

Individuell boligplan (IBP) i Sandefjord kommune

GEIR MØLLER, LINDA MADSEN OG HEIDI HAUKELIEN

TF-rapport nr. 558

2021

Tittel: Individuell boligplan (IBP) i Sandefjord kommune
Undertittel:
TF-rapport nr: 558
Forfatter(e): Geir Møller, Linda Madsen og Heidi Haukelien
Dato: 1.1.2021
ISBN: 978-82-336-0363-2
ISSN: 2703-7894
Pris: 250,- (Kan lastes ned gratis fra www.telemarksforskning.no)
Framsidedfoto: iStock
Prosjekt: Samhandling i boligsosialt arbeid
Prosjektnr.: 20191340
Prosjektleder: Geir Møller
Oppdragsgiver(e): Husbanken

Spørsmål om denne rapporten kan rettes til:

Telemarksforskning
Postboks 4
3833 Bø i Telemark
Tlf: +47 35 06 15 00
www.telemarksforskning.no

Resymé:

Denne rapporten gir en inngående beskrivelse av tiltaket Individuell boligplan (IBP) i Sandefjord kommune. IBP er en metode for å bistå utsatte grupper på boligmarkedet. Metoden legger til grunn at brukerne kan få bistand innenfor fire sentrale velferdspilarer. Dette er hjelp til bolig, økonomi, helsetjenester og utdanning/arbeid. Hjelpen tilbys av én koordinator som gir helhetlig veiledning, og koordinerer hjelpetilbudet til brukerne. I rapporten beskrives brukerne av IBP, veilederens rolle og oppgaver, samt samarbeidet med ulike tjenester. Både brukerne av og samarbeidspartnerne til IBP opplever at metoden er nyttig, og at den bidrar til en stabil bo- og livssituasjon for brukerne.



Geir Møller er utdannet statsviter ved Universitetet i Bergen (Institutt for sammenlignende politikk). Hans interessefelt og forskningsområde omfatter politikktutforming og forvaltning av offentlige tjenester, herunder tjenesteutvikling, implementering og resultatmålinger. Møller har gjennomført undersøkelser i flere ulike velferdstjenester. Dette omfatter bl.a. NAV, sosialtjenesten, barnevern, kommunal helsetjeneste, pleie- og omsorgstjenesten og flyktningetjenesten. Dette har også innbefattet utviklingsarbeid i ulike kommunale tjenester, herunder tidlig innsats overfor barn og unge og samordning av ulike kommunale tjenester.



Linda Madsen har doktorgrad i samfunnsvitenskapelige studier av vitenskap og teknologi (STS) fra TIK Senter for teknologi, innovasjon og kultur ved Universitetet i Oslo. For tiden arbeider hun innen feltet for tjenesteforskning med temaer knyttet til statusen som pårørende til psykisk langtidssyke, arbeid og aktivitet i sykehjem, koronasituasjonen ved sykehjem, og boligsosialt arbeid. Madsen har også forskningserfaring fra Tyrkia og Tyskland, og hun har gjennomført kvalitative studier på en rekke områder deriblant "one health" og menneske-dyr relasjoner i forbindelse med fremveksten av pandemier, involvering av frivillige i kriseberedskap, og bruk og utførelse av velferdstjenester.



Heidi Haukelien er utdannet sykepleier og sosialantropolog (phd.). Hun forsker på styring av helse- og velferdstjenester, velferdspolitik, profesjonsutøvelse og kjønn. Hun har arbeidet med temaer som samhandlingsreformen, velferdsteknologi, rus-psykiatri, boligsosialt arbeid, vold i nære relasjoner og hverdagsrehabilitering. Haukelien har gjennomført en rekke etnografiske feltarbeid i sykehus og kommuner.

Forord

I denne rapporten har Telemarksforskning og Senter for omsorgsforskning (Universitetet i Sør-øst-Norge) beskrevet bruken av Individuell boligplan (IBP) i Sandefjord kommune. Metoden med bruk av IBP startet opp i 2014 og var et prøveprosjekt frem til 2016. Etter prøveperioden har metoden vært benyttet i Sandefjord frem til i dag. Telemarksforskning og Senter for omsorgsforskning har fulgt arbeidet IBP siden 2017. I 2017 fikk de to forskningsmiljøene støtte til et forprosjekt fra Oslofjordfondet, og i 2019 ga Husbanken et tilskudd til å studere tiltaket mer inngående. Denne rapporten er utarbeidet med støtten fra Husbanken, og undersøkelsen er gjennomført i løpet av 2020.

I forbindelse med undersøkelsen har vi gjennomført en rekke intervjuer med både brukere av IBP, ansvarlige for IBP og sentrale samarbeidspartnere. Vi vil derfor benytte anledningen til å takke så mye til alle som har bidratt med sine erfaringer og synspunkter på metoden. Spesielt vil vi takke alle brukerne av IBP som har stilt opp og fortalt om seg selv og erfaringene med IBP. Vi vil også takke Husbanken som har bidratt til å finansiere dette forskningsprosjektet.

Bø, 29.12.2020

Geir Møller

Prosjektleder

Innhold

Sammendrag	7
1. Innledning	9
2. Metode og datagrunnlag	11
3. Beskrivelse av brukerne av IBP	13
3.1 Kjennetegn ved brukerne av IBP	13
3.2 Kjennetegn ved tiltaksgjennomføringen	15
3.3 Sammendrag	16
4. Beskrivelse av enkeltsaker i IBP	18
4.1 De som har benyttet seg av IBP	19
4.2 Enslig innvandrerkvinn med barn	19
4.3 Kvinne med norsk bakgrunn og med krisesentererfaring	21
4.4 Mann med rusproblematikk i historien	21
4.5 Oppsummerende kommentarer	22
5. Koordinatorrollen i IBP	24
5.1 Koordinatorens oppgaver og funksjoner.....	24
5.1.1 Strategisk planlegging	24
5.1.2 IBP i tre faser: oppstart, oppfølging og åpen dør	28
5.1.3 Arbeidsformen.....	29
5.2 Relasjon mellom koordinator og bruker	31
5.2.1 Nære relasjoner.....	31
5.2.2 Motivering	33
5.2.3 Medvirkning og mestring	34
5.3 Koordinatorens kunnskap og kompetanse	35
5.4 Oppsummering	37
6. Samarbeid med andre tjenester	39

6.1	Samarbeidende tjenester	39
6.2	Samarbeidet i lys av brukerne.....	46
6.2.1	Koordinatoren: en brobygger med oversikt.....	46
6.2.2	Definere målene	47
6.2.3	Motivering og selvstendigjøring.....	48
6.3	Samarbeidet i lys av samarbeidspartnerne.....	49
6.3.1	Tid	49
6.3.2	Tilgjengelighet.....	51
6.3.3	Tillit.....	52
6.3.4	Helhet	53
6.4	Oppsummering	55
7.	Modeller for helhetlig tjenestebistand (case management)	56
7.1	Studier av ulike typer case management.....	56
7.2	Grunnleggende særtrekk ved CM.....	59
7.3	Koordinatorens kvalifikasjoner.....	61
7.4	Styrker og svakheter ved CM	63
7.5	Effekter av CM	64
7.6	Oppsummering	65
8.	Organisatorisk kontekst	67
8.1	Helhetlige boligsosiale satsinger	67
8.2	Sammenligning av ulike boligsosiale tiltak.....	68
8.3	Forankring av koordinerende systemer.....	72
8.4	Oppsummering	77
9.	Oppsummering og analyse	78

Sammendrag

Formålet med denne rapporten har vært å gi en inngående beskrivelse av tiltaket Individuell boligplan (IBP) i Sandefjord kommune. IBP har som mål at brukerne skal oppnå en stabil og permanent boligsituasjon, primært i egen bolig. Grunntanken er at brukerne har behov for ulike typer bistand, og at dette må tilpasses individuelt til hver enkelt. Tilbudet bygger på følgende fire hovedpilarer: bolig, økonomi, helse og utdanning/jobb. Det betyr at målet om å oppnå stabil boligsituasjon kan bety både hjelp til å finne bolig, helsehjelp, bistand til å finne en midlertidig eller permanent inntektssikring, og bistand til å komme i gang med utdanning eller finne jobb. Å sette sammen et tilbud bestående av flere pilarer vil involvere flere tjenester i og utenfor kommunen, noe som igjen forutsetter en viss koordinering av de aktuelle tjenestene. Metoden i Individuell boligplan innebærer i korthet at en koordinator ivaretar følgende to oppgaver: 1) kartlegging og veiledning av brukeren, og 2) hjelpe brukeren med å få tilgang til ulike tjenester og bistå med å koordinere disse.

Fellesnevneren for brukerne av IBP er at de har et behov for stabil bolig som en av de fire pilarene arbeidsmetodikken bygger på. Ut over dette vil brukerne ha behov for ulike tjenester, herunder hjelp til økonomi, helsehjelp og hjelp til utdanning eller arbeid. I rapporten har vi presentert enkelte saker som illustrerer at brukerne gjerne er i en kompleks situasjon, og at de har behov for bistand til å koordinere hjelpebehovet. Brukerne kjennetegnes for øvrig av at 3/4 er enslige (25 prosent menn og 50 prosent kvinner) og 1/4 er par. Videre har noe over halvparten av brukerne barn og en stor del av disse er innvandrerfamilier.

I rapporten har vi beskrevet koordinatorrollen mer inngående innenfor følgende tre temaområder: oppgaver og funksjoner; relasjonen mellom koordinatoren og brukerne; og koordinatorens kunnskap og kompetanse.

Koordinatorens oppgaver og funksjoner kan deles inn i to. Den ene oppgaven er knyttet til det individrettede arbeidet og innbefatter alt arbeid som handler om koordinatorens veiledning og samarbeid med brukerne av IBP. Denne består av strategisk planlegging og oppfølging som går gjennom tre faser: en oppstartsfase med planlegging og veiledning; en oppfølgingsfase der ulike tiltak gjennomføres og overvåkes av koordinator; og en avslutningsfase der prosessen evalueres og formelt avsluttes. Den siste fasen kan imidlertid trekke ut i tid ved at brukerne har mulighet for å ta kontakt med koordinator selv om oppfølging formelt er avsluttet.

Den andre hovedoppgaven innebærer å hjelpe brukeren med å få tilgang til ulike tjenester og bistå med å koordinere disse. I rapporten har vi utarbeidet en oversikt over de mest aktuelle samarbeidspartnerne og deres oppgaver. Dette innbefatter kommunale tjenester som tjenestekontoret, psykisk helse og rus, forvaltning av startlån, barnevern, fastlege og rehabiliterings- og habiliteringstjenesten. Videre inngår NAV som en sentral samarbeidspartner, herunder både den kommunale (økonomisk sosialhjelp og gjeldsrådgivning) og statlige delen (arbeidsrettede tiltak). Til slutt inngår også en rekke øvrige instanser og aktører som DPS, krisesenter, spesialisert rustjeneste, arbeidsgivere og boligutleiere. Samarbeidspartnerne setter pris på arbeidet som gjennomføres i regi av IBP både fordi det gagnar brukerne og fordi det har konkret verdi for samarbeidspartnerne.

Relasjonen mellom koordinatoren i IBP og brukerne bærer preg av å være nært og tillitsfullt, og har klare fellestrekk med det som ellers kalles den «terapeutiske alliansen». Denne relasjonen bidrar også til at brukerne opplever å ha en lav terskel for å ta kontakt, at det blir enklere for koordinatoren å sette grenser og stille krav, samt til at brukerne i større grad blir villige til å ta imot hjelp fra det øvrige hjelpeapparatet. Dessuten finner vi at relasjonen har en motiverende virkning på brukerne.

I rapporten har vi også beskrevet hva slags kunnskap og kompetansegrunnlag som ligger til grunn for virksomheten i IBP. Vi kan dele denne kunnskapen og kompetansen i to typer. Den ene typen er kunnskapen om brukernes situasjon og behov. Den andre typen er kunnskap og kompetanse om hjelpeapparatet. Dette innbefatter både kunnskap om hvilke tjenester som finnes, hva de ulike tjenestene har av tilbud og tiltak, og hvilke prosedyrer og regler som må følges for å få tilgang til tjenester. Ut over de to nevnte typene av kunnskap og kompetanse, finner vi også at evnen til å lære og evnen til å være kreativ er nødvendige for å håndtere de ulike oppgavene koordinatoren står overfor.

I rapporten har vi også sammenlignet IBP med tilsvarende arbeidsformer som gjerne omtales som case-management (CM). Sammenligningen viser at IBP har klare likhetstrekk med kjernevirksomheten i CM. IBP likner spesielt modeller som er utviklet i helsevesenet, og som i tillegg til koordinatorrollen tilbyr medisinsk hjelp. På samme måte har IBP bolig som sin spesialitet, i tillegg til at modellen også inneholder de øvrige kjennetegnene ved CM-modellene. Vi finner for øvrig at noen av de samme utfordringene som kjennetegner CM-modellen, også er relevant for IBP. Dette gjelder spesielt behovet for å etablere et institusjonelt rammeverk som støtter opp om det individrettede koordinerende arbeidet.

1. Innledning

Individuell boligplan (IBP) er en metode for å bistå utsatte grupper på boligmarkedet med ekstra bistand og oppfølging. Metoden legger til grunn at brukerne kan få bistand innenfor fire sentrale velferdspilarer. Dette er hjelp til bolig, økonomi, helsetjenester og utdanning/arbeid. Videre baserer IBP seg på at brukerne får veiledning og bistand fra én koordinator. Etter en innledende samtale utarbeider koordinator og bruker en konkret individuell boligplan med mål og tiltak for å nå målene. Foruten at koordinatoren bistår med råd og veiledning til brukeren, består metoden av utstrakt samarbeid med andre tjenester.

I Sandefjord kommune har formålet med IBP vært todelt. For det første skulle tiltaket gi brukerne individuell bistand til å få helsehjelp, økonomisk rådgivning/bistand, utdanning, arbeid og bolig. For det andre var målet å unngå at kommunale boliger ble en permanent løsning, noe som derigjennom kunne redusere boligkøene, bremse behovet for slike boliger, og ha positive konsekvenser for kommuneøkonomien. Innholdet i metoden er for øvrig utviklet som et resultat av behovet for å bedre det boligsosiale arbeidet, tidligere forsøksvirksomhet og nasjonale føringer for det boligsosiale arbeidet.

Forløperen til IBP var prosjektet «Fra leie til eie» som ble gjennomført i perioden 2012-2014. Formålet med dette prosjektet var å vurdere eierpotensiale til kommunale leietakere og bistå aktuelle beboere i kommunale boliger til å kjøpe den aktuelle boligen. Virkemidlene var økonomisk bistand, gjeldsrådgivning og en mer fleksibel bruk av Husbankens økonomiske virkemidler. Videre ble brukerne fulgt opp av en egen veileder som koordinerte og fulgte opp de enkelte brukerne.

Et annet grunnlag for utviklingen av IBP var en kartlegging som ble foretatt i Sandefjord i 2014 der det viste seg at den gjennomsnittlige botiden i kommunale gjennomgangsboliger var på over 8 år. Disse boligene er ment å ha en botid på maksimalt på 3 år. Med dette som bakteppe ble IBP startet opp i 2014 som et prøveprosjekt frem til 2016. Mandatet og målet var å vurdere om metoden ville bidra til at flere ble selvhjulpne, om det ga en større sirkulasjon i den kommunale boligmassen, og om flere kom ut av det offentlige hjelpeapparatet og ble satt i stand til å gå fra å leie bolig til å eie egen bolig.

De fire velferdspilarene som IBP bygger på, er hentet fra den nasjonale strategien Bolig for velferd 2014 – 2020. Der pekes det på behovet for å finne nye arbeidsmetoder innen det boligsosiale arbeidet, spesielt der bolig og øvrige tjenester må ses i sammenheng. I strategien blir det også etterlyst nyteknisk og sektorovergripende tiltak som kunne gi løsninger som har vært vanskelig å få til innenfor etablerte forvaltningsstrukturer (Bolig for velferd 2014-2020).

I 2017/18 ble det gjennomført et forprosjekt med midler fra Oslofjordfondet hvor formålet var å studere arbeidsmetoden og resultatene av prosjektet IBP (Møller og Haukelien 2018). Undersøkelsen belyste tiltaket både fra en kvalitativ og en kvantitativ metodisk innfallsvinkel. Resultater

fra denne undersøkelsen viser at både brukere og samarbeidspartnere var godt fornøyd med tilbudet fra IBP. Videre ble det i denne fasen tilrettelagt data om brukerne av IBP. En bearbeidet versjon av resultatene fra denne analysen er presentert i rapporten.

