne avsluttende drøftingen av kunnskapsbehov vil vi kort peke på viktigheten av mer kunnskap om statlige institusjoners mulighet for å standardisere sine kontaktflater mot kommunene, for eksempel gjennom et gjensidig forpliktende avtaleverk. Det er også nødvendig at det eksisterer en aksept for de faktiske utfordringene som knytter seg til boliganskaffelsen i kommunene og at arbeidet kan tilpasses de

rammebetingelsene som gjelder. Kunnskapsbehovet rundt dette vil være noe vi trekker frem avslutningsvis.

1.4 Tematisering av de sårbare overgangsfasene i litteraturen

I sin kunnskapsoppsummering, ”Tre sårbare overganger til bolig”, oppsummerer Snertingdal og Bakkeli en rekke studier som har fokusert på disse overgangene (2013). Her kommer det frem at utfordringene er noe forskjellige, avhengig av om det er bosetting fra fengsel, institusjoner eller ut fra barnevernets omsorgstiltak. Felles er imidlertid at vellykket overgang i stor grad er et spørsmål om organisering, kommunikasjon, økonomi og, i en viss forstand, også politiske prioriteringer. Slike utfordringer kommer inn med ulik tyngde i ulike kommuner.

Selve overgangsfasene fremstår som komplekse. De skjer innenfor rammene av ulike lovreguleringer, politiske prioriteringer og de aktuelle aktørenes ulike virkemiddelstruktur (Snertingdal og Bakkeli 2013). En viktig rammebetingelse i dette er også de føringer som ligger i de nasjonale reformene knyttet til psykisk helse, rus og samhandling. I tillegg kommer barnevernsreformen av 2004, som blant annet endret fordelingen av arbeidsoppgaver mellom fylkene og staten, med opprettelse av Bufetat og annet.

Utfordringene knyttet til bolig i den sårbare fasen ut av institusjon og fengsel har sin bakgrunn dels i at mange har bodd lenge på institusjon og skal overføres til bosetting i kommunene. Dette er særlig aktuelt innenfor psykisk helse og kan oppfattes som et slags etterslep etter Opptappingsplanen for psykisk helse. Dels har utfordringene sin bakgrunn i at mange av de som befinner seg i institusjon og fengsler er uten bolig eller har en meget ustabil bosituasjon. Dette handler i stor grad om personer med vansker med å kontrollere egen rusmiddelbruk. Snertingdal og Bakkeli summerer i sin rapport fra 2013 opp studier som viser at blant annet mange innsatte i norske fengsler mangler bolig eller mister boligen sin i løpet av soningen (jmfør blant annet Dyb, Brattbakk, Bergander og Helgesen 2006).

Kommunenes evne og mulighet til å bosette og følge opp nye vanskeligstilte brukergrupper kan være en stor utfordring. Dette kommer blant annet frem i studier av kommunenes boligpolitiske

arbeid for å følge opp Opptrappingsplanen for psykisk helse (Holm 2006 og Holm 2012). Disse studiene viser imidlertid at det har skjedd en betydelig læring i kommunene knyttet til bosetting og oppfølging av personer med psykiske vansker som skrives ut fra institusjon, og der organisering, kompetanseoppbygging, kapasitet og ikke minst kommunikasjon med den spesialiserte andrelinjetjenesten er viktige kriterier for kommunenes suksess med dette arbeidet.

Når det mer spesifikt gjelder bosetting ut av fengsel og samarbeid mellom fengslene og kommunene oppsummerer Snertingdal og Bakkeli, med bakgrunn i ulike studier, at blant annet tidspunkt for melding om boligbehov, økonomisk støtte til bolig, gjeldsordninger, samarbeidsavtaler og tilgang til kommunale boliger er sentralt (Snertingdal og Bakkeli 2013, s.7). Ofte opplever NAV-ansatte at fengslene tar kontakt for sent når personer skal løslates fra fengsel. NAV-kontorene har dessuten ulik praksis når det gjelder dekking av utgifter til bolig under soning etc. Dette i sum utfordrer overgangen fra fengsel til bolig, slik Snertingdal og Bakkeli (2013) oppsummerer det.

Med rusreformen fikk de regionale helseforetakene ansvaret for spesialisthelsetjenesten for rusmiddelmissbrukere og gruppen fikk pasientrettigheter på linje med andre pasientgrupper. Reformens hovedintensjon var å gi et bedre og mer helhetlig tjenestetilbud til personer med rusmiddelproblemer samt å gi en bedre behandling (Helsedepartementet 2004). Evalueringer har imidlertid gitt et bilde av både lengre ventetid og flere brudd i behandlingsløpet for gruppen i kjølvannet av rusreformen (Lie og Nesvåg 2006/2007 og Stoltenbergutvalget 2010), med de konsekvenser dette har for behovet for bolig blant personer med rusvansker. Dette summeres også opp i Snertingdal og Bakkeli (2013).

Nedbyggingen av den institusjonsbaserte omsorgen har resultert i en overflytting av ansvar innenfor rusomsorgen til kommunene, både når det gjelder forebygging, rehabilitering og ettervern. Dette har betydning for hele dialogen knyttet til behandling og rehabilitering av personer med rusmiddelproblemer. Ventetiden og lengden på behandlingstilbud etc. påvirker de bolig- og tjenestebehov kommunene må dekke. Slik trekkes bolig direkte inn i, og gjøres relevant, ikke bare for den enkeltes livssituasjon, men også for mulighetene for og resultatene av, det behandlings- og

rehabiliteringsopplegget som settes i verk for enkeltpersoner. Et eksempel på dette kom frem i en studie fra 2012, der manglende egnet bolig representerte en begrensning for hva en kunne forvente av resultater av LAR-behandling blant personer med rusmiddelproblemer (Holm og Bjørnsen 2012).

Dette gjør også kommunenes arbeid med utfordringer knyttet til bolig avhengig av og sårbart for det arbeidet som finner sted i andrelinjetjenesten. Ikke bare understrekes viktigheten av gode kommunikasjonslinjer og samhandling, men hele behandlingsregimet og intensiteten i dette får direkte konsekvenser for de boligbehov den enkelte bruker har. Dermed får det også konsekvenser for kommunenes oppfølgende boligsosiale arbeid.

Erfaringene fra evalueringer av samhandlingsreformen viser at behovet for boliger og tilpassede tjenester har økt for personer med rusmiddelproblemer og/eller psykiske vansker (Gautun og Grønningssæter 2012). Studier summert opp av Snertingdal og Bakkeli viser til at fragmenterte behandlingsskjeder, kortere behandlingstid og manglende helhet og sammenheng i tilbudet gjør gode og tilpassede boliger til viktige verktøy for å sikre sammenheng og stabilitet i behandlings- og tjenestetilbudet innenfor rusomsorgen (Snertingdal og Bakkeli 2013). Dette vil igjen kunne ha betydning for mulighetene for å realisere intensjonene i et tilstrekkelig behandlingsopplegg. I tillegg refererer Snertingdal og Bakkeli til studien til Taksdal mfl. fra 2006, hvor det blant annet kom frem en forvirring om hvem som hadde ansvaret for å starte boliganskaffelsesprosessen. Behandlerne oppfattet det som en kommunal oppgave, mens sosialtjenesten plasserte ansvaret som en del av behandlingen (Snertingdal og Bakkeli 2013, s.40).

Spørsmålet vi tar med oss over i vår studie er hvorvidt avtaleverket utviklet innenfor samhandlingsreformen, mellom kommunene og helseforetak, kan bidra til å avklare denne tilsynelatende forvirring.

Også når det gjelder utskrivning fra fengsler ligger det et betydelig ansvar hos kommunene for oppfølging og tilrettelegging av bolig. Dette ligger også inne som et av elementene i tilbakeføringsgarantien, hvor det er en ambisjon at det etableres mest mulig forpliktende samarbeidsstrukturer mellom kriminalomsorgen og kommunale og statlige etater ved løslatelsen (Dyb og Johannessen 2010, Dyb mfl. 2006). Spesielt interessant vil det være å se nærmere på etableringen av og innholdet i avtaler mellom

kriminalomsorgen og ulike relevante kommunale etater som tematiserer boligbehov. Hva ligger i disse avtalene og hvordan følges de opp konkret? Også her vil samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak o.a. være relevant.

For unge som har vært under barnevernets oppfølging i for eksempel fosterhjem, kan overgangen til et selvstendig boforhold etter fylte 18 år by på utfordringer, og det er et kommunalt ansvar å legge til rette for og sikre at overgangen ivaretar den enkeltes behov på en best mulig måte. Gitt at barnevernet i liten grad har tilgang til egne boliger, må det finne boliger enten blant kommunalt disponerte boliger eller på det private markedet (Holm og Bjørnsen 2012). Dette kan både være krevende og gi mindre egnede løsninger. Som Snertingdal og Bakkeli påpeker er spørsmålet om bolig og bosetting en viktig del av barnevernets ettervernsarbeid (2013). Samtidig påpeker de at det er systemutfordringer knyttet til kommunikasjon og samarbeid mellom de ulike forvaltningsnivåene i barnevernet. De viser til sviktende samarbeid mellom blant annet barnevernsinstitusjoner og fosterhjem og det kommunale barnevernet, samt i forhold til Bufetat (Snertingdal og Bakkeli 2013, s.8). Dette viser hen til kommunikasjonsutfordringer innenfor barnevernet.

Særlig en stabil voksenkontakt gjennom forberedelse, flytting og oppfølging ut av barnevernet, synes i følge Snertingdal og Bakkeli viktig (2013, s.9), samt hvor denne stabile voksenkontakten skal etableres.

Mange av de personene som beveger seg inn og ut av fengsel, rusinstitusjoner og psykiatriske institusjoner har sammensatte vansker. I noen tilfeller vil det derfor være de samme personene som på ulike tidspunkt er inne til rusbehandling, sitter i fengsel og får oppfølging fra det psykiske helsevernet. Dette gjelder også til en viss grad innenfor barnevernet, hvor noen av de som skrives ut fra barnevernsinstitusjoner eller andre omsorgstiltak under barnevernet, vil ha behov for oppfølging i forhold til vansker med rus- og/eller psykisk helse.

1.5 En tilfredsstillende bolig

I vår tilnærming til å drøfte overgangen fra institusjon til bolig ligger implisitt en forestilling om at den enkelte må sikres en

”tilfredsstillende” bolig. I utgangspunktet har en stabil, trygg og god bolig en grunnleggende rolle som base for hvile, tilhørighet, identitet, rekreasjon, sosialt og privat liv for alle mennesker. For personer som befinner seg i en spesielt utsatt situasjon, enten det er i forhold til rus, psykiatri, løslatelse fra fengsel, eller i startgropen til et selvstendig voksenliv, slik situasjonen er for barn som har vært under barnevernets beskyttelse, vil imidlertid boligen ha en særlig rolle utover dette. Vi kan nevne blant annet:

- Som base og sikkerhet for personer som har hatt uro på ulike områder av livet, være seg opphold i fengsel, rusvansker eller psykisk ustabilitet.
- Som forutsetning for at en behandling skal ha den nødvendige effekten. Dette kan være aktuelt der behandlingen er poliklinisk eller liknende, som for eksempel LAR-behandling.
- For å skape avstand til destabiliserende miljøer.
- For å skape en ramme rundt behandling, rehabilitering og godt ettervern, og med det en opplevelse av mestring og menneskeverd.

Forstillingen om en ”tilfredsstillende bolig” vil være helt sentral på flere nivåer i en tiltakskjede på veien mot, for eksempel, rusfrihet, og mange kommuner har basert seg på en ”Housing First” strategi. I NOU 2011:15 ”Rom for alle” defineres begrepet om en ”tilfredsstillende bosituasjon” ved at man bor trygt og godt. Å bo godt innebærer å ha en bolig som er tilpasset husholdets behov og økonomi. Å bo trygt innebærer at husholdet har et stabilt og forutsigbart tilknytningsforhold til boligen og at husstanden har tilgang til en fast bolig og ikke står i fare for å miste den.

Særlig for personer i en ustabil livssituasjon, preget av eksempelvis rus og psykiatri vil det være viktig å stabilisere bosituasjonen. Langsiktighet i disposisjonsform, egnet bomiljø, for noen også et element av oppfølging og/eller tilsyn eller ordensregler, vil her være viktig. For noen vil det være helt sentralt å stabilisere i forhold til miljøer og personer i omgivelsene som bidrar til å trekke fokus bort fra behandling og rehabilitering.

Konsekvensen for denne rapporten er at det blir viktig å følge bosettingsprosessene helt frem til den konkrete tilpassede boligen og kommunenes utfordringer med å skaffe denne til veie, for å sikre en helhetlig tilnærming til tilbakeføringsprosessene ut av institusjon og fengsel.

1.6 Fire kryssende prosesser

Når vi i denne rapporten diskuterer prosesser ut fra institusjoner, enten det er etter behandling for rusproblemer og/eller psykiatri, fengsler og barnevern er det viktig å understreke at dette er hva vi kan kalle kryssende prosesser. Dette innebærer at det i noen grad vil være vil være de samme personene vi finner innenfor de fire prosessene, og der kommunal bistand til bolig etter opphold i fengsel eller i etterkant av barnevernets omsorg i hovedsak først blir aktuelt i de tilfellene det oppstår et problem med rus og/eller psykisk helse. Dette er viktig å ta med som utgangspunkt i denne studien.

Dette innebærer at forløpene ikke kan leses uavhengige av hverandre, og forløpene knyttet til det vi med en fellesbetegnelse kan kalle helsebaserte forløp, blir helt sentralt også for å forstå og se de prosesser som følger personer som har bakgrunn fra fengselsopphold eller barnevernet.

I de prosessene vi vil komme til å se på der personer skal løslates fra fengsel eller ut av barnevernets omsorg for eksempel i fosterhjem eller institusjon, blir kommunenes boligsosiale beredskap først trukket inn der vedkommende i tillegg til å være uten bolig, har en tilleggsutfordring, vanligvis knyttet til rus og/eller psykiatri. For personer med bolig, eller der vedkommende ikke har helsemessige utfordringer knyttet til rus og/eller psykiatri, vil ikke den boligsosiale beredskapen i kommunene bli aktivisert og den enkelte forventes i større grad å finne en bolig på egenhånd. Her blir det mer hjelp og støtte i selve leteprosessen etter en bolig som eventuelt blir aktuelle virkemidler, for eksempel ved at fosterhjemsforeldrene stiller opp for å bistå fosterbarn etter fylte 18 år, til å finne en bolig.

Når vi derfor i denne studien i så stor grad legger vekt på de institusjonelle rammene rundt hva vi med en fellesbetegnelse kan kalle helseforløpene, har dette sin bakgrunn i at dette kommer til

anvendelse og er relevant i de tilfellene det er et rus og/eller psykiatrisk problem inne i bildet. Også personer som løslates fra fengsel eller som skrives ut fra barnevernets omsorgstiltak, vil med dette ofte kunne komme inn i forløp der samarbeidsavtalene mellom andrelinjen og kommunene kommer til anvendelse, i den grad de har et helsesrelatert problem knyttet til rus og/eller psykiatri, samtidig som de er bostedsløse.

1.7 Rapportens disposisjon

Rapporten vil være bygget opp rundt samhandlingen mellom institusjoner og fengsler på den ene siden, og kommunene på den andre siden i håndteringen av overgangsfasene på vei mot egen bolig. Vi vil derfor i stor grad bevege oss både på systemnivå og, men også gå inn på kommunenes mulighetsrom når det kommer til å sikre en egnet bolig for personer som skrives ut fra institusjon og fengsel.

Hvor mange av de som eksempelvis befinner seg i en situasjon vi vil klassifisere som bostedsløs, har bakgrunn fra institusjon og/eller fengsler? Dette vet vi litt om fra kartleggingene av bostedsløse, og vi ser kort på dette i kapittel tre.

For å bygge det teoretiske fundamentet for studien vil vi i kapittel fire se på styring og organisering innenfor det boligsosiale arbeidet, herunder tilgangen til styringsvirkemidler og –muligheter innenfor ulike kommunale organisasjonsmodeller.

Dernest, i kapittel fem, beveger vi oss over til rammene for prosessene fra institusjon til bolig på systemnivå, med fokus på de formelle samarbeidsavtalene mellom kommunale og statlige aktører. Dette er så grunnleggende premiss for samhandlingen mellom forvaltningsnivåene, at vi vier et helt kapittel til dette temaet. I kapittel fem vil vi også se på de legale rammene rundt ansvarsfordelingen innenfor den sosiale boligpolitikken.

Dette følges opp i kapitlene seks, hvor vi deler bosettingsprosessene inn i faser og følge disse helt fra innlegging og kartlegging av boligbehovet og frem til den enkelte konkrete bosetting. Vi vil her se på kjennetegn ved de ulike prosessene knyttet til personer med henholdsvis rus og psykiatri på vei ut av institusjoner, personer på vei mot løslatelse fra fengsler og unge ut

av barnevernets institusjonsbaserte omsorgstiltak. Et hovedfokus knytter seg til hvordan få til helhetlige tilbakeføringsforløp innenfor de handlingsmuligheter som foreligger i kommunene, og de ressurser som tilgjengelig.

Alle slike analyser avdekker ofte nye kunnskapsbehov, og vår studie er ikke noe unntak. Gitt at mange av reformene og avtalene som former disse overgangsprosessene er så vidt nytilkomne, vil det være et stort behov for å erfare, evaluere og analysere fremover, for å finne frem til de gode modellene i disse overgangsfasene. Vi vil gi vårt bidrag til dette i vårt konkluderende kapittel syv.

2 Metode og design

Vi vil basere oss på to hovedkilder. Det ene er skriftelige kilder knyttet til samhandlingsavtaler mellom institusjoner, helseforetak og kriminalomsorgen på den ene siden, og kommunene på den andre, samt lovverk, statlige veiledere og øvrige styringsdokumenter knyttet til disse. Det andre er kvalitative intervjuer med relevante aktører. I dette kapitlet vil vi se nærmere på disse kildene.

2.1 Hoveddesign

Metodisk vil vi i hovedsak avgrense oss til kommuner i Hordaland fylke. Dette er et fylke som dels har en storbykommune, Bergen, men som for øvrig har flere både mellomstore og små kommuner. Dette har gjort det mulig i større dybde, å følge linjene i andrelinjetjenestens arbeid og kommunikasjon med kommunene, både innenfor kriminalomsorgen og institusjoner som jobber med rusbehandling, psykisk helse og barnevern.

I hver av kommunene har vi først sett på hvordan bosettingsarbeidet er organisert i relevante kommunale instanser. Deretter har vi gjennomført intervjuer med sentrale aktører knyttet til disse bosettingsprosessene. Samtidig har vi intervjuet ulike aktører innenfor institusjonene og kriminalomsorgen. Også en representant hos fylkesmannen i det aktuelle fylket er intervjuet. Informantene fra institusjonene og fengslene er blant annet bosettings- eller utskrivningsansvarlige i disse samt ansvarlige for oppfølging og behandling.

Vi har tatt utgangspunkt i fire bosettingslinjer, bosetting fra institusjon for rusbehandling og rehabilitering, institusjoner for psykisk helsearbeid, bosetting ut av fengsler og bosetting av

personer ut av barnevernets mest omfattende omsorgstiltak, det er institusjon og fosterhjem.

Dette gir i alt fire bosettingskjeder å forfølge i hver av case-kommunene.

2.2 Dokumentstudier

Før vi gjorde intervjuene, gikk vi igjennom ulike dokumenter som tematiserte samhandling mellom de statlige institusjonene og fengslene på den ene siden, og kommunene på den andre. Dette gjorde vi med utgangspunkt i blant annet veilederen fra Helse- og omsorgsdepartementet (2011) knyttet til samhandlingsreformen, og lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak.

For Hordaland er det fra og med 1.1 2012 innført et eget avtalehierarki for samarbeidsavtalene. Nivå I er den overordnede samarbeidsavtalen. Tjenesteavtaler på nivå II er forankret i denne. Under de enkelte tjenesteavtalene er det så mulighet for å opprette særavtaler for å regulere mer avgrensede faglige eller geografiske områder. Dette er nivå III i avtalehierarkiet.

Dette fremgår av en egen nettside, www.saman.no, som på en oversiktlig måte inneholder de ulike avtalene mellom Helse Bergen, Haukeland universitetssykehus, og 22 av Hordalands 33 kommuner. Her har vi særlig gått inn i tjenesteavtale 2, tjenesteavtale 3-5 og psykoseforløpet. Disse drøftes i neste kapittel.

Her skal kort nevnes at:

Tjenesteavtale 2 gir blant annet retningslinjer knyttet til innleggelse, utskriving, habilitering og rehabilitering for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester for pasienter som har behov for koordinerte tjenester.

Tjenesteavtale 3-5 inneholder retningslinjer knyttet til samarbeid om innleggelse og utskriving fra spesialisthelsetjenesten innen somatisk sektor for Helse Bergen HF og Haraldsplass Diakonale Sykehus AS.

Psykoseforløpet er utarbeidet av et Samarbeidsutvalg og gir retningslinjer for et felles psykoseforløp. Retningslinjene er knyttet til sluttrapporten fra utvalgets arbeid.

Også andre avtaler gjennomgått fra et par andre fylker enn Hordaland.

Innenfor kriminalomsorgen har oppsummeringsrapporten fra et seminar mellom deltakere fra Kriminalomsorg region vest, og ansatte i Bergen kommune om overgangen fra fengsel til bolig vært et viktig underlagsdokument. I tillegg kommer Samarbeidsavtale vedrørende domfelte og varetektsfengslede innsatte mellom Kriminalomsorgen region vest og Bergen kommune.

2.3 Kvalitative intervjuer i kommunene

2.3.1 Utvalg kommuner

Vi har gjennomført intervjuer i fem kommuner i Hordaland.

Dette er Bergen, som den største, med over 100 000 innbyggere, to kommuner med mellom 20 000 og 30 000 innbyggere, én kommune med mellom 5 000 og 10 000 innbyggere og én kommune med under 5 000 innbyggere. I Bergen har vi intervjuet fra i alt tre ulike bydeler.

Kommunene er valgt strategisk etter størrelse og organisering. En av kommunene har bydelssystem, hvor rus og psykisk helse forvaltes i hver bydel.

I tillegg har vi gjennomført kontrollintervjuer med informanter innenfor særlig NAV, men også ambulerende team i tre andre mellomstore kommuner, for å få referanser på sentrale temaer utenfor det ene fylket. Vi kaller derfor kommunene for referansekommuner, for å skille de fra casekommunene. I referansekommunene er det utført færre intervjuer, og disse er utført mer avgrenset tematisk. To av referansekommunene har mellom 50 og 60 000 innbyggere, mens den tredje har nær 30 000 innbyggere. Kommunene ligger i henholdsvis sentralt østland, innlandet østland og nord for Trøndelag.

2.3.2 Informanter

Organisasjonsstrukturen i kommunene definerer hvem som er relevante informanter i de ulike kommunene. Rus, psykisk helse og barnevern er også organisert litt ulikt i de ulike kommunene.

I den største kommunen i utvalget ligger rus og psykisk helse inn under etat for sosiale tjenester, mens barnevern ligger under etat for barn og familie. Rus og psykiatri er her organisert som en egen enhet som driver oppfølging i bolig, samt har ansvaret for bolig til egne brukere. Denne enheten tildeler også kommunale boliger generelt, det inkluderer eventuelt brukere fra barnevernet som har behov for hjelp til å finne egnet bolig. Dette arbeidet er organisert i et tildelingsteam. Forvaltningskontoret for hjemmetjenester har ansvaret for å tildele boliger som defineres som omsorgsboliger, det inkluderer boliger til psykisk syke.

I en av de mellomstore kommunene ligger derimot rus inn under NAV, mens psykisk helse ligger under helsesjefen. Samtidig er imidlertid staben styrket innenfor NAV-rus for slik å kunne ta et større ansvar for RoP personer. Barnevernet ligger her under sosialsjefen.

I alt har vi intervjuet åtte informanter på sentralt etatsnivå eller over i de i alt fem kommunene, mens vi har intervjuet syv på operativt nivå enten i kommunene sentralt, der det ikke er bydelsordning, eller ute i bydelene. Seks av disse er tilknyttet NAV, én er tilknyttet en kommunal boligstiftelse.

I tillegg har vi foretatt seks intervjuer med relevante tilsvarende aktører i tre referansekommuner. Tre av disse er tilknyttet NAV, en fra et sosialmedisinsk senter, en fra et ambulerende team og en fra et velferdstiltak for aktive rusmisbrukere.

Det er intervjuet en representant for fylkesmannen. Fylkesmannen er ansvarlig både for å gi råd og yte veiledning i saker som angår vårt tema, samt for å gjennomføre statlig tilsyn med at kommunene oppfyller sine lovpålagte forpliktelser.

Når det kommer til de statlige institusjonene og fengslene har vi for det første intervjuet to avdelingsledere på barnevernsinstitusjoner, den ene privat, den andre statlig. Innenfor rus/psykiatriinstitusjoner har vi intervjuet i en institusjon og et DPS. I institusjonen, som er den klart største i regionen, er en prosjektleder og en sosialkonsulent intervjuet, mens i DPS er to sosionomer og en avdelingsoverlege i allmennpsykiatri intervjuet. I tillegg ble det også gjennomført et informantintervju ved en privat behandlingssinstitusjon innen rus.

Innenfor kriminalomsorgen har vi intervjuet en sosialkonsulent fra det største fengslet i regionen, prosjektleder fra *Bolig for alle*, under kriminalomsorgen region vest, samt en informant fra et fengsel i en annen region.

Vi har også gjennomført intervju med fylkesmannen, ved fylkeslegen i det aktuelle fylket.

2.3.3 Intervjuform

Intervjuene er gjennomført som en kombinasjon av personlig intervju og telefonintervju. Fem av de personlige intervjuene er gjort med to eller flere informanter til stede samtidig. Det er utarbeidet to semistrukturerte intervjuguider som sikrer at et fast sett av tema tas opp i intervjuene og som samtidig legger til rette for at interessante tema kan følges opp. Intervjuguidene er tatt med som vedlegg 1.

3 Fra institusjon og fengsel til hva? Noen tall

Hva skrives personer ut til etter endt institusjonsopphold eller soning? Dette er vanskelig å kvantifisere direkte. I dette kapitlet vil vi imidlertid som en bakgrunn for den videre drøftingen se på dette med utgangspunkt i bakgrunnen til personer som er vanskeligstilte på boligmarkedet, først og fremst som bostedsløse. Vi spør: Hvor mange av de som er bostedsløse har bakgrunn fra institusjon eller fengsel? Vi vil dels vise til tall fra bostedsløshetskartleggingen i 2013 og dels hente et eksempel fra saksbehandlerstatistikk. Vi vil også søke å kvantifisere ventetiden til kommunale boliger i et utvalg kommuner.

3.1 Bostedsløs etter institusjon og fengsler

Ser vi på registrerte bostedsløse finner vi i kartleggingen fra 2012 at 15 prosent blant de som i 2012 ble registrert som bostedsløse befant seg i statlige behandlingsinstitusjoner, mens 7 prosent var i fengsel eller under Friomsorgen (Dyb og Johannessen 2013, s.55). Dette er en nedgang fra 1996, som er det første året for registrering av bostedsløse i Norge (Ulfrstad 1997). Tabell 2.1. nedenfor viser institusjon og kriminalomsorgen som oppholdssted blant bostedsløse etter registreringsår, i prosent av alle bostedsløse.

Tabell 3.1 *Andelen bostedsløse i institusjon og kriminalomsorgen på registreringstidspunktet i tellinger av bostedsløse i henholdsvis 2012, 2008, 2005, 2003 og 1996. Prosent*

	2012	2008	2005	2003	1996
Institusjon	15	17	15	21	37
Kriminalomsorgen	7	8	10	7	

Kilde: Dyb og Johannessen 2013, s.55.

Som vi ser av tabellen var hele 37 prosent av de bostedsløse i 1996 i institusjon eller under kriminalomsorgen, mens det samme tallet var 22 i 2012. Andelen har gått jevnt nedover over hele tidsperioden hvor disse kartleggingene har vært foretatt. Selv om en må ta høyde for at registreringskategoriseringene har endret seg noe over tid i denne perioden (Dyb og Johannessen 2013, s.55), kan dette kanskje indikere at en har lykket i noe større grad å sikre at de som er under institusjonsoppfølging, har en bolig å gå til. I kartleggingene har det imidlertid samtidig vært en økning av andelen bostedsløse som overnatter midlertidig hos venner, kjente og slekt, eller som bor i midlertidig bolig. Det er rimelig å anta at er et alternativ for en del av de som avslutter opphold i institusjon eller fengsel.

Ser vi på lengden av opphold i institusjon og under kriminalomsorgen blant de som registreres som bostedsløse finner vi at de fleste har et opphold der på over 3 måneder. Dette ser vi også av tabell 2.2. nedenfor, som viser lengde på oppholdet etter oppholdsformene institusjon og under kriminalomsorgen blant de bostedsløse registrert i 2012.

Tabell 3.2 *Andel av de som befant seg i henholdsvis institusjon og under kriminalomsorgen blant de bostedsløse i 2012, etter lengde på oppholdet der. Prosent*

Lengde i situasjonen	Institusjon	Kriminalomsorgen
Under 3 måneder	45	33
Over 3 måneder	55	67
Sum	100	100

Kilde: Dyb og Johannessen 2013, .57.

Som vi ser hadde to av tre av de som ble registrert som bostedsløse under kriminalomsorgen, befunnet seg under kriminalomsorgen over tre måneder. Blant de som befant seg i institusjon var andelen noe lavere, med 55 prosent. Dette betyr at de fleste som er bostedsløse og under omsorg av institusjon eller i kriminalomsorgen har vært det i over tre måneder. Dette innebærer at for to av tre bostedsløse som er under kriminalomsorgen, og for over halvparten av dem som er innlagt i institusjon, har en hatt tre måneder eller mer til å forberede en løslatelse eller utskrivning. Hvorvidt dette er tilstrekkelig tid til å få til en egnet bosetting i kommunene vil variere avhengig blant annet av det lokale boligmarkedet. Men med gode kommunikasjonslinjer mellom spesialisthelsetjenesten og kriminalomsorgen på den ene siden og kommunene på den andre, skulle dette gi kommunene over tre måneders forberedelsestid for over halvparten av de bostedsløse som rekrutteres herfra.

Dyb og Johannessen finner imidlertid at de statlige behandlingsinstitusjonene skiller seg ut med en klart høyere andel bostedsløse med kortere opphold. Dette innebærer at for de som skrives ut fra disse institusjonene, er tiden kommunene har til å forberede en egnet bosetting, i samarbeid med behandlingsinstitusjonen, kort. Ofte vil det også være vanskeligere å anslå hvor lenge personer trenger institusjonsopphold, i hvert fall knyttet til psykisk helse, enn hvor lang soningen i fengsel skal være. Dette innebærer at det vil være vanskeligere å forutsi tidspunkt for utskrivning fra institusjon enn løslatelse fra fengsel, noe som kan gjøre det vanskeligere å planlegge bosetting.

Den korte behandlingstiden må ses i sammenheng med institusjonene i samhandlingsreformen, der nettopp kortere liggetid og raskere overføring til kommunene er et av målene.¹

3.2 Boligsituasjonen for personer som er inne til soning

Kriminalomsorgens dataverktøy gir i liten grad opplysninger om boligsituasjonen for innsatte som kan gi noen god oversikt over

¹ Hvordan dette påvirker bostedsløsheten følges blant annet opp i NIBR-rapport 2013:6 (Bjørnsen mfl.).

boligsituasjonen for personer som er inne til soning. Ved manuell registrering er det imidlertid laget noen oversikter i lokale enheter over bosituasjonen blant personer som skal løslates, uten at dette publiseres som statistikk. Dette gjøres også i Kriminalomsorg region vest sitt prosjekt ”Bolig for alle”, for 2013-2015. I dette prosjektet har en nettopp etterstrebet å få til en mer likeartet registrering i de lokale enhetene for å bedre kvaliteten i registreringen. Ambisjonen er å publisere en bedre oversikt over boligsituasjonen blant innsatte i regionen.

Heller ikke innenfor rus, psykiatri eller barnevern finnes det noen regional eller nasjonal registrering av boligsituasjonen blant pasienter eller ungdommer i institusjoner.

En av våre informanter i en behandlingstjeneste for rusmiddelavhengige hadde imidlertid registrert utfallet i sakene hun hadde jobbet med i løpet av 2013. Behandlingstiden ved tjenesten lå vanligvis på mellom 6-9 måneder, og som sosialkonsulent var hun involvert i de fleste sakene hvor personer var uten bolig. Selv om vi ikke kan si hvor representativ denne oversikten over saksutfall er for feltet som sådan, kan den være illustrerende for hvilken realitet mange institusjoner står i, når de skriver ut personer etter endt behandling.

I alt tok registreringen utgangspunkt i 35 personer som ved kartleggingen av bosituasjonen etter innleggelse var uten fast bolig.

Ved utskrivning i 2013 var bosituasjonen for disse 35 som vist i Tabell 3.3.

Tabell 3.3 *Bosituasjonen ved utskrivning fra behandlingsinstitusjon for rus, for 35 personer som ved innleggelse var uten fast bolig. 2013. Et eksempel*

Uten fast bolig	12
Hjem til familie/ofte far og mor	6
Privat leid bolig	7
Tildelt kommunal bolig	3
Innvilget kommunalt lån og kjøpt bolig	1
Uavklart	6
Sum	35

Tallene her er meget interessante som et utgangspunkt for den videre diskusjon i denne rapporten. Den viser at av 35 personer som var bostedsløse ved innleggelse, lykkes elleve å få en mer stabil bolig ved utskrivning, enten ved å skaffe privat leid bolig, tildele kommunal bolig eller gjennom lån, å kjøpe egen bolig. Tolv av 35 er fortsatt bostedsløse og seks flytter hjem til familie.

At bare tre av 35 får kommunal bolig, er også illustrerende for den lange ventetiden mange av våre informanter oppgir at det er for å få kommunal bolig, og at en i stor grad må lete etter andre alternativer for personer uten bolig.

Utover dette ble det i 2006 gjort en studie av boligsituasjonen for personer etter endt soning, gjennomført av NIBR, KRUS og Byggforsk i 2006 (Dyb mfl. 2006). Selv om data er fra noen år tilbake, gir det noen interessante inntrykk av bosituasjonen for personer i det de skal løslates etter endt soning.

Studien viser at et mindretall, 28 prosent, regner med å flytte til egen eid bolig etter endt soning. Andelen er omtrent lik for personer som er domfelte og personer som er i varetekt (Dyb mfl. 2006, s.107). Ser vi på andelen som svarer at de ikke vet hvor de skal flytte etter endt soning, er det imidlertid store variasjoner mellom de domfelte og de som er i varetekt. Mens 15 prosent av de som er domfelte svarer at de ikke vet, er andelen 30 prosent blant de i varetekt.

En av fire domfelte regner imidlertid med å kjøpe en bolig etter løslatelsen, noe bare seks prosent av de i varetekt har planer om. Dette kan ha sammenheng med at mange av de som befinner seg i varetekt ikke vet når de skal løslates (Dyb mfl. 2006, s.107).

Andelen som venter å bo hos kjente eller familie er derimot høyst blant de som er i varetekt, med 30 prosent, mens den er 19 prosent blant de domfelte.

Dyb med flere finner i sin analyse at det er en klar sammenheng mellom alder og hvor den enkelte planlegger å bo etter løslatelse. Løslatte over 40 år flytter oftere til eid eller leid bolig (Dyb mfl. 2006, s.109). De fleste som flytter til egen eid bolig er i alderen 40 til 54 år. De yngste derimot, under 25 år, oppgir oftere at de flytter til familie og slekt.

Dette viser i sum at en høy andel av de som forlater et soningsforhold, vil være uten en fast bolig å gå til.

3.3 Ventetid på kommunal bolig

I de fleste kommunene er det lang ventetid på kommunal bolig. Dette betyr at den ”ventende” må ha et annet botilbud i ventetiden. I den største av våre casekommuner regner en av våre informanter i NAV at knappheten de der har på kommunale boliger gir om lag tre til fire års ventetid. Dette gir mellom 300 og 400 på venteliste til en hver tid. Antallet vil variere noe, gitt at mange på ventelisten aktivt vil søke andre boliger mens de venter. I den ene mellomstore kommunen regnes det med at det er en ventetid på rundt to år for å få kommunal bolig. Ved tildeling av kommunal bolig er boligens egnethet for søker et sentralt kriterium. Dette innebærer i praksis at ventetiden blir lengst for brukere som er på vei ut av barnevernets omsorg, dernest for pasienter med rusrelaterte lidelser og rus og psykiatri i kombinasjon, mens den er kortest for pasienter med rene psykiske lidelser, slik våre informanter opplever det.

Også i den andre mellomstore kommunen var det lang ventetid på kommunal bolig, og med det et stort underskudd av boliger i forhold til behovet. I de to minste kommunene i vårt utvalg var behovet mer begrenset, og en supplerte i stedet med boligløsninger leid inn i andre kommuner etter behov.

3.4 Oppsummerende

Det er i liten grad utviklet dataverktøy for å systematisere oversikter over boligsituasjonen blant personer som bor i institusjoner eller fengsler. I de siste tallene fra kartlegging av bostedsløse, ser vi imidlertid at vel en av fem blant de bostedsløse befinner seg i institusjon eller fengsel. Andelen har vært jevnt avtakende siden tellingene første gang ble gjort i 1996. Dette kan indikere at det sterke politiske fokuset på bostedsløshet de to siste tiår, har gitt resultater for de som er innenfor behandlingsapparatet og under kriminalomsorgen.

Det skrives en viss andel ut til bostedsløshet fra institusjoner og fengsler. Vi kan ikke presentere noen tall for dette, men et eksempel fra en rusinstitusjon viser at blant 35 som var bostedsløse ved innleggelse i 2013, var tolv av disse uten bolig ved utskrivning. Tre fikk til sammenlikning tildelt kommunal bolig, mens åtte lyktes i å finne bolig privat eller kjøpe.

4 Bosetting, statlig styring og kommunal organisering

Styring og organisering av boligsosialt arbeid er sentralt for samarbeidet mellom andrelinjetjenestene og kommunene. Det skal behandles i dette kapitlet. Vi presenterer tre perspektiver på statlig flernivåstyring; hierarki, New Public Management og samstyring. Videre presenteres de ulike statlige aktørene som er inne i bildet i det boligsosiale arbeidet og det ansvaret de har. Dernest ser vi litt på kommunal politisk og administrativ organisering før vi presiserer noen problemstillinger om samarbeid knyttet til organisering på statlig og kommunalt nivå.

4.1 Styring

Bosetting av personer etter opphold i fengsel eller institusjon er en kompleks utfordring som kjennetegnes av at ingen enkelt aktør har tilstrekkelig kunnskap og informasjon til å kunne løse problemet alene, ingen har god nok oversikt over problemet til å utforme nødvendige virkemidler og ingen av aktørene har tilstrekkelig handlingsrom til å kunne håndtere problemet alene (Kooiman 1993, s.4, Ulfrstad 2011). I arbeidet med boliger til personer i en vanskelig livssituasjon er en rekke aktører potensielt viktige. Statlige myndigheter utformer politikken som skal føres på de ulike områdene det er rettet oppmerksomhet mot her. Politikken iverksettes i et flernivåsystem der statlige organer som direktorater, Husbanken og tjenester som spesialisthelsetjenesten, barnevernsinstitusjoner og fengsler er representert, samt fylkesmenn i rollen som rådgivere og tilsynsmyndigheter, kommuner, frivillige organisasjoner og private virksomheter. Politikken som utvikles på sentralt nivå skal gi resultater for brukere på regionalt statlig nivå i sykehus, fengsler og barnevernsinstitusjoner, samt i kommuner

med hensyn til bosetting etter opphold i institusjon. I slike flernivåsystemer er styring en utfordring.

Det har vært en utvikling fra hierarkisk basert styring med fokus på politikktutforming og iverksetting, via New Public Management (NPM), med vekt på styring av ressurser og resultater, til økt vekt på forhandling om verdier, meninger og relasjoner i tillegg i det vi kaller samstyring (Røiseland og Vabo 2012). I den hierarkiske styringen brukes det prosedyrer som beslutningstaking og planlegging, og styringsinstrumentene er juridiske og økonomiske reguleringer. Det innebærer at politikken iverksettes hierarkisk i en situasjon der overordnet myndighet har makt til å kreve at politikken iverksettes på en bestemt måte. I NPM er prosedyrene strategiske, og resultatkontroll er det viktigste virkemiddelet. Det retter sterk oppmerksomhet mot kontrollprosedyrer og tilsyn, og markedet tas ofte i bruk som fordelingsmekanisme. I samstyringsprosesser er prosedyrene å designe, ramme inn og legge til rette for forskjellige former for nettverk. Styringsinstrumentene er forhandlinger og etablering av nettverk, og medlemskap i nettverk er sentralt for fordeling av ressurser. De ulike styringspraksisene eksisterer samtidig og legger altså til rette for bruk av ulike styringsvirkemidler (Røiseland og Vabo 2012, Osborne 2010).

Redskaper som er sentrale innenfor den hierarkiske styringsformen er ofte lov og forskrift, samt andre formelle reguleringer. Diverse former for økonomiske virkemidler er også en del av de hierarkiske styringsvirkemidlene, med øremerkede midler som det viktigste utover de generelle rammeoverføringene, og prosjektmidler som det minst styrende ettersom det er frivillig for kommunene å søke om og bruke prosjektmidler. Innenfor NPM som styringsmodus er målstyring et sentralt redskap og staten setter i dette tilfellet målet, bosetting av personer som har hatt institusjonsopphold, mens kommunene, som har hovedansvaret for bosetting, må finne ut hvordan målet skal nås. Lov om kommuner og fylkeskommuner fra 1992 knesetter prinsippet om målstyring og åpner også for større grad av markedsløsninger på kommunalt og fylkeskommunalt nivå enn hva som hadde vært mulig tidligere (LOV-1997-09-25-107). Blant annet kan det etableres kommunale selskaper på ulike områder. Angående bosetting av personer som har hatt opphold i institusjon har

kommunene dette ansvaret, men delvis i samarbeid med de regionale statlige tjenestene som driver institusjonene.

Et tredje styringsvirkemiddel, som først og fremst kan knyttes til samstyringsperspektivet, er det vi kaller pedagogiske eller relasjonelle virkemidler. Dette er virkemidler som er rettet inn mot å sette i gang prosesser på regionalt og lokalt nivå. Pedagogiske virkemidler har grenseflater til lov ved at det kan lages veiledere knyttet til spesielle lovparagrafer. Knyttet til Folkehelseloven er det for eksempel laget en veileder til hvordan kommunene kan arbeide med den oversikten over positive og negative faktorer som påvirker helsen, som lovens paragrafer 5 og 21 forplikter kommuner og fylkeskommuner til å lage (Helsedirektoratet 2013). De har også grenseflater til økonomiske prosjektmidler, det knyttes ofte økonomiske midler til pedagogiske styringsvirkemidler. Eksempler på slike virkemidler er handlingsplaner, som Opptrappingsplanen for psykisk helsearbeid og Opptrappingsplanen på rusfeltet. Innenfor Helse- og omsorgstjenesteloven, som også bidrar i reguleringen av kommunenes samhandling med den somatiske spesialisthelsetjenesten, blir det for eksempel lyst ut midler til å sette i gang prosjekter om samhandling (Helsedirektoratet 2010). Innenfor boligpolitikken har Husbanken forskjellige former for virkemidler for å sette i gang prosesser på lokalnivået og Kompetansemidlene er kanskje de mest kjente.

Relasjonelle styringsvirkemidler tas i bruk fordi staten ser at den er avhengig av andre aktører; regionale statlige brukerrettede tjenester, kommuner, frivillige organisasjoner eller aktører på markedet for å få gjennomført politikken sin. De statlige brukerrettede tjenestene har staten, ved sektormyndigheten, instruksjonsmyndighet over. Instruksjonene skal likevel oversettes og tilpasses den lokale konteksten i prosessen med å bli iverksatt. Med de andre aktørene inngår staten i forhandlinger om verdier, meninger og relasjoner, og setter i gang prosesser lokalt. Prosedyrene som tas i bruk er å designe eller tilrettelegge for nettverk, og styringsinstrumentene er å etablere nettverk på forskjellige områder for på den måten å forplikte kommunene og andre ikke-statlige aktører. Fordelingsmekanismene er relasjonelle, staten inngår i forhandlinger med aktører som kan bringe inn ressurser for å iverksette en politikk. Ressurser i denne sammenhengen er økonomi, tid, personell og kompetanse. Samstyring er basert på at aktørene anerkjenner at de er gjensidig avhengig av

hverandre for å kunne realisere samfunnsmessige mål eller produsere felles goder (Sørensen og Torfing 2009, Røiseland og Vabo 2008). Én måte å legge til rette for slik felles innsats på, er gjennom å etablere mer eller mindre formaliserte former for samarbeid. Gjennom utforming av slike samarbeidsnettverk oppstår mulighet for å finne nye og innovative løsninger på komplekse utfordringer (Helgesen og Hofstad 2012, s.32). Slike nettverk kan også kalles partnerskap, men partnerskapene er ofte formaliserte og styres av avtaler eller til og med kontrakter.

Avtaler og kontrakter kan komme inn i bildet på flere måter. Når kommuner søker om prosjektmidler inngår de i en forpliktende relasjon til statlig nivå i form av at de må både søke om midler og rapportere på bruken av dem. Det er kontroll og et innslag av NPM i relasjonen, samtidig som det settes i gang prosesser på lokalnivået og i samhandlingen mellom kommunene og den statlige instansen som har lyst ut midlene, samt i en del tilfeller med statlige brukerrettede tjenester. Det kan også reguleres i lov at det skal inngås avtaler eller kontrakter. Da er virkemiddelet mer formalisert og har en sterkere bindende karakter. Selv om slike avtaler er hierarkisk bestemt kan de likevel sette i gang prosesser mellom de partene som er forpliktet til å inngå dem. På helse- og omsorgsområdet er det nedfelt i lov at det skal inngås avtale om samhandling mellom kommuner og helseforetak, det er også lagt fast hva som skal være avtalenes innhold (Lov 2011-06-24 nr 30 §§ 6.1 og 6.2).

Komplekse problemer fordrer altså vertikal samordning og det kan enten skje gjennom autoritære strategier, der én aktør får makt til å definere problemet og finne løsningen, eller ved samarbeidspregede strategier. Mens autoritære strategier kan hemme gjensidig aktivitet og læring, og dermed mulighetene for å finne gode løsninger, vil samarbeidsstrategier – samstyring eller governance – innebære at flere aktører trekker i samme retning (Røiseland og Vabo 2008, 2012). Samstyring er også et perspektiv som kan brukes på det horisontale tverrsektorielle og flerfaglige samarbeidet som bør foregå lokalt i kommuner i arbeidet med å bosette personer som har hatt opphold i institusjon. Samstyring er, som vist til over, basert på at aktørene anerkjenner at de er gjensidig avhengig av hverandre for å kunne realisere mål eller produsere goder. Det vil innebære at kommunale enheter og personell-

grupper samarbeider om å finne løsninger for flere grupper av personer som har hatt institusjonsopphold.

4.2 Organisering i andrelinjetjenesten

De statlige brukerrettede tjenestene i helseforetak, kriminalomsorgen og barnevernet er forskjellig organisert. De har alle et sentralt direktorat, Helsedirektoratet, Kriminalomsorgsdirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. Slike instanser har forskjellige funksjoner i sine roller som myndighetsorgan. Rollene er dels å være fagdirektorat som utvikler faggrunnlaget for politikk, dels å være et forvaltningsorgan som bedriver lovfortolkning og tilskuddsforvaltning, og dels å være et iverksettingsorgan for regjeringens politikk. Slike instanser kan også ha rollen som etatsstyrer, dvs. de har ansvaret for virksomhetsstyringen i sine underliggende etater.

Helseforetakene er organisert i fire regioner, de regionale helseforetakene har et sett lokale helseforetak innenfor sine grenser. Det enkelte helseforetak har ansvaret for å inngå avtaler med kommuner, og inngår gjerne felles avtaler med grupper av kommuner (Hanssen mfl. 2014). Det regionale helseforetaket denne studien gjennomføres innenfor har for eksempel tre Distriktpsikiatriske sentre (DPS), en psykiatrisk klinikk, klinisk psykisk helsevern for barn og unge (PBU), en barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk (BUP), samt poliklinisk psykiatrisk behandling. Det er også etablert en avdeling for rusmedisin, og det er en privat rusklinikk. Helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven regulerer oppgaver som kommuner og regionale helseforetak skal utføre, de er også den legale rammen for inngåelser av avtaler mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Retningslinjer for innleggelse og utskriving av pasienter er et av de områdene partene er pålagt å inngå avtaler om, for våre grupper av pasienter nevnes de som potensielt kan utsettes for tvang. Videre skal avtalen omhandle utskriving av pasienter etter Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 nr. 5. Dette spesifiseres nærmere i en forskrift, og avtalene skal gjelde for alle pasienter som skrives ut fra sykehus (Helse- og omsorgsdepartementet 2011). Plikten for kommunen til å betale for utskrivningsklare pasienter gjelder imidlertid ikke for disse gruppene. Som vi skal se senere i rapporten regulerer Helse- og

omsorgstjenesteloven også kommunenes plikt til å bidra i arbeidet med bosetting av personer som har hatt opphold i institusjon.

Kriminalomsorgen har fem regioner, og disse samsvarer ikke med Helseforetaksregionene i geografisk nedslagsfelt. Vårt fylke er i en region med to andre fylker og innenfor denne regionens grenser er det seks fengsler og en overgangsbolig. Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen regulerer kommunenes ansvar for å «skaffe boliger til vanskeligstilte personer som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet» (Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen 2009, nr131. §15). Det er vedtatt en tilbakeføringsgaranti som ikke gir nye rettigheter, men som viser til at også straffedømte skal ha rett til velferdsgoder som bolig, arbeid, skoleplass, helse- og rustilbud, økonomisk rådgivning, samt et nettverk. Det er ansatt om lag 25 tilbakeføringskoordinatorer fordelt på regionene. De fleste av disse er tilsatt ved større fengsler, men enkelte også i friomsorgen og i regionadministrasjoner. De skal arbeide på systemnivå for å samordne tiltak i kriminalomsorgen med tiltak i kommuner og andre som har ansvar for å formidle velferdsgoder til løslatte fra fengsel. I noen fengsler er det etablert servicetorg for å hjelpe innsatte til kontakt med kommunale tiltak (<http://www.kriminalomsorgen.no/tilbake-til-samfunnet.5013756-237921.html>). Koordinatorernes arbeidsoppgaver er beskrevet i «Kort og godt januar 2012», det legges vekt på koordinering med kommuner. Regjeringen og KS har siden 2005 hatt en samarbeidsavtale om å forebygge og bekjempe bostedsløshet. Disse partene skal bidra til at det utvikles rammebetingelser og tiltak som bidrar til at personer som ikke selv er i stand til det, skal få hjelp til å skaffe seg og beholde en bolig. Det er en målsetting at kommunene utnytter virkemidlene på en helhetlig og god måte, og at den nasjonale politikken fremmer effektive lokale løsninger innenfor rammene av det lokale selvstyret. Husbanken og de virkemidlene denne administrerer har en sentral rolle i dette arbeidet, og samarbeider med kommunene om iverksetting (<http://www.kriminalomsorgen.no/bolig-og-gjeld.237935.no.html>).

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet har etatsansvaret overfor det statlige barnevernet, Bufetat. Etaten er organisert med fem regionkontorer som leder det regionale statlige barnevernet. Regionene var i starten organisert tilsvarende helseforetaksregionene, men det er ikke lenger samsvar i geografisk nedslagsfelt

mellom disse regionale etatene. Det er det statlige regionale barnevernets oppgaver å skaffe institusjonsplasser, rekruttere og formidle fosterhjem, bistå kommunalt barnevern ved plassering av barn og unge utenfor hjemmet og sørge for at fosterhjem får nødvendig opplæring. Staten har altså ansvaret for å etablere og drive barnevernsinstitusjoner eller inngå avtaler med private eller kommunale institusjonseiere om kjøp av plasser. De har også ansvaret for fosterhjem (Myrvold mfl. 2011). Dette ansvaret varer i hovedregel fram til barn er 18 år. Deretter er bolig et ansvar for hjemkommunen, men ikke nødvendigvis for hjemkommunens barnevernstjeneste.

Samarbeidet mellom det statlige og det kommunale barnevernet har hatt betydelige utfordringer (Myrvold mfl. 2011), og KS har bidratt til at det er laget to avtaler som kommuner kan inngå med det statlige barnevernet. Den første er en avtale som inngås mellom kommunal ledelse og det regionale barnevernets ledelse og den andre er en avtale som inngås mellom det kommunale barnevernet og regionens fagteam. Ingen av disse omtaler bolig spesifikt, men det omtales at det skal legges til rette for samarbeid med andre enheter og etater som kan bidra positivt i hjelpen barn, unge og familier kan få (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet 2010, <http://www.bufetat.no/fagfolk/barnevern/avtaler/>).

Arbeids- og velferdsdirektoratet forvalter det statlige tilskuddet til det kommunale boligsosiale arbeidet. Direktoratet har fylkesvise regioner og det skal være et NAV-kontor eller lignede i hver kommune. Det innebærer at NAV iverksettes lokalt i et partnerskap mellom stat og kommuner, og samarbeidet reguleres av en avtale som hver kommune inngår med det fylkesvise NAV-kontoret. Rammeavtalen for dette er inngått i samarbeid mellom departementet og KS, og det er også her utarbeidet en veileder for inngåelse av lokale avtaler. Kommunene er pålagt å legge sin økonomiske sosialstøtte til NAV-kontoret, utover dette reguleres oppgavene NAV-kontoret skal ha for den enkelte kommune av partnerskapsavtalen. Dette medførte at mange kommuner la store deler av sin sosialforvaltning til NAV-kontoret, og oppgaver som rustiltak, boligsosiale tiltak, gjeldsrådgivning, samt integrering av flyktninger og innvandrere ble lagt hit (Fimreite og Hagen 2009). Dette innebærer at hvilke kommunale oppgaver det lokale NAV-kontoret har vil varierer mellom kommuner.

De sentrale myndighetene som er omtalt her, samt IMDi, samarbeider om den boligsosiale handlingsstrategien, Bolig for velferd, som ble utarbeidet våren 2014. I denne vektlegges det at kommunene har nøkkelrollen, og at alle kommuner har et ansvar for å hjelpe vanskeligstilte på boligmarkedet. Det er målsettingen at kommunalt ansvar skal sikre likhet og at hjelpen kommer så tidlig som mulig, og det påpekes at 50 kommuner som opplever store boligsosiale utfordringer har inngått et langsiktig og forpliktende samarbeid med Husbanken om boligsosialt arbeid (KMD 2014, s.13). Det er også Husbanken som koordinerer arbeidet med denne strategien. Det foregår dermed en viss form for koordinering på statlig nivå om boligpolitikk for vanskeligstilte, og dette feltet preges ikke, som mange andre, av at statlige myndigheter desentraliserer alle dilemmaene rundt koordinering til det kommunale nivået. Organiseringen i regioner, regionenes samarbeid med kommunene og de ulike avtaleverkene som er etablert i de ulike tjenestene, øker likevel kompleksiteten kommunene opplever i gjennomføringen av den aktuelle boligsosiale politikken. Av avtalene som nevnes her, er det helsesektorens og NAVs avtaler som er regulert i lov og dermed pålagt kommunene å inngå. Helsesektorens avtaler omtaler bolig for alle kommuner, mens NAVs avtaler vil omfatte bolig for en del kommuner, og ikke for andre. Dette avhenger av hvilke oppgaver kommunene har valgt å organisere inn i NAV. På områdene barnevern og kriminalomsorg er avtalene mellom kommunene og andrelinjen frivillige å inngå, og mens kriminalomsorgens avtaleverk omtaler bolig, gjør barnevernets det ikke.

Samarbeidsavtaler etter Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, vil være underlagt nærmere spesifiserte minimumskrav (jmfør lovens § 6-2). Disse vil også inkludere boligsosiale krav. Dette ser vi nærmere på i kapittel fem.

4.3 Kommunal organisering

Samtidig som det kan være en utfordring for kommunene å utarbeide avtaler og holde kontakt med et variert sett av regionale instanser, kan det også være utfordrende for regionale ansvarshavende på de ulike områdene å ha kontakt med kommuner. Dette fordi organiseringen, både den politiske og den administrative, varierer mye mellom kommuner. Hvor det boligsosiale arbeidet er

lokalisert i bestemte kommuner kan det dermed være en utfordring å holde oversikt over for koordinatorene og sosialkonsulenter i andrelinjetjenestene.

Det er flere faktorer som kan bidra til fragmentering av det boligsosiale arbeidet i kommunene og dermed til at det kan være utfordrende for andrelinjen å holde kontakt med dem om dette spørsmålet. Knyttet til politisk forankring vil mange kommuner ha faste politiske utvalg som har ansvaret for boligpolitikken. I 2012 var det 82 prosent av kommunene som hadde slike utvalg, mens om lag 16 prosent ikke har det, resten har ingen utvalg eller komiteer. I 42 prosent av kommunene er komiteene organisert etter formål, dvs. at de tradisjonelle arbeidsområdene til kommuner er organisert enten hver for seg eller sammen med et annet politikkområde. I 41 prosent er de organisert som en funksjonsmodell, dvs. at oppgaver knyttet til drift er organisert sammen (Blåka mfl. 2012). Funksjonsorganiseringen vil ha et noe større potensial enn formålsorganiseringen til å organisere sammen de politikkområdene vi ser på her og dermed se det boligsosiale arbeidet for flere grupper i sammenheng, mens formålsorganiseringen har i seg mulighet for at boligsosialt arbeid er spredd på ulike politiske komiteer. Den politiske forankringen av boligsosialt arbeid kan dermed være fragmentert i kommunene.

Samtidig så vi over at det er store muligheter for at den administrative forankringen av det boligsosiale arbeidet også er fragmentert. Kommunene kan ha en modell med kommunalsjefer, eller andre mellomledere, slike vil ha et koordinerende ansvar som mellomledd mellom de enkelte tjenesteenheter og rådmannsnivået. Om lag $\frac{3}{4}$ av kommunene har en slik administrativ modell i 2012, og det er vanlig at flere ansvarsområder er slått sammen og ligger under samme kommunalsjef eller annet. Kommunalsjefer er gjerne en del av administrasjonssjefens ledergruppe (53 % av kommuner), dvs. at det i en slik modell er et forholdsvis stort potensial for koordinering, også innenfor det boligsosiale arbeidet. Likevel er det nærmere 36 prosent av kommunene som oppgir at de har en rendyrket tonivåmodell i sin administrasjon (Blåka mfl. 2012, s.79-80 og 84). Den rendyrkede tonivåmodellen, dvs. der ledere for tjenesteenheter rapporterer direkte til rådmann eller administrasjonssjef, vil trolig fungere fragmenterende. I denne modellen er det rådmannsnivået som har hovedansvaret for koordinering, slik at mellomleddet, kommunaldirektørene, som kan medvirke til at

saksområder vurderes i sammenheng også lengre nede i systemet, er borte. Det er en erfaring som gjøres i kommuner at tonivå-modeller reduserer oppmerksomheten mot faglige spørsmål og fokuserer den mot økonomikontroll i tråd med NPM-perspektivet, noe som medfører at byråkratiseringen øker (Opedal mfl. 2002, Torsteinsen 2006).

Angående både politisk og administrativ organisering i kommunene er det altså muligheter for at det boligsosiale arbeidet kan fragmenteres. I noen kommuner vil det være ansatt boligkonsulenter enten knyttet til enhetene som tilbyr tjenester til enkeltgrupper, eller i enheter eller avdelinger som arbeider med flere grupper av tjenestemottakere. Kommuner kan også ha egne boligkontor som spesialiserer seg på framskaffing av boliger, dette kan være arbeid som gjennomføres i en flerfaglig setting der både rus, barnevern, psykisk helse og noen ganger pleie og omsorg, får tilgang til boliger fra et felles kontor. I andre kommuner igjen er det kommunalt NAV som tar seg av framskaffing og tildeling av boliger. I tillegg til at variasjonen har konsekvenser for kontakten mellom andrelinjetjenesten og kommunene, vil det også kunne ha konsekvenser for den kompetansen kommunene har mulighet til å bygge opp på dette feltet.

I tabell 4.1. skisserer vi noen organisatoriske hovedtrekk knyttet ved de kommunene som danner utgangspunkt for empirien i denne studien. Tabellen angir også kommunestørrelse. Casekommunene beskrives nærmere i kapittel 3.

Tabell 4.1. *Organisatorisk beskrivelse av utvalgte kjennetegn ved casekommunene i studien.*

Kommuner / Kjennetegn	1	2	3	4	5
Antall innbyggere	250 000	27 000	24 000	8000	4000
Ordfører fra	Høyre	Høyre	Høyre	Arbeiderpartiet	Arbeiderpartiet
Administrativ organisering	Kommunalaråd og distriktsorganisering	Kommunalsjefmodell	Enhetsmodell	Kommunalsjefmodell	Kommunalsjefmodell
Organisering av bolig-tjenester	Etat for boligforvaltning, Etat som mottar og behandler søknader	Kommunalt eiendoms-selskap, Tildelingskontor som mottar og behandler søknader	Boligstiftelse som behandler søknader	Det søkes til NAV-kontoret som behandler søknader	Det søkes til kommunen som behandler søknaden

Som det fremgår av tabellen varierer kommunene vi har studert sterkt i størrelse, de vil dermed også variere med hensyn til utfordringer de har i sin boligpolitikk og kapasiteten de har til å løse utfordringene. De varierer med hensyn til politisk farge, der den store og de to mellomstore kommunene har ordfører fra Høyre, mens de mindre kommunene har ordfører fra Arbeiderpartiet. Dette kan spille en rolle for helse- og omsorgspolitikken ettersom denne er både tjeneste- og personellintensiv, men den norske modellen med formannskap der partiene representeres proporsjonalt med styrken de har i kommunestyret, medvirker til at politikken i stor grad iverksettes etter oppnådd konsensus.

At kommunene har en kommunalsjefmodell innebærer at det er en mellomleder mellom rådmannsnivået og ledere av tjenesteytende enheter, eller at det er etablert en posisjon som skal ha særskilt ansvar for ett eller flere saksfelt og tjenesteområder i kommunen.

Vedkommende kan ha koordinerende funksjoner og vil bidra til at tjenester kan ses i sammenheng. I enhetsmodeller kommuniserer ledere for tjenesteytende enheter direkte med rådmannsnivået og enhetene har også ofte delegert ansvar for budsjettet.

I spørsmålet om organisering av boligjenester viser tabellen at det varierer sterkt. Alle kommunene har organisert seg på forskjellige måter. I den største kommunen er det etablert et eget forvaltningsorgan for drifting av kommunale boliger og det er en etat som, trolig ved NAV-kontorene, mottar og behandler søknader om kommunal bolig. I kommune to er det et kommunalt eiendomsselskap som eier og drifter kommunale boliger, og der er det et tildelingskontor som tar i mot og behandler søknader. Kommune tre har etablert en boligstiftelse som er en mellomløsning mellom etats- og selskapsorganisering i det kommunen fortsatt kan sette ut ansvaret for boligene, men uten at det skjer i selskapsform. I kommune fire er det NAV som har ansvaret, mens det i kommune fem ikke har framkommet hvem som står ansvarlig for å motta og behandle søknader om kommunal bolig. Dette skjer trolig under ansvaret til kommunalsjefen for helse og omsorg.

4.4 Utdypning av problemstillinger og hypoteser

Prosjektet kartlegger hvordan kommunene har organisert arbeidet med å bosette personer som har hatt opphold i institusjon og hvordan samarbeidet med andrelinjetjenesten er utformet. Organiseringen av arbeidet, dvs. hvordan kommunen samarbeider internt og med andre aktører, kan ha betydning for gjennomføringen. Som vist til over kan organiseringen av bosetting i kommunen tenkes å foregå på flere måter:

1. Arbeidet med bosetting av flere grupper kan være integrert i samme enhet.
2. Det kan etableres en egen tildelingsgruppe eller lignende, som er et flerfaglig og tverrsektorielt samarbeid mellom de kommunale ansvarshavende enhetene, mens selve oppfølgingen ligger i respektive ansvarshavende enhet.
3. Hver tjeneste – psykisk helsearbeid, rus, barnevern, NAV – kan ha egen boligforsyning, dvs. at boligforsyningen er

sektorisert og at det ikke samarbeides om tildeling av boliger eller om den oppfølgingen som gis i boligene.

4. Ansvar for boligforsyning kan ligge i en egen boligjeneste, mens oppfølging etc. ligger i respektive ansvarshavende enheter.

Valg av organisasjonsmodell har betydning for den horisontale samhandlingen mellom enheter i kommunen, og for horisontal samhandling med aktører på kommunalt nivå, også frivillige og private, samt vertikalt med andrelinjetjenesten.

Løsningene som peker på ulike former for samarbeid kan gi bedre forutsetninger for å finne gode, helhetlige løsninger for enkeltpersoner, fordi en slik organisering kan sikre at bolig- og tjenestetilbud blir godt integrert. Slike løsninger vil også styrke utviklingen av en flerfaglig kompetanse om boliger for vanskeligstilte. Et mulig problem med disse løsningene, men også med den tredje løsningen, kan være at enkelttilfeller som ikke naturlig faller inn under noen av enkelttjenestene vil kunne bli kasteball mellom ulike tjenester (Holm og Bjørnsen 2012).

En sektororientert løsning mht bosetting av personer som har hatt institusjonsopphold kan på den ene siden medvirke til at det utvikles spesialkompetanse på utvikling av tilpassede boløsninger, samt oppfølging i bolig etc. En sektororientert organisering av boligarbeidet kan også tydeliggjøre ansvarslinjer og roller, samtidig som dette kan svekke bosettingsarbeidet som integrert del av de ulike sektorenes tjenesteutvikling.

Ledelse, ansvarsplassering, rolleforståelse og initiativ vil også være et sentralt spørsmål i forhold til hvordan kommunene løser og håndterer overgangsproblematikk. Hvor er ansvaret plassert, er dette tydeliggjort, har den ansvarlige en rolleforståelse i tråd med dette, og ikke minst, hvor er selve initiativet til boliganskaffelse plassert i bosettingskjeden?

Erfaringer fra tidligere studier viser at kommunene har bred erfaring på samhandling på individnivå, men mindre på systemnivå. På det mer aggregerte systemnivået er det imidlertid under utvikling et avtaleapparat som tar sikte på å rydde og formalisere blant annet nettopp overgangen fra andrelinjetjenesten til kommunene. Her er særlig avtaleapparatet utviklet i forhold til overgangene fra institusjon til kommune, men også ut av fengsler.

Avtaleapparatet for ut av barnevern er i mindre grad utviklet. Før vi ser nærmere på dette i kapittel 4, vil vi skissere de enkelte fasene i den tilbakeføringsprosess til kommunene som her er tema. Dette vil vi se nærmere på i neste kapittel.