Høsten 2019 ble det bevilget ytterligere midler fra Husbanken til et forskningsprosjekt som belyste innholdet i IBP. Denne rapporten er et resultat av dette prosjektet. Hovedmålet er å fremskaffe kunnskap om og dokumentere metodene i IBP. Dette som et eksempel på en arbeidsmetode som lever opp til regjeringens strategi for boligsosialt arbeid.

Det overordnede målet med rapporten er å fremskaffe og dokumentere en modell som gjør Sandefjord og andre kommuner i stand til å implementere regjeringens strategi for boligsosialt arbeid i praksis. Dette vil vi oppnå ved å:

- Utforske og dokumentere koordinatorrollen som en fremvoksende profesjon, herunder utarbeide en utfyllende rollebeskrivelse som både inneholder en teoretisk ramme og beskrivelse av det praktiske arbeidet i konkrete saker
- Analysere og utforske samarbeidsrelasjoner med andre tjenester. Dette som et grunnlag for å gjøre systemendringer eller som grunnlag for beslutninger om strategiske veivalg i IBP.
- Fremskaffe kunnskap om hvilke forutsetninger som må/bør være til stede for å lykkes med strategiene og målene med IBP.

Rapporten er delt inn i ni kapitler. I andre kapittel redegjør vi for metoden og datamaterialet som er benyttet i undersøkelsen. I kapittel 3 beskrives deltakerne i IBP med bakgrunn noen sentrale statistiske kjennetegn. Dette utfylles i kapittel 4 der vi beskriver mer inngående typiske saker som inngår i IBP. Kapittel 5 inneholder en mer utfyllende beskrivelse av koordinatorrollen i IBP, og i kapittel 6 beskriver vi mer inngående hvordan koordinatoren samarbeider med øvrige tjenester. Kapittel 7 inneholder en oppsummering av litteratur om case-management (CM). Formålet med dette er å plassere IBP inn i et bredere rammeverk av tilsvarende arbeidsmetoder. I kapittel 8 foreslås ulike måter å forankre og samordne et tiltak som IBP i kommunens organisasjon. I kapittel 9 oppsummerer vi og analyserer funnene i undersøkelsen.

2. Metode og datagrunnlag

Denne undersøkelsen er en case-undersøkelse av Individuell boligplan (IBP) i Sandefjord kommune. Generelt vil formålet med en slik undersøkelse være å få mer inngående kunnskap om og en helhetlig forståelse av det tiltaket som studeres. Dette forutsetter at vi metodisk studerer tiltaket i dybden for å få frem detaljrikdom og en detaljert beskrivelse, herunder også mekaniser som anses å være av mer generell interesse. Selv om vi kun studerer ett case, er likevel ambisjonen å legge grunnlag for å beskrive en arbeidsform og metode som kan ha mer generell relevans.

Det legges ingen føringer på hva slags data som er aktuelle eller relevante i en case-undersøkelse. I utgangspunktet brukes de data som er tilgjengelig og relevante for å belyse det vi ønsker å studere. Siden formålet er å gi en utfyllende beskrivelse, vil datamaterialet i praksis ofte være kvalitativt. Dette gjelder også denne undersøkelsen. I all hovedsak baseres vi oss på kvalitative intervjuer med involverte aktører i arbeidet med IBP. De aktuelle informantene er:

- Ansvarlig koordinator for IBP og overordnet leder
- Brukere av IBP
- Samarbeidspartnere i andre tjenester

Vi har fulgt ansvarlig koordinator i en periode fra 2017 og frem til 2020. Kontakten har dels vært møtevirksomhet, uformelle samtaler og mer formelle intervjuer. Det første formelle intervjuet ble gjennomført høsten 2018 og det siste ved utgangen av 2020. I perioden har vi også hatt møter med leder for kommunens boligkontor og gjennomført intervju med overordnet leder i enheten hvor IBP er tilknyttet (tjenestekontoret).

Brukerne av IBP er intervjuet i to omganger. Den første runden ble gjennomført høsten 2018 i forbindelse med forprosjektet som ble finansiert av Oslofjordfondet. I denne runden ble det gjennomført intervju med 9 brukere. Den andre runden ble gjennomført sensommeren 2020 og omfattet i alt 15 brukere. De siste intervjuene ble i all hovedsak gjennomført i Sandefjord kommune sine lokaler, men 4 intervjuer ble også gjennomført per telefon.

Den tredje gruppen informanter er samarbeidspartnere. Blant disse har vi intervjuet både saksbehandlere og ledere. Dette er også gjort i to omganger. I første runde ble det gjennomført intervjuer med 10 saksbehandlere fra 6 ulike tjenester. I andre runde ble det gjennomført tilsvarende 9 intervjuer med informanter fra 6 ulike tjenester.

Ut over de kvalitative intervjuene har vi også benyttet oss av ulike dokumenter fra Sandefjord kommune. Dette omfatter kommunens boligsosiale handlingsplan og enkelte andre interne strategidokumenter. Som grunnlag for å beskrive brukerne av IBP, har vi også benyttet anonyme data som beskriver brukerne i perioden 2015 og ut 2017.

Analysen inneholder også en sammenligning av metoden i IBP med andre tilsvarende metoder som går under betegnelsen case management. Som grunnlag for dette har vi gjennomgått utvalgt

litteratur som beskriver disse metodene. Resultatene fra litteraturgjennomgangen er presentert i kapittel 7.

3. Beskrivelse av brukerne av IBP

I dette kapitlet har vi beskrevet sakene som mottar bistand fra Individuell boligplan (IBP) med bruk av et datamateriale som baserer seg på registreringer av brukere i en toårsperiode fra 2015 og ut 2017. I denne perioden var det registrert 80 enkeltpersoner eller familier som fikk bistand fra IBP. Brukerne beskrives med utgangspunkt i kjennetegn som kjønn, sivilstatus, boligsituasjonen og økonomisk situasjon. I dette kapitlet har vi også beskrevet enkelte trekk ved selve tiltaket og resultatene for brukerne. Dette innbefatter varigheten i tiltaket, antall samtaler deltakerne har fått og boligsituasjonen når tiltaket avsluttes.

3.1 Kjennetegn ved brukerne av IBP

Brukerne av IBP er en sammensatt gruppe. Fellestrekkene med dem er imidlertid at de har behov for en stabil og permanent bolig. Ut over dette varierer sivilstanden (enslige versus par), om de har barn, den økonomiske situasjonen og helsesituasjonen.

Tabell 3.1 Kjennetegn ved de som mottar hjelp fra IBP

Variabel	Verdier	Prosent
Kjønn/ sivilstatus	Enslig mann	25 %
	Enslig kvinne	50 %
	Par	25 %
	Totalt	100 %
Forsørger	Ja	48 %
	Nei	52 %
	Totalt	100 %
Barn	Ingen	46 %
	1-2 barn	34 %
	3-5 barn	20 %
	Totalt	100 %

Tabell 3.1 viser at halvparten av brukerne av IBP i perioden 2015-2017 er enslige kvinner, 1/4 er enslige menn og 1/4 er par. Det fremgår videre at 48 prosent er forsørgere, mens det er 54 prosent som oppgir at de har barn. Det betyr at det er enkelte brukerne som har barn, men som ikke har forsørgeransvar. Av samtlige brukere er det 34 prosent som hadde 1-2 barn og 20 prosent som har 3-5 barn.

Datamaterialet viser for øvrig at brukerne i hovedsak er par og enslige kvinner som har barn og som er forsørgere. Blant de som er par, er det hele 85 prosent som har barn, og en stor del av disse igjen har relativt mange barn (3-5 barn). Blant de enslige kvinnene er det videre 55 prosent som har barn, og størstedelen av disse har 1-2 barn. Til sammenligning er det kun 20 % av de

enslige mennene som har barn, men blant disse igjen er det bare halvparten som har forsørgeransvar. Grovt sett kan vi derfor skille mellom fire hovedgrupper brukere: enslige menn, enslige kvinner, enslige kvinner med barn og par med barn.

En forholdsvis stor del av brukerne er personer/familier som har innvandrerbakgrunn (44 prosent). Disse kjennetegnes av å være par, og at de har relativt mange barn. Mens det blant de med innvandrerbakgrunn er 43 prosent som er par, er tilsvarende andel 13 prosent blant ikke-innvandrere. Blant de med innvandrerbakgrunn er det videre 74 prosent som har barn, mens tilsvarende blant de øvrige er 38 prosent. Vi ser også at de med innvandrerbakgrunn gjennomgående har flere barn enn de uten innvandrerbakgrunn.

Noe av bakgrunnen for at man satt i gang IBP var at botiden i kommunens gjennomgangsboliger var forholdsvis høy. Et mål med tiltaket har derfor vært å bistå brukerne med overgang til privat bolig. Samtidig har det vært et mål å bistå mulige søkere til kommunale boliger, med å finne alternative private boløsninger. Det betyr at vi kan skille mellom to grupper etter status på boligmarkedet. Den ene er de som bor i kommunal bolig, og den andre gruppen er de som har annen bolig, men som har søkt eller potensielt vil søke kommunal bolig.

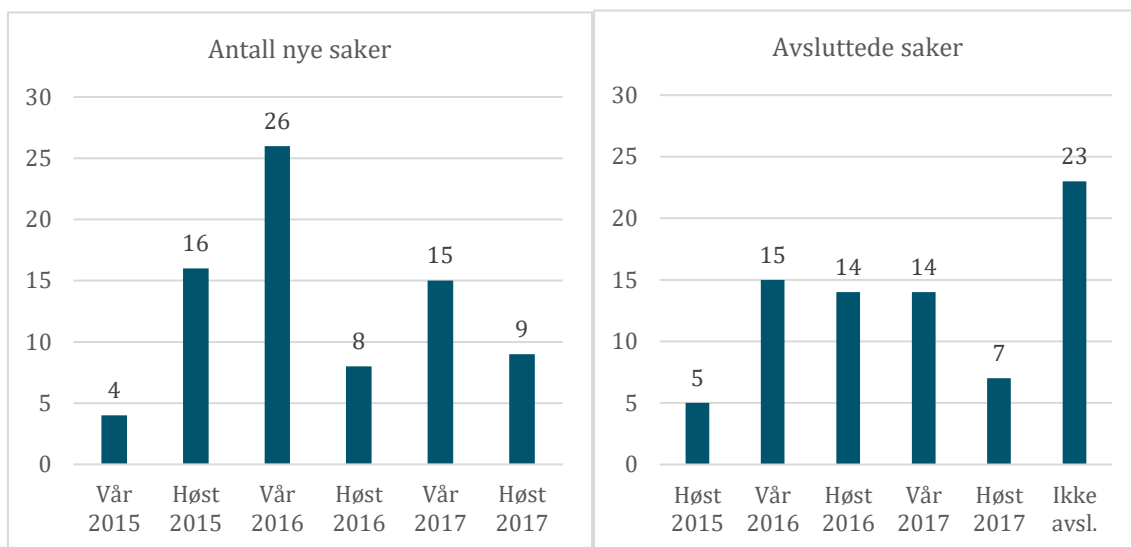
I datamaterialet er det registrert boligsituasjonen til brukerne når de startet i IBP. Her fremgår det at 41 prosent hadde kommunal bolig, 48 prosent hadde privat bolig og 11 prosent annen bolig. De som kommer fra privat bolig, kjennetegnes av at de står i fare for å miste boligen, og at de har tatt kontakt med kommunen med tanke på å søke om kommunal bolig. Blant de som har kommunale bolig, har de aller fleste en botid i kommunal bolig på 3-4 år (44 prosent), mens 22 prosent har mindre enn 3 års botid, og 34 prosent har mer enn 4 års botid. Den siste gruppen med annen bolig er yngre personer som bor hos foreldre eller det er personer uten fast bolig.

I datamaterialet har vi også informasjon om to aspekter ved brukernes økonomi. Det ene er informasjon om brukernes hovedinntektskilde og det andre er gjeldssituasjonen. Her kan vi skille mellom fire typer hovedinntektskilder. Uføretrygd, midlertidige statlige ytelser (AAP eller sykepenger), økonomisk sosialhjelp og arbeidsinntekt. Oversikten viser at 45 prosent av brukerne har uføretrygd som inntektsgrunnlag. Videre er det 18 prosent som har statlige midlertidige ytelser, 20 prosent som har økonomisk sosialhjelp som inntektskilde, og 20 prosent har arbeidsinntekt. Det siste vil omfatte brukere med deltidsstillinger og lav inntekt. Det fremgår også av datamaterialet at 31 prosent av brukerne har gjeld. Dette gjelder i liten grad personer/par med innvandrerbakgrunn.

I utgangspunktet har brukene av IBP et boligbehov. Samtidig er helsesituasjonen en medvirkende årsak til at de har utfordringer på boligmarkedet. Det at såpass mange har uføretrygd, tilsier også at en stor del har helseutfordringer. Med bakgrunn i ulike kilder kan vi skille mellom tre typer helseproblematikk: somatikk, psykiske sykdom og rusproblemer. Med bakgrunn i en vurdering av brukerne, anslås det at 3 av 4 brukere har en eller flere av disse helseplagene. Blant disse igjen utgjør størstedelen personer med lette eller tyngre psykiske plager, og da i kombinasjon med enten somatiske plager eller rusproblemet.

3.2 Kjennetegn ved tiltaksgjennomføringen

Registrering av brukere i tiltaket har foregått siden våren 2015. I perioden frem til høsten 2017 har det kommet til nye brukere i hele perioden. Med bakgrunn i datoer for registrering av nye saker og dato for utskrivning fra tiltaket, har vi her beregnet antall dager brukerne er i programmet.



Figur 3.1 Antall nye og avsluttede saker i IBP i perioden våre 2015 - høsten 2017

Figur 3.1 viser i hvilket tidsrom brukerne ble registrert inn i tiltaket. Som det fremgår av figuren over, startet prosjektet opp våren 2015 med et lite antall deltakere. Antall deltakere økt betraktelig de to neste halvårene, og i løpe av våren 2016 var det 46 deltakere registrert i tiltaket. Antallet nye deltakere sank noe fra 2016. Samtidig ser vi at det er en viss gjennomstrømming i prosjektet i og med at det fra våren 2016 skrives ut 14-15 personer hvert halvår fra tiltaket.

Tabell 3.2 Varigheten i tiltaket etter tidspunktet for oppstart (målt sommeren 2018)

Avsluttet	Høst 2015	Vår 2016	Høst 2016	Vår 2017	Høst 2017	Ikke avsluttet	Total
Oppstart							
Vår 2015		50 %	25 %		25 %		100 %
Høst 2015	31 %	38 %	6 %	6 %		19 %	100 %
Vår 2016		27 %	39 %	15 %		19 %	100 %
Høst 2016			25 %	13 %	25 %	38 %	100 %
Vår 2017				53 %	20 %	27 %	100 %
Høst 2017					11 %	89 %	100 %
Total	6 %	19 %	18 %	18 %	9 %	30 %	100 %
(N)	(5)	(15)	(14)	(14)	(7)	(23)	(78)

Når vi setter sammen de to figurene over, får vi et resultat som vist i tabell 3.2. Her fremgår det at av de 78 personene vi har data for, er 55 skrevet ut av tiltaket i løpet av perioden (71%). Dette varierer mellom tidspunktene for når de ble registrert inn. F.eks. ser vi at alle de som kom inn våren 2015 er avsluttet i utgangen av 2017. Av de som ble registrert inn høsten 2015 og våren

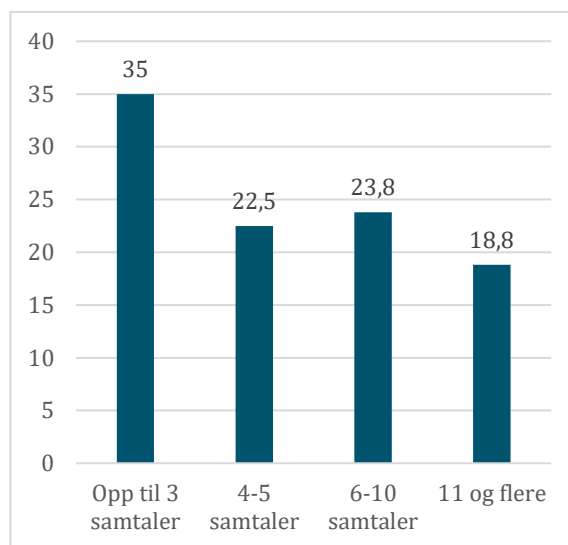
2016 er det ved utgangen av perioden (høst 2017) omtrent 80 prosent som er skrevet ut. Det er videre omtrent 30 prosent som skrives ut i løpet av samme halvår som de skrives inn, og omtrent 70 prosent er skrevet ut innenfor det samme eller neste halvår. De resterende er enten skrevet ut senere eller ennå ikke skrevet ut (20%).