5 Faser i et tilbakeføringsforløp: Ut av institusjon og fengsel over i bolig

Prosessene ut fra institusjon og fengsel og over i bolig finner sted i skjæringsfeltet mellom dels statlige aktører og dels kommunale. En rekke aktører på ulike arenaer involveres i de mange oppgavene som må løses og utfordringene som må møtes for å få til gode bosettingsforløp. Aktørene og arenaene, oppgaver og utfordringer vil variere fra person til person, avhengig av en rekke forhold. Samtidig vil det være en del fellestrekk på tvers, som gjør at prosessene lar seg systematisere i hva vi i dette kapitlet vil definere som faser i et bosettingsforløp, fra innleggelse i institusjon eller innsetting i fengsel og til utskrivning eller løslatelse og over i bosetting. I dette vil vi dels legge vekt på utfordringer og situasjoner som løper på tvers i forløpene ut fra institusjoner for rus og /eller psykiatri, ut av fengsel eller ut fra barnevernsinstitusjoner, og dels søke å få frem det unike ved de enkelte forløpene.

Et viktig utgangspunkt er igjen graden av kryssende forløp, noe vi kort berørte i kapittel 1. Dette innebærer at forløpene ikke må ses helt isolert fra hverandre, selv om problemstillinger og utfordringer vil kunne variere noe. Viktigste her er at personer som løslates fra fengsel eller vokser ut av barnevernets omsorg ved fylte 18 år i hovedsak, først kommer inn under kommunenes boligsosiale beredskap i den grad de nettopp har vansker i forhold til rus og/eller psykiske vansker, samtidig som de gjerne er bostedsløse. Personer uten tilleggsvansker med rus og/eller psykiatri som løslates fra fengsel og som har bolig, forventes i større grad å finne løsninger på egen hånd, eventuelt med veiledning fra fengslenes egne sosionomer eller andre. Det samme

gjelder i stor grad de som forlater barnevernets omsorg etter fylte 18 år.

Dette innebærer i sum at forløpene knyttet til helserelaterte utfordringer, som rus og psykiatri, har en mer grunnleggende posisjon, enn forløpene ut fra fengsel og barnevern, nettopp i det at de også favner de mest komplekse forløpene ut fra nettopp fengsel og barnevern. Dette innebærer at helseforløpene vil gis spesiell plass i det som følger i de påfølgende kapitlene.

5.1 Faser i en tilbakeføringsprosess ut av institusjon og fengsel – over til bolig

Den felles innsats fra ulike aktører, på ulike forvaltningsnivåer og arenaer på veien ut fra statlige institusjoner eller fengsler til bosetting i kommunene kan karakteriseres som en tilbakeføringsprosess, med ulike faser eller arbeidsoperasjoner. En vellykket tilbakeføringsprosess, spesielt for en bostedsløs i institusjon eller fengsel, vil i stor grad avhenge av at alle disse fasene eller arbeidsoperasjonene gjennomføres, og det til rett tid, i forhold til den enkeltes institusjons- eller soningsforløp.

Selv om disse fasene vil gli over i hverandre, og kanskje mer gå i sirkel enn i en rett linje, vil vi i her skissere noen generelle kjennetegn ved disse fasene og noen utfordringer knyttet til disse. Den videre diskusjonen vil ta utgangspunkt i disse fasene.

Hvordan fasene forløper vil variere fra bruker til bruker, avhengig av den enkeltes situasjon og behov. Dette blir tydeligere når vi kommer inn på forløpene innenfor de enkelte sektorene rus, psykiatri, fengsel og barnevern. Fasene blir derfor kun skissemessig fremstilt her.

Som prosess regnet, initieres tilbakeføringen fra institusjon og fengsel til bolig, ved at:

- (1) Boligsituasjonen og boligbehovet kartlegges. Her er en særlig oppmerksom på å avdekke om bosituasjonen er uegnet eventuelt om vedkommende er uten bolig. Våre informanter i institusjonene og i fengslene hevder at det som regel er de som tar initiativet til kartleggingen, noe som støttes av kommunale informanter. Samtidig er de

ofte helt avhengig av bistand til dette arbeidet fra kommunene. I tilfelle med institusjonsinnleggelse for et problem knyttet til rus og/eller psykiatri, følger imidlertid mye kunnskap pasienten, i de tilfellene det er kommunen som henviser. Dette gjelder i særlig grad der innleggelsene er planlagte. Der innleggelsene skjer akutt, kan det imidlertid være kunnskapsbehov som må dekkes. Dette skjer da på institusjonens initiativ, med kommunen som støttespiller. Behovskartleggingen vil også kunne tematiseres i ulike ansvarsgrupper etc., som vil være tverretatlig sammensatt.

Ideelt sett bør dette arbeidet uansett begynne så tidlig som mulig, og helst allerede ved innleggelse og innsetting, men her er det som vi skal se senere i studien, store variasjoner.

- (2) Foreberedelse og gjennomføring av boligrelaterte beslutninger. Etter at kartleggingen har funnet sted, forberedes ulike boligrelaterte beslutninger, i den grad det er avdekket en utilfredstillende eller uforsvarlig bosituasjon, herunder bostedsløshet. Dette kan være å få sendt ulike søknader, eksempelvis om kommunal bolig eller bostøtte, eller initiativ til å finansiere eksisterende bolig under soning eller institusjonsopphold. Deretter fattes det vedtak, som igjen legger grunnlaget for det videre bosettingsarbeidet. Forberedelsen til bosetting og de enkelte boligrelaterte beslutningene er i stor grad kommunenes ansvar, samtidig som prosessene også vil kunne forberedes tverretatlig, for eksempel innenfor rammene av en ansvarsgruppe. Institusjonene, fengslene og ikke minst den enkelte pasient eller innsatte vil også kunne involvere seg i denne fasen og prøve å påvirke kommunenes vedtak.
- (3) Finne bolig og innflytting. Etter at alle boligrelaterte beslutninger i fase (2) er avklart, eller parallelt med dette, må det arbeides med å finne en konkret bolig. Dette vil i hovedsak være et kommunalt ansvar, selv om informanter i både institusjoner og fengsler i intervjuene gir uttrykk for at også de bidrar inn her. For mange, særlig for personer med et uttalt rusproblem, vil det å finne en egnet bolig være en stor utfordring. Forberedelsen til selve flyttingen

vil også kreve en del innsats, blant annet i form av å skaffe utstyr til boligen, samt innretning. Her bidrar både kommunene og institusjonene, da ansvaret her ikke er så klart definert.

Aktivitetene under fase (1), (2) og (3) finner ideelt sett sted mens den enkelte er i institusjon eller fengsel, slik at boligen eksisterer på det tidspunkt vedkommende skrives ut eller løslates.

- (4) Ettervern og oppfølging i boligen. Etter at personen har flyttet over i egen bolig, starter den fjerde og kanskje mest krevende delen av tilbakeføringen, nemlig ettervernet og oppfølgingen i boligen. Dette er kommunenes ansvar, men tidvis skjer dette også i faglig samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Oppgavene i denne fasen spenner fra det praktiske, som å betale husleien, holde rent etc. til det mer behandlingsorienterte, for eksempel knyttet til psykisk helse. Utfordringene her er tilsvarende mange. Dette handler om å få tilpasset et tjenestetilbud til den enkeltes behov, behov som kan være vanskelige å forutse så lenge vedkommende bor i institusjon. Oppfølgingen handler både om å skape en god og trygg bosituasjon for den enkelte, herunder sikre stabile boforhold over tid.

I denne fasen er vedkommende fortrinnsvis bosatt og normalisering til livet kan begynne. Institusjonene innenfor både rus, psykisk helse og barnevern vil imidlertid fortsatt kunne være samarbeidende parter i ettervernet og oppfølgingen i boligen.

Disse fasene i bosettingsarbeidet er mer uttrykk for arbeidsoppgaver i et forløp, enn systematisk påfølgende faser i en tidsakse. I mange tilfeller vil både institusjonene og kommunene arbeide inn i flere av fasene parallelt, for eksempel ved at en samtidig som en søker å avklare hvilke rettigheter den enkelte har knyttet til bostøtte etc. søker å finne en konkret bolig. Viktigheten av å jobbe med flere spørsmål parallelt øker, jo kortere tid man har til å utføre arbeidsoppgavene, det vil i praksis si, jo kortere institusjons- eller fengselsoppholdet er. Det vil si at det vi her definerer som fase (2) og (3) ikke bare kan løpe mer eller mindre samtidig, men også **må** gå parallelt for at tilbakeføring til bolig kan skje på en mest mulig forsvarlig måte. Generelt vil det være slik at

jo mer tidspress, jo knappere tid frem til utskrivning eller løslatelse, jo mer må skje samtidig av dette fasearbeidet.

Jo mer av arbeidet med fasene eller arbeidsoppgavene (1) til (3) som kan finne sted mens personen er inne på institusjon eller under soning, jo høyere synes sannsynligheten å være for en godt planlagt bosettingsprosess over i egnet bolig etter institusjon eller fengsel.

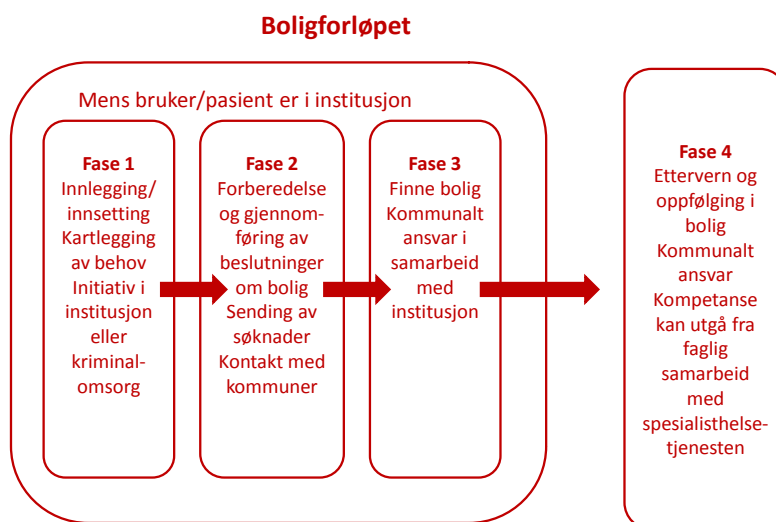
Gjennomføringen av fasene (1) til (3) under oppholdet i institusjon eller fengsel kan være en utfordring, men fremstår som en viktig premis for å lykkes i bosettingsarbeidet. Skriver for eksempel pasienten ut før planlagt, eller den innsatte løslates før planen, kan det langsiktige arbeidet glippe, om kommunen ikke har lyktes å få på plass en bolig på utskrivningstidspunktet. Da kan en komme i situasjoner der kommunene må ty til midlertidige boliger, og andre ikke optimale løsninger, som i verste fall kan utløse et tilbakefall hva gjelder rusproblematikk eller annet.

Suksessen av disse fasene i tilbakeføringsarbeidet avhenger kritisk av evnen og mulighetene til å tilpasse dette arbeidet til pasient- og soningsforløpene.

5.2 Visuell fremstilling av fasene i et bosettingsforløp

I figur 5.1. gir vi en visuell fremstilling av de enkelte fasene i det vi her har definert som et bosettingsforløp for personer i institusjon og fengsel. Forløpet starter ved innlegging eller innsetting, og går via kartlegging, forberedelse og gjennomføring av boligrelaterte beslutninger, til den operative fasen med å finne bolig, utskrivning eller løslatelse, og til slutt ettervernet.

Figur 5.1 *Faser i et boligforløp for personer, fra innlegging i institusjon eller innsetting i fengsel, til utskrivning og løslatelse.*



I det påfølgende vil vi se nærmere på bosettingsforløpene innenfor hver av de fire gruppene ut av institusjon for rus, psykiatri, fengsel og barnevern, og knytte dette opp mot hver av de fire fasene eller arbeidsoperasjonene i tilbakeføringsarbeidet. Vi vil i dette vektlegge både forhold på systemnivå og individnivå når det kommer til mulighetene for å sikre gode forløp, gode i betydningen at de resulterer i en trygg og egnet bosetting.

Samtidig handler det også om særlig kommunenes handlingsrom. Hvilke muligheter har kommunene til å ivareta de oppgaver som ligger til de i disse prosessene? Dette handler særlig om det kommunale mulighetsrommet i fase 3, hvor en skal finne en konkret bolig. Som vi skal se videre i denne studien, er det en utbredt erfaring både blant institusjonene og fengslene og blant kommunene, at mens fase 1, kartlegging, og fase 2, boligrelaterte beslutning på individnivå, for de fleste aktørene forløper uten de helt store utfordringene, stopper prosessene i en del tilfeller opp når vi kommer til fase 3. Dette har nettopp sammenheng med begrensninger i det kommunale handlingsrommet. I kapittel 6 skal vi se nærmere på hvordan dette slår ut for hvilke grupper, på hvilken måte.

Dette innebærer at selv om prosessene dels er underlagt et formelt avtaleverk, er gjennomføringen av alle prosessenes faser underlagt visse begrensninger blant annet når det kommer til det kommunale handlingsrommet.

I neste kapittel vil vi se nærmere på utviklingen av det formelle avtaleverket for samhandling mellom forvaltningsnivåene, som har kommet i stand i kjølvannet i samhandlingsreformen. Det kommunale handlingsrommet, uformelle rutiner og utfordringer knyttet til dette, drøftes i kapittel 6, hvor vi ser på hvordan fasene og prosessene forløper i praksis.

6 De legale rammene rundt samarbeidsrelasjonen

I dette kapitlet skal vi se nærmere på de formelle rammene rundt prosessen og fasene på vei fra institusjon og fengsel til bolig formelt regulert i lov- og avtaleverket. I særlig grad skal vi se på regelverket som regulerer og legger premissene for prosesser og samhandling mellom forvaltningsnivåene. Dette betyr at vi i dette kapitlet stor grad vil bevege oss på systemnivå i spørsmålet om tilbakeføring til bolig i kommunene. I forlengelsen av dette, er det sentralt i hvilken grad avtaleverket synes å organisere og systematisere den potensielle tvetydighet og uklarhet som ligger i grenseflaten mellom spesialisthelsetjenesten og sektorbaserte kommuner innenfor det boligsosiale arbeidet.

Vi begynner med å se på de legale forventningene knyttet til kommunene i spørsmål om bolig etter endt institusjonsopphold og soning, før vi ser videre på de legale og avtalerettslige reguleringsene av relasjonen mellom kommunene på den ene siden og henholdsvis spesialisthelsetjenesten og fengslene på den andre siden. Hvilke avtaler kan etableres, formelle og uformelle, og i hvilken grad fordeler eventuelle avtaler roller og ansvar for bosetting i de sårbare overgangsfasene vi her har et fokus på?

6.1 Legale boligsosiale forpliktelser for kommunene ved utskriving fra institusjon eller endt soning

Kommunenes legale boligsosiale forpliktelser for personer som skrives ut fra institusjon eller fengsel baserer seg særlig på to sentrale kilder: Lov om sosiale tjenester i arbeids- og

velferdsforvaltningen og Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.

Går vi til formålsparagrafen til den førstnevnte loven heter det der at:

Formålet med loven er å bedre levekårene for vanskeligstilte, bidra til sosial og økonomisk trygghet, herunder at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig...

(Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen §1)

For personer med opphold i institusjon utdypes dette i samme lov §3, hvor kommunenes ansvar plasseres:

For den som oppholder seg i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester, skal tjenestene [...] ytes av den kommunen som var oppholdskommune forut for inntaket i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester. Dette gjelder også tjenester før utskrivning i forbindelse med utskrivning og etablering.

(Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen §3)

Hvilke rettigheter som etableres når det kommer til bolig, går blant annet frem av §§ 15 og 27. Således heter det i §15:

Kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen skal medvirke til å skaffe boliger til vanskeligstilte personer som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet.

(Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen §15)

Og i § 27:

Kommunen er forpliktet til å finne midlertidig botilbud for dem som ikke klarer det selv.

(Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen §27)

Kommunen er med dette legalt forpliktet kun til å *medvirke* til å skaffe boliger til vanskeligstilte personer som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet. For de som ikke klarer dette på egen hånd, selv med kommunens medvirkning, er kommunen *forpliktet* til å finne midlertidig bolig. Dette utdypes også i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. hvor dette gjentas i §3-7:

Kommunen skal medvirke til å skaffe boliger til personer som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet, herunder boliger med særlig tilpasning og med hjelpe- og vernetiltak for dem som trenger det på grunn av alder, funksjonshemming eller av andre årsaker.

(Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. §3-7)

Rettighetslovene definerer med andre ord en *plikt til å hjelpe* med å skaffe bolig, ikke til å skaffe selve boligen.

I kapittel to viste vi dessuten hvilke statlige institusjoner kommunene kan inngå avtaler med – Arbeids- og velferdsdirektoratet, Helseforetakene, Kriminalomsorgsdirektoratet, samt Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. Av disse har kommunene en plikt til å inngå i gjensidige avtaler med de fylkesbaserte NAV-kontorer og Helseforetaket som kommunen er i opptaksområdet til. I de kommende avsnittene skal vi gå noe nærmere inn på detaljene i deler av avtaleverket.

6.2 Ansvarsfordeling og legale rammer rundt relasjonen mellom kommunene og regionale helseforetak

Kommunene har en plikt til å inngå samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket i helseregionen eller med helseforetak som det regionale helseforetaket bestemmer. Dette fremkommer i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m., §6.-1, som trådte i kraft 01.01.2012.

Disse samarbeidsavtalene skal ha som målsetting å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester, og dette knytter seg også til overgangen fra institusjoner under de regionale helseforetakene og til selvstendig bosetting i kommunene. Det er kommunestyret selv som skal inngå samarbeidsavtale, i følge lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. §6-1. Det stilles imidlertid minimumskrav til avtalen, hvor særlig helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester frem, (jamfør §6-2). Det er naturlig å tolke bolig inn i denne sammenhengen, selv om det kun nevnes spesielt i punkt 4, under døgnopphold. Avtalen skal som et minimum omfatte:

Retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester.

(Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. §6-2, punkt 2)

Bolig kan ses som en del av slike samarbeidsavtaler for personer som har behov for bolig som en del av rehabiliteringen. Dette vil blant annet kunne gjelde for personer med rus og/eller psykiske vansker som skrives ut fra tilbud innenfor spesialisthelsetjenesten. Dette berører også tjenesteapparatet, i det det heter videre i §6-2, punkt 5, at avtalene også skal omfatte som et minimum:

Retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon.

Til minimumskravene i avtalen heter det også at de skal omfatte:

Beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp etter §3-5 tredje ledd.

(Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. §6-2, punkt 4)

I §3-5, tredje ledd, heter det for øvrig:

Kommunene skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og døgntjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten gjelder kun

for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til.

(Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. §3.5, tredje ledd)

Dette er grunnlaget for de såkalte tjenesteavtalene 3-5, som vi vil komme tilbake til nedenfor. Dette er kanskje det minimumskravet til samarbeidsavtalene som mest konkret trekker bolig inn i avtaleverket, og som kommer til anvendelse ved utskrivning fra institusjon. Her er det viktig å understreke at avtaleverket ikke er avgrenset til somatikk, men også omfatter pasienter med rus og/eller psykiatri. Dette utvider avtaleverkets nedslagsfelt til også å gjelde ved utskrivning fra behandling i rusinstitusjon eller psykiatrisk behandling.

Et minimumskrav er videre etter §6-2 i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester at avtalene skal inneholde:

Retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglig nettverk og hospitering,

(Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. §6-2, punkt 6)

Samt:

Samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid.

(Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. §6-2, punkt 7)

Dette er også viktig i et boligsosialt tilbakeføringsarbeid, i det kunnskap og informasjonsutveksling vil være helt grunnleggende for at kommunene skal kunne etablere et tilpasset bolig- og tjenestetilbud.

Disse ulike bestemmelsene følger politiske signaler som kom i forbindelse med samhandlingsreformen. Blant annet heter det om ny fremtidig kommunerolle, i St.meld. nr. 47 (2008-2009) avsnitt 3.3.3 at det skal legges opp til et:

forpliktende avtalesystem mellom kommuner/
samarbeidende kommuner og helseforetak om blant
annet oppgavefordeling og samarbeid.

Det sterke fokuset på forebygging innenfor samhandlingsreformen underbygger kommunenes sentrale ansvar, men da i samhandling med helseforetakene. Dette fremheves i St.meld. nr. 47 (2008-2009) avsnitt 3.3.3 for nettopp pasientgrupper innenfor områder som psykisk helse og rus, hvor:

pasientenes mestring av eget liv er den sentrale målsettingen på mange av helse- og omsorgssektorens områder.

Her heter det videre at det ofte vil være:

samspeillet mellom helsetjenestene og de ulike kommunale tjenestene som kan legge til rette for mestring.

(St.meld. nr. 47 (2008-2009) avsnitt 3.3.3)

Et nært samarbeid mellom kommuner og helseforetak anses som en forutsetning for å lykkes med en sterkere kommunal innsats i forhold til å bedre effekten for pasienter og samfunnsøkonomien, jmfør St.meld. nr. 47 (2008-2009) avsnitt 3.3.3.2. Avtalene er ment utformet slik at:

spesialisthelsetjenesten forplikter seg til å bistå kommunen med nødvendig kompetanse og kunnskapsoverføring slik at kommunen settes i stand til å utføre sine oppgaver på en forsvarlig måte

slik det heter i St.meld. nr. 47 (2008-2009) avsnitt 3.3.3.2, jmfør Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester §6-2, punkt 6 og 7.

Som det fremheves i veilederen til samhandlingsreformen fra Helse og omsorgsdepartementet, *Samhandlingsreformen – Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak*, er det et viktig mål i samhandlingsreformen å etablere gode pasientforløp. Et kritisk punkt i pasientforløpet, slik det understrekes i veilederen, er nettopp utskrivning fra spesialisthelsetjenesten når pasienten har behov for videre oppfølging av det kommunale tjenesteapparatet (Helse- og omsorgsdepartementet 2010, s. 20).

Avtaler knyttet til utskrivningsklare pasienter er derfor lovpålagt og definert i spesialisthelsetjenesteloven §2-6, hvor det heter:

Regionalt helseforetak skal inngå samarbeidsavtale med kommunene om utskrivningsklare pasienter, jf. § 2-1 e annet ledd.

Går vi til §2-1 e heter det der at:

Det regionale helseforetakets ansvar etter §2-1a første ledd innebærer også en plikt til å legge til rette for nødvendig samarbeid mellom ulike helseforetak innad i det regionale helseforetaket, med andre regionale helseforetak, fylkeskommuner, kommuner eller andre tjenesteytere om å tilby tjenester omfattet av loven.

De regionale helseforetakene skal sørge for at det inngås samarbeidsavtaler som nevnt i helse- og omsorgsloven § 6-1. Det regionale helseforetaket kan beslutte at ett eller flere av helseforetakene det eier, skal inngå og være part i slike avtaler.

(Lov om spesialisthelsetjenesten m.m., §2-1 e)

Regelverkene som definerer rammene for den enkelte avtalen favner imidlertid bredere enn de lovtekster vi har sitert her. Her vil blant annet Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern være relevant, forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m., Lov om pasient- og brukerrettigheter, Lov om helsepersonell m.v, Forskrift om pasientjournal samt forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator være relevant i ulik grad.

Enn så lenge er det imidlertid ikke innført medfinansieringsordninger ved innleggelser eller betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter på verken rus- eller psykiatrifeltet.

Dette innebærer at avtaleverket knyttet til samarbeid mellom kommunene og de regionale helseforetakene inkluderer bolig-sosiale perspektiver. Det blir derfor opp til det enkelte helseforetaket og den respektive kommunen å legge til rette for dette i sine gjensidige avtaler. Spørsmålet er derfor ikke så mye *om*, men *hvordan* bolig er inkludert i avtalesystemet mellom kommunene og helseforetakene, samt hvem som setter premissene

i forståelsen av boligbehov og oppfølging, slik det oppleves både fra kommunenes side, og fra helseforetakenes side.

I samsvar med Helse- og omsorgstjenesteloven §6-4 skal for øvrig de regionale helseforetakene sende sine samarbeidsavtaler til Helsedirektoratet som samler disse på et eget nettsted.

6.3 Nærmere om innholdet i avtalene

Samarbeidsavtalene kan være av ulikt format og innhold. De fleste helseforetakene har relativt likelydende avtaler med kommuner innenfor sitt opptaksområde, samtidig som noen kommuner, kanskje særlig de største, kan fremforhandle egne avtaler. Dette siste gjelder for eksempel i relasjonen mellom Helse Bergen og Bergen kommune.

Da disse avtalene tar opp i seg mange av de aktuelle problemstillingene i grenseflaten mellom kommunene og helseforetakene, skal vi se nærmere på modellene utviklet innenfor disse.

Kommunene kan også ha avtaler som regulerer enkeltområder innenfor samarbeidet mellom andrelinjen og kommunen, som eksempelvis avtaler innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

I dette avsnittet vil vi se nærmere på utformingen av avtaler i forhold til Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester §3-5. Regulering av de enkelte pasientforløpene ligger for øvrig som en intensjon i samhandlingsreformen. Disse vil også være illustrerende for hvordan en arbeider med bolig inn i dette avtaleverket. Vi vil derfor drøfte et eksempel på pasientforløp, det såkalte Psykoseforløpet, som er utarbeidet av Helse Bergen. Til slutt i avsnittet vil vi se på arbeidet med en såkalt Rus- og Psykiatriavtale. Også dette eksemplet er hentet fra Helse Bergen.

6.3.1 Tjenesteavtale 3 og 5

Tjenesteavtale 3 og 5 for samarbeid om inntak i og utskrivning fra spesialisthelsetjenesten innen rusmedisin og psykisk helsevern for barn, unge og voksne, som er inngått mellom kommunene i Helse Bergen sitt opptaksområde og Helse Bergen HF, NKS Olaviken alderspsykiatrisk sykehus AS, Solli distriktpsikiatrisk senter, Hospitalet Betanien og Voss Distriktpsikiatriske Senter NKS Bjørkeli, er det

en direkte henvisning til bolig under punktet om *Praktiske forhold som må avklares før utskrivning*. Der heter det under punkt 10.12.8:

Kommunen er forpliktet til å finne midlertidig botilbud for dem som ikke klarer det selv.

Tjenesteavtalen har et detaljert sett av rutiner for samhandling ved utskrivning fra spesialisthelsetjenesten, der det blant annet heter at:

Spesialisthelsetjenesten plikter å melde til kommunen når en pasient er utskrivningsklar.

(Punkt 10.2)

Melding om utskrivningsklar pasient skal gis til aktuelt kontaktpunkt i kommunen.

(Punkt 10.3)

Spesialisthelsetjenesten v/behandlingsansvarlig enhet avtaler pasientens utreisetidspunkt med aktuelt kontaktpunkt i kommunen.

(Punkt 10.5)

Opplysninger som er nødvendige for å ivareta en forsvarlig oppfølging av pasienten, skal alltid følge pasienten ved utskrivning.

(Punkt 10.8)

I sum gir dette et sikkerhetsnett rundt pasienten ved utskrivning, som har en tydelig intensjon om å bygge bro mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Ved at det må oppgis boligadresse ved henvisning til spesialisthelsetjenesten vil en også allerede ved innleggelsen vite om vedkommende pasient er uten bolig.

Et interessant spørsmål er om kommunene må bekrefte overfor helseforetaket at egnet bolig foreligger. Dette er blant annet tatt inn som et eget punkt i tjenesteavtale 5, i retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon, mellom Helgelandssykehuset HF og relevante kommuner. Der heter det i kapittel 7 om rutiner for samhandling ved utskrivning fra sykehus, punkt 8.5, at

Sykehuset kan overføre utskrivningsklar pasient når kommunen har bekreftet at et kommunalt helse- og omsorgstjenestetilbud er klart.

(Kilde: Tjenesteavtale om samhandling mellom xx kommune og Helgelandssykehuset HF)

Med slike unntak følger i hovedsak tjenesteavtalene med utgangspunkt i §3-5 pasientforløp basert på somatikk. Noen kommuner bruker imidlertid disse som mal for pasientforløp som knytter seg til personer med rus og/eller psykiske vansker. Bergen kommune er imidlertid et eksempel på en kommune som har fremforhandlet egne avtaler med Helse Bergen, som tar høyde for det kommunen opplever som det særegne komplekse ved rus og psykiatri som behandlingsgrunnlag i helseforetaket. En fellesnevner for flere av de tilleggspunktene som denne avtalen inneholder, er at pasienten skal være ferdigbehandlet ved utskrivning, slik kommunen opplever det.

I en av de mellomstore kommunene i utvalget vårt var dessuten oppfatningen at avtaleverket ikke gjaldt for inn- og utskrivning av pasienter innenfor rus og psykiatri.

6.3.2 Psykoseforløpet

Ut fra tjenesteavtale 3-5 kan det defineres såkalte pasientforløp. Disse operasjonaliserer ulike faser i samarbeidet rundt utvalgte pasientgrupper. Dette er også relevant i forhold til hvilket fokus en i samarbeidet har på bolig. Arbeidet med utarbeidelsen av disse pasientforløpene er ikke kommet like langt i alle helseforetakene. Vi vil derfor bruke som eksempel det såkalte *Psykoseforløpet* utarbeidet av Helse Bergen. Dette er ment som en konkretisering av den overordnede avtalen, som ligger både i samhandlingsreformen og tjenesteavtale 2, som er utviklet med utgangspunkt i denne. Tjenesteavtale 2 gir *retningslinjer for samarbeid knyttet til innlegging, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester for pasienter som har behov for koordinerte tjenester*, som det heter i innledningen til tjenesteavtale 2 (kilde: www.saman.no).

Psykoseforløpet er meget relevant i en analyse av overgangen fra institusjon da det definerer helt konkret de ulike tiltakene i et hendelsesforløp med et psykosetilfelle som skal overføres fra

Helse Bergen/DPS til kommunen/bydel (jamfør Psykoseforløpet, s. 11).

Formålet er å jobbe frem et helhetlig tjenestetilbud innenfor et psykoseforløp, ved å samordne og definere arbeidsoppgavene og ansvar for alle relevante institusjoner og fagpersoner. Forløpet er således ment å definere en praksis.

Psykoseforløpet kan også være til inspirasjon og mal for forløp knyttet til andre pasientgrupper med behov for særlig oppfølging. Mange psykosepasienter i spesialisthelsetjenesten er unge, de har en alvorlig sykdom og de vil være avhengig av både tjenester fra spesialisthelsetjenesten og kommunene i mange år fremover.

Pasientgruppen har derfor et stort behov for kontinuitet i behandlerkontakten. Dette er også en svært viktig størrelse i forhold til å få til en helhetlig og tilpasset overgang for tunge grupper med rus og/eller psykiske vansker, som skal over fra institusjon og fengsel, til egen bolig i kommunene. For mange med stort oppfølgingsbehov i denne sårbare fasen er det også viktig å bygge relasjonene i stabile faser for pasienten. Dette er i følge våre informanter blant annet når vedkommende er inne til behandling i institusjon eller er innsatt i fengsel.

Et annet viktig forhold i dette, som er særlig viktig for personer med psykoser, men som også er relevant for mange andre pasient/brukergrupper i overgangen fra institusjon til egen bolig, er at kontakt, avtaler og oppfølging nedfelles i en individuell plan. Dette er spesielt viktig der det er behov for langvarig kontakt og oppfølging fra hjelpeapparatet i spesialisthelsetjenesten eller i kommunene. Ofte går personer inn og ut mellom ulike oppfølging, enten gitt av institusjoner eller kommuner, og da er det viktig at dette følger pasienten, er nedskrevet og tilgjengelig, for at oppfølgingen skal ha den tilstrekkelige helhet og kontinuitet.

Psykoseforløpet ses på som en kontinuerlig prosess med fire faser. Pasientene går inn og ut av disse fasene:

- (1) Stabil fase – arbeidsfasen. Her planlegges det, en har samtaler med pasienten, behov kartlegges.
- (2) Ustabil fase – her må tiltak intensiveres.
- (3) Akutfase – tiltak ved DPS.

- (4) Akutfase – tiltak ved sykehus. Her varsles det, og overføring til DPS døgnavdeling klargjøres så raskt som mulig. Felles ansvar mellom DPS og sykehus.

(Psykoseforløpet, s. 9)

Til de enkelte fasene knytter det seg også ulike målsettinger. Et sentralt mål i den stabile fasen vil for eksempel være *å etablere bærekraftige behandlingstiltak og samarbeidsrelasjoner i samsvar med behov og mål for den enkelte bruker* (Psykoseforløpet, s. 10). Til god psykosebehandling i denne fasen hører blant annet såkalte *psykososiale tiltak* som å sikre boligen.

I den ustabile fasen aktiviseres kriseplaner og en forsterker tiltak. Når pasienten kommer i den akutte fasen, og tiltak aktiveres ved DPS, finner innleggingen sted, og melding til samarbeidspartner i kommunen tas, *innen første arbeidsdag*.

Når vedkommende pasient kommer i den akutte fasen, med tiltak ved sykehus, meldes dette til kontaktperson ved DPS første arbeidsdag etter innleggelsen, som har ansvar for å melde videre til behandlersteam i DPS og kommunehelsetjenesten. Det skal her også være et møte mellom sykehus, DPS og kommunehelsetjenesten innen en uke for status og justering av behandlingsplan.

Dette viser at hele hendelsesforløpet er definert ved overføringer mellom sykehus, DPS og kommunen. Dette er ment å sikre et helhetlig forløp, hvor sikring av boligen har en sentral plass.