Samlet sett ser vi at deltakerne i gjennomsnitt har vært inne i tiltaket i 192 dager før de skrives ut. Som det fremgår av tabellen, varierer varigheten forholdsvis mye. F.eks. er det omtrent ¼ av deltakerne som skrives ut i løpet av bare 30 dager. Noe av bakgrunnen for denne variasjonen har bakgrunn i forutsetningene til deltakerne og det hjelpebehovet de har.

Det er også registrert hvor mange samtaler den enkelte bruker har hatt med koordinatoren i IBP. Resultatene viser at deltakerne som har avsluttet IBP i gjennomsnitt har hatt 6,5 samtaler med koordinatør. Dette varierer imidlertid fra én samtale og opp til 23 samtaler.

Figur 3.2 viser hvordan deltakerne fordeler seg i forhold til antall samtaler de har med koordinatoren. Vi ser at 35 prosent har 1-3 samtaler, mens det på den andre siden er nesten 20 prosent som har 11 samtaler eller mer.

Antall samtaler varierer naturlig nok med den enkeltes varighet i tiltaket og grad av kompleksitet i brukerens livssituasjon. I gjennomsnitt finner vi at en bruker som har vært i tiltaket i ett år, har hatt 8 samtaler med koordinatoren. Dette kan imidlertid variere fra sak til sak. Enkelte kan ha hatt kort tid i tiltaket med relativt mange samtaler, mens andre har vært lenge i tiltaket med relativt få samtaler.



Figur 3.2 Antall samtaler koordinatør har hatt med brukerne (prosent)

Ved utgangen av 2017 hadde det vært i alt 80 deltakere i IBP, hvorav 57 var avsluttet. Av disse igjen var det 70 prosent som hadde flyttet til permanent privat leid eller eid bolig. Blant de 28 deltakerne som søkte eller var aktuelle for kommunal bolig når de startet i IBP, var det 19 (68%) som hadde fått ny og mer permanent privat leid eller eid bolig. Det betyr med andre ord at en stor del fikk bistand til å komme over i det private boligmarkedet uten å ha behov for kommunal bolig. Blant de 16 som hadde hatt kommunal bolig i 4 eller flere år ved oppstart av IBP, var det tilsvarende 10 som fikk privat bolig i løpet av tiltaksperioden. Tilsvarende blant de 13 med kort botid i kommunal bolig (opptil 4 år) var det 11 (85%) som hadde fått privat bolig.

3.3 Sammendrag

I dette kapitlet har vi beskrevet brukerne av IBP ved hjelp av kvantitative data i en periode fra høsten 2015 til og med høsten 2017. Oversikten viser at halvparten av brukerne er enslige kvinner, 1/4 er enslige menn og 1/4 er par. Det er videre noe over halvparten av brukerne som har

barn, og en stor del av disse er familier med innvandrerbakgrunn. Det fremgår også av oversikten at nesten halvparten av brukerne hadde kommunal gjennomgangsbolig når de kom inn i prosjektet, mens den andre halvparten bodde privat. Den sistnevnte gruppen var imidlertid personer som hadde søkt om kommunal bolig. Vi finner også at nesten halvparten av brukerne hadde uføretrygd, mens de fleste andre levde på midlertidige ytelser fra NAV. En liten del har også arbeidsinntekt, men dette dreier seg da om personer med midlertidig arbeid og lave inntekter. Det er ellers omtrent 1/3 av brukerne som hadde gjeld når de startet opp i tiltaket. Et anslag viser samtidig at 3/4 av brukerne har ulike typer helseproblematikk.

I løpet av 2015 til 2017 var det i alt 80 personer/familier som fikk bistand fra IBP. Av de som startet i denne perioden, var det omtrent 70 prosent som var skrevet ut av prosjektet i samme periode. Oversikten viser samtidig varigheten i prosjektet varierer forholdsvis mye. I gjennomsnitt har deltakerne vært inne i prosjektet i 192 dager. I datamaterialet er det også registrert antall samtaler brukerne har. I gjennomsnitt har brukerne hatt 6,5 samtaler med koordinator. Dette varierer imidlertid fra én samtale og opp til 23 samtaler.

4. Beskrivelse av enkeltsaker i IBP

I dette kapittelet presenterer vi en analyse av intervjuene vi har gjort med deltakere av Individuell boligplan (IBP). Vi har til sammen intervjuet 15 brukere i 2020 og 9 brukere i 2018. Det har vært gjennomført som telefonintervjuer og ansikt til ansikt-intervjuer på en varighet av ca. en time. Deltakerne i den siste intervjuundersøkelsen ble valgt ut av koordinatoren, og utvalget representerer et variert spekter med hensyn til hvorvidt de har nådd målet om å få sin egen bolig. De representerer også et spekter med tanke på alder, kjønn, kulturell bakgrunn, språk og utdanning. Felles for alle er at de i utgangspunktet henvendte seg til Sandefjord kommune for å få hjelp i en vanskelig boligsituasjon. Det ble gjort lydopptak av alle intervjuene som deretter ble transkribert. Ut fra de transkriberte intervjuene ble det identifisert ulike kategorier av egenskaper ved personene/familiene og situasjonen.

De kategoriene som danner utgangspunkt for presentasjonen av deltakerne av IBP i dette kapittelet er:

- Kjønn, alder
- Språklige/kulturell bakgrunn
- Sivilstand (gift, skilt, aleneboer, ansvar for barn)
- Boligsituasjon ved førstegangskontakt med IBP og utviklingen frem til intervjutidspunkt
- Jobbsituasjon ved førstegangskontakt med IBP og utviklingen frem til intervjutidspunkt
- Utdanning ved førstegangskontakt med IBP og utviklingen frem til intervjutidspunkt
- Økonomisk situasjon ved førstegangskontakt med IBP og utviklingen frem til intervjutidspunkt
- Sosialt nettverk
- Hva slags mål har de satt seg
- Hva slags hjelp har de fått gjennom IBP (inkludert å bli satt i kontakt med andre hjelpeinstanser)

Data fra intervjuene med deltakerne som også er en del av analysegrunnlaget i de andre kapitlene i rapporten, gir informasjon om brukernes vurdering av følgende:

- Hva slags type hjelp de har fått
- Hvordan kontakten har foregått (faste avtaler, spontan kontakt, hvem tar initiativ til kontakt, telefon, fysiske møter, varighet)
- Hvordan deres motivasjon eventuelt har blitt påvirket
- Hva en koordinator bør ha av kunnskaper, kontakter og egenskaper

4.1 De som har benyttet seg av IBP

De som kommer i kontakt med IBP gjør det ut fra mange ulike boligsituasjoner. Noen leier privat, noen (få) eier egen bolig, eller de leier i kommunal bolig. Varigheten på leieforholdet kan variere fra et par år, og den lengst boende i kommunal leilighet fortalte om 15 år i denne leiligheten. Felles er at de bor utilfredsstillende på en eller annen måte, og de er ikke i stand til å komme ut av denne situasjonen ved egen hjelp. Grunnene kan være høye boustgifter, de har fått oppsigelse fordi eieren skal selge, de opplever nabostøy, trangboddhet, rusbelasta miljø eller at boligen/bomiljøet egner seg dårlig for barn. I alle tilfellene handler det om manglende økonomiske midler til å kjøpe seg ut av den vanskelige boligsituasjonen. I de fleste tilfellene handler det også om tilleggsutfordringer som ligger bakenfor, og som gjør det vanskelig å komme seg ut av den nåværende økonomiske situasjonen på egenhånd. Slike tilleggsutfordringer (eller bakenforliggende årsaker) kan være språklige- og kulturelle barrierer, psykisk eller fysisk sykdom og/eller rusproblematikk som har ført til en del uheldige valg. Rusproblematikk gjelder først og fremst de mannlige deltakerne av de vi har intervjuet. Typisk for flere av kvinnene vi har intervjuet er at de har omsorgsansvar, kanskje for barn med spesielle behov, og med ingen eller lav utdanning ved førstegangskontakt med IBP. Flere av disse kvinnene jobber i helsesektoren som ringevikarer. Noen historier handler om at de er kommet dårlig ut økonomisk etter en skilsmisse. Enkelte av kvinnene vi har intervjuet fremstår som det vi vil kalle ressurssterke og godt informerte, «helt vanlige», men som likevel har hatt behov for bistand til å komme seg ut av det uføre de har kommet i med hensyn til økonomi og bolig. Det handler blant annet om å få hjelp til å sortere ut hva som kan gjøres, og i hvilken rekkefølge det kan gjøres. Noen opplever at de stanger mot systemet, at det sliter dem ut, og at ingen har hatt mulighet, kompetanse eller «faglig blikk» til å identifisere deres potensiale og bistå dem i å realisere det før de kom til IBP-koordinatoren. Det kan både være kvinner med norsk etnisk bakgrunn og med innvandrerbakgrunn.

De fleste er i begynnelsen eller midten av 40-årene, men det er også noen yngre. De vi har intervjuet representerer omtrent like mange kvinner som menn. Vi skal nå presentere tre idealtypiske historier om deltakerne av IBP. Ingen av historiene er «sanne» i den forstand at de forteller om en opplevd virkelighet basert på en deltaker, men de er sanne på den måten at de er basert på data samlet fra flere av deltakerne vi har intervjuet. På bakgrunn av analyse av alle historiene, har vi laget 3 historier som viser noen egenskaper, kjennetegn og forløp som kan eksemplifisere bakgrunn og forløp for deltakere av IBP.

4.2 Enslig innvandrerkvinn med barn

Kvinnen er i begynnelsen av 40-årene, og hun kom i kontakt med IBP da de trengte hjelp til å få et bedre sted å bo i forbindelse med at hun ble alene med barna. Leiligheten de hadde leid av kommunen de siste tre årene hadde tett trafikk rett utenfor, og den lå langt fra barnas skole. Dessuten var den i dårlig forfatning. Hun var svært bekymret for barnas manglende mulighet til å bli en del av et trygt og godt sosialt nærmiljø. Fra hjemlandet er hun utdannet spesialsykepleier, men den utdannelsen har hun ikke fått godkjent her i Norge. Da hun tok kontakt med IBP jobbet hun som ringevikar på et sykehjem. Ringevikarjobben var uforutsigbar, og det skapte store utfordringer med hensyn til pass av barn, og med hensyn til stabilitet i økonomien.

Mannen hennes hadde også høy utdannelse fra hjemlandet, men da de sammen med barna flyktet fra hjemlandet og bosatte seg i Norge, fikk ingen av dem godkjent utdannelsen sin av NOKUT. De hadde derfor svært dårlig råd siden hennes inntekter som ringevikar og hans inntekter gjennom strøjobber var uforutsigbar. Familien trivdes dårlig i den kommunale boligen, både på grunn av standarden, men også på grunn av miljøet rundt, noe som var spesielt bekymringsfullt med tanke på barnas oppvekst. Mannen slet også med psykiske lidelser som gjorde situasjonen enda mer utfordrende. Dårlig råd, usikker fremtid, bekymring for barna, trangboddhet og isolasjon gjorde at de kranglet mye, og det var vanskelig å holde ekteskapet sammen. I dag er kvinnen separert, og barna bor for det meste hos henne.

Hun forteller at hun har fått mye konkret hjelp fra IBP. Blant annet ringte IBP-koordinatoren på leiligheter på vegne av henne, slik at hun fikk komme på visning. Hun opplever at folk blir skeptiske når de hører at hun snakker dårlig norsk, og at når koordinatoren ringte for henne, så fikk hun i det minste komme på visning. På den tiden snakket hun dårligere norsk enn hun gjør nå.

Da hun først var i kontakt med boligkontoret, så avtalte de at hun skulle lete selv i to uker. Hvis hun ikke fant noe så skulle hun komme tilbake.

I løpet av disse to ukene ringte jeg over 50!

Kvinnen fortalte at hun noterte seg mange ulike begrunnelser som ble gitt for hvorfor hun ikke engang fikk mulighet til å komme å se på boligen. Selv om hun ringte med en gang boligen var avertert som ledig, så kunne hun få til svar at boligen var utleid. Noen sa nei da de fikk høre at hun ikke hadde fast jobb, mens andre sa nei da hun svarte bekreftende på spørsmål om hun hadde barn. Selv om ingen sa det til henne direkte, fikk hun en følelse av at det handlet om at de var skeptiske til henne fordi hun er utlending.

Hun fikk hjelp fra IBP til å søke på FINN, til å se på leiligheter (koordinatoren var med henne på leilighetsbesøk), og til å vurdere hva hun burde søke på. Hun fant en ny bolig for seg og barna som hun bor i nå. På grunn av adressebytte trengte hun å komme i kontakt med skoleledelsen, men hun visste ikke hvem eller hvordan hun skulle komme i kontakt, og få sagt det hun ville. Dette fikk hun hjelp med fra IBP.

Hun forteller at hun var selv veldig fokusert på skaffe seg en bolig, men hun ble av koordinatoren pushet til å tenke større tanker om egen fremtid, og fikk støtte til å tro på at det var mulig. Sammen lagde hun og koordinatoren en plan med delmål over hva hun skulle gjøre, og den inkluderte ikke bare bolig, men også utdannelse, fast jobb og fast inntekt.

Med hjelp fra IBP-koordinatoren søkte hun seg inn på videregående skole for å bli helsefagarbeider. Hun er nå snart ferdig med utdannelsen, og har fått fast jobb innen den kommunale omsorgssektoren. Hun har fremdeles kontakt med IBP-koordinatoren fordi hun får hjelp i prosessen med å søke NOKUT om godkjenning av, i det minste deler av, utdannelsen fra hjemlandet.

Hun har heller ikke kommet dit hun ønsker enda med hensyn til bolig. Hun leier privat, men ønsker, og ser det etter hvert som realistisk, å kjøpe sin egen bolig. Likevel opplever hun at hun er i en mer stabil situasjon med hensyn til bolig, økonomi, jobb, barn og skole enn hun var da hun søkte hjelp fra boligkontoret, og hun opplever at alle «trygghetene» kan spres tilbake til den

hjelpen hun har fått fra IBP. Hun er klar på at hun ikke hadde vært i den gode situasjonen hun er hvis det ikke hadde vært for den hjelpen.

4.3 Kvinne med norsk bakgrunn og med krisesentererfaring

Kvinnen i 30-årene kom i kontakt med IBP da hun var på krisesentret. Hun måtte flytte fra hjembyen på grunn av vold fra tidligere samboer. Det var krisesentret som tok kontakt med boligkontoret i Sandefjord og IBP ble koblet på. Hun hadde akutt behov for en trygg bolig med naboer rundt seg og barna.

Hun opplever at hun har fått mye hjelp gjennom IBP. Denne kvinnen opplever også at hun fikk mye mer hjelp enn det hun i utgangspunktet tenkte på selv. Det handlet om å bli pushet til å ordne opp og ta tak i mange sider ved sitt liv gjennom at hun sammen med koordinatoren lagde en plan med mål og delmål som var så realistisk at hun gjennom den kunne oppleve mestring og økt tro på sine egne evner til å ordne opp i eget liv. Dette har primært handlet om å ta kontakt med ulike tjenester som NAV, barnevernet, fastlege, psykolog og helsevesenet, noe hun synes er vanskelig å gjøre selv på egne vegne. IBP-koordinatoren hjalp henne ved å arrangere og koordinere møter med flere instanser slik som mellom krisesenter og politi, barnevern med mer. Hun fikk også bistand til å finne en mer egnet leilighet og hjelp til å komme seg ut av et økonomisk utføre ved at all smågjeld ble samlet på ett sted slik at det ble enklere å betale ned gjelden.

Hun har lite nettverk, og synes det er vanskelig å vite hvordan hun skal gå frem for å få gjennomføre tiltakene og søke den hjelpen hun trenger for etablere seg i Sandefjord på en trygg måte for seg og barna. Derfor setter hun stor pris på den hjelpen hun har fått.

I begynnelsen hadde hun og koordinatoren møter hver uke, men etter hvert som hun har fått mer orden på livet sitt har de møttes sjeldnere. De har likevel telefonkontakt en gang iblant, og hun føler at hun kan kontakte IBP-koordinatoren dersom hun skulle få behov for det igjen. Kvinnen har ikke jobb, men har som mål å få seg jobb slik at hun kan bli økonomisk selvstendig. Oppfølgingen og samtalene hun har fått av IBP, har gitt henne det hun selv kaller «et spark i ræva» og økt tro på seg selv fordi koordinatoren har tro på henne.

4.4 Mann med rusproblematikk i historien

Mannen er i førtiårene, han har i utgangspunktet en god utdanning, har hatt gode jobber, og tjent bra med penger. Men han har gjennom det meste av voksenlivet hatt psykiske problemer, og fikk etter hvert et rusmisbruk som gjorde at han mistet både jobb og inntekt. Han har en sønn og en datter, og begge har nokså nylig flyttet hjemmefra. I oppveksten bodde de delvis hos faren og delvis hos moren. Moren har, ifølge mannen selv, hatt enda større rusproblemer enn han selv.