6.3.3 Rus- og Psykiatriavtalen (RoP-avtalen)

Samarbeidsutvalget ved Helse Bergen har satt ned en RoP-gruppe bestående av representanter for fire kommuner, psykiatrisk sykehus, DPS og avdeling for rusmedisin. Gruppen har utarbeidet en RoP-rutine som i stor grad bygger på psykoseforløpet. Rutinen spesifiserer hvordan det skal samhandles rundt mennesker med både rus og psykiatri. Poenget med avtalen er at enheter og avdelinger "skal holde saker" det vil si ikke sende saker fra seg før det er funnet en løsning. Innen ti virkedager skal det innkalles til et møte, der skal det avklares roller og funksjoner videre i løpet til pasienten det gjelder. Dette kan involvere bolig. I en av de mellomstore kommunene var intervjupersonene opptatt av at en av årsakene til at dette forløpet er laget, er at kommunene opplever

at spesialisthelsetjenestens ulike avdelinger ikke er enig seg i mellom. RoP-pasienter som for eksempel har fått god oppfølging i psykiatrien får ikke videre oppfølging i rusmedisinsk avdeling eller i DPS, i følge informanter i en av våre mellomstore kommuner. Men det kan også være at kommunale avdelinger snakker for lite sammen, eller at kommunale avdelinger og fastlegen ikke har god nok kommunikasjon. Fastlegens kommunikasjon med sykehus i forkant av innleggelser blir også omtalt som et problematisk punkt i et pasientforløp.

RoP-avtalen foreligger på utkastnivå og er ikke satt i verk.

6.3.4 Samarbeidsavtaler utenfor regionale helseforetak

Private helseklinikker og behandlingssteder er ikke underlagt den plikt regionale helseforetak har til å ha formelle samarbeidsavtaler med kommunene rundt inn- og utskrivning av pasienter etter Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette gjelder eksempelvis Bergensklinikkene. De gir i intervju imidlertid uttrykk for et sterkt ønske om formelle samarbeidsavtaler med kommunene, om hvordan de skal arbeide med pasienter både før, under og etter behandling. I tillegg har de også en forventning om at samarbeidsavtaler vil gi en styrket kvalitetssikring av arbeidet. Bergensklubben har derfor tatt initiativ til et prosjektsamarbeid med to kommuner, på eget initiativ. Prosjektet er ment, i felleskap, å bidra til utvikling av en samarbeidsavtale. Denne har til hensikt å fordele arbeidsoppgaver og ansvar i forbindelse med oppholdet i klubben, blant annet knyttet til kartlegging, tilbakeføring til kommunene og konkret oppfølging av pasienten. Bidrag til kompetanseheving i kommunene, knyttet til hvordan gjennomføre en god kartlegging, vil også være aktuelt her.

6.4 Ansvarsfordeling og legale rammer rundt relasjonen mellom kommunene og fengslene

Innenfor kriminalomsorgen er det også etablert samarbeidsavtaler mellom kommunene og de enkelte regionene. Alle fem regionene innenfor kriminalomsorgen har inngått samarbeidsavtaler med i alt ca 90 kommuner. Det er imidlertid frivillig for kommunene å inngå slike avtaler, til forskjell fra avtalene med helseforetakene og NAV.

Som nevnt i avsnitt 2.2 er det dessuten tilsatt om lag 25 tilbakeføringskoordinatorene i regionene. Samarbeidsavtalene mellom regionene i kriminalomsorgen og kommunene er først og fremst gjort med de større og mellomstore kommunene, og i liten grad de små, hvor antallet som er inne til soning er lavere. Disse avtalene har til hensikt å styrke samarbeidet mellom kommunen, NAV og kriminalomsorgen, og et hovedtrekk i arbeidsdelingen bygger på at kriminalomsorgen må tilrettelegge, mens samarbeidende etater forplikter seg til å yte sine tjenester.

Samarbeid er et av de forhold som understrekes i disse avtalene og særlig viktig er det å sikre at avtalepartnerne sammen oppfyller de *forpliktelser som følger av lov, rundskriv og retningslinjer*, som det heter i samarbeidsavtalen mellom Kriminalomsorgen region vest og Bergen kommune. Det heter i formålsteksten til samme avtale at avtalen skal:

Sikre tidlig involvering og kontinuitet i arbeidet frem mot løslatelse og etter endt straffegjennomføring i tråd med straffegjennomføringsloven § 4.

Dette illustrerer hvordan det i disse avtalene kan legges inn en forutsetning om at kommunene skal komme inn på et tidlig tidspunkt, allerede mens personer er inne til soning. Paragrafene i avtalene om for eksempel rask ansvarsavklaring, tydelig funksjonsdeling og felles opptreden, slik vi blant annet ser i samarbeidsavtalene mellom Kriminalomsorgen region vest og Bergen kommune, kan være tiltak for å forebygge at uklare ansvarslinjer både mellom kriminalomsorgen og kommunene og ikke minst innad i kommunene skal være til hinder for tilstrekkelig oppfølging av tilbakeføringsarbeidet.

Avtalene er vanligvis gjort gjeldende for innsatte/domfelte som er varetektsfengslet eller under straffegjennomføring i fengsel eller friomsorg, i to måneder eller mer. Ved kortere straffegjennomføring kan eventuelt samarbeidet skje i *forenklet form*. Straffeforholdet må altså vanligvis være av en viss varighet for at kravet til samarbeidsavtale skal tre i kraft. Slik unngår en alle de utfordringene det ville gi kommunene om de også skulle følge opp de som er inne til kortere dommer eller varetektsfengslinger. Løslatelse fra varetekt kortere enn to måneder kan også i mindre grad antas å ha store konsekvenser for den enkeltes boligforhold på fengslings-tidspunktet.

Avtalene er vanligvis også avgrenset til kun å gjelde for innsatte eller domfelte som har lovfestede rettigheter i den gitte kommunen. Førstegangssonere og innsatte inntil 23 år er imidlertid ofte gitt prioritet uavhengig av straffeaksjonens eller varetektstidens lengde.

I avtalene spesifiseres vanligvis henholdsvis kriminalomsorgens ansvar og kommunen/NAV sitt ansvar. Bolig ved løslatelse kan gis spesiell prioritering, slik vi ser det i avtalen mellom Kriminalomsorgen region vest og Bergen kommune. Der heter det som første punkt under det felles ansvaret hos kriminalomsorgen og kommunen/NAV at:

Hovedfokus i samarbeidet er at innsatte/domfelte skal ha tilbud om tilfredsstillende bolig og tjenester ved løslatelse.

(Kriminalomsorgen region vest og Bergen kommune, samarbeidsavtale)

Samme avtale definerer det også som et kommunalt ansvar å sørge for at:

Kommunens tilbud og tjenester fra Etat for sosiale tjenester, Etat for psykisk helse og rustjenester og Boligetaten ivaretar domfelte/innsattes behov.

Herunder hører også å:

Veilede og være i dialog med kriminalomsorgen vedrørende kommunale utleieboliger og andre boligjenester kommunen administrerer.

Kriminalomsorgen på sin side har vanligvis i disse avtalene ansvaret for å initiere et første samarbeidsmøte med NAV og andre relevante samarbeidspartnere samt å bistå den innsatte til å ta kontakt med sitt lokale NAV-kontor eller andre relevante kommunale etater senest tre uker etter påbegynt straffegjennomføring. Henvendelsen formidles vanligvis til barnevernet om den innsatte er under 18 år. Det er også kriminalomsorgens ansvar å legge til rette for at ulike samarbeidende instanser kan utøve sine tjenester innenfor rammene av straffegjennomføringen. De har derfor også et ansvar for å opprette, koordinere og delta i ansvarsgruppe der det er behov for tverretattlig tjenesteyting.

Kommunenes ansvar på sin side ligger blant annet på det mer pedagogiske med å veilede om regelverket og gi innsatte/domfelte informasjon om lovfestede rettigheter og plikter. I tillegg har kommunene vanligvis ansvar for å utpeke ansatte til ansvarsgrupper og samarbeidsmøter fra relevante etater. Kommunene har også et viktig ansvar for å tilrettelegge for at tiltak i forbindelse med løslatelse iverksettes. Herunder hører også det å sørge for at kommunens tilbud og tjenester gjøres tilgjengelig og ivaretar den innsattes behov samt veilede og være i dialog med kriminalomsorgen vedrørende kommunale utleieboliger og andre boligtenester kommunen administrerer.

Med utgangspunkt i samarbeidsavtalene lages det deretter konkrete handlingsplaner mellom kriminalomsorgen og enkeltkommuner. Disse kan definere både ressursbruk, samarbeidsområder og en konkret arbeidsdeling. I tillegg kan det defineres hvilke aktiviteter som forventes gjennomført.

De mindre kommunene har i mindre grad egne samarbeidsavtaler med kriminalomsorgen. Dette gjelder også de to mindre kommunene i vår studie. Ingen av disse kommunene opplevde imidlertid mangel på avtale som noe stort problem. De hadde gjennomgående sjelden noen som skulle bosettes fra fengsel, og i de enkelttilfellene de hadde dette, var det god kontakt med både den innsatte og ansvarlige innenfor kriminalomsorgen. Behovssituasjonen og mulighetene var oversiktlig. Avtalene synes langt viktigere for de større kommunene, der antallet tilbakeføringer fra fengsler er langt flere. Her synes gode avtaler ofte å være en forutsetning for oversiktlige prosesser.

6.5 Tilbakeføringsgarantien

Tilbakeføringsgarantien er ikke noen garanti i tradisjonell forstand, men det ligger i den en erkjennelse av kriminalomsorgens plikt til å bistå straffedømte i forhold til sine rettigheter (jamfør St.meld. nr. 37 (2007-2008) kapittel 14). I dette ligger også bistand i overgangen fra soning til egen bolig. Kriminalomsorgen er ment å legge til rette for dette, herunder forplikte samarbeidende etater til å yte tjenester til personer under og i etterkant av soning, på en måte som gir best mulig utbytte for den enkelte.

Tilfredsstillende bolig er fremhevet som et av de viktigste elementene i tilbakeføringsgarantien (St.meld. nr. 37 (2007-2008) avsnitt 14.4). Dette går rett inn i den sårbare fasen som tematiseres i vår analyse. Inne i tilbakeføringsgarantien ligger det intensjoner om tidlig planlegging av løslatelsen. Tilbakeføringsgarantien er et første forsøk på å sikre realisering av § 4 i straffegjennomføringsloven, hvor det heter:

Kriminalomsorgen skal gjennom samarbeid med andre offentlige etater legge til rette for at domfelte og innsatte i varetekt får de tjenester som lovgivningen gir dem krav på. Samarbeidet skal bidra til en samordnet innsats for å dekke domfelte og innsattes behov og fremme tilpassing i samfunnet.

(Straffegjennomføringsloven §4)

Intensjonen er å bidra til gode tilbakeføringsprosesser.

Husbanken ga allerede i 2007 kompetansetilskudd til 163 ulike boligsosiale tiltak innenfor denne strategien (St.meld. nr. 37 (2007-2008) avsnitt 14.4.1). Flere av disse gikk blant annet til å tilsette, som nevnt, boligkonsulenter i fengslene. Erfaringene med dette var positive, og bedret samarbeidet med kommunene (St.meld. nr. 37 (2007-2008) avsnitt 14.4.1). I meldingen vises det også til at det allerede i 2007 var inngått over 40 forpliktende samarbeidsavtaler om boliganskaffelse mellom kriminalomsorgen og enkeltkommuner. Dette var ment som et forebyggende tiltak for å hindre at personer ble løslatt til bostedsløshet etter endt soning. En annen funksjon som disse avtalene hadde var å legge til rette for forpliktende samarbeid mellom fengslene og kommunene og tydeliggjøre ansvarsforholdene. I meldingen vises det til at det er langt lettere å skaffe egnet bolig ved løslatelse om det er inngått samarbeidsavtaler mellom fengslene og kommunene.

6.6 Avtaler mellom Bufetat og kommunene innenfor barnevern

Innenfor barnevernet eksisterer det ikke noe pliktig avtaleverk knyttet til bolig som regulerer samarbeid mellom Bufetat og kommunene om ungdom på vei ut av barnevernets omsorgstiltak, med behov for bolig. I likhet med kriminalomsorgen er eventuelle

avtaler innenfor barnevernet dessuten frivillige for kommunene på dette området.

Kommunenes organisasjon KS har imidlertid tatt initiativ til å utarbeide en samhandlingsavtale mellom kommunene og Bufetat. Denne går ikke spesielt på bolig, men mer på samhandling generelt. I en avtale inngått for eksempel mellom det kommunale barnevernet i området Fonna og det statlige barnevernet i region vest heter det blant annet under kapitlet om formål at:

Det statlege og kommunale barnevernet skal fremje openhet, samhandla og utfylla kvarandre på en slik måte at tenestene framstår som heilskaplege, og gir barn, unge og familiar den hjelp dei har behov for.

Avtale skal gi ei felles forståing av kva rammar som ligger til grunn for samarbeidet ved å tydeliggjere partane sine roller og mandat.

(Kilde: Bufetat, Region vest (2012) Overordna avtale om samhandling mellom det kommunale barnevernet i område Fonna og det statlege barnevernet i Region vest, s. 2)

Avtalen har altså til formål å fremme helhetlig tjenester og tydeliggjøre ansvar, men omhandler ikke ansvar i den sårbare overgangsfasen ut av barnevernets omsorgstiltak og til bustad spesielt. Dette skulle man imidlertid anta kunne legges inn i en videreutvikling av avtaleverket.

I følge avtalen er det Bufetat som har ansvaret for å invitere kommunene til møte. Samarbeidsavtalen viser til rundskriv fra Barne- og likestillingsdepartementet for oppgave- og ansvarsfordeling mellom kommuner og statlige barnevernsmyndigheter, men dette rundskrivet behandler ikke avtaler knyttet til overgangsfasene ut fra barnevern spesielt.

6.7 Suksessfaktorer ved samarbeidsavtalene

Hvilke suksessfaktorer er så definert inn i samarbeidsavtalene, slik helseforetakene og kommunene selv opplever det? Vi skal kort nevne noen viktige forhold.

Forankring

Våre informanter på ledelsesnivå både i kommunene og i helseforetaket fremhever som et viktig suksesskriterium ved avtalene at de er forankret på øverste politiske og administrativt nivå. Dette gir avtalene den nødvendige legitimitet.

Helhetlige forløp

Et annet viktig suksesskriterium er at avtalene definerer og tar utgangspunkt i helhetlige forløp. Dette er viktig fordi mange med psykiske vansker eller rus går inn og ut mellom ulike behandlere, rehabiliterings- og tjenesteoperatører. Dette betyr at de går inn og ut, mellom statlige og kommunalt ansvar. Det er da viktig at helheten ivaretas.

Operasjonaliserte forløp

Forløpene må operasjonaliseres og defineres. Her er det gjort et grundig arbeid med det såkalte *psykoseforløpet* i Helse Bergen, som er til inspirasjon for hendelsesforløp også for personer med rus og psykiske vansker. På veien mot en mer helhetlig boligpolitikk er det relevant her å spørre om det ikke også ville være nyttig som boligsosialt verktøy både for kommunene og spesialisthelsetjenesten å utvikle et eget *bosettingsforløp* definert for personer i institusjoner uten egnet bolig ved utskriving. Dette skal vi komme tilbake til i kapittel 8.

Rydder og definerer sakene organisatorisk

Avtalene oppfattes å rydde og definere sakene organisatorisk, både fra kommunens side og fra institusjonene side. Dette skal vi se nærmere på i de påfølgende kapitlene. Her kan vi nevne at det at avtalene, ved å fordele ansvar, forebygger organisatorisk uklarhet med hensyn til ansvars plassering. Slik fremstår tjenesteavtalene som viktige redskap for samhandling, også innenfor det boligsosiale arbeidet.

6.8 Oppsummerende

Kommunene er forpliktet til å finne midlertidig botilbud til de som ikke klarer det selv, etter Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (§27), samtidig som de etter Lov om

kommunale helse- og omsorgstjenester skal medvirke til å skaffe bolig til personer som selv ikke klarer å ivareta sine interesser på boligmarkedet (§3-7). Dette er interessant å lese i sammenheng med forpliktelsene etter Lov om spesialisthelsetjenesten hvor det foreligger en plikt for regionalt helseforetak til å etablere et samarbeid med kommunene om utskrivningsklare pasienter.

Innenfor kriminalomsorgen er det imidlertid frivillig for kommunene å inngå samarbeidsavtaler, og kun de største, og noen mellomstore, kommuner praktiserer dette. De små kommunene i vårt materiale opplever imidlertid heller ikke noe behov for avtaler her, da prosessene er så vidt åpne og antallet tilfeller så lavt at kommunikasjon og samarbeid med kriminalomsorgen i liten grad problematiseres.

Innenfor barnevernet er det heller ingen pliktige regulerende avtaler mellom Bufetat og kommunene som tematiserer tilbakeføringsprosesser.

Suksessfaktorer ved samarbeidsavtalene kan oppsummeres i følgende viktig forhold: Forankring, helhetlige forløp, operasjonaliserte forløp samt at avtalene rydder og definerer sakene organisatorisk.

Det er viktig at avtalene forankres på ledelsesnivå både i kommunene og i helseforetaket. Dette gir avtalene den nødvendige legitimitet. Dernest er det viktig at avtalene definerer og tar utgangspunkt i helhetlige forløp. Dette understrekes ytterligere ved at mange med psykiske vansker eller rus går inn og ut mellom ulike behandlere, rehabiliterings- og tjenesteoperatører. Dette betyr at de går inn og ut mellom statlige og kommunalt ansvar. Det er da viktig at helheten ivaretas.

Forløpene må dessuten operasjonaliseres og defineres. Dette er blant annet gjort ved å skissere ulike pasientforløp. Sist men ikke minst bidrar avtalene til å rydde og definere sakene organisatorisk, både fra kommunens side og fra institusjonene side, slik våre informanter ser det. I sum fremstår tjenesteavtalene som viktige redskap for samhandling mellom forvaltningsnivåene også innenfor den sosiale boligpolitikken.

Spørsmålet er nå imidlertid i hvilke faser og hvordan avtalene bidrar til å organisere og rydde de bosettingsforløpene vi fokuserer

på i denne studien? Derneft også: I hvilken grad resulterer bosettingsforløpene, gitt deres organisering, i konkrete bosettinger? Dette skal vi se nærmere på i neste kapittel.

7 Samhandling og organisering - fra institusjon og fengsel til bolig

7.1 Innledning

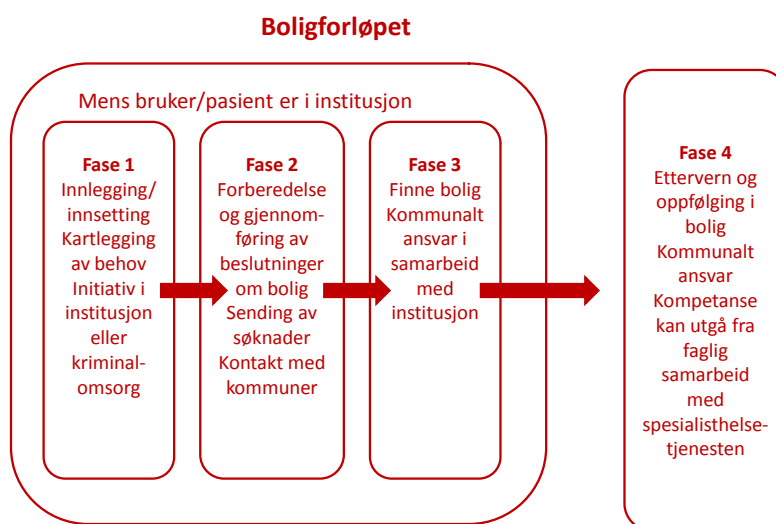
I dette kapitlet vil vi forfølge prosessene fra institusjon og fengsel og til bolig. Vi skal se på prosessen på systemnivå – hvordan styres den av avtalegrunnlaget og vi skal se den på operativt nivå i kommunene. Vi spør hvordan prosessene forløper, og hvilke aktører og arenaer som er viktige. Det er to forvaltningsnivåer som møtes til gjensidig samhandling om oppgaver ingen av nivåene har kompetanse eller kapasitet til å løse alene. Partene sitter i ulike roller og med ulikt ansvar, kompetanse og handlingsrom, men sammen skal de få til helhetlige og gode pasientforløp, fra institusjon til bolig, eller helhetlige forløp for personer ut fra soning eller barnevern. Vi er interessert i å se nærmere på kommunenes handlings- og mulighetsrom i spørsmålet om å finne og fylle sin rolle i prosessen. Vi vil spesielt se på utformingen av rollen i arbeidet med å fremskaffe en konkret bolig med tilpasset oppfølging

Dette handler også om hvilke erfaringer ulike aktører gjør seg i disse prosessene, enten de arbeider i andrelinjen eller i kommunene. Herunder vil vi også se på noen hovedtrekk i hvordan kommunen har organisert seg for å håndtere boligsosiale utfordringer knyttet til relevante grupper, samt for å møte forventningene i de samarbeidsavtalene kommunene har inngått med andrelinjen og fengslene. I forlengelsen av dette vil vi også se på i hvilken grad kommunene opplever organisatoriske utfordringer knyttet til sektoransvaret innenfor fengsels- og institusjonssektoren. Da antallet casekommuner og antallet

informanter er begrenset, må det tas et forbehold ved tolkning av resultatene.

Tidligere kapitler har tatt for seg rammene for denne samhandlingen, samt at det er etablert faser i arbeidet. I dette kapitlet skal vi knytte sammen arbeidet som gjøres i prosessen med de definerte fasene. Samtidig skal vi knytte fasene til styring og løsningsmodeller i kommunene og spørre om det er en vei, mer enn andre som leder mot helhetlige forløp. Vi spør: Hvordan fungerer overgangene, gitt de organisatoriske rammene for dette arbeidet i kommunene og hvilke løsningsmodeller har kommunene eventuelt utviklet for å bidra til mer helhetlige forløp? Fanger den kommunale organiseringen opp de forventninger som stilles til dem i disse tilbakeføringsprosessene? Før vi går videre i presentasjon av data viser vi modellen for faser en gang til.

Figur 7.1 *Faser i et boligforløp for personer, fra innlegging i institusjon eller innsetting i fengsel, til utskrivning og løslatelse.*



Fase 1 er altså kartlegging av pasienter, innsattes eller barnevernbarns behov for bolig. Dette bør skje i et samarbeid mellom andrelinje og kommune. Fase 2 er forberedelse og gjennomføring av beslutninger om bolig. Dette er også en fase som bør gjennomføres i samarbeid mellom andrelinje og

kommune. Fase 3 som dreier seg om å finne en bolig er i all hovedsak et ansvar for kommuner, men det kan gjennomføres i samarbeid med andrelinjen. Fase 4 er ettervern og oppfølging i boligen. Dette er i all hovedsak et kommunalt ansvar, men det kan gjennomføres i samarbeid med andrelinjen, særlig spesialisthelsetjenesten som har et særskilt ansvar for å bistå kommunene med kompetanse.

I det påfølgende vil vi se nærmere på bosettingsforløpene slik vårt materiale viser at de foregår. Vi vil kommentere hvordan prosessen er for hver av de fire gruppene innenfor en generell ramme som dannes av fasene.

7.2 Fase 1: Kartlegging

Kommunene har, særlig for de tyngre brukergruppene innenfor rus og psykiatri, i de aller fleste tilfellene kunnskap om boligsituasjonen før personen blir henvist til spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder vel og merke særlig der vedkommende blir henvist til andrelinjen av kommunale instanser. Dette kommer til uttrykk blant samtlige av våre informanter. Både i kommuner, NAV og i pleie- og omsorgsenhet eller tilsvarende, er de enige om dette og holdningen er tilsvarende i spesialisthelsetjenesten. Det er ikke særlig forskjeller på store og små kommuner her, med det mulige forbehold at kommunene i mindre kommuner har enda noe mer oversikt over situasjonsbildet for den enkelte som henvises til andrelinjen enn i større kommuner. Dette har sammenheng med at man i små kommuner har kun et mindre antall som henvises til andrelinjen. Dette kommer frem ved å sammenlikne intervjuene med ledere for pleie- og omsorgsavdelingen i de to små casekommunene, med intervjuer med NAV-ansatte og andre i de større kommunene.

I de tilfellene det er private fastleger eller andre som henviser til andrelinjen, vil ikke kommunale instanser nødvendigvis være inne i prosessen, og kommunen kan da også være helt ukjent med deres bosituasjon. Noe tilsvarende finner vi for de som er inne til soning i fengsler. Heller ikke her er kommunene inne som part i saken og kjenner kun bosituasjon og annet i den grad vedkommende har hatt kontakt med kommunale instanser med bakgrunn i eksempelvis et tjenestebehov. Er det en person som har fått kommunal oppfølging for et rus- og /eller rusproblem vil

boligsituasjon være kjent i kommunen ved oppstart av soning. Dette vil kunne være et eksempel på kryssende prosesser ut av institusjon og fengsel, noe vi drøftet i avsnitt 1.6.

For personer som skrives ut fra barnevernsinstitusjoner vil bosted også være kjent, i det tilfellet den enkelte følges direkte opp etter utskrivning. Her vil det imidlertid som vi skal komme tilbake til senere, kunne være situasjoner der ungdommen ved fylte 18 år ønsker sin frihet, og der det ikke er ønske om oppfølging fra kommunen. Dette forekommer relativt ofte, i følge lederen av et omsorgsteam i en av de mellomstore kommunene. Dette innebærer at vedkommende ungdom først fanges opp på et senere tidspunkt, enten ved eget ønske eller med bakgrunn i at det oppstår et tilleggsproblem knyttet for eksempel til rus og/eller psykiatri, det vil med andre ord si at prosessen ut av barnevernsinstitusjonene krysser prosessene knyttet til oppfølging av utfordringer knyttet til rusproblematikk og/eller psykisk helse. Da vil kunnskap om bosituasjonen ved innskrivning til institusjon bli som nevnt ovenfor under disse.

Selv om kommunene sitter med god innsikt i bosituasjon etc. for personer de selv henviser til institusjoner, gir våre informanter i rus og/eller psykiatrinstitusjonene likevel uttrykk for at de gjør sine egne kartlegginger. Som to sosionomer ved et større DPS uttrykker det, begynner en god tilbakeføring til kommunene allerede ved innleggelsen. Dette kommer også klart til uttrykk blant de andre informantene i andrelinjen, fengslene og også i kommunene, hvor kommunene i stor grad gir uttrykk for at de har kartlegging av situasjonen inne som en rutine i det forberedende arbeidet, når de planlegger å henvise en person videre til behandlingsinstitusjon, for eksempel for et rusproblem. Dette kommer for eksempel klart til uttrykk hos en informant i et kommunalt sosialmedisinsk senter i en av de mellomstore kontrollkommunene, når hun sier at:

Det er viktig å få tak i helheten før vi henviser videre. Dette handler ikke bare om boligsituasjonen, men også hva den enkelte er motivert for [henviser til personer med rusproblematikk]. Vi må forsøke å fange opp hva vedkommende er motivert for, og så legge opp en søkeprosess, med innleggelse, behandling og bosetting ut fra det. Så må vi holde på dem, mens de

er på institusjon, slik at vi får planlagt livene deres etter institusjon.

(Leder, kommunalt sosialmedisinsk senter, mellomstor kommune)

I denne kommunen synes det således som det er etablert rutiner rundt det å danne seg et helhetlig bilde som denne siste informanten uttrykker det, rundt de det planlegges henvisninger for. Dette retter seg først og fremst mot planlagte innleggelse for personer med vansker knyttet til rus og/eller psykisk helse. Her trekkes også den enkeltes motivasjon inn som et selvstendig poeng i dette helhetsbilde. Motivasjon i dette tilfellet handler om motivasjon for å få kontroll over egen rusbruk. Kommunenes mulighetsrom når det gjelder bosetting i fase 3, selv om motivasjonen er tilstede, vil vi komme tilbake til nedenfor.

Også i andrelinjen er det noen steder etablert relevante rutiner rundt kartleggingsarbeidet. Således forteller en informant ved en rusinstitusjonene at de nylig hadde utviklet rutiner for kartlegging allerede før innleggelsen. Her sendte det et sosialfaglig kartleggings skjema til de som henviser pasienten en måned før innleggelse. Dette ville også fange opp pasienter som henvises av private leger og andre ikke kommunale instanser. I disse skjemaene kartlegges nåværende boligsituasjon, utfordringer med henhold til bolig og egenvurdering av boferdigheter. I tillegg kartlegges økonomi, utdanning og sosialt nettverk. Den aktuelle institusjonen anså det som viktig å ha kunnskap om dette allerede før pasienten legges inn for å kunne planlegge et best mulig behandlingsforløp.

Kartlegging av hva som er en egnet bolig og eventuelle nødvendige oppfølgingstiltak vil fortsette under institusjonsoppholdet, og er gjerne tema under eventuelle ansvarsgruppemøter og ved utarbeidelse av individuell plan. Dette betyr at om den enkelte ved innleggelse er bostedsløs eller har en dysfunksjonell boligsituasjon, skal dette kartlegges av institusjonen ved innleggelse.

Arbeidet med å kartlegge den enkeltes bosituasjon og boligbehov synes imidlertid å variere mellom institusjonene. Dette gjelder også når det gjelder hvor offensive de er i å bringe kommunene på banen i kartleggingsfasen. Det er imidlertid en klar tendens i de institusjonene og det DPS'et vi har intervjuet, til at de har et sterkere fokus på boligsituasjonen for personer med rusvansker

enn for personer med psykiske vansker alene. Dette skyldes at bosituasjonen blant personer med rusvansker generelt er vanskeligere enn blant personer med et problem med psykisk helse. Dette innebærer at blant våre informanter i institusjonene, oppleves rusmisbrukere i større grad å være bostedsløse enn personer med psykiske vansker. For personer med RoP problematikk, blir situasjonen den samme som for personer med rusproblemer. Dette gjør våre informanter i institusjonene spesielt oppmerksomme på bosituasjonen blant denne gruppen.

Denne opplevelsen av en vanskelig bosituasjon for personer med rusvansker er særlig utbredt blant våre tre informanter ved et større DPS, som behandler rus og psykiatri.

Hvor mye arbeid institusjonene legger ned i kartleggingene synes blant annet å ha sammenheng med forventet lengde på oppholdet. Er det kun aktuelt med en avrusing eller kortvarig somatisk oppfølging for rusrelaterte helseplager, synes fokuset å være på behandling, og ikke på boligsituasjonen. Dette fremheves særlig blant to sosionomer og en psykiater på det samme DPS'et.

Det gis likevel uttrykk for at det kan være utfordrende å få kommunene på banen i et tidlig kartleggingsarbeid. En av sosionomene i DPS'et forteller at hun *nær sagt alltid* tar kontakt med den aktuelle kommunen når sykehuset får inn bostedsløse rusmisbrukere som pasienter. Dette er dels for å informere kommunen, men også for å få dem til å sette i gang arbeidet med å finne en egnet bolig. Men som hun sier:

Når jeg ringer er jeg litt redd for at kommunene skal slippe av når jeg ringer og sier at den eller den er innlagt.

(Sosionom, DPS)

Opphold i institusjon for enkelte, særlig krevende RoP pasienter, oppfattes noen ganger som å gi kommunene ”en hvilepause”, og noen ligger litt lavt i det tverretatlige samarbeidet som institusjonene tar initiativet til. Dette speiler også at noen personer som følges opp av for eksempel ambulerende team i kommunene, eller tilsvarende, er så krevende for tjenestepersonalet, at de har behov for en ”pause” mens vedkommende er i institusjon. Dette aktuelle DPS'et tolker der for at kommunene er noe tilbakeholdende under

institusjonsoppholdet. I en av de mellomstore kommunene erfarer en dette imidlertid annerledes og ser spesialisthelsetjenesten som tilbakeholdende. Som en informant uttrykker dette:

Det kan være en utfordring at spesialisthelsetjenesten kommer for sent på banen. Altså når de begynner å tenke på bolig, så burde de ha involvert oss så kjapt som bare det, fordi vi har ikke tomme boliger stående. Og når vi skal tenke boligsosialt, vi skal tenke planer – hva skal vi utvide med – så er det klart vi må vite om disse lenge før de kommer (intervju 05.12.14)

Det ser altså ut til at det er noe ulike synspunkter på hvordan ting foregår avhengig av ståsted – institusjon eller kommune. Begge parter tenderer mot å ta utgangspunkt i egne behov for pasientflyt, og de ser ikke nødvendigvis helheten i andre parters handlinger.

Kartleggingen kan imidlertid avbrytes ved at en pasient skriver ut seg selv, om vedkommende er på frivillig behandling. Det er en meget utbredt oppfatning både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene at slike utskrivninger kan gi brudd i forsøkene på en helhetlig og planlagt tilbakeføringsstrategi og kartleggingsarbeidet avsluttes.

Kriminalomsorgen

Innenfor kriminalomsorgen skal det gjennomføres en kartlegging ved innsettelse hvor blant annet boligsituasjonen inkluderes. I tillegg kartlegges hvilke tjenesteytere den enkelte har vært i kontakt med før innsettelse. Kriminalomsorgen mangler imidlertid et felles kartleggingsverktøy og faste rutiner for håndtering av informasjonen. Mangelen på felles system vanskeliggjør også informasjonflyten internt og til samarbeidspartnere, slik det fremgår i en seminarrapport fra Kriminalomsorgen region vest (Kriminalomsorgen region vest 2014).

Barnevern

For voksen ungdom på vei ut av barnevernets omsorg er bolig- og omsorgssituasjonen som hovedregel kjent på det tidspunkt de skal over til egen bolig. De fleste skal ikke tilbake til sine familier og må ha hjelp til å finne bolig. Her er det NAV som har ansvaret, men barnevernet kan i noen tilfeller bistå i dette. En leder i barnevernet i en av våre mellomstore kommuner gir uttrykk for at de kjenner

de fleste som har bodd i fosterhjem eller institusjon og som trenger bistand frem til de er om lag 20 år. Mange av disse har behov for en hybel, mens de som kommer fra rusinstitusjoner har behov for bolig med oppfølging.

7.3 Fase 2: Forberedelse av boligrelaterte vedtak

Fase to dreier seg altså om å forberede og fatte vedtak om bolig, samt å sende søknader til rette kommunale og andre aktører som kan bistå videre i arbeidet. Det varierer hvilke forpliktelser de ulike institusjonene har. Forpliktelsene til institusjoner i helsetjenesten ser ut til å være mye mer presisert enn for fengsler og barnevernsinstitusjoner. I helsetjenesten har institusjonene ansvar for å informere, veilede og bistå den enkelte pasient slik at de får utløst sine rettigheter. De skal også legge til rette for at tjenesteyter og pasient møtes, jamfør for eksempel Tjenesteavtale 3-5. Det er imidlertid i stor grad kommunene som må sørge for at boligvedtak forberedes og fattes.

Mens avtaleverket viser til hvordan samhandling bør foregå på systemnivå, er det andre virkemidler som tas i bruk på individnivå. Et virkemiddel i fase 2 er etablering av *ansvarsgruppe* eller *individuell plan* for enkeltpersoner som er i institusjon. Ansvarsgruppe er mest relevant og der samarbeider andrelinjen og kommunen mens vedkommende pasient er inne til behandling for sitt problem. Medlemmer i ansvarsgrupper kan være representanter fra kommunene, som ruskonsulenter, ansatte i relevante bofelleskap, hjemmetjenesten, NAV, etc. samt fra behandlingsinstitusjoner og deres ulike avdelinger.

I kommune 2, en mellomstor kommune, ble det vektlagt at det ikke var alle brukere og pasienter ansvarsgrupper var like aktuelt for og at pasienter med rusproblemer sjelden var interessert i slik planer, mens pasienter med mentale lidelser gjerne ville ha dem. Planene går også ut over selve koordineringsfunksjonen i det de kan brukes for å sikre medvirkning for dem det angår, og de kan brukes til å spesifisere mål det er ønskelig å nå i behandling og i livet generelt. Det kan også omfatte egen bolig. Dette er heller ikke redskaper som kan tas i bruk for å regulere roller og ansvar angående bolig.

Møtene i ansvarsgruppen benyttes til å fordele arbeidsoppgaver og forplikte alle medlemmene og deres respektive avdelinger i henholdsvis kommuner og institusjon. Klar ansvarsfordeling og tydelige referater gjør at det blir vanskeligere å fraskrive seg ansvar i prosessen, og skaper fremdrift i arbeidet. Ansvarsgrupper ansvarliggjør også den enkelte pasient eller innsatt som ansees som den viktigste endringsagenten. Som en sosialkonsulent innenfor kriminalomsorgen sier det:

Man må ikke glemme at det er de innsatte som først og fremst skal ha ansvar for sitt eget liv. ... De skal være delaktig i det som skjer. Den innsatte skal fremme sine ting på møte og han skal overbevise at dette er noe han ønsker hjelp til. Det er en god prosess når den innsatte ser dette underveis, og overtar ansvaret over en del ting underveis. Hvis vi har innsatte her over flere år får vi en annen type prosess enn hvis vi har innsatte som kun skal være noen måneder.

(Sosialkonsulent, kriminalomsorgen)

Alle informantene, også i **barnevernet**, fremhevet viktigheten av å få den enkelte til å ta ansvar for egen utvikling, og være med å drive prosessene fremover. Informantene fra barnevernsinstitusjonene anså imidlertid det som best for ungdommene at det var et begrenset antall deltagere med på ansvarsgruppemøtene, for å begrense antallet personer sårbar ungdom måtte forholde seg til.

Fengsler har begynt å ta i bruk videokonferanse for å gjennomføre blant annet ansvarsgruppemøter, og de er godt fornøyd med den nye teknologiske løsningen. I tillegg til videokonferanse er det utviklet en teknisk løsning for å sende dokumenter trygt mellom møtedeltagerne. Det hevdes at det nye samhandlingsverktøyet frigir mer tid til de involverte partene, og at dette nye samhandlingsverktøyet medfører at flere ansvarsgruppemøter blir gjennomført på en bedre og mer effektiv måte. Verktøyet ansees som spesielt nyttig i situasjoner hvor domfelte soner langt unna planlagt løslatelseskommune, og for de med kort straffegjennomføringstid (Kriminalomsorgen region vest 2014).

Innenfor det tidligere nevnte DPS'et gir våre informanter uttrykk for at de i tillegg til å jobbe meget aktivt med å etablere ansvarsgrupper for pasientene med rus- og mentale lidelser, søker å få på plass andre tilbud, som for eksempel en plan for den polikliniske behandlingen av pasienten. Også såkalte *Livsmestringskurs* kan være aktuelt i denne sammenhengen. Her kan den enkelte få innføring i rusens funksjoner, økt bevissthet rundt rusens konsekvenser med videre. Bolig er sentralt i de planene man legger for pasientene.

Men selv om bolig oppfattes som sentralt i planene som legges for pasientene i andrelinjen, var kommunene av den oppfatning at pasienter de fikk overført fra andrelinjen ikke i tilstrekkelig grad var i stand til å bo:

Altså, når de er på en sykehuspost, så er det alt for lite fokus på boevne. Der bor de på et rom, får mat servert, altså det å skulle holde hus og heim og handle og disponere penger, og hele den pakken der, det jobbes det alt for lite med. ... Vi har et mye større ønske om at de gikk via DPS'en, via treningsleiligheter, og få kartlagt mye bedre hvilken boevne disse personene har (intervju 05.12.14)

Kommunene kan også risikere å måtte overta pasienter som helt frem til vedkommende skal over i egen bolig, har vært underlagt tvangstiltak. Som vår informant i en kommunal psykiatritjeneste sier det:

Friheten til å komme og gå må tilvennes før vedkommende skrives ut. Fra kommunens side kan en ikke karakterisere noen som utskrivningsklare til kommunal bolig, samtidig som de på institusjon er underlagt tvangstiltak.

(Informant, den kommunale psykiatritjenesten, i en større kommune, kommune 1)

Kommunen dette angikk har inkludert utskrivning av pasienter som har tvangstiltak gjennom sin avtale med det aktuelle helseforetaket og det kan nå unngås.

Samme informant understreker med dette det vedkommende opplever seg radikalt ulike rammebetingelser for oppfølging i

institusjon versus i egen bolig i en kommune. Dette handler ikke bare om tvang eller ikke tvang, men det faktum at i en egen bolig kan en komme og gå når en vil, en kan motsette seg all oppfølging og grensesetting utfordres på en helt annen måte enn i institusjon. Dette betyr, i følge vår informant her, at hvordan den enkelte fungerer innenfor en institusjonell ramme, ikke nødvendigvis er like relevant for hvordan vedkommende vil komme til å fungere i en selvstendig bolig. Den samme informanten peker i samme intervju på hvor viktig det er å få til fleksible utskrivningsmodeller med økende grad av frihet og nedtrapping av tvangsmessige tiltak. Informanten peker her på det prinsipielt viktige forholdet at det er i mange tilfeller et gap mellom hva institusjonene oppfatter som utskrivningsklart og hva kommunene opplever som utskrivningsklart. Dette gapet kommer mange av våre kommunale informanter tilbake til. Konsekvensene for kommunene, slik flere av våre informanter opplever det, er at mange med særlig alvorlige psykiske vansker, gjerne i kombinasjon med rus, skrives ut til egen bolig, under forutsetning av at kommunene skal betjene boligen med tilstrekkelige tjenester. Det kommunale mulighetsrommet hva angår tilstrekkelige tjenester og egnede boliger er imidlertid begrenset. Dette kommer vi straks tilbake til nedenfor.

I sum er det altså ulike meninger om hva som er behovet til pasientene, spesielt mellom institusjonene og kommunene. Bolig er ikke tilstrekkelig i seg selv, den må også bemannes og betjenes. Her nærmer vi oss utfordringene i både fase 3, det å skaffe en bolig, men også fase 4, idet beboere som ikke kan bo vil være mer krevende i en oppfølgingsfase. Dette er et ansvar kommunene i stor grad er alene om. Kommunale intervjupersoner mener at spesialisthelsetjenesten bør ta i bruk treningsleiligheter og lære pasienter å bo. Spesialisthelsetjenesten på sin side forsøker i noen tilfeller å jobbe med dette, blant annet ved å tilby livsmestringskurs. Vårt materiale viser altså til at partene har ulike forventninger til hvilke behov som skal dekkes av hvem og på hvilken måte. Avtaleverket slik det er utformet per i dag har ikke muligheter for å gå inn i disse prosessene for å regulere roller og ansvar på dette nivået.

Noen informanter i kommunene er også av den vurdering at tiden særlig i barnevernet, men også i fengsel, kunne vært utnyttet bedre for å forberede bosettingsfasen. Flere fengsler har imidlertid arbeidet aktivt i forhold til dette, med etablering av servicetorg,

formaliserte avtaler med NAV (først og fremst NAV-stat), etc. På servicetorget kan de innsatte få bistand til spørsmål rundt blant annet bosituasjonen, rydde i leieforhold, sende søknader, med videre. Dette er blant annet ment å skape en bevissthet rundt bosetting og tiden etter løslatelse blant både de innsatte og innsatte, samt gjøre informasjonsmateriell etc. tilgjengelig.

7.4 Fase 3: Finne bolig

Samhandling mellom forvaltningsnivåene

Institusjonene og kommunene må samarbeide for å gjennomføre arbeidsoppgavene i fasene 1 til 3. Slik disse er definert her, er det kommunene som har ansvaret for å rigge selve boligsituasjonen og forberede nødvendig oppfølging. Gjennom samarbeidsavtalene er kommunene og institusjonene forpliktet til å samarbeide.

Informantene fra institusjonene innenfor rus- og psykisk helse fortalte at de hadde fokus på å starte arbeidet med å skaffe egnet bolig eller egnede boligjenester så raskt som mulig i institusjonsoppholdet for de som ikke hadde tilfredsstillende boforhold. For de som allerede hadde en bolig, har institusjonene et fokus på hvordan pasientene skal sikre at de kan beholde boligen under oppholdet.

I den grad det ikke er kommunen som henviser til institusjonen, vil det være andrelinjetjenestens ansvar å kontakte kommunen og informere om at innleggelse er foretatt og at tilbakeføring må planlegges. Informantene i andrelinjetjenestene ga også uttrykk for at i praksis var det i hovedsak dem som tok kontakt med kommunene.

I henhold til samarbeidsavtalene skal det opprettes et kontaktpunkt i kommunene. Hvem dette i praksis er, vil variere. I noen tilfeller vil det ligge hos henvisende instans i kommunene, i andre tilfeller vil dette ligge hos NAV eller andre som kjenner til vedkommende.

I tillegg til å opprette kontakt med kommunen angående den enkelte pasient ga alle informantene fra institusjonene klart uttrykk for at de stort sett også er parten som *purrer og etterspør fremgang overfor kommunene*, som en sosialkonsulent i et av våre informantfengsler uttrykte det.

Informantene i institusjonene anså det som en del av deres oppgave å være den pågående og etterspørrende part i relasjonen til kommunene. Flere hadde til dels en forståelse av at saksbehandlerne i kommunene kunne "glemme" pasientene når de var inne til behandling *siden de har ansvar for å følge opp så mange brukere*, som en sosialkonsulent i en av institusjonene uttrykte det. Samme informant sier videre:

Jeg skjønner jo at det er lett for kommunene å glemme pasientene når de er inne til behandling. Nå lar vi ikke NAV glemme dem. Vi innkaller til ansvarsgruppemøter og har individuell plan og prøver å legge et løp fremover. Men det å pushe er en god del av rollen vår. Vi skal heller ikke legge skjul på at noen av våre pasienter har slitt ut sine NAV-kontakter. Men det er vår rolle å fortelle at nå er det her vi er.

(Sosialkonsulent, behandlingsinstitusjon for rus)

Flere av informantene hevder også at problematikken og historien til den enkelte pasient eller innsatt har betydning for mulighetene til å få til en god samarbeidsprosess med kommunene. I følge informanter i andrelinjetjenesten og fengsler, kan det for eksempel for pasienter eller innsatte som ansatte i kommunene synes har vært utfordrende og arbeidskrevende over tid, være ekstra krevende å få kommunen til å involvere seg tilstrekkelig.

I tillegg kan det fremstå som at institusjonene opplever det som påkrevet i en del tilfeller å *selge* inn sine pasienter eller innsatte overfor kommunene, som en informant uttrykker det, for gjennom det å forbedre samarbeidet med kommunen og bedre overgangsprosessen for den enkelte. Generelt ga våre informanter uttrykk for at deres respektive institusjoner ikke hadde kapasitet til å beholde pasienter ved institusjonen særlig lengre enn avtalt sluttdato, da de har mange andre pasienter som står i kø. De måtte derfor skrive ut pasienter selv om de sto uten fast sted å bo. Pasienten flyttet da hjem, gjerne til foreldre eller søsken, eller kommunene fant midlertidige løsninger som hospits, campingvogner eller liknende.

Kommunalt mulighetsrom: Bolig som det kritiske punkt

Fase 3 fremstår for svært mange av våre informanter som den kritiske fasen i hele bosettingsforløpet, og det kritiske punktet er å finne en faktisk bolig. Her synes kommunenes mulighetsrom å være den enkeltfaktor som setter de klareste begrensningene. Og det kritiske er ikke bare å skaffe en fysisk bolig, men å skaffe en *egnet bolig*.

For det første har kommunene få egne boliger de kan fordele, og ventetiden på de få boligene som er, er som regel meget lang, opptil flere år.

For det andre er mulighetene til å finne en egnet bolig innenfor det private utleiemarkedet også vanskelig. Her konkurrerer også utsatte grupper, personer med rus og/eller psykiske vansker, med mange andre grupper av boligsøkende, blant annet i de større kommunene med studenter. Dette er en konkurranse det ikke alltid er lett å vinne frem i. Kommunene vi har tatt utgangspunkt i, strekker seg imidlertid ofte langt for å forsøke å bistå den enkelte til å vinne frem på det private markedet, med depositumsgarantier, husleiegarantier, være med på visning, bistå i det praktiske, garantere for husleie i eventuelle perioder med vakanser, der kommunen står som leietaker etc. Og i mange tilfeller lykkes kommunene å få til gode leieavtaler med private aktører, men da særlig blant de større profesjonelle, og i noe mindre grad blant de mindre utleierne, som kanskje bare leier ut et objekt.

Vi skal her se litt på kommunenes handlingsrom i denne fasen, og skiller mellom personer som skrives ut av institusjoner for henholdsvis rus og psykiatri, fengsler og barnevern.

Bolig etter opphold på rusinstitusjon

Å etablere en bolig etter opphold på rusinstitusjon fremstår i dette materialet som det mest utfordrende innenfor denne fase 3, slik vi har definert det. Dette har dels sammenheng med at det er svært mange hensyn å ta for at boligen skal kunne fremstå som *egnet* for brukeren, samtidig som tilbudet av boliger er tilsvarende begrenset.

Flere av våre kommuner, både blant de aktuelle casekommunene og blant referansekommunene, har flere botilbud med til dels mange boenheter for personer som er i aktiv rus, enten dette er alkohol eller tyngre rusmidler. Poenget er at disse er mindre egnet

som botilbud etter utskrivning fra rusinstitusjon for personer som har som mål å få kontroll over egen rusbruk. Alle våre informanter, både i kommunene og i institusjonene, er av den klare oppfatning at en bolig samlokalisert med boliger for personer i aktiv rus, er *ikke en egnet bolig* etter institusjon, der formålet har vært å behandle en rusmisbruker for et rusproblem, med formål rusfrihet.

Ser vi tilbake til kapittel 1, og vår definisjon der av en egnet bolig for personer i en utsatt situasjon, tilla vi boligen en særlig rolle utover å være et sted for hvile, rekreasjon og sosialt liv. Dette er illustrerende for hvilke forventninger om egnethet en bolig etter opphold på en rusinstitusjon bør eller må innfri. Dette handler blant annet om at boligen skal tjene som en base og en sikkerhet for de som har hatt uro på andre områder av livet, det være seg et turbulent liv med rus, opphold i fengsel eller psykisk ustabilitet. Boligen skal også skape trygghet, sikkerhet og skjærme mot uønsket besøk. Dette er svært vanskelig om boligen er samlokalisert med boliger for personer i aktiv rus. I samlokaliseringen kan det ligge et press, eller forventning, om sosial omgang, med personer som en før behandling kanskje kun hadde rusen til felles med. Da synes veien kort tilbake til tidligere rusvaner. Dette handler med andre ord om at en sentral dimensjon ved boligens egnethet for personer ut av rusinstitusjon, er avstand til destabiliserende rusmiljøer.

En kommunal informant innenfor booppfølgingstjenesten ga her dessuten klart uttrykk for, at om en person har et betydelig rusproblem, og blir innvilget 10 uker på behandling, betyr ikke det at problemet er løst når vedkommende blir utskrevet. Dette støttes også av informanter i spesialisthelsetjenesten, som hevder at de i løpet av noen uker kun får håndtert den enkeltes første abstinenser. Det kreves tett oppfølging og mye arbeid og motivasjon hos den enkelte rusmisbruker, å nærme seg en situasjon med kontroll over egen rusbruk. I den grad vedkommende etter behandling bosettes nært på et miljø med mye rusmisbruk, vil det være vanskeligere for den enkelte både å motivere seg for, og følge opp, det grunnlaget for kontroll med egen rusbruk som behandlingsoppholdet har hatt til hensikt å gi.

Boligens egnethet for denne gruppen kan også være en helt sentral forutsetning for at en behandling skal ha den nødvendige effekten.

Dette kan for eksempel være aktuelt der behandlingen er poliklinisk eller liknende. LAR-behandling kan her være et eksempel. I etterkant av et rusbehandlingsopplegg på institusjon, kan det være behov for ettervern i form av medisiner og rusavvendende medikamenter, og ut fra egen erfaring gir vår informant blant annet i NAV-rus i en av de mellomstore informantkommunene, kommune 3, uttrykk for at LAR-behandling har liten effekt om vedkommende ikke har en bolig med avstand til eksisterende rusmiljøer. Boligen har med andre ord en viktig funksjon som ramme rundt behandling, rehabilitering og godt ettervern.

Kommunenes dilemma er imidlertid at de ikke har tilstrekkelig med boliger, verken når det kommer til differensieringsgrad eller i antall. Dette synes å gjelde alle casekommunene, om enn i ulike grad og karakter. I utvalgets storbykommune har en i stor grad et stort og differensiert tilbud, selv om dette verken er av tilstrekkelig omfang eller tilstrekkelig differensiert. Dette erkjennes både av kommunen selv, selv om de arbeider med saken, av institusjonene og vår informant hos fylkesmannen. Boligbehovet forsterkes i denne kommunen ved at behovet naturlig nok også er langt større enn i de mindre kommunene. Heller ikke de to mellomstore casekommunene har et tilstrekkelig differensiert og stort boligtilbud for personer som skrives ut fra rusinstitusjoner. Når det gjelder de to minste kommunene har de et mer begrenset botilbud for denne gruppen, og baserer seg i stede på å leie inn plasser fra andre kommuner der de selv ikke har kapasitet.

Den store og de mellomstore kommunene har generelt best dekning på boliger for personer som er i aktiv rus. Dette gjelder også i to av de mellomstore referansekommunene i andre fylker. To kommunale informanter, en i hver av de to referansekommunene, påpeker her det paradoks som oppstår, ved at *kommunen faktisk kan ha ledige boliger i bofelleskap for aktive rusmisbrukere, samtidig som de mangler boliger for personer som er på vei ut av rusen.*

Viktigheten av en egnet bolig for behandlingsforløpet understrekes av våre informanter i rusinstitusjonene. De uttrykker stor bekymring for pasientenes boligsituasjon ved utskrivning. De forsøker å bidra aktivt i dette, selv om de i utgangspunktet opplever dette som et kommunalt ansvar. Utfordringene i

kommunene med å skaffe til veie bolig til personer med rusvansker spiller imidlertid inn på den behandling som gis for rusproblemet i institusjon. Våre informanter blant annet i det tidligere refererte DPS'et erfarer at det blant rusmisbrukere som er inne til behandling til tider er et så sterkt fokus på en vanskelige og uforutsigbare bosituasjon etter behandlingen, at det tar mye av fokuset til pasientene bort fra behandlingen. Inntrykket er helt entydig blant våre informanter i spesialisthelsetjenesten at en utsatt bosituasjon blant personer med rusvansker øker rusbruken. En sosionom på det samme DPS'et viser til at også pasientene selv opplever mangelen på bolig som et hinder på veien mot rusfrihet.

Opplevelsen av hvor viktig boligen er for at den enkelte skal kunne håndtere sine rusutfordringer deler spesialisthelsetjenesten med våre informanter i de kommunale rustjenestene eller tilsvarende. Også her er det en klar opplevelse av at om boligen hadde vært på plass når den enkelte påbegynte en behandling, hadde effekten økt av behandlingen.

Som lederen ved et velferdstiltak for rusmisbrukere sier det:

Det hadde vært viktig at boligen ble sett som en integrert del av behandlingen. Nå er det et slags vedheng...Hadde en hatt rett bolig på rett tidspunkt i behandlingsopplegget, så kunne det bidratt til å støtte en endring i livssituasjonen.

(Leder av et lavterskel velferdstiltak for rusavhengige, i en mellomstor referansekommune)

Flere informanter i spesialisthelsetjenesten opplever imidlertid at kommunene altfor ofte venter med å finne en bolig til utskrivning nærmer seg, og det fort blir for sent.

Fra kommunenes side oppleves det imidlertid som i noen tilfeller svært utfordrende å få på plass en egnet bolig. En av våre informanter fra NAV-kommune i en mellomstor referansekommune beskriver situasjonen som *kjempevanskelig*. Hun sier videre at *vi har ingenting å spille på*. Kommunen har ofte ingen boliger tilgjengelig, og mange av de som skrives ut fra rusinstitusjoner har også en historie med seg, som handler om uro i boforhold. Dette gjør det ofte vanskelig å skaffe en bolig også på det private markedet. Informanten sier da at i en slik situasjon *kan*

vi ikke annet enn å forsøke å snakke oss inn på campingplasser og pensjonat....

Våre informanter i kommunene ønsker seg særlig flere overgangsboliger. I NAV-kommune, i en av de mellomstore referansekommunene, sier vår informant at de *må ha* overgangsboliger for personer som kommer fra institusjon og for ungdom. Dette har de imidlertid ikke tilgang på i dag.

Kommunenes dilemma er altså at de ikke har tilgjengelige boliger å tilby og de boligene de har, er ikke tilstrekkelig differensierte.

Mange forhold skal også falle sammen i tid, for å få til en vellykket bosetting etter institusjon. En historie fra en av de mellomstore referansekommunene kan illustrere dette. Etter flere år i kø for en kommunal bolig, ble en 30 år gammel kvinne tilbudt en kommunal leilighet uten samlokalisering til noe belastet rusmiljø. Dette var sammenfallende med at kvinnen hadde vært inne til et langt behandlingsopplegg for å bli rusfri. At den ledige boligen dukket opp mot slutten av hennes behandlingsopplegg virket svært motiverende, i retning av å legge om sin livsstil og i følge informanter i den aktuelle ambulerende tjenesten i kommunen, bidro dette sterkt til at kvinnen klarte å holde seg rusfri.

Dette eksemplet viser viktigheten av at en ledig bolig må være tilgjengelig senest på det tidspunkt behandlingen nærmer seg slutten, helst litt før, slik at boligen kan bidra positivt motiverende for et rusfritt liv for den det gjelder. Flere informanter i kommunene understreker at om boligen hadde vært på plass under behandlingen eller rehabiliteringen, kunne deler av behandlingen funnet sted i tilknytningen til boligen. Dette kunne styrket behandlingen og mestringskompetansen i forhold til et mest mulig normalisert liv bort fra rusen.

En informant i det flere ganger refererte DPS'et fortalte imidlertid at de i enkelttilfeller hadde latt pasienter bli liggende over liggetiden for at kommunen skulle få tid til å finne bolig til pasienten. Vanlig liggetid for personer med bolig er i gjennomsnitt på ni døgn på det aktuelle DPS'et, men det hadde hendt at pasienter hadde blitt værende opptil fire uker. Noen ganger må imidlertid det aktuelle sykehuset, i følge våre informanter, av kapasitetsgrunner, si i fra til kommunene at en gitt pasient skrives

ut og at kommunen må finne et botilbud. Ofte blir det da en midlertidig bolig som blir løsningen.

Alternativet til en kommunal bolig er å søke en bolig på det private markedet. Her er det imidlertid også en rekke utfordringene, særlig om en søker bolig blant mindre private utleiery. Her taper ofte rusmisbrukerne i konkurransen om boligen, i møte med studenter og andre som er ute i samme marked. Blant profesjonelle, større private utleiery kan det være noe lettere, og kommunene blir i noen tilfelle bli sett på som gode leietakere, gitt at de blant annet selv organiserer beboere til boligen og kan garantere for eventuelle skader.

Denne vanskelige bosituasjonen i kommunene i overgangsfasen fra institusjon til bolig for personer med rusvansker får mange informanter både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten til å konkludere med at effektene av behandlingen er marginal hva gjelder mulighetene til å øke den enkeltes kontroll med eget rusmisbruk.

Bolig etter opphold på institusjon for personer med psykiske vansker

Mulighetene for å bosette personer med rusvansker er i følge våre informanter i kommunene vesentlig vanskeligere enn for personer med mentale lidelser. Det samme inntrykket har våre informanter i spesialisthelsetjenesten. Dette har blant annet sammenheng med at kommunene i større grad har et boligtilbud til personer med mentale lidelser og i mindre grad til personer med rusvansker, slik våre informanter opplever det i sine respektive kommuner.

Personer som skrives ut fra institusjoner for personer med psykiske vansker faller i flere kategorier, og vi skal kort nevne noen hovedgrupper, som i tilfelle med bostedsløshet, har behov for kommunal bistand til å skaffe seg en bolig.

For det første kan det være personer som i kjølvannet av Opptrappingsplanen for psykisk helse, ennå ikke er bosatt. Mange av disse har vært mange år på institusjon. For vår største casekommune gjelder dette blant annet om lag 40 personer som kommunen nå er i ferd med å ferdigstille et botilbud for. Mange i denne kategorien har behov for svært tjenesteintensiv oppfølging, og har vært ressurskrevende for kommunene å finne en løsning

for. Antallet i denne gruppen er avtakende, men representerer en stor utfordring for kommunene.

For det andre er det personer som i kombinasjon med psykiske vansker også har et rusproblem. For mange av disse er situasjonen langt på vei sammenfallende med det vi har drøftet i avsnittet ovenfor, for personer med rus. Vi skal imidlertid nevne en liten gruppe her, som tross sin begrensede størrelse, er svært utfordrende for kommunene. Dette handler om de med psykiske vansker, som under ruspåvirkning, har en sterkt avvikende adferd. Denne gruppen opplever kommunene ofte å ha lite tilbud til. Disse personene kan i gitte tilfelle både være til fare for seg selv og andre. Dette kan være personer som setter fyr på eller knuser boligen eller annet. For denne gruppen har to av referansekommunene bygget såkalte *hardbruksboliger*, uten at dette nødvendigvis har representert noen god løsning. I møte med denne gruppen kan utskrivning eller løslatelse bli utsatt i påvente av at egnet bolig og et tilstrekkelig tjenesteapparat er på plass. Alternativt er dette også en gruppe hvor kommunene må ty til dysfunksjonelle og lite egnede midlertidige boliger.

For det tredje har vi personer som etter opphold i en psykiatrisk institusjon, av ulike grunner står uten bolig. Det kan være at boligen er tapt under institusjonsoppholdet, at avvikende adferd eller manglende husleiebetaling etc. har resultert i tap av bolig, at vedkommende tidligere har hatt en dysfunksjonell bosituasjon, eksempelvis sammen med foreldre eller venner eller annet. I den grad vedkommende ikke ved egen hjelp klarer å finne seg en bolig, vil det kunne være behov for kommunal bistand. Der det ikke er et rusproblem inne i bildet, vil det være mulig å finne en egnet bolig for personer i denne gruppen, i følge flere av våre informanter.

Mange i denne kategorien klarer med litt hjelp, for eksempel følge på visninger, praktisk bistand etc. å skaffe seg en bolig på det private markedet. Kommunale boliger for denne gruppen er som regel vanskeligere, da kommunene som regel gir prioritet til personer som er mer utfordrende å bosette i det private markedet, jamfør avsnittet ovenfor. Personer med psykiske vansker, uten rusproblematikk, bosettes vanligvis heller ikke i nærheten av personer med aktiv rusproblematikk.

Bolig etter fengsel

For personer som løslates fra fengsel vil kommunal bistand først være et tema i de tilfellene der vedkommende er uten bolig. For personer uten et tilleggsproblem for eksempel knyttet til rus og/eller psykiatri, vil kommunene tilby veiledning og råd, for slik å sette den enkelte i stand til selv å finne en bolig på det private markedet. I dette vil også forberedelse av boligrelaterte spørsmål knyttet til søknad om bostøtte etc., som vi har klassifisert under fase 2, inngå.

Tilbakeføringen til bolig etter opphold i fengsel blir først en utfordring for kommunene der det er et tilleggsproblem inne i bildet, særlig knyttet til rus og/eller psykiatri, og den enkelte vil være avhengig av kommunal oppfølging. Her har vi hva vi i kapittel 1 kalte kryssende prosesser, der fengselsopphold går sammen med et rus og/eller psykiatrisk problem. Her vil et større tiltaksapparat i kommunene bli virksomme, og vi er over i sammenfallende problemstillinger som de som er drøftet i de to overnevnte avsnittene, om bolig etter institusjon for rus og psykiatri.

I likhet med personer som har vært inne til rusbehandling, vil også personer som har vært til soning, og som hadde et rusproblem før soningsforholdet tok til, ha vært tilnærmet rusfrie i perioden de har vært inne til soning, eller i det minste et lavere rusnivå enn de hadde før soning. Dette gjelder imidlertid i prinsippet, selv om det også ad ulike veier vil være tilgang til rusmidler for personer under soning.

Dette innebærer i utgangspunktet at kommunene, så langt det er praktisk mulig, vil ønske å bosette personer etter soning, og med et potensielt rusproblem, med avstand til etablerte rusmiljøer. Dette for å bygge videre på en eventuell motivasjon for rusfrihet hos den løslatte. Igjen er det imidlertid mangel på egnede kommunale boliger, og midlertidige boliger eller boliger på det private markedet blir ofte løsningen.

I de to fengslene vi har intervjuet, gir våre informanter på sin side uttrykk for til dels stort engasjement i boligsøkeprosessen for personer som skal løslates. I hvilken grad de har mulighet til aktivt å delta i dette, vil imidlertid variere. Således har de lukkede fengslene begrenset mulighet til å bistå de innsatte med praktiske

gjøremål i forbindelse med å skaffe bolig. Kontaktbetjener hjelper innsatte med å laste ned annonser fra internett, men en informant fra kriminalomsorgen fortalte at fengselsbetjener i svært begrenset grad har anledning til å reise på fremstillinger med innsatte for å gå på visninger. Visningene skjer ofte på kveldstid da bemannings-situasjonen er lavest. Innsatte i åpne avdelinger har noe større anledning til selv å gå på visninger.

Utover dette er det interessant at bolig også tillegges vekt når prøveløslatelse vurderes. I følge straffegjennomføringsloven § 41 kan kriminalomsorgen løslate domfelte på prøve når vedkommende har gjennomført to tredjedeler av straffen medregnet mulig varetektsopphold og minimum 60 dager. I 5. ledd står det imidlertid videre:

Kriminalomsorgen skal ikke beslutte prøveløslatelse hvis omstendighetene etter en totalvurdering gjør løslatelse utilrådelig. Kriminalomsorgen skal særlig legge vekt på domfeltes atferd under gjennomføring av straffen, og om det er grunn til å anta at domfelte vil begå nye straffbare handlinger i prøvetiden.

Kriminalomsorgen skal dermed gjøre en totalvurdering av den domfelte, ved prøveløslatelse. Informanter fra kriminalomsorgen fortalte at mangel på fast bosted blir vurdert å øke sjansen for at den domfelte vil begå nye straffbare handlinger. Fast eller tilfredsstillende midlertidig bosituasjon er dermed et kriterium for prøveløslatelse. Hospits eller andre midlertidige bosteder blir normalt ikke ansett som tilfredsstillende bosted.

Kriteriene for prøveløslatelse gir kriminalomsorgen et pressmiddel overfor innsatte til å ta tak i sin boligsituasjon, som blir av betydning for hvor lenge den domfelte sitter i fengsel. Informanter i kriminalomsorgen fortalte imidlertid at dette gjør at noen innsatte, særlig på kortere dommer, er tilbakeholdne med å meddele kriminalomsorgen hvordan den reelle bosituasjonen er. Dette for å forhindre at de skal bli nektet prøveløslatelse etter to tredjedels tid hvis ikke de har fått ordnet et tilfredsstillende bosted ved søknad om prøveløslatelse. Hvis ikke ansatte i kriminalomsorgen kjenner til den reelle bosituasjonen til den innsatte, vil det også begrense hva kriminalomsorgen kan hjelpe den innsatte med.