Han beskriver en periode i livet hvor det meste gikk i oppløsning, og hvor han gjorde ting i ruset tilstand som han angret på, men som han like fullt måtte «betale for» i form av fengselsopphold, tap av omsorgen for barna og etter hvert innleggelse på psykiatrisk sykehus. Han har også etter hvert fått en rekke fysiske plager.

Da han først tok kontakt med IBP hadde han lån som var blitt misligholdt fra den perioden hvor han mistet kontroll over livet. Lånet hadde derfor gått til Statens Innkrevingsentral, og han betalte veldig høye renter. Det var vanskelig å betjene lånet, og å kjøpe seg egen bolig virket uoppnåelig. Han hadde på det tidspunktet sluttet å ruse seg, og ønsket bistand til å få orden på økonomien slik at han kunne kjøpe seg egen bolig. Han hadde tidligere eid egen bolig, men mistet den da han fikk problemer med å betale huslån som følge av rushistorien. Han kom i kontakt med koordinatoren for IBP fordi han ville prøve å få lån i husbanken. Da trengte han hjelp til å få samlet gammel gjeld, og få til en nedbetalingsordning med Statens Innkrevingsentral. Han forteller at koordinatoren holdt på i et halvt år frem og tilbake, og at selv om hun ikke klarte å ordne opp med Statens Innkrevingsentral, så har hun hjulpet han på mange måter, og vært en stor motiverende støtte for han over lang tid, både når det gjelder praktiske/økonomiske ting og rent menneskelig. I begynnelsen hadde han møter med henne én gang i uka, i noen måneder, etter hvert ble det sjeldnere. Han vet han kan ringe hvis han skulle trenge hjelp igjen, men det tror han ikke blir aktuelt. I begynnelsen prøvde de sammen å finne en plan for hvordan han skulle få kjøpt en bolig og ordne opp med Statens Innkrevingsentral. Blant annet fikk han hjelp til å søke om uføretrygd, noe han ikke trodde han ville få, men som nå er innvilget. Uføretrygden ga han fast inntekt, og mulighet for å søke huslån i banken, noe han etter mye om og men fikk. I dag bor han i egen leilighet som han er veldig fornøyd med, og sier at det er jo takket være IBP-koordinatoren at han fikk muligheten til det.

«Jeg vil ikke si at jeg har flust med penger», sier han, «men jeg har en rimelig solid uføretrygd til uføretrygd å være da. Det er jo tross alt bare 60% av det du tjente de siste tre årene. Så det er ikke akkurat noe å bli feit av, men det holder, og jeg har såpass at jeg kan ha bil og leilighet.»

4.5 Oppsummerende kommentarer

I likhet med de som har rett på individuell plan fordi de har langvarige helserelaterte behov for koordinerte tjenester fra flere instanser, så har også alle deltakerne vi har intervjuet sammensatte utfordringer som det kreves koordinert innsats for løse. Utfordringene er ofte, men ikke alltid, relatert til helse i tillegg til sosiale og økonomiske forhold. Det å ha en stabil og tilfredsstillende bosituasjon er fundamentet for å jobbe med andre utfordringer, men ettersom alt henger sammen så er det nødvendig å jobbe helhetlig. IBP-deltakerne har altså behov for mer enn hjelp til å få en egnet bolig dersom de skal oppnå en stabil, varig og god bosituasjon. Det gjelder for eksempel innvandrere og flyktninger som er fremmede for det norske systemet, og som ikke klarer å hente ut det som er mulig for å få den hjelpen som skal til for at de blir selvhjulpne, slik som for eksempel å vurdere hva som er en god bolig, og hva som er en fornuftig leiepris sett i forhold til standarden. En innvandrerkvinnne fortalte at hun gjennom samtaler med koordinatoren hadde fått forståelse for at hun kunne søke om lån nå som hun hadde fått fast inntekt. Hun er en av dem som forteller om det som kan kalles en helhetlig bistand gjennom IBP. Hun har nå kommet i orden både når det gjelder jobb, inntekt, bolig og når det gjelder utfordringer knyttet til barna.

Nå kan vi si at vi sitte trygt! Og ikke bare det; hun [koordinatoren] har også hjulpet oss med barnas situasjon.»

En annen innvandrerkvinnne uttrykker seg på denne måten:

Du får ei flette istedenfor løse tråder. Hun samarbeider på mine vegne.

Flere fra denne gruppen forteller også at de har utdannelse fra hjemlandet som ikke blir godkjent her. Gjennom IBP har de fått hjelp til å kontakte NOKUT. I noen tilfeller har også koordinatoren stått for kontakten med NOKUT.

Flere av de vi intervjuet forteller at de gjennom IBP ble klar over hjelpeordningene som de ikke ante fantes. Det gjelder for eksempel at en uføretrygd er å regne som fast inntekt, og at det dermed kan danne grunnlag for å søke startlån. Deltakerne forteller også at de gjennom kontakt med IBP ble klar over noen sammenhenger som de før ikke hadde sett, og noen forteller at de fikk motivasjon til å jobbe mot nye mål fordi de ble trodd på.

Gjennom IBP, forteller deltakerne at de opplever en sammenheng i de ikke-samarbeidende sektorene fordi måten koordinatoren jobber på skaper en sammenheng for den enkelte med utgangspunkt i den enkeltes individuelle, særegne situasjon.

De fleste forteller om betydningen av samtaler, oppmuntring og støtte til å sette seg mål, og med støtte fra koordinatoren, selv gjennomføre de tiltakene som skal til. Det innebærer for eksempel at de selv ringer til ulike etater, men at koordinatoren bistår. Arbeidsmetodikken som koordinatoren benytter seg av, er likevel så individuelt tilpasset at dersom det er behov for det, så får de også konkret hjelp med gjennomføringen, slik som med kvinnen som opplevde at hun fikk avslag på grunn av sin stotrende norsk, og hvor koordinatoren ringte for henne.

De som mottar hjelp fra IBP har en del likhetstrekk. Det handler først og fremst om at de ved førstegangskontakt med IBP er i en vanskelig situasjon med tanke på bolig og økonomi. Likevel har de flere ulikheter enn likheter, og de har behov for en ikke-standardisert hjelp for å fikse akkurat det den enkelte har behov for.

En viktig del av IBP-metodikken handler om å sette seg mål og delmål for å komme i en mer stabil økonomisk og yrkesmessig situasjon. Det foregår ved at deltakerne selv definerer måla, men ofte blir planene mer omfattende enn de i utgangspunktet tenkte på selv. Flere ga uttrykk for at de setter pris på å få hjelp til å se nye muligheter. For å unngå nederlagsfølelse, og støtte opp om mestringsfølelse, er det viktig at måla er realistiske, slik at de opplever mestring underveis, ved at det går skrittvis i ønsket retning. Noen av sakene hadde hatt lange pauseperioder (hvilende saker) for eksempel i perioder der man rett og slett bare må betale gjeld, men hvor koordinatoren allikevel «sjekker inn» for å høre hvordan det går. Dette ble av flere deltakere oppfattet som at koordinatoren bryr seg, og (i hvert fall slik de fortalte oss) ikke som å bli kontrollert.

Ikke alle har nådd målet om bolig, heller ikke jobb. Flere har vært i kontakt med IBP over flere år uten at de helt har kommet dit de ønsker seg. Likevel ser det ut som at alle, så nær som en av de 15 vi intervjuet, føler at det betyr mye å ha en kontakt i det offentlige som vet hvem de er, som bryr seg, og som har den kompetansen og kunnskapen som trengs for å kunne stake ut en vei til et bedre liv. Det er likevel én av de vi intervjuet som opplevde at han ikke hadde fått hjelp av IBP, og heller ikke av noen andre av de offentlige kontorene han hadde vært i kontakt med. En annen er videre usikker på hva slags hjelp han har fått fra IBP, og peker heller på betydningen han har fått gjennom ansvarsgruppa der både ruskonsulent, verge, leger og boligkontoret gjennom IBP-koordinatoren sitter.

5. Koordinatorrollen i IBP

I Individuell boligplan (IBP) er koordinatorrollen en sentral del av metoden. Denne kan best beskrives ved å utdype sentrale elementer i koordinatorens kunnskap og kompetanse, handlemåter og relasjoner til brukerne og andre aktører. I denne delen vil vi beskrive koordinatoren ut fra følgende tre aspekter:

- a) Koordinatorens oppgaver og funksjoner
- b) Relasjonen mellom koordinator og bruker
- c) Koordinatorens kunnskap og kompetanse

Koordinatorens samarbeidsrelasjoner til andre tjenester omtales nærmere i kapittel 6.

5.1 Koordinatorens oppgaver og funksjoner

Vi kan dele koordinatorens oppgaver inn i to typer. Den ene oppgaven kan vi kalle individrettet og innbefatter alt arbeidet som handler om koordinatorens veiledning og samarbeid med brukeren av IBP. Dette består bl.a. av planlegging, veiledning, motivering mv. Den andre hovedoppgaven innbefatter alt det som involverer kontakten med andre tjenester og ressurser. Det er videre den førstnevnte oppgaven som legger grunnlaget for samarbeid med andre tjenester og brukeren av deres ressurser inn i de enkelte sakene.

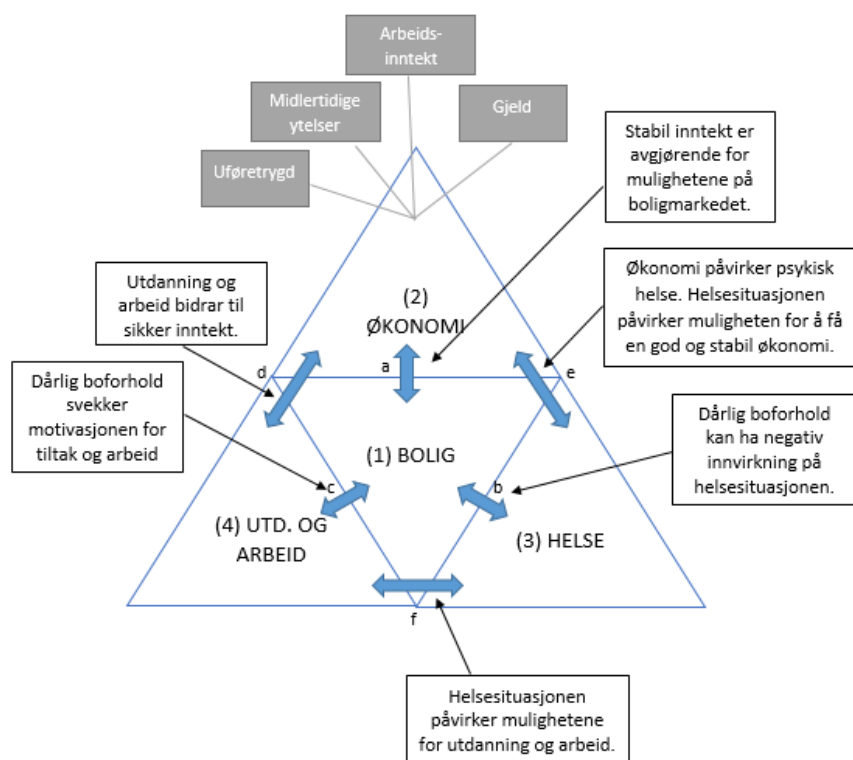
5.1.1 Strategisk planlegging

En sentral del av koordinatorens oppgave er det vi har kalt strategisk planlegging. Med dette menes vurderinger av den enkelte situasjon, fastsetting av mål og fastsetting av ulike tiltak for og sammen med den enkelte bruker. I avsnittet brukes begrepet midlertidig bolig. Dette har både en juridisk betydning (jf. 27 i lov om sosiale tjenester i NAV) og en strategisk betydning. I denne sammenhengen bruker vi begrepet i en strategisk betydning. Med midlertidig bolig menes da en bolig som benyttes mens man realiserer andre mål, men som ikke anses å være det endelige boligålet. En kommunal bolig kan tjene til dette formålet, men i strategisk betydning kan dette også innbefatte boliger på leiemarkedet.

Generelt varierer innholdet i den strategiske planleggingen. I noen tilfeller er dette nedfelt i en konkret plan som utformes sammen med brukeren, mens i andre tilfeller foregår det muntlig og noteres ned i form av notater. Varigheten kan også variere fra sak til sak, avhengig av situasjon og brukerens mål. Et kjennetegn er også at planlegging og handlinger går hånd i hånd, og at erfaringer underveis gjerne kan lede til nye mål og strategiske veivalg. Den strategiske planleggingen kan derfor foregå skrittvis, og mål og virkemidler kan endres over tid. Et annet sentralt kjennetegn ved planleggingen er at aktivitetene eller prosessene iverksettes både sekvensielt (etter hverandre) og parallelt (samtidig), alt avhengig av situasjonen og målene. Det er også slik at

planlegging og handling går hånd i hånd. Den strategiske planleggingen kjennetegnes derfor mer av å være mangfoldig enn at den er standardisert.

Til tross for at det er stor variasjon i de ulike sakene, og dermed også i den strategiske planleggingen, er det likevel mulig å beskrive noen generelle mønstre i dette arbeidet. I figuren under har vi forsøkt å illustrere noen av de sentrale faktorene i den strategiske tenkningen i IBP, hvordan de ulike faktorene henger sammen, og hvordan det jobbes med de ulike delene.



Figur 5.1 Modell over den strategiske tenkningen i IBP

Modellen illustrerer de fire pilarene som IBP bygger på: Bolig, økonomi, helse og arbeid/utdanning. Det å oppnå en stabil boligsituasjon er et mål i det strategiske arbeidet. Samtidig er målet at brukene skal være selvhjulpne for å kunne opprettholde en stabil bosituasjon. I modellen ser vi samtidig seks mulige koblinger mellom de ulike pilarene. Disse koblingene utgjøre grunnlaget for analysen av de ulike sakene og for det strategiske planarbeidet.

Målet i modellen er en god og stabil *bosituasjon* (1). Med «god» menes at boligen har en viss boligstandard, har en hensiktsmessig beliggenhet og befinner seg i et godt nærmiljø. En mindre god eller egnet bolig vil f.eks. være bolig med sopp og råte, en som har en beliggenhet som gjør transport til og fra sentrale områder vanskelig, små leiligheter i forhold til familiestørrelse (trangbodddhet), eller at den befinner seg i et dårlig nabolag med f.eks. mye rusmisbruk. En stabil bosituasjon innebærer at den i tillegg kan være varig. I IBP er det et mål for mange å oppnå dette gjennom kjøp av egen bolig, men det kan også dreie seg om å leie privat. I utgangspunktet er en kommunal bolig å betrakte som en midlertidig og ikke stabil bosituasjon. Samtidig kan ulike former for midlertidige boløsninger være et virkemiddel på veien mot en stabil bolig. Dette gjerne i påvente av andre prosesser som pågår mht. helse, utdanning/arbeid eller økonomi.

Økonomi (2) er den andre sentrale faktoren i modellen og er det viktigste grunnlaget for å sikre en stabil bosituasjon. De ulike brukerne kan ha ulikt inntektsgrunnlag, både lønnsinntekt, uføretrygd og midlertidige stønader/trygdeytelser. Inntektsgrunnlaget legger føringer på det videre strategiske arbeidet, og målet er som regel å skaffe en stabil inntekt og et tilstrekkelig inntektsgrunnlag for å skaffe seg en stabil bolig. I sakene som er analysert, finner vi at *uføretrygd* anses å være en stabil inntekt, noe som gir grunnlag for å ta lån og kjøpe egen bolig.¹ I slike situasjoner består det strategiske arbeidet eventuelt i å rydde opp i forbrukslån og annen gjeld, og å utforme et budsjett som gjør det mulig søke lån til bolig (eventuelt privat leie). *Midlertidige ytelser* som sosialhjelp og AAP anses ikke som en stabil inntekt, noe som betyr andre strategiske veivalg. Her vil som regel midlertidig bolig være aktuelt i påvente av utdanning, arbeidsrettede tiltak eller søknad om fast arbeid (eventuelt økt stillingsprosent). I tillegg vil ofte rydding av økonomi og gjeld være en aktuell aktivitet som løper parallelt med utdanning eller tiltak. *Arbeidsinntekt* gir på samme måte som uføretrygd, et økonomisk grunnlag for kjøp av bolig. Utfordringen her er imidlertid at brukerne gjerne har midlertidige stillinger eller lave stillingsbrøker. I slike tilfeller er strategien å oppnå fast stilling og/eller øke stillingsprosenten.