En del fengsler, særlig høysikkerhetsfengsler (lukkede fengsler), har de siste årene hatt mer enn fullt belegg. Informantene fortalte at når disse fengslene har behov for plasser raskt må man i en del tilfeller løslate innsatte før planlagt løslatelsesdato. Ved slike plutselige løslatelser har man løslatt personer uten at de har fast bosted. Disse har da måttet oppsøke hospits eller lignende. Slike hasteløslatelser kan gå svært raskt og viktig informasjon kan glippe. Kriminalomsorgen region vest og Bergen kommune har derfor eksempelvis planlagt å utarbeide et informasjonsskriv som kan gis til innsatte som hasteløslates uten tilfredsstillende bo- og oppholdssituasjon. Skrivet skal informere om ulike boalternativer, kontaktinformasjon til kommunale etater for ivaretagelse av helsetilsyn og andre basisbehov (jamfør Kriminalomsorg region vest 2014).

Bolig etter opphold på barnevernsinstitusjon og i fosterhjem

I forhold til de andre prosessene vi her beskriver, med personer som er i rus- og /eller psykiatrisk institusjon, vil personene under omsorgstiltak i barnevernet bare befinne seg i fase 3 og 4, slik vi her har definert det, med en hovedvekt å fase 4, ettervernet.

Generelt er yngre mennesker en gruppe som vies spesiell oppmerksomhet, enten det handler om personer ut fra institusjon, fengsel eller ut fra barnevernets omsorgstiltak. En egnet bosetting for yngre i en sårbar fase stiller kommunene overfor andre krav enn ved bosetting av voksne, over 25 år. Særlig er det viktig å bosette unge under 25 år i avstand til etablerte rusmiljøer.

Unge på vei ut av barnevernets omsorg er en meget sammensatt gruppe. De fleste er velfungerende og har kun behov for bistand til å søke bolig på det private markedet. De er altså oftest kun i fase 3. Dernest kommer en gruppe unge som har tilleggsvansker av ulik slag, noen med rus, noen med fysisk sykdom, noen med mentale lidelser. Kommunene arbeider med ulike prosjekter for å sikre seg at de har egnede, om enn midlertidige, boliger til barn som kommer fra barnevernet. Dette oppfattes som viktig arbeid for å unngå at barn må ”flytte hjem igjen til mor”, til en bosituasjon som oppfattes som uheldig for dem.

Den kommunale boligmassen oppfattes vanligvis heller ikke så egnet, for de helt yngste, da denne i stor grad består av leiligheter, mens de unge har behov for hybler. I en av casekommunene

hevde vår informant i barnevernet at de selv ikke arbeidet så tett opp mot å skaffe bolig og følge opp i denne. En årsak til dette var at de måtte intensivere arbeidet med å skaffe fosterfamilier til yngre barn som var under omsorgsovertakelse, fordi Bufetat hadde rullet tilbake sin innsats i dette arbeidet (intervju 03.12.14, kommune 2).

Praksis varierer imidlertid noe her mellom kommunene. Således sier på den annen side lederen i et oppsøkende omsorgsteam i en av de andre mellomstore casekommunene, kommune 3, at det hos dem er vanlig praksis at barnevernstjenesten selv søker å legge til rette for overgangen til bolig, for eksempel med å bistå med å finne en bolig på det private markedet, eller søke kommunal bolig.

I tillegg har barnevernet vanligvis ansvaret for enslige mindreårig flyktninger. Disse kan være i institusjon eller fosterhjem. Felles er at de ikke har voksne ansvarspersoner tilgjengelig som kan bistå dem i en tidlig voksenalder, fra de er 18 år.

En interessant modell for å skaffe bolig til nettopp enslige flyktninger som har kommet hit som mindreårige og som har vært under barnevernets omsorg, finner vi i vår største casekommune, Bergen. Her har en innenfor rammene av den såkalte Bergensmodellen jobbet frem boliger i samarbeid med studentsamskipnaden i et prosjekt som vår informant sentral i kommunen opplever som vellykket så langt. Gjennom å stille grunn til disposisjon for samskipnaden for å bygge hybler for studenter, har kommunen sikret seg tildelingsrett for et mindre antall boliger. Dette har kommunen benyttet for å tildele bolig til personer som har kommet til landet som enslige mindreårig flyktninger, men som har blitt 18 år og gjerne vil i egen bolig.

Kommunen har ikke benyttet denne løsningen for annen ungdom. Dette betyr at ungdom med rusrelaterte vansker ikke er skaffet bolig på denne måten. Dette er en redd for kan bringe uro inn i studentboligene. For enslige unge mennesker med flyktningbakgrunn, har imidlertid modellen fungert meget bra, slik vår informant i kommunen sentralt opplever det.

En annen interessant modell finner vi i en av de mellomstore casekommunene, kommune to, hvor kommunen drifter et omsorgssenter. Der er det bosatt tre enslige mindreårig flyktninger, som kan få bo der frem til de er fylte 20 år, i følge

barnevernslederen i kommunen. Her får kommunen støtte fra Bufetat til å finansiere plassene, som er å regne som en variant av institusjonsplass. I dette omsorgssenteret er det ansatt personell som yter omsorg til de unge og blant annet passer på at de følger oppsatte regler for husorden og innetider, gjør lekser og kommer seg på skolen (intervju 03.12.14). På et tidspunkt ønsker de unge ikke lenger oppfølging fra barnevernet, og det blir naturlig at sosialtjenesten overtar ansvaret.

Samme informant opplever at enslige mindreårige asylsøkere er en gruppe barn som barnevernslovgivningen ikke er tilpasset. De plasseres i henhold til paragrafen om frivillig omsorgsplass, i barnevernsloven, samtidig som realiteten er at de står uten omsorg fra noen. Informanten hevder at denne gruppen på en måte *flyter mellom alt*. Utover dette bosettes ungdom på vei ut av barnevernet, og som har rusproblematikk, i større grad i ordinære kommunale boliger, men ikke i samlokaliserte boliger. En forutsetning for at dette skal fungere er også i mange tilfeller at barnevernet følger dem opp.

7.5 Fase 4: Egnert bosetting og oppfølging

Når vi kommer til siste fase i bosettingsprosessen, er spørsmålet hvordan kommunene jobber med ettervern for å tilpasse bolig-situasjonen til den enkeltes behov i etterkant av utskrivning fra institusjon eller løslatelse fra fengsel. Dette er et stort tema, som vi ikke vil behandle i sin fulle bredde. Vi skal mer knytte noen kommentarer til det kommunale mulighetsrommet og hvilke prioriteringer som gjøres i dette arbeidet.

I den fasen vi nå beskriver, forutsetter vi at bosettingen har funnet sted, og at utfordringen er å tilpasse boligen slik at boforholdet i sum fremstår som *egnet*, gitt den enkeltes behov og forutsetninger.

Ettervern for personer som er skrevet ut fra institusjon eller fengsel vil kunne ligge på ulike nivåer. På det rent medisinske faglige, handler det om å følge opp med adekvate tjenester i forhold til den enkeltes helseproblemer. LAR-behandling i etterkant av et rusbehandlingsopphold vil kunne defineres inn her. Ettervern kan også defineres på et mer praktisk nivå, med hjelp til å betale regninger, holde leiligheten i orden etc. Vi skal imidlertid se at det også handler om et tredje nivå, det mer sosiale. Å hjelpe

til å gi livet nytt innhold etter kanskje år hvor rus og jakten på denne har fylt dagene.

Innenfor de mer praktiske og sosiale sidene ved ettervernet står kommunene mer alene med sitt ansvar, mens det innenfor det medisinske ettervernet i større grad åpnes for dialog med andrelinjetjenesten.

Vi vil her behandle ettervern etter opphold i rus- og/eller psykiatrisk institusjon under ett, for deretter å se på noen etterverntiltak innenfor barnevernet.

Ettervern etter opphold i institusjoner for rus og/eller psykiatri

De kommunale tjenestene er ressursintensive og det er kostnadmessig utfordrende for kommunene å bemanne boliger. Noen personer, for eksempel med rusbetinget utageringsproblematikk eller som skrives ut fra sikkerhetsavdelinger, så store oppfølgingsbehov at kommunene opplever at nær sagt verken har egnede boliger eller oppfølgingsapparat tilstrekkelig til å møte dem.

En av våre mindre informantkommuner forteller at de har valgt å leie inn et privat døgnbemannet tilbud, for å håndtere denne type problematikk. Dette er svært kostbart, men har gitt kommunen mulighet for å komme opp med et tilbud på kortere tid, enn om de selv skulle etablert tilbudet, med egnet bygg og tilstrekkelig bemanning. En av de andre kommunene har leid inn et vakselskap som går runder og som de vet kan håndtere utfordringer som måtte oppstå i boligene (intervju 01.12.14).

Både små og store kommuner nevner dette som en stor utfordring, men begge småkommunene i vårt utvalg hadde svært få slike tilbakeføringer i løpet av et år. Dette muliggjør kjøp av plass på kort varsel i andre kommuner. Større kommuner har langt flere tilbakeføringer i løpet av et år, og med det også mer omfattende krav til eget tjenesteapparat.

Mange av våre informanter i andrelinjetjenesten var opptatt av hva en egnet bolig var og hvilke oppfølgingsbehov som følger de som skrives ut. Generelt var det en opplevelse blant våre informanter i andrelinjen, også i DPS'et, at kommunene hadde for smalt spekter av bo- og oppfølgingstjenester. Dette omfattet boliger og tjenester

i ett. Særlig så våre informanter i andrelinjen et behov for flere overgangsboliger, hvor det kunne tilbys praktisk og mental støtte i den første fasen etter institusjonsopphold. Det kunne være alt fra å ha noen å snakke med, til å få hjelp til å komme opp om morgenen og avsted til skole, jobb eller annen aktivitet.

Innenfor rammene av Opptappingsplanen for psykisk helse og Handlingsplanen for rus ble det etablert mange ulike boløsninger for personer med psykiske vansker og/eller rusutfordringer i landets kommuner. En andel av det ettervernet som finner sted både på det medisinsk faglige, praktiske og til en viss grad det sosiale, finner således sted innenfor rammene av de botiltak som her ble etablert. Dette kan være bofelleskap med base, samlokaliserte boliger med base, boteam og liknende. I tillegg har alle kommunene etablert ulike modeller for ambulerende tjenester eller team, som betjener personer som enten bor i egne boliger eller kommunale boliger, fortrinnsvis utenom de som har egen base.

Alle våre casekommuner har også benyttet seg av mulighetene for å søke om statlige tilskudd til bygging av boliger for utsatte grupper. I en av våre mellomstore kommuner, kommune 2, påpekes det for eksempel at Opptappingsplanen ga gode betingelser for bygging av bofelleskap. I etterkant av Opptappingsplanen for psykisk helse, må kommunene selv sikre drift ved å innlemme dette i sine prioriteringer. Hvordan dette er blitt prioritert i kommunene, går imidlertid utover hva vi har kunnskap til i dette prosjektet. Interessant er det imidlertid å se til oversikter utarbeidet av SINTEF over utviklingen i årsverk innenfor psykisk helsearbeid, som viser at det i 2011 ble rapportert om 11 940 årsverk, hvilket er en nedgang siden kartleggingene tok til i 2007 (Slettebak mfl. 2013, s. 50). Spesielt interessant er det å se på utviklingen i årsverk siden 2008, siden de øremerkede midlene ble lagt inn i rammeoverføringene til kommunene fra og med 2009. Oversiktene i Ose mfl. viser at veksten i årsverk innenfor psykisk helsearbeid flatet ut mot 2010, for så å falle i 2011, fra 12 195 årsverk i 2010 til 11 940 årsverk i 2011 (Slettebak mfl. 2013, s. 50). I rapporter heter det videre at 43 prosent av kommunene har en total nedgang i antall årsverk innenfor psykisk helsearbeid fra 2011 til 2010, tiltak for voksne og barn og unge sett samlet, mens 23 prosent har samme innsats mer eller mindre. 33 prosent

av kommunene har en økning i samme tidsrom, målt i antall årsverk.

Dette kan indikere at det psykiske helsearbeidet i kommunene, i etterkant av Opptrappingsplanen, i større grad må prioriteres opp mot andre kommunale tiltak, med det resultat at kommunenes ressurser, målt i årsverk, her er redusert totalt sett. Dette vil også kunne påvirke kapasiteten innenfor tjenesteoppfølging og ettervernet.

Et viktig planleggingsverktøy for kommunene i forhold til å dimensjonere både boligbygging og tjenesteapparatet fremover, er knyttet til befolkningsfremskrivninger og de oversikter dette gir over fremtidig behov. Dette har flere kommuner, deriblant en av våre mellomstore casekommuner, fått utarbeidet som ledd i sitt arbeid med boligsosiale planer og kapasitetsplanlegging i årene fremover. Dette vil kunne legitimere kapasitetsøkninger i årene fremover, både innenfor boliger og tjenester. Her er det viktig at kommunene tar høyde for eventuelle uforutsette tilflyttinger, for eksempel fra nabokommuner eller utlandet. Dette handler om langsiktig planlegging og boligbygging, der det også inngår et ikke ubetydelig element av tjenesteoppfølging, er en tidkrevende prosess i kommunene. I en plan for oppbygging og videreføring av tjenestekapasitetet ligger det også inne et element av kompetanseoppbygging. Kapasitetsoppbygging på boligfronten påpekes også av vår informant hos fylkesmannen som gav uttrykk for at de hadde utøvd press for få kommunene til å ta sitt ansvar her.

I forhold til ettervern og oppfølging på det medisinske, ligger det en forventning i det formelle avtaleverket at det skal finne sted en et samarbeid på tvers av forvaltningsnivåene når det gjelder habilitering, rehabilitering etc, i etterkant av utskrivning fra institusjon (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. §6-2, punkt 2). Likeledes ligger det også en forventning om gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling.

I hvilken grad dette fungerer etter intensjonene vil variere. En av utfordringene i dialogen mellom kommunene og andrelinjen i ettervernet har blant annet vært knyttet til forskjeller i virkemiddelapparatet i de ulike forvaltningsnivåene, samt at kommunene opplever at andrelinjen ikke i tilstrekkelig grad har oversikt over kommunenes mulighetsrom for oppfølging. Dette

kommer blant annet frem i intervjuet med en informant i psykiatritjenesten i den største av casekommunene. Fra særlig en av rusinstitusjonene ble det imidlertid fremhevet et behov for etablering av andre boformer i kommunene, for eksempel bokollektiver. Dette gjaldt særlig for personer med rusproblemer som ønsket å bryte ut av rusmisbruket og sitt tidligere nettverk. Bokollektiver ville i tillegg kunne skape et alternativt sosialt nettverk, for personer der ensomhet også er et stort problem.

I våre informantkommuner er det imidlertid tiltak på gang for å bedre tilbudet for personer med sammensatte vansker og krevende tjenestebehov. Dette gjelder spesielt i forhold til RoP-pasientene. Dette omfatter både kompetente tjenester, men også egnede boliger. Flere kommuner er i ferd med å bygge opp kapasiteten i ulike varianter av bosentre, som utvikles for å ta i mot spesielt ressurskrevende personer. Dette kan enten gjelde personer med alvorlige mentale lidelser eller personer med rus og psykiatri i kombinasjon.

Til slutt her skal også nevne det sosiale aspektet ved ettervernet. Dette fremheves særlig blant informanter i et ambulerende team i en av referansekommunene. De følger opp beboere i sine hjem, og kan fortelle om et stort behov blant mange tidligere rusmisbrukere for et nytt sosialt liv. Mange tunge rusmisbrukere har fylt sine liv med selve rusmisbruket og har alle sine venner i det miljøet. Motiveres de til å legge rusbruken bak seg, i kombinasjon med et behandlingsopplegg for rusavvenning, oppstår det i følge disse to informantene, et stort behov for å fylle dagene med et annet innhold. Etablering av sosiale kontakter, aktiviteter etc. blir i slike situasjoner meget viktig. Her kan også frivillige organisasjoner spille en viktig rolle, kafeer, aktivitetssentre etc., samtidig som også dette kan være et krevende område for ettervernet.

Barnevern

Samtidig som den unge har en rett på ettervern i de første fem årene etter fylte 18 år, eksisterer det ingen plikt til å motta ettervern. Knyttet til de sårbare fasene ut av institusjon og fosterhjem, sier en av våre informanter, lederen i et oppsøkende omsorgsteam i en av de mellomstore kommunene, kommune 3, at problemet hos en del unge er at de vil ha sin selvstendighet og ikke ønsker oppfølging utover fylte 18 år.

En leder ved en statlig barnevernsinstitusjon mente at man burde gjeninnføre ordningen med *vertsfamilier* som fylkeskommunene tidligere hadde ansvaret for. Ordningen var et tilbud til barn under barnevernets omsorgstiltak som trengte oppfølging etter utflytting fra institusjonen. Vertsfamiliene tilbød hybler tilknyttet egen bolig som ungdommer kunne bo i, og familien hadde noen tilsynsoppgaver som å se til at ungdommen kom hjem om kvelden, vasket leiligheten og lignende. Vertsfamilieordningen ble borte etter at staten overtok ansvaret for barnevernet, men informanten mente at denne ordningen ga en mykere og tryggere overgang for ungdommene til å klare seg helt selv. Overgangen til egen bolig er ekstra sårbar for de yngste, og en av våre informanter, en leder av en barnevernsinstitusjon, ønsket at de største kommunene kunne ha 2-3 overgangsboliger som var forbeholdt unge på vei ut av barnevernets omsorgstiltak. De individuelle forskjellene mellom ungdommene skaper ulike behov som ikke i tilstrekkelig grad blir imøtekommet innenfor dagens bo- og oppfølgingstilbud, i følge denne informanten.

Flere av kommunene har imidlertid etablert ulike tiltak rettet mot ungdom i en tidlig voksenalder, som også fungerer som ettervernstiltak for unge i etterkant av omsorg under barnevernet. Vi skal her nevne et par av disse, og begynner med DUE prosjektet i Bergen.

Spesielle erfaringer med ettervernsprosjekt i Bergen – DUE prosjektet

I Bergen har en i tillegg etablert et bo- og nærmiljøtiltak for ungdom, *Der Ungdom Er*, heretter kalt *DUE prosjektet*. Dette fungerer i dag som en operativ ettervernstjeneste for ungdom som har vært under barnevernets omsorg, og som skal over i selvstendig bolig. Dette er et prosjekt rundt den enkelte ungdom, for å legge til rette for at utsatt ungdom *skal få et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tilbud om oppfølging i eget nærmiljø*, slik det heter på kommunens hjemmesider om prosjektet. Hver ungdom får oppnevnt sin egen kontaktperson. Denne blir oppnevnt når utskrivning fra barnevernsinstitusjonen nærmer seg, og oppfølgingen i DUE bygges opp rundt den enkeltes kontaktperson.

I løpet av 2014 var det 83 ungdommer som ble søkt inn i DUE, av disse kom rundt 30 fra barnevernsinstitusjoner og rundt 20 fra fosterhjem. Arbeidet handler i følge vår informant i DUE, mye om

å skaffe bolig og følge den unge opp i denne. Den individuelle oppfølgingen er et viktig verktøy, og det er etablert en 24 timers beredskap innenfor prosjektet. Denne er også tilgjengelig for dem som leier ut til ungdom.

Prosjektet har vært så vellykket at også Stavanger og Bodø har fulgt opp modellen.

Målgruppen for DUE prosjektet er ungdom mellom 18 og 23 år som:

- Står i fare for å utvikle problematikk som kvalifiserer til opphold i institusjon.
 - Trenger videre oppfølging etter endt opphold i barnevernstiltak, institusjon eller fengsel.
 - Har behov for behandling for rusmiddelavhengighet og/eller psykiske vansker
 - Mangler bolig
 - Mangler et meningsfylt aktivitetstilbud på dagtid.
- (Kilde: Bergen kommune, Utekontakten: DUE Der ungdommen Er. Metodehåndbok, s. 15)

Ett eller flere av kriteriene skal være oppfylt for å komme inn under oppfølgingsordningen, og ungdommens motivasjon vektlegges ved inntak.

I forbindelse med prosjektet *Tett oppfølging i egen bolig*, i samarbeid med Husbanken, har DUE prosjektet søkt å utvikle nye metoder for å hjelpe vanskeligstilt ungdom på boligmarkedet. I løpet av 2011 fikk 55 av 65 ungdommer oppfølging i egen bolig (Bergen kommune DUE Metodehåndbok, s. 39). I metodeboken til DUE prosjektet heter det at:

I Due har vi erfart at etablering i en egnet bolig som oftest er en forutsetning for å lykkes i det videre oppfølgingsarbeidet.

(Kilde: Bergen kommune, Utekontakten: DUE Der Ungdommen Er. Metodehåndbok, s. 39)

Hvem som klarer å bo for seg selv, heter det videre, er vanskelig å avgjøre på forhånd. Derfor er det viktig, slik det kommer til

uttrykk i håndboken, *å gi alle en mulighet til å etablere seg i egen bolig*. (Bergen kommune, Utekontakten: DUE Der Ungdommen Er. Metodehåndbok, s. 39).

Andre boligrettede tiltak rettet mot ungdom: Boligskole for unge og ungdomstorg

En av referansekommunene har også etablert interessante boligrettede tiltak mot unge, som også er relevante i et ettervernspektiv for ungdom som vokser ut av barnevernets omsorgstiltak. Et tiltak finner vi for eksempel i Drammen kommune, som i sitt boligsosiale handlingsprogram, har lagt inn en såkalt *Boligskole for unge* (Drammen kommune 2012, s. 19). Her heter det at, med utgangspunkt i et prosjekt rettet mot unge sosialhjelpsmottakere, for om lag 15 prosent av ungdommene *var det å kunne ha egen bolig en forutsetning for å kunne nyttiggjøre seg av andre tiltak på vei mot arbeid og det å klare seg selv* (Drammen kommune 2012:19). Drammen kommune har etablert en *Boligskole for unge* i etterkant av handlingsplanen. Dette er et kompetanse- og kurstilbud til unge i forhold til både det å finne en bolig og det å mestre å bo i denne. I dette ligger det også en bevissthet rundt det at unge har behov for særskilt hjelp og bistand, for at denne gruppen skal kunne nyttiggjøre seg tiltak som behandling, rehabilitering og ettervern innenfor også andre felt som for eksempel rusfeltet.

Slike boligskoler er også etablert andre steder og for andre grupper, for eksempel i Hamar kommune, som har etablert en boligskole for nye landsmenn. Denne er planlagt utvidet til også å romme personer med rusvansker.

Et annet eksempel på et ungdomsrettet tiltak i Drammen kommune, som i kombinasjon med Boligskolen for unge, både kan sikre godt ettervern etter barnevern og hvor en samtidig kan jobbe forebyggende er det såkalt *Ungdomstorget*. Dette er et lavterskeltilbud, som jobber forebyggende med ungdom, og der både psykiske helsetjenester, NAV, barnevernet, rustjenesten og psykologisk pedagogisk tjeneste (PPT) har fast kontortid. Målet er å lette tilgjengeligheten til disse instanser for unge som sliter. Dette er en arena for å møte ungdom på en mer uformell og uforpliktende måte og slik få en mulighet til å veilede de med vansker med rus eller annet. Formålet er å nå frem til ungdommer som sliter både på vei inn i boligmarkedet og som samtidig møter

utfordringer på andre av områder, for eksempel i sitt forhold til rusmidler.

Fengsel

Kriminalomsorgen har ansvar for straffegjennomføring, og har ikke ansvar for ettervernstiltak. Personer løslatt fra fengsel vil følges opp innenfor det ordinære tjenesteapparatet i de tilfellene det eksisterer en utfordring i forhold til rus og/eller et psykiatrisk problem. Den enkelte med behov for ettervern vil således overføres til det ordinære tjenesteapparatet innenfor NAV eller kommunens pleie- og omsorgstjenester og følges opp i samsvar med det som er beskrevet ovenfor. For unge som løslates fra soning, vil ettervern innenfor DUE prosjektet og øvrige tiltak rettet mot unge, ha en tilsvarende sentral posisjon.

I tillegg til kommunale ettervernstiltak tilbyr også frivillige organisasjoner, som for eksempel Wayback og Røde kors (Nettverk etter soning), tiltak overfor tidligere innsatte. For løslatte er sentrale utfordringer mangel på ikke-kriminelt nettverk og ensomhet. Disse frivillige organisasjonene tilbyr tidligere innsatte sosiale møteplasser og aktiviteter for å gi dem mulighet til å etablere nye sosiale nettverk og styrke integrering i samfunn og arbeidsliv. De kan også være støttespillere i overgangsfasen fra fengselsoppholdet til egen bolig.

Generelt om ettervern i fase 4

Utfordringene i fase 4 har noe av samme karakter som utfordringene i fase 3; nemlig at rollene mellom forvaltningsnivåene i behandlingsskjeden ikke er avklart. Mens vi i fase tre viste til at kommunene mener at andrelinjen bør ha treningsleiligheter og lære pasienter å bo, ser vi her at andrelinjen mener kommunene bør yte et bredere spekter av boliger og oppfølgingstjenester til utskrevne pasienter, og at de bør være i stand til å bosette også de tyngste pasientene. I hjemmetjenesten har vi erfart at kommuner opererer med et knekkpunkt på 24 timers oppfølging i uken (Hanssen og Helgesen 2012). Hvis oppfølgingen den enkelte har behov for overstiger dette timeantallet blir det billigere å skaffe vedkommende en plass på sykehjem. Blant de gruppene vi her ser på ble det kommentert at det noen ganger så ut til at det var behov for kontinuerlig en-til-en-oppfølging, og det ble kommentert at det ikke er mulig.

Kommunene er avhengig av at personer som bosettes kan klare de viktigste oppgavene ved å bo selv, jfr. diskusjonen over om å ha kunnskaper om å bo. I dette bildet ligger det at det er personer som krever mer enn kommuner mener de kan yte av tjenester. Da nærmer det seg oppfølgingssituasjonen som vi ser i institusjon, og det er andre spørsmål som må stilles. For eksempel kan det bli viktig å avklare lovgrunnlaget for å bosette personer i kommuner og spørre om de skal bo i følge Husleieloven eller Lov om helse- og omsorgstjenester. Skal de bo i følge den første bør de ha lært å bo fordi de ligger i denne loven at de eksempelvis skal betale husleie og selv bestemme om dørene skal låses, lage sin egen mat og gjennomføre sitt eget renhold (Myrvold og Helgesen 2009). Kommunene kan hjelpe til med dette, men de kan ikke yte tjenestene per se. I den grad kommunene må yte slike tjenester i boligen bør spørsmålet stilles om det er Helse- og omsorgsloven som skal gjelde for bosituasjonen som tilbys.

Blant annet for å løse slike utfordringer er såkalte *hardbruksboliger* på fremvekst i kommunene. Dette er boliger som skal tåle en hard bruk fra beboernes side, med utstrakt bruk av solide og gjerne ikke-brennbart materiale.

7.6 Behov for boligsosial kompetanse i andrelinjetjenesten og fengslene

Det er altså uklarerheter angående de rollene aktører på ulike nivåer har og tar i bosettingsspørsmålet. Andrelinjen pekte på variasjon når det kom til hvor offensive den enkelte kommuneansatte var i forhold til å følge opp det initiativet de tok. Informantene i andrelinjetjenesten opplevde å samarbeide ekstra bra med noen, men dårligere med andre. Gjennomgående var det en tendens til at jo mer regelmessig kontakt en hadde, jo bedre samarbeidet en og jo bedre kjemi ble det i relasjonene (ref). Dermed opplevde de også variasjon i kommuneansattes oppfølging av pasienter og innsatte. For ansatte i andrelinjen fremstår oppfølgingen som personavhengig, vi vil argumentere for at det er kulturforskjeller mellom ulike kontorer, bydeler og kommuner.

Boligfaglig kompetanse er et stikkord på begge nivåer, men det er også kunnskap om hverandres arbeidsmåter- og betingelser. For eksempel får vi inntrykk av at andrelinjen vet lite om hvordan

kommunene arbeider i forhold til bosetting av personer med oppfølgingsbehov. Dette kan dreie seg om så grunnleggende spørsmål som at all oppfølging pasienter og andre av våre målgrupper får fra kommunene er frivillig.

Det ser også ut til at andrelinjen har forholdsvis liten kunnskap om kommunal organisering og hva som faktisk er det kommunale handlingsrommet i den store boligpolitikken, men også angående det boligsosiale arbeidet og den konkrete individuelle bosettingsprosessen i kommunene. Noen kommunale informanter påpeker et stort potensial for å styrke andrelinjens kompetanse for å hjelpe og veilede pasienter og brukere til å søke om bolig og andre kommunale tiltak.

Informanter i kommunene opplever institusjonene som mer medisinskfaglige i sine tilnærminger. Dette kan for eksempel komme konkret til uttrykk i at behovsvurderingene andrelinjen gjør av en pasient, avviker fra de erfaringer kommunene gjør seg etter utskrivning. Dette viser seg også i at kommuner kan få overført pasienter som har fått diagnosen ”behandlingsresistent”:

Noen ganger er spesialisthelsetjenesten veldig flinke til å be oss om ting. De skyver ikke direkte saker over til oss, men de har noen forventninger til at vi skal gjøre ting de ikke helt har klart å gjøre selv. De er ofte heller ikke så tydelige på hvordan de har arbeidet med pasienten og hvordan de har kommet til konklusjoner, for eksempel konklusjonen om at pasienter er behandlingsresistente (intervju 01.12.14).

Det store spørsmålet for kommunene er jo selvfølgelig hva de skal gjøre med og for en pasient som er behandlingsresistent. Og kan de eventuelt gjøre det bedre enn spesialisthelsetjenesten? Dette er spørsmål som har en viktig prinsipiell side knyttet til kompetanse og valg av faglig perspektiv i vurderingene av pasientenes behov og situasjon. Det er spesialisthelsetjenesten som har behandlingskompetanse og som har kompetanse og redskaper til å sette en diagnose og skaffe fram kunnskap om pasienter som det er nødvendig at kommunene har for å kunne gi dem den oppfølgingen de trenger i boligen og ellers.

Disse variasjonene i faglige vurderinger kommer også tidvis til uttrykk i det som nå framstår som et generelt problem i

samhandlingsreformen (Hanssen mfl. 2014), og som spesielt blir et problem knyttet til psykisk helse og rus, nemlig at det eksisterer ulikeoppfatninger om når en pasient er utskrivningsklar. Flere kommunale informanter gir klart uttrykk for at de mange ganger opplever at personer skrives ut som ferdigbehandlet, selv om de fra kommunens side ikke er tilstrekkelig ferdigbehandlet til å kunne følges opp innenfor det kommunale tjenesteapparatet (ref).

Slike ulikheter i faglige vurderinger rokker ved balansen i den faglige og profesjonelle samhandlingen mellom andrelinjen og kommunene, og hvor kommunene opplever at spesialisthelsetjenesten er suveren i sine beslutninger og at de selv kommer til kort med sine vurderinger (intervju 05.12.14).

7.7 Noen sentrale betingelser for vellykket overgang fra institusjon og fengsel til bosetting

En helt sentral betingelse for overgangsprosessen er lengden på institusjonsoppholdet. Jo lengre den enkelte er inne i institusjon eller fengsel, jo lenger tid har aktørene, både på institusjonen og i kommunene, til å planlegge for en god bosetting. Lengeboende finner vi både innenfor rus-², psykiatri- og barnevernsinstitusjonene, samt innenfor kriminalomsorgen.

For personer som bare er inne til akuttinnleggelse, i DPS eller på sykehus, enten for et psykisk helseproblem eller rusrelaterte helseproblemer, vil det gjennomgående være kort tid til å arbeide med et mer dyptgripende boligproblem. Dette vil for eksempel kunne handle om akuttinnleggelser på mellom 10 til 20 dager. Her vil fokuset hos spesialisthelsetjenesten være på den akutte helse-situasjonen, og mindre på boligsituasjonen. Mulighetene for å komme i posisjon til å legge til rette for en endret boligsituasjon vil ofte være begrenset, selv om kommunene blir varslet.

Innenfor kriminalomsorgen kan fengselsdommene variere fra én uke til 21 års fengsel. De fleste sitter imidlertid relativt kort tid. Av alle innsatte på fengselsdom i 2012 satt mer enn 60 prosent kortere

² En av behandlingsinstitusjonene for rusmiddelavhengige som inngår i denne studien hadde en behandlingstid på opptil 9 måneder

enn to måneder og nesten 75 prosent satt kortere enn tre måneder (SSB 2014)³. Jo kortere dom, jo vanskeligere er det å få til en god overgangsprosess til egen bolig. Samtidig vil det for de som får kortere dommer være større sannsynlighet for at de kan beholde en bolig de allerede har. I tillegg til varierende lengde på fengselsoppholdet er ikke soningstiden endelig fastsatt ved innsettelse.

At dato for utskrivning eller løslatelse foreligger i god tid er en sentral betingelse for mulighetene til å legge helhetlige planer for bosettingsarbeidet. Dette vil være en usikkerhetsfaktor både innenfor den frivillige rus- og psykiatrioppfølgingen og innenfor kriminalomsorgen. Er den enkelte til frivillig behandling på institusjon, kan vedkommende skrive seg selv ut etter eget ønske. Innenfor kriminalomsorgen kan den innsatte søke om prøveløslatelse etter at to tredeler av soningstiden er gjennomført. I tillegg skjer det at fengselet på grunn av plassmangel løslater innsatte før planlagt tid for å få plass til nye innsettelser. Dette skaper en uforutsigbarhet knyttet til utskrivning og løslatelse som reduserer mulighetene for å legge helhetlige planer i god tid.

En tredje viktig betingelse for en vellykket og helhetlig overgang fra institusjon og fengsel til kommunene knytter seg til kommunikasjon og samhandling. Institusjonene og fengslene er pålagt å kommunisere med kommunene når de har noen inne til behandling eller soning som vil trenge bistand fra kommunene etter endt opphold eller soning. For personer som henvises av kommunale instanser, for eksempel til rusbehandling, vil kommunene være med i hele prosessen, men for personer som henvises eksempelvis av private fastleger, vil kommunene være helt avhengig av å få informasjon om institusjonsoppholdet, hvis de skal planlegge i tilknytning til utskrivning. Dette gjelder de aller fleste saker innenfor kriminalomsorgen. Her er kommunene svært sjelden part i sakene og har således ikke nødvendigvis kjennskap til at en av kommunens innbyggere er inne til soning, om de ikke varsles av kriminalomsorgen.

Det kan også se ut til at det er forskjell mellom gruppene vi har sett på. Generelt er erfaringene fra våre informanter i andrelinjetjenesten at boligsituasjonen er langt vanskeligere for personer

³ SSB 2014: Statistisk sentralbyrå, Fengslinger, 2012

med rusvansker eller rus og psykiatri i kombinasjon, såkalte RoP pasienter, enn for de som har en psykisk lidelse isolert. Inntrykket er at langt flere med et uttalt rusmisbruk er bostedsløse, har en mindre egnet boligsituasjon eller har "bodd seg ut av" boligen sin, grunnet utagerende atferd, uro, eller annet, enn blant rent psykisk syke. Mange kommunale informanter opplever det også som langt mer krevende å finne en bolig for personer med et uttalt rusmisbruk, enn for personer med psykiske vansker.

7.7.1 Tap av bolig under institusjons- eller fengselsoppholdet

Noen eier sin egen bolig ved innleggelse i behandlingsinstitusjoner innen rus og psykiatri eller ved oppstart av soning. Mer vanlig er det å leie. For disse gruppene er problemstillingen heller å beholde boligen under perioden på institusjon enn å skaffe til veie bolig. Om pasienten eller den innsatte ikke selv kan betale for boligen under institusjons- eller soningsoppholdet, noe de færreste kan, kommer en fort opp i et spørsmål om hvem som skal betale husleien mens den enkelte er inne til behandling eller soning: Jo lengre behandling eller soning, jo vanskeligere er dette spørsmålet.

Her er vi også over i kommunal praksis når det kommer til å dekke boutgifter mens personer er til soning. Etter Sosialtjenesteloven § 5-1 har sosialtjenesten ikke plikt til å dekke boutgifter for den innsattes private bolig. Samtidig heter det i rundskriv I-11/2000 at sosialtjenesten bør strekke seg langt for å bidra til at innsatte med korte fengselsstraffer kan beholde boligen sin.

I den grad den enkelte leier en bolig som er egnet å flytte tilbake til etter endt behandling, og soningen ikke er "for" lang, vil NAV-kommune kunne være villig til å dekke utgiftene til bolig under soning. Dette forsterkes jo mer egnet boligen er, og jo vanskeligere det er å skaffe en ny bolig. Her viser flere av våre informanter til at de utviser stor fleksibilitet og skjønn. En informant på et kommunalt NAV-kontor sier således at:

Det er langt rimeligere og mer effektivt for oss å betale husleien for en person som er inne til soning i seks måneder, enn å la boligen gå, og måtte starte å lete etter en ny bolig tre måneder etterpå.

Ingen av våre informanter vil imidlertid si at de har noen fastlagte rutiner på dette. Det avhenger av hvor krevende det er å finne en bolig, hvor egnet den aktuelle boligen er for vedkommende og ikke minst lengden på institusjons- eller soningsoppholdet.

Hvor mye arbeid institusjonene legger ned i kartleggingene synes også å ha sammenheng med forventet lengde på oppholdet. Er det kun aktuelt med en avrusing eller kortvarig somatisk oppfølging for rusrelaterte helseplager, synes fokuset å være på behandling, og ikke på boligsituasjonen.

7.8 Mot en mer helhetlig organisasjonsmodell i kommunene

Over ble det vist til at det er uklare roller i relasjonen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Det kan også være uklare roller både innad i spesialisthelsetjenesten mellom ulike avdelinger og det kan være uklare roller mellom avdelinger, enheter eller lignende i kommuner. Kommunene har reorganisert for å møte samhandlingsreformen og de reorganiserer for kunne utnytte sine boligressurser på bedre måter. For eksempel hadde kommune to løftet sitt boligsosiale arbeid mot rus og mental helse ut av NAV, der det hadde vært lokalisert, fordi det var en oppfatning om at NAV ikke utnyttet ressursene på god nok måte. Informantene i kommunen opplevde at reorganiseringen styrket deres muligheter til å se rus og psykisk helsearbeid i sammenheng, og at de ville bedre mulighetene for å plassere ansvaret for enkeltpersoner tilstrekkelig tidlig og tydelig.

I kommune tre var kapasiteten og kompetansen innenfor NAV-kommune styrket, for slik å øke kapasiteten ikke bare på rus, men også innenfor psykisk helsearbeid. Dette opplevde informanten i NAV ville styrke mulighetene for å gi særlig RoP-pasienter på vei ut av institusjon og fengsel, et mer helhetlig tilbud. De to mellomstore kommunene i materialet har altså valgt forskjellige løsninger for sitt arbeid med RoP-pasienter, der den ene forsterker sin tilknytning til NAV, mens den andre reduserer den og går tilbake til en mer sektorisert organisering for sitt arbeid med rus og mental helse.

På andre områder velger disse kommunene imidlertid like løsninger, og begge har etablert enheter for å samle boligtildeling

på tvers, med en egen bolignemnd. Denne kalles boligtildelingsgruppe eller lignende, og blir en arena der representanter for ulike sektorer og tjenesteenheter møtes og drøfter behov og bolig i sammenheng. I disse nemndene er relevante sektorer som rus, psykisk helse, boligkontor og andre representert, og de gir kommunene en institusjonell ramme rundt tverrfaglighet og koordinering både i enkeltsaker og generelt. I vår største casekommune er det et *tildelingsråd* som gjør vurderingen. Dette tildelingsrådet har medlemmer både fra NAV og aktuelle oppfølgende tjenester innenfor rus og psykisk helse, som Rusteam og Psykiatrisk team eller tilsvarende. Dette for å sikre at søkere med rus- og/eller psykisk relaterte utfordringer får en tilstrekkelig vurdering av sine utfordringer. Boligtildelingsgruppe er en form for kommunal horisontal samstyring. Slike ordninger kan medføre at kommunene framstår som mer enhetlige enn ellers over for andrelinjeinstitusjonene de skal være kontakt med. Dermed kan tverrsektoriell samordning i kommuner være en forutsetning for at den vertikale samstyringen skal fungere.

En annen utfordring knytter seg til koblingen mellom bolig og tjenester. Tverrsektorielt arbeid må ikke bare knyttes opp mot fordeling av boliger. Vel så viktig er det å koble på tjenesteapparatet som skal følge opp den enkelte som skal flytte inn i boligene. Her opplever våre kommuner ikke bare et organisatorisk problem, men også et kapasitetsproblem.

Det at kommunene har et kommunalt mellomledernivå, for eksempel i tråd med en kommunalsjefmodell, vil kunne tydeliggjøre ansvar og ledelsesforankring, og med det gi en klarere styringsstruktur i kommunene. Dette kan medvirke til at ansvar plasseres og oppgaver løses, det kan bidra til å tydeliggjøre rollene både internt i kommunen og i møtet med andrelinjen. Det vil også hindre eventuelt dobbeltarbeid.

Tverrsektorielle løsninger som vi ser vokser frem i våre casekommuner vil også kunne være viktig for tverrfaglig kompetanseoppbygging. Gitt at mange saker er mer komplekse enn før, og kommunenes ansvar samtidig har økt med samhandlingsreformen, vil tilrettelegging for tverrfaglig kompetanse kunne være en viktig premiss for samhandling og problemløsning. På den andre siden er spesialisert sektor-kompetanse også viktig, i møte med en spesialisert andre-

linjetjeneste. Profesjonalisering og kompetanseheving både i dybden og på tvers er med andre ord sentrale elementer i de vertikale samhandlingsprosessene.

En interessant modell vi finner i Vestre Viken helseforetak og er knyttet til det såkalte "Samhandlingsteamet for Psykisk Helse og Rus". Dette teamet er definert som et tverretatlig prosjekt med personer hentet inn fra blant annet NAV og DPS. Prosjektet jobber i skjæringsflaten mellom kommunene og andrelinjen, hvor de ansatte deler sin tid mellom sine ordinære stillinger og sin tid i samhandlingsteamet. De ansatte bruker relasjoner de bygger opp i sine ordinære stillinger for å finne løsninger for personer med rus og/eller psykiatri, og veileder både mot andrelinjetjenesten og kommunene. Dette omfatter også bistand i arbeidet med å bosette pasienter og andre. Samhandlingsteamet kan fungere som en nettverksbygger og koble aktører sammen ved behov for å skape felles grunnlag for handling.

7.8.1 Manglende kommunikasjon, herunder varsling om innleggelse og utskrivning

Selv om kommunene og helseforetakene har samarbeidsavtaler som er ment å sette kommunikasjonen aktørene imellom i system, vil det være mange tilfeller der kommunikasjon og varsling ikke fungerer optimalt.

Generelt vil manglende kommunikasjon i prosessen i stor grad handle om at kommunene opplever at andrelinjen eller fengslene varslers for sent at en person er inne til soning eller er i ferd med å nærme seg utskrivning, selv om denne er planlagt. Dette kan være organisatorisk betinget, slik vi har drøftet ovenfor. I den grad samhandlingen mellom institusjoner og kommuner på rus- og psykiatrifeltet ikke styres innenfor samhandlingsavtaler med bakgrunn i Helse- og omsorgslovens bestemmelser, kan relasjonen mellom forvaltningsnivåene fremstå som fragmentert. Både fragmenterte og sektoriserte beslutningslinjer kan medføre uklare ansvarsforhold som igjen kan være årsaker til de utfordringer begge parter opplever i kommunikasjonen.

Manglende ansvarsplassering i kommunene handler imidlertid ofte også om at prosessene har startet et annet sted enn i kommunen. De fleste innleggelser til behandling i spesialisthelsetjenesten skjer

på initiativ fra kommunale aktører. Når det er kontrollerte prosesser er det også definert et kontaktpunkt i kommunen, som følger pasienten gjennom hele institusjonsoppholdet, og frem til tilbakeføring og eventuelt bosetting. Altså gjennom alle faser. Dette avvikes der andre enn kommunens egne aktører legger inn en pasient, oftest dreier det seg om fastlegen, men det kan også være andre som ordner det. I noen tilfeller der fastleger henviser til private klinikker som ikke har samarbeidsavtaler med kommunene, kan hele innleggelsen være ukjent for kommunen. Her vil de først bli oppmerksomme på at det har vært et hendelsesforløp hvis og når det dukker opp en situasjon i etterkant av utskivningen.

For kriminalomsorgen så vi i kapittel 5 at kommunene i alle tilfeller vil være avhengig av å bli varslet, da de sjelden eller aldri er part i straffesaker.

7.8.2 Uklar ansvarsfordeling mellom kommunene

For personer som er bostedsløse er det alltid kommunene hvor den bostedsløse pågripes som har ansvar for oppfølging etter løslatelse fra fengsel, selv om den innsatte har hatt oppfølging av NAV i sin hjemkommune tidligere. Det påpekes imidlertid som uhensiktsmessig i en seminarrapport fra et seminar om tilbakeføringsarbeidet i Kriminalomsorgen region vest og Bergen kommune (Kriminalomsorgen region vest 2014), ettersom NAV-kontoret i hjemkommunen som regel kjenner den som skal løslates best.

Vedkommende ønsker også i mange tilfeller selv å etablere seg i hjemkommunen etter løslatelse. Rapporten fremhever videre at det ofte oppstår diskusjoner mellom NAV-kontorene i de respektive kommunene om hvem som har, og bør ha, oppfølgingsansvaret for den innsatte. At dette ofte er arbeids- og økonomisk krevende saker påvirker også diskusjonene, i tillegg til den innsattes egne synspunkter på hvor ansvaret bør plasseres. Her er det viktig at NAV er tydelig på å informere tjenestemottakeren og samarbeidspartnere om hvilke muligheter og begrensinger regelverket gir i slike saker. NAV-kontorene må så raskt som mulig komme til enighet om hvilken kommune som skal ha bosetnings- og oppfølgingsansvaret for vedkommende.

Avdelingsleder for en barnevernsinstitusjon fortalte i intervju om lignende problemstillinger. Tre måneder før en ungdom med

betydelige hjelpebehov skulle flytte ut etter 14 år i barnevernet, var det fortsatt ikke avklart hvilken kommune som skulle ta ansvar for bosettingen og oppfølgingen. Ungdommen hadde ingen tilknytning til sin opprinnelige kommune, og ønsket å bosette seg i kommunen hvor institusjonen ligger og hvor han hadde vokst opp. At ansvarsfordelingen mellom kommunene kun få måneder før utflytting ikke var avklart hadde også forsinket planleggingen og oppbyggingen av oppfølgingstilbudet. Informanten fremhevet viktigheten av at ansvarsfordelingen mellom kommunene må skje langt tidligere, og at det i arbeid med individuell plan (IP) for barnevernsbarn må vurderes hvilke hjelpebehov som trengs også i voksenalder, så man så tidlig som mulig kan starte planleggingen.

Manglende avklaring av ansvarsfordeling mellom kommuner om hvem som skal ta ansvaret for bosetting og oppfølging etter institusjonsopphold kan derfor være en utfordring i en del saker.

7.8.3 Avvik i bruker-/pasientvurdering og helseforetakets vurdering

Også mellom bruker/pasient og helseforetak kan det noen ganger være uenighet i hvilke behov for oppfølging som foreligger. Dette er også problemstillinger som i ulik grad finner sin løsning innenfor rammene av avtaleverket. Ved overføring til kommunene kan utfordringene knyttet til dette forsterkes, gitt at kommunenes virkemidler er av en annen karakter enn spesialisthelsetjenestens.

Dette har blant annet sammenheng med hvilke ønsker og hvilken motivasjon som ligger hos pasienten eller brukeren. En av våre informanter i psykisk helsearbeid hevder at det ikke sjelden er uenighet når personer skal over fra institusjon til egen bolig. Dette kan i noen tilfeller skape utfordringer i utskrivningssituasjonene.

Behandleren i spesialisthelsetjenesten kan stille betingelser til en utskrivelse, ved å si at hvis pasienten får en bestemt behandling, vil vedkommende bli skrevet ut. Om pasienten da søker om noe helt annet, vil situasjonen kunne løse seg.

I tillegg er de kommunale tjenestene frivillige å motta. I den grad forutsetningene for tvangstiltak fortsatt foreligger, kan andrelinjetjenesten nekte å skrive ut, gitt at kommunene ikke kan følge opp dette i sine tjenester.

7.9 Oppsummering

For å belyse helheten i de tilbakeføringsprosessene som er fokus i denne studien, har vi tatt utgangspunkt i hele institusjonaliseringsprosessen fra den enkelte blir skrevet inn i en institusjon eventuelt møter til soning, via forberedelse av boligrelevante beslutninger, til det og konkret finne en bolig og ettervern som fase fire. Med utgangspunkt i samhandling mellom forvaltningsnivåene og fordeling av ansvar og roller, har vi sett hvordan prosessene forløper innenfor tilbakeføringsprosesser knyttet til rus, psykiatri, fengsel og barnevern.

I sum er det mange fellestrekk ved disse sårbare fasene ut fra institusjon og fengsel og over til egen bolig i kommunene, men det er også en del ulikheter som er verdt å trekke frem. Generelt synes prosessene særlig innenfor helseforløpene rus/psykiatri, og til en viss grad innenfor kriminalomsorgen, å være på vei mot en avtalefestet og strukturert samhandling på tvers av forvaltningsnivåene. Dette kommer særlig frem i forbindelse med innlegging, kartlegging og i forbindelse med avklaring av boligrelaterte søknader og spørsmål knyttet til bostøtte og annet. Dette ser allikevel ikke ut til å løse de virkelige utfordringene i dette arbeidet, det å finne en konkret bolig som er egnet i forhold til den enkeltes behov. Særlig ser dette ut til å være en utfordring for personer med rus.

Dette er en spesielt sårbar gruppe i tiden etter et gjennomført behandlingsopplegg, og det må stilles strenge krav til boligens egnethet for å unngå tilbakefall. Lange køer på kommunale boliger og et vanskelig boligmarkedet generelt, kombinert med denne gruppens sårbarhet og svingende motivasjon gjør veien lang fra bostedsløs misbruker av rusmidler, via behandling i institusjon, og frem til rusfri og bosatt i egen bolig. Mens de fleste av våre informanter understreker viktigheten av å komme inn med behandling og bolig når den enkelte rusbruker er motivert for en endring i livssituasjon, ligger det i dette en fleksibilitet som er vanskelig å få til, så lenge ventetiden både til bolig og behandling er så vidt lange og uforutsigbare.

Utfordringene knyttet til bosetting er ikke like store for personer med psykiske vansker, men også her må det legges til rette for egnethet om bosettingen skal være forsvarlig.

Unge på vei ut av barnevernets omsorg befinner seg bare i fase 3 og 4 her, og er en meget sammensatt gruppe. Også for denne gruppen er det en utfordring å skaffe til veie egnede boliger, da den kommunale boligmassen i liten grad kan anses egnet. Enn så lenge har en imidlertid ikke på plass noe avtaleverk som binder partene til å samarbeide om unge på vei over i bolig, og praksis varierer en del fra kommune til kommune.

Enn så lenge ser det med dette ut til at selv om staten legger til rette for samstyringsprosesser mellom andrelinjen og kommunene i bosettingsarbeidet, er det flaskehals i systemet, særlig knyttet til kommunenes mulighetsrom, som gjør tilbakeføringsprosessene komplekse. Systemets incentiver for forhandlingspregede løsninger, der det er de enkelte aktørene og etatene i kommunene og innenfor spesialisthelsetjenesten som er ansvarlige for at bosettingsforløpet gis et innhold, kan imidlertid antas å ha et potensiale for å sikre helhetlige pasient- og klientforløp. Økt grad av åpenhet og dialog mellom forvaltningsnivåene, gjennom etablering av nettverk, kommunikasjon, kartlegging og tilrettelegging, kan ha et potensiale for å lette fleksibiliteten i tiltakskjeden. Hvorvidt dette vil øke systemkapasiteten, er imidlertid for tidlig å si noe sikkert om.

I utgangspunktet er samstyring basert på at aktørene anerkjenner sin gjensidige avhengighet i realiseringen av målet om helhetlige tilbakeføringsprosesser. Avtaleverket er en måte å legge til rette for en slik gjensidig anerkjennelse. Ved å avtalefeste samhandlingen, signaliserer staten for aktørene viktigheten av at partene kommer sammen, samtidig som de bidrar til å skape likeverdighet, formelt sett, mellom aktørene.

Organisasjonsstrukturen i kommunene har imidlertid konsekvenser for samhandlingen med andrelinjetjenesten og fengslene. Våre casekommuner bygger i stor grad på en sektorisert boligsosial politikk, der roller og ansvar er relativt klart definert. De negative konsekvensene av dette, særlig i forhold til å gi et helhetlig tilbud til RoP pasienter, har avstedkommet tverrinstitusjonelle løsninger. Dette er særlig våre mellomstore kommuner meget godt fornøyd med, og kommunenes evne til å håndtere komplekse overføringssaker oppleves å ha blitt styrket.

Gjennom samarbeid og særlig tverrinstitusjonelle enheter oppleves forutsetningene for å finne gode helhetlige løsninger å være

styrket. Fortsatt gjenstår imidlertid utfordringer i forhold til å integrere bolig og tjenester på en god måte.

Avtalene har imidlertid også sine begrensninger, som det er viktig å være klar over, og vi har sett at de regulerer ikke roller og ansvar med hensyn til bolig og oppfølging i bolig. Ulike aktører, med ulik profesjonsbakgrunn, kompetanse og erfaring skal samarbeide om bosettingsforløp for personer med til dels komplekse problemsituasjoner. Dette gir utfordringer. Likeledes bygger realisering av gode og helhetlige pasientforløp på en del implisitte forventninger knyttet til varsling av utskriving og oppfølging av utskrivingen.

Avtalene regulerer bare den vertikale samhandlingen mellom forvaltningsnivåene. Kommunene har også utfordringer med hensyn til sin horisontale organisering og de reorganiserer for å bruke sine ressurser best mulig. Mange kommuner har sett utfordringene og de arbeider med å etablere tverrsektorielle enheter som koordinerer i de komplekse sakene. Innenfor andrelinjen har ikke vi i vår studie funnet en tilsvarende horisontal organisasjonsutvikling.

Etablering av plattformer for nettverksbygging og samhandling, slik det gjøres innenfor avtaleverket fungerer fortsatt ikke knyttet til bolig. Avtaleverket er likevel et første spadestik i arbeidet med vertikal samstyring. Men det kan tenkes at avtalene skal bli mer detaljerte enn de er per i dag, før de også kan brukes for å regulere roller og ansvar angående bosetting av pasienter og andre som skrives ut fra sykehus, løslates fra fengsel eller får dra fra en barnevernsinstitusjon. De enkelte aktørene må fortsatt arbeide videre med å finne frem til gode rutiner for varsling og kommunikasjon med videre, som fungerer hensiktsmessig i forhold til å skape helhetlige og trygge bosettingsprosesser.

8 Konklusjoner og videre kunnskapsbehov

Som prosess byr tilbakeføring til kommunene etter institusjon og fengsel på mange utfordringer. Vi har systematisert noen av disse i ulike faser og drøftet blant annet kommunenes handlingsrom for å håndtere det ansvar som ligger til dem. I tillegg har vi sett at samhandling mellom forvaltningsnivåene som boligsosial strategi både gir muligheter, men byr også på vansker. I dette avslutningskapitlet vil vi se på noen hovedfunn i studien og kort drøfte hvilke videre kunnskapsbehov vi ser knyttet til forholdet mellom stat og kommune når det gjelder de sårbare fasene mellom institusjon/fengsel og bosetting. Ved analyse og slutninger med bakgrunn i den kvalitative analysen må vi ta et forbehold om at både antallet casekommuner og antallet informanter har vært begrenset.

8.1 Kryssende forventninger og utfordringer for det kommunale mulighetsrommet

Tilbakeføringsprosessen fra institusjon og fengsel er her definert i forhold til fire faser. Dette er kort nevnt, kartlegging, tilrettelegging av boligrelevante beslutninger, finne en bolig og ettervern. Skal en vellykket bosetting realiseres forutsetter dette at fasene 1 til 3 løses mens den enkelte befinner seg i institusjonen eller fengslene.

For å sikre samhandling mellom forvaltningsnivåene rundt disse til dels utfordrende prosessene er det definert et avtaleverk mellom helseforetak og kommuner. Dette er utviklet under samhandlingsreformen og kan tas i bruk for å definere rammene rundt overgangsfasene ut av institusjon og fengsel. Slikt sett kan det være et viktig styringsverktøy for å bidra til å realisere målene i den sosiale boligpolitikken. Avtaleverket regulerer den vertikale

samstyringen mellom forvaltningsnivåene, og definerer slik rammene og premissene for den kommunikasjon og dialog som er mellom de statlige institusjonene og kommunene i pasientforløp.

Kommunikasjon og ansvarsfordeling mellom forvaltningsnivåene synes imidlertid å fange opp bare deler av det som er utfordringene i disse tilbakeføringsprosessene og det er særlig i fase tre, der kommunene skal finne frem til den konkrete boligen, at prosessene ser ut til å stoppe opp.

Dette har først og fremst med det å gjøre at det i kommunene ikke finnes et tilstrekkelig differensiert botilbud til å møte boligbehovene blant de utskrivningsklare pasientene har innenfor rus- og/eller de psykiatriske institusjonene. Særlig pasienter som har vært inne til rusbehandling og skal skrives ut og følges opp i rusfrihet synes krevende å bosette. Kommunene har ikke i tilstrekkelig grad et tilbud som tilfredsstiller forventningene andrelinjen her har til en egnet bolig, blant annet i forhold til avstand fra etablerte rusmiljøer med videre. Dette gjør at utskrivningsklare pasienter enten hopper seg opp i behandlingsinstitusjonene eller bosettes i mindre egnede boliger, med den risiko som ligger i det for tilbakefall og effektreduksjon i forhold til behandlingen. I noen tilfeller kan effekten av behandlingen bortfalle helt etter kort tid, skal vi tro noen av våre informanter, om den ferdigbehandlede går rett tilbake til den boligen vedkommende hadde før behandlingen ble påbegynt.

Dette representerer et stort dilemma og utfordring i disse tilbakeføringsprosessene, og er mest uttalt for personer som har vært inne til behandling for et rusproblem.

Fra kommunenes side ligger imidlertid noe av problemets kjerne i at de opplever at mange skrives ut, som de mener ikke er ferdigbehandlet, gitt det mulighetsrom de har for å gi et forsvarlig bosetting og ettervern. Dette handler både om ressurser, kompetanse og konkrete boliger. Kommunene ønsker derfor generelt at det i større grad er mulighet for botrening i institusjonene. Andrelinjen på sin side, opplever det slik at kommunene ikke har etablert et tilstrekkelig differensiert tjeneste- og botilbud, som fanger opp de ulike behov de utskrivningsklare pasientene har. I sum kan dette gi et inntrykk av at ansvar og roller er noe uklart definert, i det minste oppfattes dette noe ulikt avhengig av om man ser det fra kommunenes side eller fra

institusjonene, men til syvende og sist kan det se ut som om dette handler om knappe ressurser på begge sider.

Institusjonene har stor pågang fra kommuner og leger for personer som skal inn til behandling. De ser seg derfor nødt til å ha det de selv opplever som en rimelig god gjennomstrømming. De vil eller må skrive ut personer til videre oppfølging i kommunene for å kunne ta inn nye. Kommunene på sin side har mange grupper de skal følge opp, og jo mer oppfølging den enkelte utskrevne pasient har behov for, jo mer krevende for kommunene innenfor deres prioriteringssystem. Disse ressursmessige sidene ved prosessen lar seg i begrenset grad løses innenfor det formelle avtaleverket.

Selv om ansvar og roller tydeliggjøres i avtaleverket, som vi har sett operasjonalisert blant annet i form av såkalte ”pasientforløp”, vil ikke dette øke partenes mulighetsrom. Dette er for kommunene et spørsmål om ressurser, om å øke boligmassen, styrke tjenesteapparatet, heve kompetansen og styrke personalressursene. Dette er ikke oppgaver som lag seg løse på kort sikt. Verdt å nevne her er jo også det forhold at etterslepet i kapasitetsøkning som følge av effektivisering innenfor spesialisthelsetjenesten, med kortere liggetid, raskere tilbakeføring til kommunene synes å være av et slikt omfang, at det må et stort løft til, skal en lykkes i dette. Det handler ikke om de små marginene, men om en kvalifisert kapasitetsøkning. Først da vil en sikre en sammenheng og en helhet mellom utskrivningsregimet i andrelinjen, og mottakerapparatet i kommunene.

8.2 Bosettingsforløp som et av flere virkemidler i en helhetlig bosettingspolitikk

Men på veien mot en slik helhetlig boligpolitikk kan en spørre seg om det ikke også ville være et nyttig verktøy for både kommunene og spesialisthelsetjenesten å utvikle et eget *bosettingsforløp* definert for personer i institusjoner uten egnet bolig ved utskriving.

Et slikt *bosettingsforløp* kunne definere aktørenes ansvar og roller i de fire fasene i en tilbakeføringsprosess etter institusjon og fengsel, slik vi skisserte fasene ovenfor og slik bidra til å rydde prosessene. Inn i forløpet kunne en også definere kompetansebehov på de ulike forvaltningsnivåene, og med det legge grunnlaget både for kommunal planlegging fremover, men også for gjensidig

anerkjennelse og forståelse i prosessene. Dette kunne også legitimere behovet for økt boligsosial kompetanse innenfor andrelinjetjenesten, for eksempel ved å bringe inn flere sosionomer med bolig som arbeidsfelt.

Gitt det komplekse i bosettingen av personer etter opphold i institusjon og fengsel, er det ingen enkelt aktør som har tilstrekkelig kunnskap og informasjon til å kunne løse utfordringene alene. Dette handler om å få oversikt over problemet, utforme de nødvendige virkemidlene og ha tilstrekkelig handlingsrom til å kunne håndtere utfordringene. I arbeidet med å fremskaffe boliger til personer i en vanskelig livssituasjon, er en rekke aktører på ulike forvaltningsnivåer potensielt viktige.

Samstyring gjennom et regulerende avtaleverk kan ha et potensial som sentral premiss for å sette disse prosessene i gang. Ved å avtalefeste samhandlingen, signaliserer dessuten staten viktigheten av at partene finner løsninger i fellesskap, samtidig som de bidrar til å skape likeverdighet mellom aktørene. Avtalene kan også fungere som retningsgivende i forhold til kompetanseutvikling og kapasitet innenfor ulike forvaltningsnivåer.

Som vi har sett gjennom hele denne studien, bidrar samarbeidsavtalene mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten/kriminalomsorgen til å bringe partene sammen rundt mange av de kritiske punktene på veien mot en stabil bosetting etter utskriving eller løslatelse. Dette handler både om behovskartlegging, men også om innsikt i premissene for en egnet bolig.

At barnevernet mangler dette verktøyet, kan være en utfordring. Denne sektoren fremstår som mer fragmentert i denne overgangsfasen enn utskrivningsprosessene fra øvrige institusjoner og løslatelse fra fengsler. Dette indikerer et behov for å utarbeide bosettingsforløp som differensieres på grupper, og at ungdom på vei ut fra barnevernets omsorg og over i egen bolig gjøres til gjenstand for et eget forløp.

8.3 Tverrsektorielle modeller som virkemiddel mot horisontal fragmentering

Mens det særlig er den vertikale samstyringen som reguleres innenfor avtaleverket, har kommunene selv i stor grad erkjent behovet for horisontale koordinerende organisasjonsløsninger.

Dette springer blant annet ut av en stor bevissthet rundt koordineringsutfordringene knyttet til sektoriserte organisasjonsmodeller. Dette har resultert i at våre casekommuner i stor grad har lagt til rette for, og utviklet, tverrsektorielle modeller for slik i større grad å legge et grunnlag for målstyrte samstyringsprosesser. Kommunene opplever at dette har styrket deres evne til å håndtere komplekse overføringssaker.

Vi finner imidlertid ikke den samme bevisstheten rundt konsekvensene av en fragmentert horisontal struktur innenfor andrelinjetjenesten. Dette omfattes heller ikke av avtaleverket, som ikke tematiserer rutiner og rammer for horisontal samstyring innenfor andrelinjetjenesten.

8.4 Mange utfordringer gjenstår før en har sikret helhetlige bosettingsforløp

Mange utfordringer gjenstår før en har sikret helhetlige bosettingsforløp ut av institusjon og fengsler, over til kommunene. Dette gjelder både i kommunene og i andrelinjen og ikke minst i samhandlingen forvaltningsnivåene imellom.

Kommunene opplever både et behov for spesialisering og dybdekunnskap, samtidig som horisontal breddekunnskap fremstår som viktig for å ivareta helheten. Samtidig opplever våre kommuner et stort behov for egen profesjonalisering og kompetanseheving i møte med andrelinjetjenesten (Jømfør Hanssen mfl. 2014). Dette søkes til dels løst ved å tilsette profesjoner i kommunene som de antar har kompetanse til å inngå i faglige nettverk med andrelinjen, som for eksempel psykologer. På den andre siden kan dette også være et uttrykk for at kommunenes oppgaver blir mer spesialiserte, med de krav dette setter til spisskompetanse også på kommunenivå.

Kompetanse kan også være et stikkord for behov innenfor spesialisthelsetjenesten. Slik dette erfarer i kommunene, vektlegges der særlig de medisinskfaglige sidene ved bruker-/pasientforløpene. Kommunene kan her savne mer sosialfaglig kunnskap og innsikt hos andrelinjen. Dette gjelder kunnskap både om de utfordringer kommunene står overfor i sine oppgaver og om det kommunale arbeidet og tilbudet generelt. Også innad i andrelinjen kommer dette kunnskapsbehovet til uttrykk. Således vises det i Seminarrapporten fra Kriminalomsorgen region vest også til et behov for mer kunnskap både blant ansatte i fengslene og blant ansatte i kommunene om hverandres arbeid, og tjenester (Kriminalomsorgen region vest 2014). Et tiltak her kunne være å utvikle ulike møtearenaer for ansatte i kommunene og fengslene.

Samarbeidsrelasjonens dynamikk er også relevant her. Generelt virker det som om jo mer regelmessig kommunene og andrelinjen samhandler, jo bedre kjemi og jo mer kan de bidra til gjensidig uformell kompetanseoppbygging.

Mer kunnskap og spesialisering i kommunene kan legge til rette for et mer differensiert bolig- og tjenestetilbud for personer som går ut av institusjon og fengsel. Det er særlig her utfordringene synes store for kommunene. Selv om en kartlegger og undersøker, og kjenner behovet aldri så godt, så stopper mange bosettingsprosesser opp når det kommer til det å finne en konkret bolig i fase tre, jamfør modell avsnitt 6.4. Særlig de mellomstore og store kommunene har lange ventelister på kommunale boliger, og i påvente av dette må en finne andre løsninger, i første rekke på det private markedet. Men for mange med uttalte vansker, særlig i forhold til rus, kan det være krevende å finne en bolig på det private markedet.