Den økonomiske situasjonen avhenger i stor grad av brukernes *gjeld*. En viktig del i flere av sakene er derfor å få orden på gjelden, og spesielt i saker der målet er å kjøpe egen bolig. I de fleste tilfeller innebærer det å sortere gjelden og få til avtale om en nedbetalingsordning. I slike situasjoner vil også gjeldsrådgiver i NAV bli involvert som en aktuell samarbeidspartner. Samtidig vil en nedbetalingsordning gjerne forsinke prosessen med å søke startlån og skaffe egent bolig.

En sentral del av arbeidet i IBP handler om å sikre en stabil inntekt med tanke på å oppnå en stabil bosituasjon. Samtidig kan bosituasjonen i seg selv være et hinder for å jobbe strategisk med brukerens muligheter til å få orden i økonomien. Et eksempel er at høye boutgifter hindrer opprydding i økonomien. Et annet eksempel er at dårlige boforhold hemmer evnen til eller motivasjonen for aktivitet og arbeid.

Den tredje delen av modellen er *helse (3)*. På den ene siden kan en vanskelig økonomisk situasjon i seg selv ha helsemessige konsekvenser. Samtidig kan helseutfordringer være et hinder for å få orden på økonomien. Dette gjelder spesielt i saker med rusproblematikk. Det viktigste her er imidlertid at helsesituasjonen i flere tilfeller er et hinder for å sikre inntekt gjennom aktivitet og arbeid. Dette handler både om somatiske og psykiske helseutfordringer samt utfordringer knyttet til rusproblematikk. Vi finner også eksempler på at dårlige boforhold har betydning for helsen, noe som igjen hindrer mulighetene for arbeidsinntekt.

Arbeidet med IBP kan derfor bestå av flere strategier som omhandler helse. For det første kan helsesituasjonen tilsi at det er aktuelt bistå med å søke om uføretrygd. For det andre kan det dreie seg om å bistå med legebeseøk eller annen form for behandling. For det tredje kan det bestå i å finne en alternativ midlertidig bolig som har en positiv innvirkning på helsen (f.eks. flytte ut av en fuktig bolig eller bolig i et rusmiljø).

¹ I en slik situasjon vil uføretrygd som inntektskilde ofte være for lav til å få innvilget lån i kommersiell bank. Startlån vil da gjerne være en aktuell mulighet.

Den fjerde delen av IBP er *utdanning og arbeid* (4). Utdanning og arbeid er ofte en avgjørende forutsetning for å sikre økonomien i de sakene der brukerne ikke har uføretrygd, eller der det å søke uføretrygd ikke er noe aktuell strategi. For mange av brukerne er derfor utdanning, arbeidsrettede tiltak og jobbsøking sentrale virkemidler. I slike saker ser vi at det ofte opereres med midlertidige bolig mens brukeren gjennomfører utdanning eller arbeidsrettede tiltak. Samtidig fremgår det av figuren at dårlige boforhold og en dårlig helsesituasjon kan svekke motivasjonen eller mulighetene for utdanning, arbeidsrettede tiltak eller det å søke om arbeid.

Som en illustrasjon på det strategiske arbeidet har vi her kort beskrevet to saker. Den ene saken handler om en person som får behandling for rusproblemer, er uføretrygdet og som på sikt ønsker å kjøpe egen bolig. I utgangspunktet bodde personen i et boligkompleks sammen med andre rusmisbrukere. Personen hadde også opparbeidet seg en mindre gjeld. Strategien i dette tilfellet var at personen skulle fortsette behandling og bli boende i nåværende bolig frem til de hadde ordnet opp i gjeldssituasjonen. Dersom dette skulle vise seg vanskelig, var planen å flytte midlertidig til en kommunal bolig der personen ikke ble eksponert for andre i rusmiljøet. På det tidspunktet personen hadde stabilisert rusbruken og betalt ned gjeld, var strategien å arbeide videre med å finne en privat utleieleilighet og eventuelt kjøpe privat. Det siste innbefatter involvering av enheten som forvalter startlån i kommunen.

Et annet eksempel er en enslig kvinne som lever på økonomisk sosialhjelp, er uten jobb, har opparbeidet seg noe gjeld, og har behov for helsehjelp på grunn av angst. Den aktuelle personen bor i midlertidig kommunal bolig, men langt fra sitt øvrige sosiale nettverk. Målet er å få en stabil lønnsinntekt og en egen bolig. Strategien her er tredelt. I den første delen er målet å få en deltidsjobb, og strategiene er å komme over på en mer varig og aktiv trygdeordning i NAV (AAP). I den andre delen er målet å ta utdanning innenfor et yrke hvor det er etterspørsel etter arbeidskraft. Planen er å ha en deltidsjobb ved siden av utdanningen, og samtidig bli gjeldfri etter endt utdanning. Den tredje delen er å få hjelp til angstproblemene for at vedkommende skal kunne jobbe og gjennomføre utdanningen. Dette er for øvrig en prosess som løper parallelt med de øvrige delene av strategien. Det overordnede målet er at den aktuelle personene skal være gjeldfri når utdanningen er over, og da bli i stand til å kjøpe egen bolig ved hjelp av startlån.

Eksemplene illustrerer mye av kunnskapsgrunnlaget bak det strategiske arbeidet i enkeltsaker, og samtidig noen av de sentrale strategiske valgene som tas. Planleggingen starter allerede i forberedelsen til det første møtet med brukeren ved at de ulike premissene i saken gjennomgås. I praksis innebærer det at de ulike elementene i modellen over gjennomgås, dvs. bosituasjon, økonomi/inntektsgrunnlag, helsesituasjon og arbeidssituasjon. Den strategiske planleggingen fortsetter i det første møtet der koordinatoren og brukeren diskuterer spørsmål rundt stauts og aktuelle mål knyttet til de fire pilarene. Selv om samtalenes form og innhold varierer, er strategien generelt sett et resultat av dialogen mellom koordinatør og bruker, der brukeren har rollen med å fortelle om situasjonen og definere sine ønsker og mål, mens koordinatoren bidrar inn med spørsmål og forslag til hvordan målene kan nås. Prosessen med kartlegging og utvikling av strategi munner i mange tilfeller også ut i en skriftlig plan som brukeren selv utarbeider. Her formuleres både hovedmål, delmål, strategier og konkrete tiltak. Siden det ofte er snakk om langvarige prosesser, vil imidlertid både mål og virkemidler kunne endres underveis.

5.1.2 IBP i tre faser: oppstart, oppfølging og åpen dør

Generelt kan vi si at arbeidet i IBP består av tre faser: en *oppstartsfasen* med kartlegging, strategisk planlegging og iverksetting av tiltak; en *oppfølgingsfasen* der tiltak gjennomføres; og en *avslutningsfasen*. Det er ingen faste kriterier for når den ene fasen starter og den andre begynner, fasene vil være overlappende og foregår ikke nødvendigvis i form av en sekvensiell prosess. Samtidig er det grunnleggende oppgaver som går på tvers av de tre fasene.

Oppstartsfasen vil som regel ha et høyt aktivitetsnivå med mange møter som består av bl.a. kartlegging og strategisk planlegging samt veiledning av brukeren. I tillegg vil oppstartsfasen kunne bestå av følgende mer systemrettede oppgaver:

- Gi tips om hvordan brukeren bør orientere seg, hvem denne bør kontakte osv.
- Fremskaffe informasjon om situasjon og muligheter
- Forhåndsamtaler med tjenester som omhandler konkret situasjon og konkret søknad
- Være med på møter med hjelpeapparat
- Fremskaffe, forklare og bistå med å fylle ut skjema
- Etablering av kontakt med ulike tjenester

Selv om dette er typiske oppgaver som inngår i oppstartsfasen, vil de også være aktuelle i *oppfølgingsfasen*. Samtidig preges oppfølgingsfasen av at det gjennomføres tiltak (behandling, gjeldssanering, arbeidsavklaring osv.), noe som gjør at kontakten med koordinatoren blir mindre hyppig. En viktig oppgave i oppfølgingsfasen er derfor å følge opp sakene og passe på at avtalte aktiviteter gjennomføres, motivere brukerne og eventuelt starte opp nye prosesser.

Det fremgår også at oppfølgingsfasen kan være en modningsprosess der brukerne etter hvert erkjenner at de har behov for mer hjelp enn de selv har innsett, at mål eller delmål må revideres eller at det dukker opp nye muligheter. Ifølge koordinatoren har hun flere ganger opplevd at det først er etter en tid at brukere innser at de f.eks. har behov for psykisk helsehjelp. Da gjennomføres det en revidering av mål og tiltak i brukernes plan.

Avslutningsfasen består av en evaluering av den konkrete saken, og på bakgrunn av dette, avtale med brukeren om å avslutte samarbeidet rent formelt. En sak kan avsluttes selv om målene i planen ikke er nådd. Dette fordi mange setter i gang med forholdsvis langvarige løp med utdanning, behandling eller gjeldssanering. Kriteriet for å avslutte handler derfor om at den aktuelle brukeren har kommet i gang med planlagte prosesser, at andre tjenester ivaretar ulike oppgaver, og at brukeren selv har kontroll på livssituasjonen og fremdriften.

Selv om saken formelt avsluttes, inngås det likevel en uformell avtale om at brukeren kan ta kontakt når det måtte være nødvendig. Ifølge brukerne vi har vært i kontakt med, er dette åpenbart en viktig faktor. For de som møter nye utfordringer etter at de formelt har avsluttet IBP, oppleves det som en trygghet å ha en «åpne dør» til koordinatoren. Den uformelle avtalen kan dermed betraktes som et sikkerhetsnett for de brukerne som har behov for ytterligere bistand fra IBP.

En sentral oppgave som inngår i alle de tre fasene, er *veiledning*. Dette består av minst tre aspekter. For det første vil veiledningen bestå i å *realitetsorientere* brukeren. Dette kan f.eks. handle om å realitetsorientere om forholdet mellom de økonomiske mulighetene og bosted eller

boligstandard. Samtidig kan det også handle om å erkjenne egen situasjon, f.eks. at man har behov for psykisk helsehjelp eller å akseptere helsesituasjonen slik den er. En slik erkjennelsesprosess kan modnes over tid, men starter gjerne i oppstartsfasen.

For det andre handler veiledningen om å vise brukerne hva slags *muligheter* de har. Dette handler om å bruke kunnskapen og vise på «tegnebrettet» hva slags muligheter som ligger i ulike strategier for brukeren, herunder hvilke mål eller delmål de kan oppnå. Mye av dette handler dermed om å la brukeren selv se og forstå sine egne muligheter. Ifølge koordinatoren innebærer dette at brukeren også blir mer aktiv i å samhandle om å finne de konkrete løsningene.

Veilederrollen innebærer også langt på vei at koordinatoren ikler seg oppgaven som *brukerens advokat*. Dette må samtidig ses i sammenheng med at mange brukere har vanskelig for å ivareta sine rettigheter overfor det offentlige, samtidig som at ulike offentlige instanser ofte ikke ser helheten og kompleksiteten til brukeren. Advokatrollen handler mer konkret om at det forhandles med de ulike tjenester direkte eller indirekte. Direkte kan dette f.eks. skje ved at koordinatoren gir utfyllende informasjon om brukerens helsesituasjon, økonomiske situasjon eller andre forhold som er relevante for saken. Indirekte kan advokatrollen handle om at koordinatoren tar kontakt med ulike tjenester og stiller spørsmål ved saksgangen eller hvordan de konkrete sakene håndteres. I praksis vil dette gjøre saken mer synlig og aktiv (fordi den ellers risikerer å drukne i saksmengden). Ut over dette har koordinatoren også påvirkningsmuligheter ved at hun bistår i å skrive og sende søknader.

5.1.3 Arbeidsformen

IBP og koordinatorens oppgaver kan også beskrives gjennom noen særskilte trekk ved arbeidsformen. For det første foregår ikke arbeidet nødvendigvis sekvensielt, men vel så mye arbeides det parallelt på flere områder samtidig. For det andre kjennetegnes arbeidsformen i IBP av å være handlingsorientert, dvs. at det er kort vei fra kartlegging og planlegging til handling. For det tredje er arbeidsformen resultatorientert. I tillegg er det en lav terskel for å komme i kontakt med koordinatoren.

Helhetlig sekvensielt og parallelt tiltaksarbeid

Mange av brukerne av IBP opplever å være i en kompleks og uoversiktlig situasjon når de møter koordinatoren for første gang. Flere av informantene gir også uttrykk for at de har hatt til dels store utfordringer med hjelpeapparatet og langt på vei har mistet håpet om en fremtid. Følgende sitater fra enkelte av brukerne illustrerer dette:

Jeg følte at alt bare var helt over for meg. Jeg holdt ikke hodet over vannet og gav bare opp og druknet.

Jeg var i et kjempevanskelig forhold ... og hadde ikke noe sted å dra. ... Jeg sleit med å skrive søknader og sleit med å ta kontakt med alle.

Brukernes komplekse situasjonsbeskrivelser tilsier at koordinatoren må arbeide ut fra et helhetlig brukerperspektiv. Det innebærer at det langt på vei er brukernes situasjon som avgrenser hva

og hvem som er relevant og ikke relevant å inkludere i arbeidsprosessen. Dette i motsetning til et tjenesteperspektiv der det er tjenestens definerte oppgaver som avgrenser arbeidsoppgavene. Den helhetlige tenkningen innebærer videre å hjelpe brukerne til å forstå sin egen situasjon, få oversikt over de ulike utfordringene og samtidig arbeide med konkrete tiltak. De konkrete tiltakene kan iverksettes både som sekvensielle og parallelle prosesser. I en sekvensiell prosess iverksettes tiltakene etter hverandre over tid, mens de parallelle prosessene innebærer at flere tiltak iverksettes på samme tid. Dette kan f.eks. være at koordinatoren setter i gang arbeid med å finne en midlertidig bolig, samtidig som det ryddes opp i økonomien og det søkes om behandling i helsevesenet.

Den helhetlige arbeidsformen innebærer at brukerne av IBP også opplever at koordinatoren hjelper dem til å ta tak i hele livssituasjonen og ikke bare bruddstykker slik de ofte har erfaring med fra det offentlige tjenestetilbudet. En av informantene uttrykke dette på følgende måte:

Hun har alt i en pakke og for hele familien min.

Andre informanter uttrykker mye av det samme, men på ulike måter. Virkningen av denne helhetlige og sekvensielle arbeidsformen ser ut til å bidra til at brukerne opplever å få mer kontroll, trygghet, motivasjon og ikke minst håp om en løsning.

Jeg synes hun er en bra person som hadde påvirkning over disse trådene som det dras i, så det føltes litt tryggere.

Handlingsorientert arbeidsform

Den handlingsorienterte arbeidsformen innebærer at koordinatoren, i møte med brukeren, gjennomfører ulike aktiviteter når behovet er der. Ofte skjer dette i det konkrete møtet med brukeren. I praksis innebærer det at den informasjonen som det er behov for å innhente, eller de beslutningene som treffes, iverksettes raskt. Sitatene under beskriver dette:

Når jeg kom til [koordinator] startet hun å ringe til [flere etater og tjenester], mens jeg sitter der.

Så sitter hun ikke bare der. Hun skriver, ringer og går på det og det kontoret for å hjelpe. Så når jeg kommer derfra, så er jeg veldig fornøyd. Hun fikser ting der og da.

Brukerne av IBP opplever derfor at møtene med koordinatoren gir konkrete resultater. Enkelte setter dette opp mot erfaringene fra andre tjenester der de opplever at møtene som regel ikke gir resultater eller at de må vente på resultatene av et møte i form av brev eller epost.

Resultatorientering

Den handlingsorienterte arbeidsformen innebærer også at IBP har preg av å være resultatorientert. Dette kommer til uttrykk både i planleggingsfasen der det settes delmål og mål for prosessen, og gjennom den handlingsorienterte arbeidsformen. Flere av brukerne opplever også at dette er særegent sammenlignet med andre erfaringer de har hatt med hjelpeapparatet. En av brukerne uttrykker det slik:

Der [på NAV] noterer de ned det du sier, og så blir du sendt hjem igjen. Koordinatoren derimot holder på hele tiden og jobber for å få resultater. Det spesielle er at hun jobber for å få resultater».