Her er vi over i utfordringer knyttet til selve boligproblemets art. Særlig personer med rusrelaterte vansker, har store utfordringer ikke bare med å skaffe seg bolig på det private markedet, men i enkelte tilfeller også i forhold til å gjennomføre lengre behandlinger innenfor rusinstitusjoner. En forutsetning for gjennomføring av de planlagte bosettingsforløpene, slik vi har definert det her, er at pasientene står i behandlingen eller i soningsforholdet tilstrekkelig lenge til at ikke bare behovene kan kartlegges, men også at boligen kan fremfinnes. Løslates eller

skrives den enkelte ut før dette, blir midlertidige boløsninger ofte svaret.

8.5 Supplerende perspektiver på pasient- og brukerforløp

I denne studien har vi sett på vertikal samhandling i et systemperspektiv. Brukerperspektivet som supplement, har ikke vært problematisert og drøftet. Det er imidlertid viktig avslutningsvis å nevne at brukermedvirkning også står sentralt i disse bosettingsforløpene, samtidig som det også er forankret i blant annet lov om sosiale tjenester og pasientrettighetsloven. Mange av våre informanter, både i kommunene og i andrelinjetjenesten har vært opptatt av betingelsene for dette i de bosettingsprosessene vi her har fokusert på.

Brukermedvirkning som strategi inn i bosettingsprosessene har også materialisert seg i konkrete tiltak, som for eksempel Ambulant brukerstyrt team (ABT) i Bergen. ABT var et tverrfaglig spesialteam i Bergen kommune i perioden 2010 til sommeren 2014, og brukergruppen var pasienter hvor tradisjonelle tilnæringer ikke hadde vært tilstrekkelige. De utviklet metodikken *ambulant brukerstyrt tilnærming*, som går enda lengre enn brukermedvirkning. Brukeren blir ansett som veileder snarere enn at den ansatte ble definert som dette. Strategien er at brukeren angir kurs og retning, og har kontroll over samarbeidsprosessene selv om de ikke har full kontroll over alle beslutningene i prosessen. Metodikken blir oppsummert slik:

I ambulant brukerstyrt tilnærming forsøker man å forstå det brukerne selv forstår, snarere enn å få brukerne til å forstå det systemet forstår. Man bøyer seg mot brukerne, snarere enn å kreve at de skal bøye seg mot systemet (Dahl 2010).

Brukermedvirkning og brukerstyring fremhever viktigheten av å ha brukeren i fokus, og på denne måten styrke balansen mellom brukerbehovet og begrensinger og muligheter i systemene. Det er også relevant å trekke inn ved etablering egnede strukturer og rutiner for samhandling på systemnivå.

8.6 Videre kunnskapsbehov – forholdet stat og kommune

For å løse utfordringer knyttet til samhandling med staten på en måte som tjener de personene det angår, inngår forvaltningsnivåene i et gjensidig avhengighetsforhold. Statlige institusjoner er avhengig av at kommuner gjennomfører bestemte arbeidsoppgaver og vise versa. Dette gjør aksept for og kunnskap om hverandres utfordringer på området viktig. Det er også av sentral betydning at statlige institusjoner forholder seg til at kommuner kan ha ulik organisering og ansvarsplassering for de aktuelle arbeidsoppgavene.

Avtaleverket vi har drøftet på systemnivå er et virkemiddel som staten bruker for å standardisere sine kontaktflater med kommunene. I forlengelsen av dette er det viktige kunnskapsbehov knyttet til hvordan dette avtaleverket kan utformes, for best mulig å ta opp i seg de utfordringer ulike kommuner har i forhold til å sikre helhetlige bosettingsprosesser for personer der institusjonsopphold, omsorg under barnevernet eller fengsler er en del av forløpet. Dette handler både om strategier for kommunikasjon, samhandling og nettverksetablering for felles problemløsning.

I dette er det også nødvendig at det etableres en aksept for de faktiske utfordringene kommunene har i sitt boligsosiale arbeid. Det må gis rom for individuelle tilpasninger innenfor rammene av standardiserte prosesser og avtaleverk.

I forlengelsen av dette ser vi et klart kunnskapsbehov knyttet til bosettingsforløp som innbefatter opphold på institusjon for rus og eller psykiatri, fengsel eller utfasing av barnevernets omsorgstiltak ved fylte 18 år. Her kan en tenke seg at det vil kunne være mulig å utvikle bosettingsforløp, inspirert av pasientforløpene, som nettopp definerer og operasjonaliserer oppgaver, ansvar og faser i et bosettingsforløp. Muligheten for å utvikle egne forløp for RoP pasienter og for ungdom på vei ut av barnevernets boligtiltak etter fylte 18 år bør vurderes spesielt. Særlig sårbar er overgangen fra barnevern. I mangel av en plattform for samhandling her, går mange ungdom rett fra barnevernets omsorgstiltak til NAV.

For å komme frem til gode og helhetlige bosettingsforløp, kan en blant annet utforme prosjekter der en følger brukere, som har

opphold på institusjon eller i fengsel som en del av sitt bosettingsforløp, og der en kartlegge barrierer, flaskehals og utfordringer i dette. Viktig i forhold til å utvikle dette til redskaper for samhandling mellom forvaltningsnivåene, er å ha et spesielt fokus på hvordan man på systemnivå kan legge til rette for realisering av et godt bosettingsforløp for ulike brukergrupper.

Et interessant forskningsprosjekt her er det såkalte “Fra fengsel og ut”, hvor en studerer den lokale implementeringen av tilbakeføringsgarantien i et norsk fengsel og følger innsatte i overgangen fra fengsel og ut. Prosjektet tar utgangspunkt i et sentralt trekk ved norsk kriminalpolitikk, nemlig at den innsattes utflytting skal stå i fokus fra starten av soningsforholdet (St.meld. nr. 37(2007-2008)). Prosjektet er et samarbeid mellom Kriminalomsorgens utdanningscenter (KRUS) og Husbanken.⁴

I denne studien har vi pekt på noen viktige forutsetninger for slike forløp, blant annet knyttet til det vi ovenfor ser som suksessfaktorer ved samarbeidsavtalene, som forankring, helhetlige forløp med videre. Disse forholdene kan en gå videre på, for slik å la suksessfaktorer ved de allerede eksisterende samhandlingsstrukturene også danne premiss for utformingen av det bolig-sosiale arbeidet fremover.

I den videre kunnskapsoppbygging om systemer for samhandling som styringsvirkemiddel i den sosiale boligpolitikken vil det også være viktig å være oppmerksom på hvordan øvrige styringsvirkemidlene kan inngå i statens styring av bosetting av sårbare grupper og hvordan allerede eksisterende rutiner knyttet til disse, kan innlemmes i mer helhetlige bosettingsforløp.

Det vil også være viktig å kartlegge hvilke rutiner aktørene på statlig og kommunalt nivå ser behov for med hensyn til vertikal varsling og kommunikasjon. Og hva med den horisontale samordningen? Denne har kommunene i vår studie vist at de er seg bevisst, og mange har utviklet formaliserte tverretatlige samhandlingsfora der utfordringer som går på tvers av sektorene tas opp. Innenfor andrelinjen har en imidlertid ikke vært like oppmerksom på utfordringene knyttet til horisontal samordning. Behovene for slik samordning knyttet til de boligsosiale

⁴ <http://www.krus.no/forskningsprosjektet-fra-fengsel-og-ut.5276331-296047.html>

problemstillingene vi har sett på i denne studien, og hvilke løsninger som kan skisseres, vil være viktig å utforske videre.

Igen er det imidlertid viktig å understreke at god samhandling, nettverksbygging og kommunikasjon ikke i seg selv gir flere boliger. Tilgang på boliger og egnede boliger står som en av de store utfordringene i dette bosettingsarbeidet. Mangelen på boliger ble også fremhevet av vår informant hos fylkesmannen og informanter i andrelinjetjenesten, som vektla behovet for større mangfold i oppfølgingen etter institusjonsopphold. Dette er en helt sentral premiss for ettervernet i disse bosettingsprosessene.

8.7 Mykere overganger mellom institusjon og bolig

En mulig modell for å overkomme noen av utfordringene i overgangen fra institusjon til bolig, er å lage ulike former for mellomløsninger, for eksempel i form av overgangsboliger. Dette kunne være en mellomstasjon mellom institusjon og egen bolig. En modell som prøves ut av Tyrili-stiftelsen baserer seg på at den enkelte i større grad kan ”prøve seg” ute i egen bolig, og samtidig ha et heldøgnsstilbud. Hvis de ”snubler” har de anledning til å komme tilbake til heldøgns plass for en periode. Økt kunnskap om muligheten for, og innretningen av, slike mellomløsninger ville være viktig, som et innspill til ”mykere” overganger mellom institusjon/ fengsel og bolig.

8.8 Økonomiske rammevilkår for overgangsfasene

De økonomiske rammevilkårene knyttet til overgangsfasene er et område der det er behov for mer kunnskap. Slik dette praktiseres i dag er det staten som betaler og har ansvar for institusjonsoppholdet, mens kommunene i prinsippet har det økonomiske ansvaret for oppfølgingen etterpå. Slik sett blir oppfølgingen og ettervernet betinget ikke bare av kommunenes økonomi og tilbud, men også av politiske prioriteringer. Dette vil kunne åpne opp for store lokale variasjoner i det arbeidet som vi i har kalt ettervernet og oppfølgingen i boligen.

Her kunne det vært interessant med mer kunnskap om mulighetene for samfinansierte overganger mellom det statlige og det kommunale ansvaret som sikret stabilitet og forutsigbarhet i ettervernet. En interessant modell i denne sammenhengen finner vi i Helse sør øst sine nye avtaler med nettopp nevnte Tyrili-stiftelsen, der staten velger å betale for en lengre institusjonstid enn den reelle, for slik å dekke også noe oppfølging etter institusjonsoppholdet. Staten, ved Helse sør øst, tar slik en større del av ansvaret for oppfølgingen etter institusjonsoppholdet. Kunnskap om slike modeller for dekning av utgifter i overgangsfasene kunne være et viktig område for kunnskapsheving, og meget relevant inn i en prosess mot mer definerte bosettingsforløp, slik vi foreslår utviklet ovenfor.

8.9 Økt kunnskap om andre viktige verktøy i samhandlingen

Inn i samhandling og styring av gode bosettingsprosesser innenfor den sosiale boligpolitikken er det også viktig å øke kunnskapen om hvilke andre verktøy som kan være hensiktsmessige. Vi skal kort avslutningsvis nevne verdien av sentrale veiledere for statlig og kommunal forvaltning og videreutvikling av de elektroniske samhandlingsverktøyene.

Kombinert med arbeidet frem mot gode modeller for bosettingsprosesser, i form av definerte bosettingsforløp, kan det være viktig å arbeide frem noen gode strategier og modeller til inspirasjon og motivasjon, for eksempel publisert i form av veiledningsmaterieell både rettet mot kommunene, men også mot institusjonene og fengslene. Dette ville kunne bidra til å øke bevisstheten rundt gode rutiner på dette, både i kommunene og i andrelinjetjenesten.

Særlig innenfor kriminalomsorgen og på barnevernsfeltet vil det kunne være et stort potensial for pedagogiske virkemidler, i det dette er tjenesteområder der et felles avtaleverk er minst utviklet. Utarbeidelse av handlingsplaner vil også kunne være aktuelt. Uansett synes det i vår studie å være et stort behov for, og ønske om, maler, oppskrifter og strategier fra nasjonalt hold for hvordan aktørene på ulike forvaltningsnivåer kan arbeide med tilbakeføringsprosessene.

Videreutvikling av de elektroniske verktøyene synes også som et viktig fokus for kunnskapsoppbygging og systematisert erfaring fremover. Dette gjelder både som redskaper for kartlegging av behov, men også i det konkrete samhandlingsarbeidet, med videokonferanser, elektroniske ansvarsgruppemøter med videre. Dette kan trolig lette kommunikasjonen, særlig der store avstander mellom institusjon eller fengsel og kommune gjør møtene sporadiske og kostnadskrevenende. Man skal imidlertid også være oppmerksom på ulempene i dette i forhold til brukerne, som ofte vil være i sårbare posisjoner og som gjentatte ganger har følt seg lite sett og verdsatt.

Evalueringer av hvilke erfaringer brukerne og ansatte har ved bruk av elektronisk ansvarsgruppemøter, kunne imidlertid være verdifullt for å videreutvikle dette som redskaper videre, på veien mot bedret samhandling mellom forvaltningsnivåene, og med det en mer helhetlig sosial boligpolitikk.

Litteratur

- Bakketeig, E. og E. Backe-Hansen. (2008): *Forskingskunnskap om ettervern*. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. (NOVA Rapport 17/2008)
- Baldersheim, K og K. Ståhlberg. (2002): "From Guided Democracy to Multi-Level Governance: Trends in Central-Local Relations in the Nordic Countries" *Local Government Studies*, 28 (3): 74-90
- Bjørnsen, M., K. Johannessen og H. Renå (2013): *Skedsmo kommune – en boligsosial analyse*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning. (NIBR-rapport 2013:8)
- Blåka, S., T. Tjerbo og H. Zeiner (2012): *Kommunal organisering 2012*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning. (NIBR-rapport 2012:21)
- Dahl, T. (2010): *Ambulant brukerstyrt tilnærming*. 3 rapport fra Ambulant Brukerstyrt Team, tidligere Prosjekt K. Kompetansesenter rus –region vest Bergen Stiftelsen Bergensklinikkene
- Dyb, E., Brattbakk, I., Bergander, K., Helgesen, J. (2006): *Løslatt og hjemløs. Bolig og bostedsløs etter fengselsopphold*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning. (Samarbeidsrapport NIBR, KRUS og Byggforsk)
- Dyb, E. og K. Johannessen (2010): *Regjeringens tilbakeføringsstrategi – en forstudie av iverksetting*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning. (NIBR-rapport 2010:8)
- Dyb, E. og K. Johannessen (2013): *Bostedsløse i Norge 2012 – en kartlegging*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning. (NIBR-rapport 2013:5)

- Fimreite, A. L. og Hagen, K (2009): "Partnerskapet mellom stat og kommune: Velferdspolitikkenes territoriale dimensjon revisited?" *Tidsskrift for velferdsforskning*, 12 (3): 155-167
- Fjeldstad, T. (2007): *Både sosialarbeider og terapeut: Sosionomers profesjonelle rolle i psykisk helsevern for barn og unge*. Oslo: Høgskolen i Oslo.
- Gautun, H. (2009): *Det nye barnevernsbyråkratiet. En studie av samarbeid mellom kommunen og staten innen barnevernet*. Oslo: Forskningsstiftelsen Fafo. (Fafo-rapport 2009:41)
- Gautun, H. og A. B. Grønningsæter (2012): *Bolig og helse. Samhandlingsreformens betydning for boligpolitikken*. Oslo: Forskningsstiftelsen Fafo. (Fafo-rapport 2009:41)
- Hagen, T., K.N. Amayu, G. Godager, T. Iversen og H. Øien (2011): *Utviklingen i kommunenes helse- og omsorgstjenester 1986-2010. Helseøkonomisk forskningsprogram*. Oslo: Universitetet i Oslo. Skriftserie 2011:5.
- Hansen, I.L.S. og S. Ytrehus (2005): *Alle skal bo, det er tjenestene det kommer an på. Kartlegging av udekkede tjeneste- og boligbehov blant personer med psykiske lidelser*. Oslo: Forskningsstiftelsen Fafo. (Fafo-rapport 494)
- Hansen, I.L.S. og S. Øverås (2007): "Bolig for personer med psykisk lidelse og rusproblematikk". I Brodtkorb, E. og M. Rugkåsa. (red.) *Under tak – mellom vegger*. Oslo: Gyldendal.
- Hansen, T. og I.M. Stigen (2012): "Regionen som ramme for politisk-administrativ organisering". I: Hanssen, G.S., J.E. Klausen, og O. Langeland: *Det regionale Norge 1950 til 2050*. Oslo: Abstrakt forlag
- Hanssen, G. S. og M. K. Helgesen (2012): *Hvordan påvirker statlige juridiske og pedagogiske styringsvirkemidler prioriteringene i den kommunale omsorgssektoren?* Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning. (NIBR-rapport 2012:26)
- Hanssen, G. S., M. K. Helgesen, og A. K. T. Holmen (2014): "Den forhandlende kommune i samhandlingsreformen – forhandlingspraksis og lederegenskaper". *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, 30 (2): 108-130
- Helgesen, M. og H. Hofstad (2012): *Regionalt og lokalt folkehelsearbeid. Ressurser, organisering og koordinering. En*

baselineundersøkelse. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning. (NIBR-rapport 2012:13)

Hofstad, H. og J. Torfing (2014): "Collaborative Innovation as a Tool for Economic, Social and Environmental Sustainability in Scandinavian Regional Governance". *Paper for XVII Nordic Political Science Association (NOPSAs) conference, Gothenburg 12-15 August 2014*.

Holm, A. (2006): *Bolig- og oppfølgingstjenester i bosituasjonen for psykisk vanskeligstilte. En studie av fire kommuners oppfølging av intensjonene i Opptrappingsplanen for psykisk helse*. Oslo: Norges Byggeforskningsinstitutt. (Prosjektrapport 398)

Holm, A. (2012): *En verdig bosituasjon innen psykisk helsearbeid. Om boliger, tjenester og kapasitet innenfor kommunenes arbeid for personer med psykiske vansker*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning. (NIBR-rapport 2012:2)

Holm, A. og H. M. Bjørnsen (2012): *Boligsosialt arbeid i Fjell kommune*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning. (NIBR-rapport 2012:12)

Jacobsen, G. (2010): *Tverrfaglig samarbeid: pynt eller praksis?* Masteroppgave i sosialt arbeid. Oslo: Høgskolen i Oslo.

Kooiman, J. (1993): *Governing as Governance*. London: Sage.

Kriminalomsorgen region vest (2014): *Oppsummeringsrapport. Hva og hvor er flaskebalsene i tilbakeføringsarbeidet?*

Lie, T. og S. M. Nesvåg (2006/2007): *Evaluering av rusreformen*. Stavanger: International Research Institute of Stavanger. (Rapport IRIS 2006/227).

Myrvold, T. M., M.K. Helgesen og L. Knudtzon (2009): *Evaluering av Storbysatsingen i psykisk helse*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning. (NIBR-rapport 2009:24)

Myrvold, T. og M.K. Helgesen (2009): *Kommunalt psykisk helsearbeid. Organisering, samarbeid og samordning*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning. (NIBR-rapport 2009:4)

Myrvold, T., G. Møller., H. Zeiner, H. Vardheim, M. Helgesen og T. Kvinge (2011): *Den vanskelige samhandlingen. Evaluering av forvaltningsreformen i barnevernet*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning. (NIBR-rapport 2011:25)

- Norges offentlige utredninger (NOU) 2011:15 "Rom for alle. En sosial boligpolitikk for framtiden" Oslo: Departementenes servicesenter.
- Opedal, S. H., I. M. Stigen, T. Laudal (2002): *Flat struktur og resultateneheter*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning. (NIBR-rapport 2002:21)
- Osborne, S. P. (2010): "Introduction. The (New) Public Governance: a suitable case for treatment?" I S.P. Osborne (red): *The new Public Governance? Emerging perspectives on the theory and practice of public governance*. New York: Routledge
- Ose, S.O., S. Haus-Reve og S. L. Kaspersen (2011): *Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2009*. Trondheim: SINTEF Teknologi og samfunn. (SINTEF-rapport A17039)
- Ose, S.O. og R. Slettebak (2013): *Unødvendige innleggelser, utskrivningsklare pasienter og samarbeid rundt enkeltpasienter-omfang og kjennetegn ved pasientene*. Trondheim: SINTEF Teknologi og samfunn. (SINTEF-rapport A-25247)
- Røiseland, A. og S. I. Vabo (2008): "Governance på norsk – samstyring som empirisk og analytisk fenomen." *Norsk Statsvitenskapelig tidsskrift*, 24(1-2): 86-107, Oslo, Universitetsforlaget.
- Røiseland, A. og S. I. Vabo (2012): *Styring og samstyring – governance på norsk*. Fagbokforlaget, Bergen
- Slettebak, R.T., S. L. Kaspersen, H. Jensberg, og S. O. Ose (2013): *Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2011. Årsverksstatistikk og analyser av kommunale variasjoner*. Trondheim: SINTEF Teknologi og samfunn. (SINTEF-rapport A23879)
- Snertingdal, M.I. og V. Bakkeli (2013): *Tre sårbare overganger til bolig. En kunnskapsoppsummering*. Oslo: Forskningsstiftelsen Fafo. (Fafo-rapport 2013:53)
- St.meld. nr. 37 (2007-2008): *Straff som virker – mindre kriminalitet – tryggere samfunn*. Justis- og politidepartementet.
- St.meld. nr. 47 (2008-2009): *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Stoltenbergutvalget (2010): *Rapport om narkotika*. Helse og omsorgsdepartementet.

- Storø, J. (2001): *På begge sider av atten. Om ungdom barnevern og ettervern.* Oslo. Universitetsforlaget.
- Sørensen, E. og J. Torfing (2009): "Making Governance Networks Effective and Democratic through Metagovernance ". *Public Administration* 87(2): 234-258.
- Taksdal, A., K. Breivik, K. Ludvigsen, og B. Ravneberg (2006): *På randen av å bo. Erfart kunnskap om livet og flyttingene mellom psykiatri, rusomsorg, gater, hospitser og egne boliger.* Bergen: Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier. (Rapport 1 2006).
- Torsteinsen, H. (2006): *Resultatenhetsmodellen i kommunal tjenesteproduksjon.* Institutt for statsvitenskap, Universitetet i Tromsø
- Ulfrstad, L.-M. (1997): *Bostedsløst i Norge. Kartlegging av bostedsløse i kontakt med hjelpeapparatet.* Oslo: Norges byggforskningsinstitutt. (Prosjektrapport 216)
- Ulfrstad, L.-M. (2011): *Velferd og bolig: Om boligsosialt (sam-) arbeid.* Oslo. Kommuneforlaget.
- Vedung, E. (1998): *Utvärdering i politik och förvaltning.* Studentlitteratur, Lund.

Kommunale dokumenter

- Drammen kommune (2012): *Boligsosial handlingsplan 2012-2014.*
- Bergen kommune, Utekontakten: *DUE Der Ungdommen Er.* Metodehåndbok

Avtaledokumenter statlige foretak-kommune mv.

- Bufetat, Region vest (2012): *Overordna avtale om samhandling mellom det kommunale barnevernet i område Fonna og det statlege barnevernet i Region Vest.*
- Kriminalomsorgen region vest og Bergen kommune, samarbeidsavtale
- Kriminalomsorg region vest (2014): *Seminarrapport.*
- Psykooseforløpet (2012): *Sluttrapport.* Helse Bergen (www.saman.no)

Tenesteavtale 2. Helse Bergen og Bergen kommune

(www.saman.no)

Tenesteavtale 3 og 5. Helse Bergen og Bergen kommune.

(www.saman.no)

Retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter fra psykisk helsevern og TSB som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon. Helse Bergen og Bergen kommune. (www.saman.no)

Tjenesteavtale om samhandling mellom xx kommune og Helgelandssykehuset HF. Omforent 18.1.2012.

RoP Arbeidsgruppe (2013): *Pasientforløp Rus – Psykisk helse. Pasientforløp for pasienter med rusmiddelproblem og psykisk sykdom i Helse Bergen HF fortaksområde*. Rapport.

Statlige styringsdokumenter med mer

Arbeids- og sosialdepartementet (2000): *Kriminalomsorgens og sosialtjenestens ansvar for sosiale tjenester og økonomisk stønad til innsatte i fengselsvesenets anstalter m.v.* Rundskriv I-11/2000.

Barne- og likestillingsdepartementet (2007): *Oppgave- og ansvarsfordeling mellom kommuner og statlige barnevernsmyndigheter – berunder om betalingsordninger i barnevernet*. Rundskriv Q-06/2007.

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (2010): *Sammen om et godt barnevern*. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Oslo

Departementene (2014) *Bolig for velferd. Nasjonal strategi for boligsosialt arbeid (2014-2020)*.

Helsedepartementet (2004): *Bedre behandlingstilbud til rusmiddelbrukere*. Strateginotat.

Helsedirektoratet (2010): *Folkehelsearbeidet – veien til god helse for alle*. Helsedirektoratet, Oslo

Helsedirektoratet (2013): *God oversikt – en forutsetning for god folkehelse. En veileder til arbeidet med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer*. Helsedirektoratet, Oslo

Helse- og omsorgsdepartementet (2011): *Samhandlingsreformen – Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/ helseforetak*. Nasjonal veileder. Oslo.

Justis- og politidepartementet (2001): *Fakta om Kriminalomsorgen*.

KMD (2014): *Bolig for velferd. Nasjonal strategi for boligsosialt arbeid (2014-2020)*. Kommunal- og moderniseringsdepartementet, Oslo

Riksrevisjonen (2009-2010) *Riksrevisjonens undersøkelse om oppfølging av og kvalitet i private institusjoner innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige*. Dokument 3:7 (2009-2010).

Vedlegg 1

Intervjuguide, rettet mot institusjonene

Innledende spørsmål

Hva er dine hovedarbeidsoppgaver, og hvilket fokus har dere på bolig i det dere jobber med i forhold til pasienter/brukere?

Er bolig noe dere fokuserer på, for de som skrives ut av institusjonene/løslates fra fengsel? På hvilken måte?

Hvordan er bosituasjonen for deres pasienter/brukere?

Hvor høy andel (anslagsvis) blant de som skrives ut har en fast (uavhengig av disposisjonsform) bolig å gå tilbake til og hvor høy andel befinner seg i en situasjon uten bolig å gå til? I det siste tilfellet, hva gjør dere da, er dette noe dere har fokus på?

Rutiner og organisering i institusjonen

Hvilke rutiner har dere rundt løslatelse/utskrivning fra institusjon/fengsel i forhold til å følge opp i forhold til bolig?

Har dere tilstrekkelig kapasitet til å følge opp boligspørsmålet for personer som utskrives/løslates?

Har dere egne ansatte til å jobbe med det?

Hva slags kompetanse er viktig for å ivareta en slik oppgave?

Hvilke rolle eller ansvar ser dere at dere har som behandlingsinstitusjon når det gjelder å bidra til en god boligsituasjon for klienter som skrives ut?

Hva ser dere som den viktigste rollen til kommunene i dette?

Hender det at dere må skrive ut/løslate personer uten at personen har tilfredsstillende boforhold?

Boligspørsmål under institusjons- eller fengselsoppholdet

Hvilke prioritet gis boligspørsmål under institusjonsoppholdet? Når begynner dere eventuelt å jobbe med det? Hva vet dere om bolig på det tidspunkt personene kommer til institusjonen/fengselet?

Hvordan oppfatter dere at boligspørsmålet påvirker pasientene/brukerne under institusjonsoppholdet? Er de fokusert på det? På hvilken måte? Påvirker det fokus i behandlingen?

Samarbeid med kommunene/Avtaleverk

Hvem samarbeider deres institusjon med i kommunene, og hvordan samarbeider dere, for å sikre en egnet bosituasjon for de som skrives ut/løslates?

Er samarbeidet institusjonalisert, eventuelt på hvilken måte, eller er det preget av uformell kontakt?

Kjenner du til at din institusjon arbeider etter formalisert avtaler med kommunene der dere inngår i samarbeid med kommunene?

Hva er dine erfaringer med dette?

Hvordan fungerer avtalene i forhold til de ulike arbeidsoppgavene knyttet til bosettingsprosessen for personer som skal skrives ut eller løslates (fengsel)? Hva er muligheter og suksessfaktorene, og hva er utfordringene?

Hvilke erfaringer har dere med å samarbeide med kommunene om bolig?

Om selve overgangen

Hvilke utfordringer møter dere i arbeidet med å følge opp boligsituasjonen til de som skrives ut/løslates, og hvilke innovative løsninger ser dere på de områdene der det oppleves å være utfordringer?

Hva kjennetegner en vellykket overgang fra institusjon til bolig?

Samarbeider dere med kommunene utover enkeltsaker i boligspørsmål?

Er det utviklet spesielle samhandlingsmodeller mellom deres institusjon og kommuner når det gjelder oppfølging i boligsituasjonen, ettervernssituasjonen?

Kjenner dere til noe arbeid på høyere forvaltningsnivå innenfor deres sektor når det gjelder å forbedre overgangen fra institusjon til bolig?

Intervjuguide Rettet mot kommunene

Samarbeid med systemnivå mellom kommunene og institusjonene eller fengsler/Avtaleverk

Hvem samarbeider din etat med i andrelinjen/fengslene og hvordan samarbeider dere, for å sikre en egnet bosituasjon for de som skrives ut/løslates?

Er samarbeidet institusjonalisert, eventuelt på hvilken måte, eller er det preget av uformell kontakt?

Kjenner du til at din kommune/etat arbeider etter formalisert avtaler med andrelinjene?

Hva er dine erfaringer med dette?

Hvordan fungerer avtalene i forhold til de ulike arbeidsoppgavene knyttet til bosettingsprosessen for personer som skal skrives ut eller løslates (fengsel)? Hva er muligheter og suksessfaktorene, og hva er utfordringene?

Hvilke erfaringer har dere med å samarbeide med institusjoner om bosettingsprosessen, helt fra innleggelse til utskrivning? Relater dette til de ulike fasene og arbeidsoppgavene, kartlegging, boligrelaterte søknader og beslutninger, finne bolig og ettervern

Organisering

Beskriv den organisasjonsstrukturen du er en del av, og hvordan dere jobber i forhold til bolig og bosetting ut fra institusjon og fengsel.

Hvem har ansvar for hva i kommunen, i tilknytning til denne bosettingsprosessen? Beskriv roller og ansvar.

Hvordan opplever kommunene at den organisatoriske modellen de har valgt fungerer? Vi vil her se på kommunikasjon mellom ulike sektorer, samarbeid, rutiner, oppgaveforståelse, ansvar- og rollefordeling og rolleforståelse.

Hvordan samarbeider dere internt i kommunen, mellom de som er relevante inn i disse prosessene (Horisontale organisasjonsprosesser)? Beskriv muligheter og utfordringer .

Hvordan opplever kommunene at valgt organisasjonsmodell legger til rette for samhandling vertikalt og horisontalt?

Hvilke eventuelle utfordringer knytter seg til ledelse, ansvarsplassering, rolleforståelse og initiativ knyttet til å håndtere overgangssituasjoner? Hvor er ansvaret plassert, er dette tydeliggjort, har den som har ansvaret en rolleforståelse i tråd med å ha et slikt ansvar, og ikke minst, hvor i bosettingskjeden er initiativet til boliganskaffelse plassert?

Er det ved eventuelle utfordringer, tatt noen organisatoriske grep for å endre dette? Beskriv dette, hva er erfaringene med dette?

Hva er fordeler og ulemper, samt utfordringer med ulike modeller for sektor- eller funksjonsorganisering på dette området?

Videre om utfordringer i bosettingsforløpene

Hvilke utfordringer knytter seg til de ulike temaområdene, kapasitet, kompetanse, organisering, initiativ, samhandling med andre relevante aktører og verktøy for kontinuitet i arbeidet med å bosette fra fengsler og institusjoner?

I den grad utfordringer eksisterer på disse ulike områdene, hvilke problemløsninger eller virkemidler tyr kommunene til.

Kapasitet:

I hvilken grad opplever kommunene at kapasitet med hensyn til for eksempel tilstrekkelig antall boliger eller personell er en utfordring i overgangsfasen fra institusjon/fengsel til bolig?

Hva gjør de i så fall for å møte eventuelle kapasitetsutfordringer? Hvilket handlingsrom opplever de at de har? Her er det viktig å se på løsninger som går utover bare å "øke" kapasiteten. Også organisatoriske tiltak for mer effektiv bruk av personell eller boligmasse vil være en løsning.

Kompetanse:

Har kommunen egnet og tilstrekkelig kompetanse i møte med andrelinjetjenestens kompetanse?

I hvilken grad opplever kommunen at de har tilstrekkelig kompetanse til å håndtere de ulike gruppene i overgangsfasen fra institusjon/fengsel til bolig?

Initiativ til boliganskaffelse:

Hvem i behandlings- og rehabiliteringskjeden tar initiativ til å løse et boligproblem, for de som er på vei fra institusjon/fengsel til selvstendig bolig?

Er dette et formelt eller et uformelt ansvar – er det forankret organisatorisk eller er det knyttet til en stilling? Fremgår det av et formalisert avtaleverk eventuelt?

Er alle parter enige om hvor ansvaret er plassert?

I den grad det ikke er plassert et ansvar for å ta initiativ, hvilke tiltak settes i verk fra kommuner og institusjoner for å håndtere boliganskaffelse?

Samhandling med andre forvaltningsnivåer/andrelinjetjenesten/fengsler/fosterhjem etc.:

Hvordan fungerer kommunikasjonen mellom aktører innenfor de ulike forvaltningsnivåene?

Hvilke rutiner eksisterer for eksempel knyttet til varsling av løslatelse fra fengsel eller utskrivning fra institusjon, og hvordan oppleves dette fra kommunenes side, knyttet til deres ansvar for å forberede en egnet og god bosetting? Får de tilstrekkelig tid? Hvis ikke, hva er utfordringen?

Verktøy for kontinuitet:

Hvilke verktøy for kontinuitet benytter kommunene når de skal følge opp personer som er i institusjon i kortere eller lengre perioder knyttet til å sikre en stabil boligsituasjon?