En annen bruker er også opptatt av resultatene som er oppnådd. Samtidig peker denne på hvordan koordinatoren gjennom ulike prosesser har bidratt til det endelige resultatet:

Hvis ikke [koordinator] hadde hjulpet, så er jeg helt sikker på at jeg ikke fikk kjøpt hus. Jeg visste at jeg kunne søke lån, men så var det det at jeg ikke hadde nok inntekt. Så [koordinator] jobbet for å øke stillingen min slik at jeg fikk nok inntekt til å søke startlån. Samtidig hjalp hun meg med å dokumentere utdanningen min, og nå har jeg det svart på hvitt

Det er åpenbart at brukerne opplever at den handlings- og resultatorienterte arbeidsformen representerer noe annerledes enn det de ellers har erfart innenfor det offentlige hjelpeapparatet. Samtidig kan dette også si noe om at IBP og koordinatoren ivaretar en koordineringsrolle som ellers ikke blir godt nok ivaretatt innenfor det ordinære tjenesteapparatet. Selv om hver av tjenestene ivaretar sine respektive deloppgaver, viser erfaringene fra IBP at det for en del brukere også er behov for noen som kan koble på ulike tjenester og koordinere disse på en effektiv måte for brukerne.

Tilgjengelighet

Et fjerde kjennetegn ved arbeidsformen til koordinatoren i IBP er tilgjengelighet. Som nevnt over, vil kontakten mellom koordinator og bruker være forholdsvis hyppig i den første fasen og avta etter hvert som ulike tiltak iverksettes. Samtidig er koordinatoren lett tilgjengelig, og det er en lav terskel for å ta kontakt for brukerne. Flere av brukerne opplever også at det er lett å ta kontakt.

5.2 Relasjon mellom koordinator og bruker

Relasjonen mellom koordinatoren og brukeren bærer preg av å være nært og tillitsfullt. Vi kan også se klare likhetstrekk med det som i psykologien kalles den terapeutiske alliansen. I følge Bordin (1979) er de emosjonelle båndene et sentralt aspekt ved den terapeutiske alliansen, herunder tillit, omsorg og engasjement. Ut over dette består alliansen av å etablere felles mål og oppgaver knyttet til målene. I dette avsnittet har vi først beskrevet hvordan brukerne opplever relasjonen til koordinatoren. Dernest har vi pekt på to aspekter ved denne relasjonen. Det ene er hvordan koordinator motiverer brukerne og den andre hvordan medvirkning og myndiggjøring ivaretas.

5.2.1 Nære relasjoner

Relasjonen mellom koordinatoren i IBP og brukerne er tett, tillitsfull og har til dels karakter av å være personlig, men dog ikke privat. Forholdet til koordinatoren omtales på ulike måter, men gjennomgående handler beskrivelsene om at brukerne stoler på og har tillit til koordinatoren, at koordinatoren er omsorgsfull og er en de kan prate åpent med. Videre opplever de fleste at de

har en åpen dør til koordinatoren. I kontrast til disse beskrivelsene, gir mange av informantene et langt mindre positivt bilde av kontakten med det øvrige tiltaksapparatet de har vært i kontakt med.

I gjennomgangen av intervjuene med brukerne har vi forsøkt å avdekke grunnlaget for denne tilliten. På direkte spørsmål til en av brukerne, svarer vedkommende:

Hun er veldig åpen og hun ... jeg vet ikke ... Hun spør ikke om så veldig mye, eller jeg føler meg ikke så presset til å snakke. Med henne så kommer det liksom bare ut. Jeg vet ikke helt hva det er.

Den aktuelle informanten opplever at det er lett å fortelle, opplever at det er lite press og at det er enkelt å prate. Videre forteller informanten at kontakten med det offentlige virkemiddelapparatet ellers har vært vanskelig, og som følge av dette, har vedkommende hatt vanskelig for å ta kontakt og fortelle om sin egen situasjon. En annen informant gir mer direkte uttrykk for at det er lett å åpne seg fordi koordinatoren lytter: «Noen ganger kommer jeg og bare snakker og gråter, og hun lytter».

Et annet begrep som nevnes både direkte og indirekte, er omsorg. En av informantene nevner spesifikt at hun opplever å bli forstått, og at koordinatoren har evne til å vise omsorg i situasjonen. Noe av det samme kommer også til uttrykk når enkelte opplever at koordinatoren – sammenlignet med andre de har møtt i tjenesteapparatet – strekker seg langt i arbeidet:

Mange gjør bare jobben sin, og det er greit det. Men [koordinator] hører på deg og er tålmodig og hjelper med mer enn jobben sin.

Enkelte som ellers har mistro til tiltaksapparatet, opplever også at koordinatoren er en de kan stole på nettopp fordi hun oppleves å være genuint opptatt av å hjelpe:

Jeg har kjent henne i mange år. Jeg kom tilbake til henne nå, for det er bare ett menneske jeg stoler på, og det er [koordinatoren]. Jeg har snakket med mange folk [i hjelpeapparatet], men det er vanskelig for meg å starte på nytt igjen og prate om problemene. Så nå fikk jeg heldigvis hjelp av [koordinatoren] igjen.

Sitatet over viser også til en opplevelse av at koordinatoren kjenner dem og hele deres historie. Det innbefatter også de vanskelige og gjerne tabubelagte delene av historien som det ellers kan være krevende å snakke om til fremmede. Når de først har åpnet seg, og koordinatoren har vist tilliten verdig, synes dette å ha skapt en relasjon som har varighet over tid. En viktig forutsetning for denne tilliten er sannsynligvis koordinatorens vilje til å lytte på brukernes historie, og at hun derigjennom oppnår en forståelse av situasjonen som gir gjenklang hos brukeren.

De tette relasjonene som etableres mellom brukerne og koordinatoren, synes ellers å ha betydning på følgende tre måter:

- Tillitsforholdet er såpass fundamentalt at brukerne opplever at det er en lav terskel for å komme tilbake ved behov.
- Tillitsforholdet bidrar til at koordinatoren kan sette grenser og stille krav uten at det går ut over relasjonen.
- Tillitsforholdet bidrar til at de er villige til å ta imot hjelp selv fra et tjenesteapparat som de til dels kan ha stor mistillit til eller som de har angst for.

Det første punktet handler om at tillitsforholdet har skapt en relasjon som synes å ha en varighet over tid. Dette må sannsynligvis ses i sammenheng med at koordinatoren har utmerket seg ved å være annerledes enn det man ellers møter i hjelpeapparatet, at koordinatoren kjenner til deres historie, og at de derfor ikke opplever å måtte starte på nytt når de tar kontakt igjen.

Det andre punktet baserer seg på fortellinger fra enkelte informanter om at de nære relasjonene ikke utelukkende handler om at koordinatoren gir støtte og sympati, men at det også kan handle om grensesetting og det å være pådriver:

Hun er en fantastisk person. Hun kan jeg snakke med, men hun sier også i fra hvis jeg fortjener å høre det.

Ja, hun sier at jeg må få ut fingeren av og til. Jeg er ikke så flink til å prate, men jeg prøver så godt jeg kan.

Det er tydelig at det tillitsforholdet som bygges opp, også blir en ressurs for koordinatoren når det er aktuelt å sette grenser og stille krav. Noe forenklet kan vi si at tillitsforholdet som er bygd opp, gjør at koordinatoren får en viss autoritet som kan tas i bruk i situasjoner der det er behov for å sette grenser eller påvirke brukeren på andre måter.

Det tredje punktet må ses i sammenheng med at mange opplever å ha et noe anstrengt forhold til hjelpeapparatet. Det å ha koordinatoren som en veileder, en helper, og en som kan bli med rundt i hjelpeapparatet, oppleves av mange som en trygghet og en åpning for å ta imot hjelp:

Jeg har fått en veldig spesiell kontakt med henne og hun har vært tryggheten min her. Så vet hun jo alt om meg liksom, og det er greit for da vet hun alle tingene når hun tar kontakt med lege eller andre.

Sitatet illustrerer at de tette relasjonene som bl.a. innebærer at brukeren åpner seg med sin historie for koordinatoren, igjen blir en ressurs i arbeidet inn mot det øvrige tjenesteapparatet. Den informasjonen brukerne deler med koordinatoren, blir med andre ord et viktig «verktøy» når koordinatoren hjelper til med å koble på andre tjenester.

5.2.2 Motivering

Et sentralt element i koordinatorens arbeid med IBP er motivering av brukerne. Som nevnt over, er mange av brukerne i en vanskelig situasjon og har mistet mye av håpet eller motivasjonen. Ifølge koordinatoren er det derfor avgjørende å skape håp og motivasjon hos brukerne. Det er flere forhold som bidrar til å motivere deltakerne.

En faktor er at koordinatoren viser at det er håp i noe som oppleves av mange brukere som en håpløs situasjon. Dette har bl.a. utgangspunkt i planleggingsfasen der det skapes et håp ved at det i planen «tegnes et bilde» fra nåsituasjonen og frem til et mål som brukeren selv definerer. Sentralt her er beskrivelsen av tiltakene og virkemidlene som bidrar til at fremtidsmålene fremstår som realistiske å oppnå. På spørsmål til en av brukerne om hva som gjorde at ting begynte å endre seg, svarer vedkommende:

... Det var jo at jeg fikk et lite håp om at ting kunne bli bedre ... hun gjorde ting litt mer forståelig ... hun hjalp meg rett og slett å bli mer optimist, å holde håpet oppe.

Videre nevner koordinatoren også at mange brukere blir forbauset over at IBP og koordinatoren kan bistå med flere ulike ting samtidig, og at forslagene til veivalg og løsninger er konkrete. En av brukerne gir uttrykk for det på følgende måte:

Hun motiverer meg både med hus, økonomi og utdanning. Hun forteller meg at vi kan klare alt med de ressursene vi har. Hun motiverer selv om jeg har mye inne i meg fra fortiden.

En sentral faktor som bidrar til å motivere brukerne er med andre ord arbeidet med å definere mål og å vise gjennom planleggingen, at det ved hjelp av et bredt spekter av tiltak er mulig å oppnå disse målene på kortere eller lengre sikt. En annen faktor som koordinatoren selv legger vekt på, er betydningen av å hele tiden vise at hun og kontaktpersonene i det øvrige hjelpeapparatet har tro på den enkelte brukers evne til å klare å gjennomføre prosessen.

Vi har samtidig eksempler på at det ikke har lyktes med enkelte saker. Ifølge koordinatoren kan dette forklares med at de ofte har liten vilje til å komme ut av situasjonen de er i. En forutsetning for å lykkes med å motivere deltakerne slik det er beskrevet over, vil derfor være at det finnes en viss vilje til å endre livssituasjonen. Gjennomgangen av de sakene som vi kan betrakte som vellykkede, bærer også preg av at brukerne har vilje til endring. Selv om mange uttrykker at de hadde lite håp når de første gang oppsøkte IBP, har de likevel hatt en vilje til å endre livssituasjonen.

5.2.3 Medvirkning og mestring

IBP baserer seg på at brukerne i størst mulig grad skal styre eller i det minste medvirke i sin egen sak. Samtidig kan prosessen også beskrives som et samarbeid der koordinatoren involveres i veivalg og beslutninger på ulike måter og i ulike grad fra sak til sak. Dette kommer kanskje best til uttrykk i kartleggings- og planleggingsprosessen. I utgangspunktet er det brukerne som skal legge planene, og definere målene. Likevel er koordinatoren aktiv medspiller i denne prosessen. Med bakgrunn i kartleggingen av situasjonen, er det ifølge koordinatoren viktig at brukerne selv definerer målene og hvor de vil. Følgende sitat fra koordinatoren illustrerer dette:

Jeg forsøker å ikke være ledende på hva målet og ressursene inn i dette er. Men jeg ber dem heller ønske på øverste hylle. Nå har du muligheten, sier jeg. Hva er det du egentlig ønsker, og hva er målet ditt.

Samtidig har mange brukere begrenset kunnskap om mulighetene og hjelpeapparatet. Når målene er definert, så er koordinatoren mer aktivt med i arbeidet med å finne muligheter og løsninger. Ifølge koordinatoren består planleggingen i å «spinne videre på målene» og foreslå ulike tiltak som brukeren kan eller bør iverksette.

I utgangspunktet er intensjonen i IBP at brukeren selv gjennomfører konkrete handlinger i tråd med planen, f.eks. rydde i økonomi, innhente informasjon, bestille legetime eller utforme søknader til ulike tjenester. Mange av brukerne har imidlertid vanskelig for dette, i det minste i starten av prosessen. Koordinatoren kan derfor også bistå aktivt med å gjennomføre konkrete oppgaver som brukeren selv ikke mestrer. Koordinatorens oppgaver kan derfor bestå av både det å veilede brukerne i hvordan de selv skal utføre bestemte oppgaver (f.eks. skrive søknad, ta kontakt med fastlege, NAV osv.), å gjennomføre ulike oppgaver for brukerne (innhenter informasjon, skriver søknad), og å være aktivt med brukerne i f.eks. møter med ulike tjenester.

Det fremgår også at brukernes medvirkning i prosessen inneholder et element av realitetsorientering. Da handler det om å samtale rundt målene og realismen i å nå disse med de ressursene som foreligger. Videre kan det faktisk handle om at brukeren selv gjør seg noen erfaringer ved å prøve ut ulike alternativer:

Vi prøver på et realistisk grunnlag å finne det de ønsker seg. Men når de er med på det selv, og ser hindringene underveis, og får den innsikten, så går de gjerne ned på kravene.

Ifølge koordinatoren er læring også et vesentlig element i brukermedvirkningen. For mange er det vanskelig å se mulighetene som finnes i hjelpeapparatet, og læring fra koordinator til bruker bidrar langt på vei til økt medvirkning. Dette foregår bl.a. ved å formidle informasjon om muligheter («kan jeg det da?»), gjennom å forklare systemet (f.eks. kravene til startlån) og gjennom læring skulder til skulder (koordinator er med bruker).

Selv om koordinatoren er med i vurderingen av ulike veivalg, utfører oppgaver for brukeren eller er med brukeren på ulike aktiviteter, gir de fleste brukerne likevel uttrykk for at de selv har vært med å styre prosessen. Noe av intensjonen med at brukerne medvirker i sin egen prosess, er også at de skal oppleve mestring. Samtidig gir de fleste brukerne uttrykk for at de har fått mye hjelp fra IBP. Essensen i medvirkning for brukerne av IBP kan derfor sies å handle om å balansere mellom å hjelpe aktivt uten at det undergraver brukernes egen medvirkning og mestring.

5.3 Koordinatorens kunnskap og kompetanse

Koordinatorens kunnskap og kompetanse kan betraktes som et fundament i arbeidet med å veilede og koordinere ulike tjenester for brukerne. Det kan være nyttig å skille mellom begrepene *kunnskap* og *kompetanse*. Med kunnskap menes det å ha teoretisk eller empirisk innsikt om brukernes situasjon, om behandlingsapparatet eller andre relevante forhold. Kompetanse derimot handler om å ha ferdigheter til å utføre veiledning og oppfølging av brukerne.

Kunnskapsgrunnlaget som koordinatoren benytter, kan deles inn i to grupper:

- Kunnskap om ulike brukergruppers situasjon
- Kunnskap om hjelpeapparatet

Det første punktet viser til kunnskap om de ulike brukergruppens situasjon. For det første innebærer dette generelle kunnskapen om muligheter, barrierer og utfordringer. En del av dette kunnskapsgrunnlaget er teoretisk (sosialfaglig teori), men det er kanskje først og fremst basert på erfaringer med ulike brukergrupper. I samtalen med koordinatoren, ser vi at beskrivelser av arbeidet gjerne knyttes til ulike grupper eller situasjoner som hver har sine særegne utfordringer eller sårbarhet. Kunnskapsgrunnlaget handler da om å forstå de spesielle utfordringene og barrierene til den enkelte gruppe. Samtidig kan kunnskapen om brukernes utfordringer være generell og relevant på tvers av ulike grupper. Et typisk eksempel som ofte trekkes frem er gjeldssituasjonen og brukernes utfordringer med å ha oversikt over gjeldssituasjonen. Et annet eksempel er mange brukergrupper frykt for eller dårlige erfaringer med hjelpeapparatet.

Kunnskapen om ulike brukergrupper handler også om å få innsikt i den enkelte brukers historie og livssituasjon, f.eks. bolighistorien, sykehistorie, trygdehistorie, familieforhold mv. Denne

kunnskapen fremskaffes gjennom kartleggingsarbeidet og de konkrete spørsmålene koordinatoren stiller til brukeren. Til sammen utgjøre dette brukerens «historie» som igjen blir grunnlaget for den konkrete veiledningen og det konkrete tiltaksarbeidet. Dette kunnskapsgrunnlaget blir samtidig et verktøy koordinatoren har med seg både i veiledningsprosessen og i samarbeidsrelasjonen med andre tjenester. Flere av brukerne gir også uttrykk for at de setter pris på at koordinatoren sitter inne med den kunnskapen. Dette både fordi de opplever at koordinatoren forstår helheten i situasjonen, og fordi koordinatoren kan formidle relevant informasjon til samarbeidspartnere. En av brukerne uttrykker det på følgende måte:

Problemet er når jeg skal forklare meg [til ulike tjenester], for jeg finner ikke ord for å beskrive situasjonen min, og det er fint at jeg kan få [koordinatoren] til å hjelpe med å forklare hvordan tingen er for meg. Det blir ofte sånn at de ikke forstår meg. ... Men da kan jeg også ringe [koordinatoren], og så kan hun forklare alt, hun veit jo alt om meg.

Det å ha kunnskap om brukernes utfordringer generelt, og i de enkelte sakene spesielt, innebærer også at koordinatoren har kunnskap om hvordan de ulike elementene i situasjonen henger sammen og hvordan de kan løses opp. Det å forstå den enkeltes situasjon ut fra et systemperspektiv blir derfor et sentralt kunnskapsgrunnlag for koordinatoren.

Et annet sentralt kunnskapsfelt omhandler tjenestetilbudet som er relevant for de ulike brukerne. Dette innbefatter kunnskapen om hvilke tjenester som finnes, hva de ulike tjenestene har av tilbud og tiltak, og ikke minst prosedyrer og regelverk for å få tilgang til de ulike tjenestene. Det siste handler da både om å ha kunnskap om de mer formelle rutinene og reglene (f.eks. regler for startlån og regler for gjeldssanering) og om de mer uformelle prosessene som må til for å nå gjennom hos de samarbeidende tjenestene (f.eks. tilgang til helsehjelp). En av brukerne viser til eksempel på det sistnevnte:

Jeg søkte på [...], men fikk bare avslag over alt. Så var [koordinatoren] med meg til legen og ba han om en henvisning. Da fikk jeg det, men det tok tid for [koordinatoren] måtte mase en del. Hadde hun ikke vært med meg da, så ville jeg aldri fått [behandling].

Det siste eksemplet dreier seg mer om å inneha en kompetanse om å utnytte de uformelle systemene mer enn om det å ha kunnskap om de formelle prosedyrene. I praksis ser vi at det ofte er den førstnevnte kompetansen som benyttes. Det betyr at kunnskapen om systemet er nødvendig, men det avgjørende er ofte kompetansen i å vite hvordan man navigerer i det aktuelle landskapet.

I forlengelsen av omtalen av koordinatorens kunnskap og kompetanse, er det også aktuelt å trekke inn begrepet *læring*. Siden sakene er ulike og behovene for bistand varierer, betyr det at bruker og koordinator av og til beveger seg inn i et ukjent tjenestelandskap. Ifølge koordinatoren selv, dreier slike prosesser seg vel så mye om å ha evnen til å lære som det å inneha kunnskap og kompetanse. Et eksempel på dette er arbeid med å få godkjent utdanning. Ifølge koordinatoren innebærer dette at man beveger seg langt inn detaljerte fagspesifikke områder, noe det ikke er mulig å ha kunnskap om på forhånd. Prosessen dreier seg da primært om å orientere seg i et ukjent landskap og å lære underveis, noe koordinatoren bl.a. uttrykker på følgende måte:

En koordinator må i hvert fall kjenne til systemet og tjenestene, og hvordan de jobber. Så må du vel også ha kunnskap om å finne ut av hvordan ulike systemer fungerer.

I den sammenheng er det også relevant å trekke inn begrepet *kreativitet*. Relevansen av dette begrepet har igjen bakgrunn i at sakene er unike og ofte komplekse. Det finnes derfor ingen standard løsninger, og i mange sammenhenger handler det om å prøve og feile i prosessen. Det betyr at kunnskapen om brukers situasjon og ulike handlinger og veivalg settes sammen på ulike måter fra sak til sak. Et eksempel på dette kan være en bruker som nektet å gå til fastlegen, og der koordinatoren måtte finne en alternativ vei via kommunens tjenstekontor for å få helsehjelp til vedkommende.

Et siste kunnskapsområde som koordinatoren selv nevner, er *ferdigheten i å forstå de aktuelle brukerne* som personer.

Foruten å ha god oversikt [over hjelpesystemet], så er det veldig viktig å forstå den du snakker med [brukeren]. Du må være god på å se personene på den andre siden av bordet, og lese mellom linjene hva de egentlig prøver å fortelle.

Flere av brukernes omtale av koordinatoren støtter opp om dette utsagnet. Selv om det uttrykkes på ulike måter, er det gjennomgående slik at brukerne opplever at koordinatoren ikke bare forstår saken, men også dem som personer.

5.4 Oppsummering

I dette kapitlet har vi beskrevet koordinatorrollen i IBP. Beskrivelsen baserer seg på primært på koordinatorens egne fortellinger og brukernes opplevelser av koordinatoren. Beskrivelsen er organisert under følgende hovedoverskrifter: a) koordinatorens oppgaver og funksjoner; b) relasjonen mellom koordinatoren og brukerne; og c) koordinatorens kunnskap og kompetanse.

Koordinatorens oppgaver og funksjoner kan deles inn i to. Den ene oppgaven er knyttet til det individrettede arbeidet og innbefatter alt arbeid som handler om koordinatorens veiledning og samarbeid med brukerne av IBP. Den andre hovedoppgaven består av det som involverer kontakten med andre tjenester og ressurser. I dette kapitlet har vi konsentrert oss om å beskrive den første oppgaven. Denne består av strategisk planlegging og oppfølging som går gjennom tre faser. I den første fasen (oppstartsfasen) bidrar koordinatoren med den strategiske planleggingen og veiledning av brukerne. Dette er en fase med forholdsvis høyt aktivitetsnivå og mange møter med brukerne. Den andre fasen (oppfølgingsfasen) kjennetegnes av at det iverksettes ulike tiltak, ofte i regi av andre tjenester. Dette gjør at kontakten med koordinatoren blir mindre hyppig. En viktig oppgave i denne fasen er å følge opp sakene, dvs. passe på at avtalte aktiviteter gjennomføres, motivere brukerne og eventuelt starte opp nye prosesser. I den tredje fasen (avslutningsfasen) er hovedoppgaven å evaluere den konkrete saken og formelt avslutte samarbeidet. En sak kan avsluttes selv om ikke målene er nådd. Dette er gjerne i tilfeller der situasjonen har stabilisert seg og brukeren er i tiltak som leder frem til målet. Samtidig har koordinatoren et åpent tilbud om oppfølgingssamtaler etter at sakene formelt er avsluttet. Koordinatorens arbeidsform bærer for øvrig preg av å være helhetlig, handlingsorientert og resultatorientert.

Relasjonen mellom koordinatoren og brukerne bærer preg av å være nært og tillitsfullt. Relasjonen har klare likhetstrekk med det som i psykologifaget kalles den terapeutiske allianse. De tette relasjonene kjennetegnes av at koordinatoren har evne til å lytte, vise sympati og omsorg, samt at brukerne har stor tillit til koordinatoren. Denne relasjonen bidrar til at brukerne opplever å ha

en lav terskel for å ta kontakt, at det blir enklere for koordinatoren å sette grenser og stille krav, samt til at brukerne i større grad blir villige til å ta imot hjelp fra det øvrige hjelpeapparatet. Relasjonen har også en motiverende virkning på brukerne. IBP-koordinatoren legger ellers vekt på at brukerne selv skal medvirke i egen sak. I praksis fremstår medvirkningen som et samarbeid der koordinatoren involveres i veivalg og beslutninger på ulike måter og i ulik grad fra sak til sak. De fleste brukerne gir likevel uttrykk for at de selv styrer sin egen prosess.

Koordinatorens kunnskap og kompetanse er et grunnleggende fundament i arbeidet med å veilede brukerne. Vi kan dele denne kunnskapen og kompetansen i to typer. Den ene er kunnskapen om brukernes situasjon og behov. Dette kunnskapsgrunnlaget handler om å ha både teoretisk og praktisk forståelse for de spesielle utfordringene og barrierene brukerne står i. Den andre typen er kunnskap og kompetanse om hjelpeapparatet. Dette innbefatter både kunnskap om hvilke tjenester som finnes, hva de ulike tjenestene har av tilbud og tiltak, og ikke minst hvilke prosedyrer og regler som må følges for å få tilgang til aktuelle tjenester. Ut over de to nevnte typene av kunnskap og kompetanse, finner vi også at evnen til å lære og evnen til å være kreativ er nødvendige for å håndtere de ulike oppgavene koordinatoren står overfor.

6. Samarbeid med andre tjenester

I denne delen utforsker vi samarbeidet som Individuell boligplan (IBP) har med andre tilgrensende tjenester. Kapittelet er basert på intervjuer med 10 ansatte i NAV og kommunen, inkludert IBP-koordinator. Relevante personer er pekt ut av koordinatoren. Disse er ledere for tilgrensende enheter og saksbehandlere som er eller har vært involvert i IBP-saker. Den tiltagende korona-situasjonen har gjort at vi har valgt å gjennomføre disse intervjuene over telefon. De 15 case-intervjuene med deltakere i IBP som ble presentert i kapittel 4, gir også grunnlag for å si noe i dette kapittelet om samarbeid mellom tjenestene fra deltakernes perspektiv. Vi har ikke intervjuet representanter fra samarbeidende tjenester utenfor kommunen. Beskrivelsen av samarbeidet opp mot disse er i hovedsak basert på IBP-koordinatoren og deltakernes fortellinger. Vår presentasjon og analyse av IBPs samarbeid med tilgrensende tjenester og eksterne instanser har ikke til hensikt å gi en fullstendig oversikt over dette nettverket. Målet er imidlertid å gi et rikt innblikk i hvordan samarbeid med tilgrensende og andre tjenester foregår.

I intervjuene med samarbeidspartnere fra tilgrensende tjenester har vi forholdt oss til en intervjuguide som omhandlet følgende temaer:

- Tjenesteyternes utdanning og yrkeserfaring, nåværende arbeidsplass, arbeidsoppgaver, arbeidsfordeling og brukergruppe.
- Tjenesteyternes kjennskap til og samarbeid med IBP med vekt på antall saker og hvordan dette samarbeidet har blitt initiert, hvordan det foregikk rent praktisk og hva som var formålet.
- Erfaringer med og evalueringer av arbeidsmåten med vekt på de strukturelle rammer som fremmer eller hemmer samarbeid mellom tilgrensende tjenester og IBP. Vi har oppmuntret til kritiske betraktninger omkring deres opplevelse av nødvendigheten og utbytte av IBP-koordinatorens arbeidsmåte.
- Erfaringer med og evalueringer av arbeidsmåten med tanke på hvilket utbytte brukere/deltakerne har av IBP.

De semistrukturerte intervjuene med tidligere og nåværende deltakere ble gjennomført i forkant av intervjuene med samarbeidspartnerne og gav innsikt i hvilke tjenester personene (hadde) benyttet seg av, hvorvidt og på hvilke måte IBP var involvert og hvilken betydning dette hadde for deltakeren.

Som en del av forprosjektet ble det gjennomført semistrukturerte intervju med IBP koordinatoren og representanter for tilgrensende tjenester som krisesenter og gjeldsrådgiver i NAV og materiale fra disse er trukket inn i analysen her.

6.1 Samarbeidende tjenester

På bakgrunn av intervjumateriale med ansatte og IBP-deltakere, har vi identifisert et vidt spekter av tjenester som på ulike måter og i ulik grad er involvert i IBP-sakene. Hver IBP-sak er unik, men felles for dem er at boligproblematikken er en del av mer eller mindre sammensatte livsut-

fordringer. Noen saker er mer komplekse enn andre, men grunnideen for IBP er en helhetlig tilnærming til bo- og livssituasjon. IBP-koordinatoren sørger for helhetlig sammenheng mellom tjenester som ellers er organisert relativt separat langs de fire velferdspilarene *bolig, inntekt, helse og utdanning/arbeid*.

Jeg opplever at veldig mange er overrasket over at jeg kan hjelpe de med flere ting. De kommer til meg for å få bolig, men så oppdrager vi at de har gjeld, men har en sikker inntekt f.eks. i form av uføretrygd. Hvis de da kan bo der de bor frem til de rydder i gjelda, så kan de søke startlån for å søke bolig. Så blir de overrasket over at de kan det, og at jeg kan hjelpe de med det. Det handler mye om at de ser sine egne muligheter. Så har vi planen med mål og virkemidler. Så blir de overrasket over at de kan og har muligheter. Det er en modningsprosess og selvbevissthet. Mange får en «jeg kan» holdning. ... Men den som jobber med IBP, må ha god kjennskap til systemet og virkemidlene, både de statlige og kommunale.

Utgangspunktet for at folk kommer i kontakt med IBP er boligproblematikk. Men som dette utdraget viser, ser koordinatoren dette i sammenheng med andre og ofte bakenforliggende forhold som det gripes tak i på en helhetlig måte. De bakenforliggende forholdene dreier seg nesten alltid om økonomi, noe som igjen kan ha sammenheng med gjeld og/eller manglende inntekt. Dette igjen kan ofte relateres til bakenforliggende helseutfordringer. Sosiale, miljømessige eller helsemessige forhold kan også legge føringer på hva som kan fungere som en tilfredsstillende bosituasjon for enkelte. Ved å ta seg tid til å bli kjent med brukerne, kartlegger IBP-koordinatoren slike forhold og sørger for at de tas hensyn til når det utarbeides handlingsplaner.

I denne delen tar vi utgangspunkt i IBP-koordinatorens perspektiv på samarbeidet med andre tjenester og instanser. Her er det viktig å fremheve at graden av involvering fra IBP koordinatorens side varierer fra sak til sak. I noen tilfeller kan det dreie seg om løs oppfølging av deltakere, for eksempel ved å vise interesse og motivere dem til å handle selv, ved å spørre hvordan kontakten med en tjeneste gikk, til å opplyse om at tjenester finnes og å oppfordre dem til å ta kontakt selv. I den andre enden av skalaen er det brukere som trenger svært tett oppfølging, for eksempel ved at koordinatoren kontakter instanser og avtaler møter på vegne av deltakerne for så å fysisk følge dem inn i møter eller til behandling.

Et sentralt trekk ved koordinatorens arbeidsmåte er at hun tar umiddelbart grep om sakene – eller detaljene i sakene – gjerne mens hun sitter sammen med en deltaker. Så langt det lar seg gjøre, finner hun ut hvor deltakeren kan henvende seg for å avklare eller løse ting, eller de kan sitte sammen og ringe til ulike tjenester/instanser. Når vi snakker med koordinatoren, får vi et inntrykk av at hun forholder seg til verden som om det er kort vei til alle. Det å ha opparbeidet seg en oversikt over hvem som jobber med hva innenfor mange instanser, det å ha sikret seg direktenummer til disse, og ikke minst det å ha en god tone med dem, synes å være helt avgjørende.

Tabell 6.1 gir en oversikt over tjenester som IBP-koordinatoren har kontakt med eller samarbeider med, samt stikkordsmessig hva samarbeidet består av.

Tabell 6.1 Oversikt over samarbeidspartnere i IBP-saker

	Tjeneste	Samarbeidspartnerens rolle og tjenestetilbud
Kommune	Tjenestekontoret	Tjenestekontoret er kommunens bestillerenhet som fatter vedtak om tjenester. Herunder inngår også kommunens koordinerende enhet. Tjenestekontoret både henviser brukere til IBP (men uten formelt vedtak) og kan bistå bruker av IBP med å bestille andre tjenester. Dette vil i all hovedsak omfatte helsetjenester som ergoterapeut, fysioterapeut, psykolog, avlastning og praktisk bistand. Kommunikasjonen mellom tjenestekontor og IBP foregår både i form av dialoger direkte med tjenestekontoret og gjennom samarbeidsmøter.
	Boligkontoret	Boligkontoret henviser brukere til IBP. Boligkontoret har som oppgave å ta imot og behandle søknader om kommunale boliger. Det er komplekse og/eller sammensatte saker som henvises fra boligkontor til IBP. Videre vil IBP-koordinator kunne søke om kommunale midlertidige boliger som en del av et lengre oppfølgingsløp mot egen bolig. Eventuelt kan IBP-koordinators vurderinger lede til at boligkontoret fatter vedtak om varig kommunal bolig. Alle søknader om kommunal bolig fra brukere av IBP behandles formelt.
	Psykisk helse og rus (PHR)	PHR har primært rollen som tjenestetilbyder av helsetjenester for deltakere i IBP som har utfordringer med rusproblemer og/eller alvorlige psykiske lidelser. PHR bidrar med ambulante tjenester, boveiledning, praktisk oppfølging i hverdagen og støttesamtaler. Samarbeider foregår ved at IBP får henvendelser om bistand til å skaffe bolig mens de mottar tjenester fra PHR, eventuelt kan IBP også koble på PHR via tjenestekontoret. IBP og PHR jobber ofte parallelt med sakene, bl.a. ved at begge tjenestene sitter i ansvarsgruppemøter, de har andre typer samarbeidsmøter eller gjennom uformelle dialoger. PHR og IBP har ofte et delt ansvar for brukerne.
	Startlån	Enheten som forvalter startlån er lagt til kommunens økonomiavdeling. Denne bistår med veiledning av aktuelle søkere og vurderer innkomne søknader om startlån. Startlån er et viktig virkemiddel for brukere av IBP som ønsker å kjøpe egen bolig. IBP samarbeider med startlånforvalterne gjennom forhåndssamtaler om aktuelle brukeres forutsetning for å få startlån.
	Skole og barnehage	IBP bistår brukere med søknad om barnehageplass, herunder samtaler med barnehagekontoret om mulighetene for å få plass. Koordinator kan også bistå med relevant informasjon til barnehagekontor. Dette gjelder som regel saker hvor brukere kommer fra krisesenter eller der de har vært gjennom skilsmisser. Samarbeidet med skole tilsvarende samarbeidet med barnehagen. Dette kan f.eks. handle om saker hvor det er aktuelt å fravike krav om skolebytte ved midlertidig bostedsbytte. Skole eller barnehage kan i noen tilfeller også ta kontakt med IBP hvis barn vokser opp i dårlige bomiljø, f.eks. trangboddhet, støy og avstand til skole og venner.
	Barnevern	Barnevernet kan kontakte IBP ved behov for boligbytte som en del av det å bedre barns oppvekstmiljø. IBP kan også ha kontakt med barnevernet med tanke på utveksle informasjon som er relevant inn i andre prosesser. Samarbeid med barnevernet kan foregå gjennom direkte kontakt og i ansvarsgruppemøter.
	Fastlege	IBP-koordinator kan bistå deltakerne i IBP med å kontakte fastlege for å få legeerklæring eller henvisning til spesialist. IBP-koordinator kan også følge deltaker til lege ved behov, herunder bidra med informasjon til fastlege. Fastlege kan også henvende seg til IBP-koordinator for å få informasjon fra koordinator vedrørende behandlingsbehov eller liknende.
	Ergoterapeut	IBP kan ta forhåndskontakt med ergoterapeut for å fremskaffe informasjon om muligheter for bistand dersom IBP-bruker har behov for tilrettelegging i bolig. Ergoterapeut kan også ta kontakt med IBP når en bruker trenger bistand i forhold til bolig/økonomi og annet som må tilrettelegges. Samarbeidet kan foregå i form av telefonkontakt, samarbeids- eller ansvarsgruppemøter og visning i bolig.

	Voksenopplæring	IBP kan ta kontakt med voksenopplæringen med tanke på mulighetene for å gjennomføre opplæringsløp. Videre kan voksenopplæringen ta kontakt med IBP der de opplever at elever har utfordringer med bolig eller økonomi. Samarbeidet foregår i form av møter og uformell kontakt.
NAV	Økonomisk sosialhjelp	Bidrar til inntektssikring. IBP bistår brukeren og samarbeider med konsulenten på NAV for raskest mulig komme over på statelige ytelser mot målet om arbeid/uføretrygd. IBP-koordinator kan også bistå med søknad til økonomisk sosialhjelp, herunder gi informasjon om brukernes situasjon og ytelsesbehov.
	Gjeldsrådgivere	Gjeldsrådgiver gir råd, veiledning og oppfølging til deltakere med behov for å rydde opp i økonomi og gjeld. IBP bistår bruker med å komme i kontakt med gjeldsrådgiver (forhåndssamtaler), utarbeide søknad, rydde i saker før møte med gjeldsrådgiver og jobber parallelt med gjeldsrådgiver med daglig økonomi.
	Arbeid, utdanning, aktivitet (NAV)	IBP samarbeider med NAV for å sikre aktivitet hos IBP-deltakerne. Samarbeidet foregår i form av telefonsamtaler og samarbeidsmøter med konsulenter fra NAV eller tiltaksarrangør. NAV kan også kontakte IBP for å sjekke ut boligsituasjon.
	Arrangør av arbeidsrettede tiltak	På bestilling/oppdrag fra NAV bidrar arrangører av arbeidsrettede tiltak med arbeidstrening og annen jobberelatert aktivitet. IBP kontakter tiltaksarrangør med tanke på å sjekke status på venteliste eller fremdrift i enkeltsaker. Tiltaksarrangør kan også kontakte IBP på vegne av tiltaksdeltakere som har behov for bolig som en forutsetning for å gjennomføre tiltak. Samarbeidet kan foregå innenfor et ansvarsgruppemøte.
Andre instanser	DPS	Ved utskriving henviser DPS brukere til kommunens tjenestekontor. IBP kan kobles på for å ivareta bolig og andre behov hos brukeren. IBP-koordinator kan også – via fastlege – bistå med å søke behandling hos DPS.
	Sykehuset i Vestfold, avd. rusbehandling	IBP koordinator kan oppfordre og støtte deltakere til å søke rusbehandling. Ved innskriving til behandling kan behandlingsinstitusjon innhente informasjon fra IBP om bruker. Ved utskriving henviser avdelingen til kommunens tjenestekontor, men de kan også ta forhåndskontakt med IBP-koordinator eller informerer pasienten om muligheten som IBP gir i forhold til å avhjelpe bosituasjonen.
	Krisesenter (interkommunalt)	Det er vanlig at krisesentret tar kontakt med IBP ved utskriving fra beboere fra krisesentret. Beboere på krisesenter har ofte store og akutte behov for bistand. Samarbeidet foregår ved at IBP og krisesenter har løpende dialog i utflyttingsprosessen.
	Karrieresenteret i Tønsberg	Gir individuell karriereveiledning til personer over 19 år. IBP-koordinator kan anbefale bruker å bestille rådgivningstime, aktivt hjelpe å bestille rådgivningstime eller bli med bruker på rådgivningstime.
	Kompetansebyggeren (fylkeskommunen)	Tilbyr videregående opplæring til voksne 25 år eller eldre. IBP-koordinator kan ta kontakt for å innhente informasjon om muligheter og kvalifikasjonskrav innen ulike utdanningsretninger.
	Nokut	Godkjenner utdanning fra utlandet. IBP-koordinator innhenter informasjon om muligheter for godkjenning.
	Statens lånekasse/Statens innkrevingssentral	IBP-koordinator innhenter informasjon om regelverk og kan bistå med å søke betalingsutsettelse og sletting av gjeld.
	Arbeidsgivere	IBP-koordinator har formidlet praksisplass og arbeid, samt bistått deltakere med å øke stillingsprosent. Dette er kun sporadisk når muligheten dukker opp. Som regel ivaretas dette av NAV.
	Verge	IBP-koordinator samarbeidet ofte med verge om forvaltningen av personlig økonomi, håndtering av gjeld ol.

Tabell 6.1 gir ikke nødvendigvis en utfyllende oversikt over IBP sine samarbeidspartnere. Den illustrerer imidlertid bredden av instanser fra ulike sektorer som er involvert i IBP saker. I de konkrete sakene vil det være ulike samarbeidspartnere som kobles på og med ulikt formål. Hvilke samarbeidspartnere som kobles på avhenger av mål, situasjon og behov, noe som igjen bygger på planer og strategier som er utformet med grunnlag i modellen som er fremstilt i figuren i kapittel 5. Nedenfor har vi omtalt noe mer utfyllende hvordan IBP-koordinatoren og brukerne samarbeider med enkelte av de samarbeidende instansene.

Startlån er den mest sannsynlige muligheten for å få finansiert et boligkjøp for majoriteten av IBP-deltakere. Dette er et alternativ for dem som ikke får innvilget lån i ordinær bank. Det kreves derfor at lånesøker innhenter skriftlig avslag fra to banker for å kunne søke startlån. I enkelte saker har det skjedd at IBP-koordinatoren har blitt med deltakeren i banken for å skaffe dette.

Koordinatoren eller deltakeren selv har møter med startlånforvalterne for å kartlegge hva som skal til for å få lån og for å identifisere eventuelle områder det er nødvendig å rydde opp i. Vanlige hinder dreier seg om gjeld og inntektssikring. Etter et slikt informasjonsmøte med startlån-avdelingen legger deltaker, i samarbeid med IBP-koordinator, en plan for det å få hindringene av veien. IBP-koordinatoren beskriver det på følgende måte:

[Det at de har gjeld] avdekkes veldig fort, for det begynner gjerne med hvor mye de kan betale i leie, og hva de har i inntekt. Så spør jeg rett ut om de har gjeld, for da må vi rydde opp i det parallelt med at vi finner en bolig. ... Som regel avdekkes det at de har gjeld. Da er det flere måter å gjøre det på. Det kan handle om at de kommer med en oversikt, eller at de trenger hjelp til å ordne posten ... Men, bare ved å si høyt at de skal komme med en oversikt neste gang de kommer, så hjelper det.

Dersom gjeld er et hinder for startlån, oppfordres deltakeren til å kontakte gjeldsrådgiverne i NAV. I følge IBP-koordinatoren bidrar gjeldsrådgiverne med å «vender hver eneste sten» for å få oversikt over gjeldssituasjonen, for så å lage en plan for hvordan denne kan håndteres:

I de fleste tilfeller søker de selv om bistand fra gjeldsrådgiver. Så gjør de en kartlegging for å se om det er noe vedkommende kan gjøre selv. Hvis de da går på AAP eller sosialhjelp, så er det lite du kan gjøre, men du kan i det meste rydde i gjelda. Da bistår vi eller gjeldsrådgiver med dette. Jeg kan bistå til en viss grad, men når det kommer til selve gjeldsrådgivningen, så er ikke det min jobb. Det har de dyktige folk til (...). Det var også et tilfelle der vi fikk slettet studielån.

IBP-koordinatoren støtter deltakerne med å følge opp gjeldsrådgiverens anbefalinger i den grad det anses nødvendig. I noen tilfeller vil deltakeren jobbe selvstendig med å betale ned på gjelda i løpet av et avtalt tidsrom. Forbindelsen med IBP vil da settes på pause, med mindre det er andre utfordringer å jobbe med parallelt. I andre tilfeller vil deltakeren få tettere oppfølging.

I sitatet ovenfor ble det også nevnt Statens lånekasse for utdanning. Dette kan stå som ett av mange eksempler på eksterne instanser som kan ha betydning for fremdrift og utfall av en IBP-sak. I dette tilfellet hadde deltakeren og IBP-koordinatoren, i samråd med gjeldsrådgiveren og

startlånkonsulenten, sett og grepet muligheten for å søke om sletting av studielån, noe som brakte deltakeren ett skritt nærmere et boliglån.

IBP koordinatoren har svært god oversikt over økonomiske støtteordninger og virkemidler som er myntet på nettopp denne målgruppen. Koordinatorens kunnskap blir til muligheter når den formidles til deltakerne. IBP-koordinatoren forteller:

Når det kommer til økonomi, så er det mye de ikke skjønner og de forstår ikke systemet de skal bevege seg i. For eksempel, de kan får redusert barnehageutgifter, men da må de vite at de kan søke om det. Det samme gjelder bostøtte osv. Jeg har opplevd at ei jeg jobbet med fikk 2-3 tusen mer i måneden.

Ved å bli godt kjent med deltakerne og deres livssituasjon kan koordinatoren identifisere områder det finnes støtteordninger for og eventuelt bistå dem, i den grad det trengs, med å søke. På denne måten styrkers deltakernes økonomi.

Inntektssikring er noe som må være på plass for å ha noen mulighet til å få innvilget et boliglån, uansett om det dreier seg om startlån eller lån i ordinær bank. Det er i hovedsak to måter for IBP-deltakerne å sikre seg fast inntekt: uføretrygd eller inntektsgivende arbeid. Koordinatoren har erfart at deltakere ikke alltid er klar over at uføretrygd, til forskjell fra blant annet dagpenger og arbeidsavklaringspenger, er å regne som fast inntekt. Et eksempel på dette er en bruker som først ble oppmerksom på at uføretrygden ga muligheter for å søke startlån etter samtaler med IBP-koordinatoren. Koordinatoren oppmuntret denne personen til å søke startlån og bisto i prosessen frem til boligkjøp med motivasjon og praktiske råd. Dette gav deltakeren en selvsikkerhet og tro på seg selv som gjorde ham i stand til både å søke startlån og kjøpe bolig. I intervjuet fremsto denne personen som en svært tilfreds boligeier som endelig hadde «landa».

I følge IBP koordinatoren er det vanskelig å legge boligplaner når brukerne går for lenge på AAP uten å bli avklart for enten arbeid eller uføretrygd. Dette vil være typiske saker der hun vil kontakte NAV. IBP-koordinatorens strategi er å kontakte rette instanser for å høre hvordan saken ligger an. Dette med tanke på å få fortgang i sakene som har blitt liggende i «systemet». Kanskje er resultatet at uføretrygd innvilges eller at arbeid- eller utdanningsrettede tiltak iverksettes. Flere av IBP brukerne vi intervjuet var i den forbindelse tilknyttet en lokal tiltaksbedrift.

I enkelte tilfeller har også IBP-koordinatoren vært i dialog med arbeidsgivere og påvirket slik at deltakere som i utgangspunktet hadde midlertidig stillinger, fikk en fast stillingsprosent som gjør at de fyller inntektskravet for å søke startlån. Koordinatoren har også stimulert deltakere til å delta i organisert språk- og arbeidstrening. Slik har de raskt fått anledning til å styrke sine muligheter på arbeidsmarkedet og etterhvert kommet i fast jobb.

For innvandrere med utdanning fra utlandet kan det være vanskelig å nå frem til NOKUT og å fylle ut nødvendige skjemaer for å søke godkjenning av utdanning. Koordinatoren har bistått med dette ved å hjelpe til med å finne frem på NOKUTs nettsider og ved å kontakte saksbehandlere på søkernes vegne for å avklare spørsmål i forhold til søknaden.

Innvandrere har ofte utdanning, men får ikke godkjent den. Jeg har en [som har lang og etterspurt utdanning fra utlandet]. Hun er dyktig (...) men kan ikke engang søke som fagarbeider (...) fordi hun ikke får godkjent (...)utdanningen. Hun får godkjent noen studiepo-

eng, men hvis hun skal ta fagarbeiderutdanning, så får hun ikke godkjent de studiepoengene. Det har vært utallige telefoner og masse greier for å finne ut av det. Det er veldig brokete. Det er en sak jeg skal ta opp med NN på høyskolen for å se om det er noe vi kan hjelpe med.

Uansett om målet er å kjøpe eller å leie, så er koordinatorens kjennskap til det lokale boligmarkedet, til meglere og om samfunnsgeografiske forhold til nytte. Det er en fordel at meglere og utleiere kjenner koordinatoren og har positiv erfaring slik at de anser det som trygt å leie ut til IBP-deltakere. Med andre ord bidrar koordinatorens anseelse til å øke deltakernes mulighet på boligmarkedet. I den sammenheng er IBP-koordinatoren også bevisst på bostedet til de ulike brukerne. Det er avgjørende for en tidligere rusmisbrukere å ikke bo for tett på rusbelasta områder, for en med bi-polare lidelse å ikke bo i leiligheter med dårlig støyisolasjon, for barn å ikke skifte skole enda en gang, og for alvorlig kronisk syke å ha nærhet til helsetjenester.

En informant fra en av de samarbeidende tjenestene påpeker hvordan fysisk og mental helse og bolig, inntekt og boevne henger tett sammen:

Helsa betyr mye for inntektssikringen, og ikke minst økonomistyringa, og trivsel og håndtering av hverdagen. Når helsa svikter, så overskygger det alt annet. Hvis du da tenker psykiatri/rus, så kan du tenke hvor mye du da kan konsentrere deg om forsikringer og husleie. Du får mye tilleggsproblemer når du har et helseproblemet. Helsa er viktig for boevnen også.

Ofte forteller deltakere selv raskt om helseproblemer de har, men det hender også at de kun snakker om bolig og praktiske utfordringer, og at det er koordinatoren som må være aktiv med å avdekke andre utfordringer. Når tilliten er bygd tilstrekkelig opp, vil koordinatoren oppmuntre til åpenhet og oppfordre deltakeren til å søke nødvendig bistand via tjenestekontoret eller fastlegen. Om nødvendig vil koordinatoren hjelpe med å søke bistand.

Når det gjelder tilgang til tjenester, så er fastlegen veldig ofte inne i bilde. Men jeg hadde et tilfelle der vedkommende ikke ville gå til fastlegene. Da spurte jeg tjenestekontoret om jeg kunne bistå. Da sa de at jeg bare kunne fylle ut og be vedkommende skrive under. Jeg så jo at det både var rus og psykiatri og et totalt kaos i et sykdomsbilde. Men, vedkommende hadde ikke noe godt forhold til fastlegen.

Deltakerne ser ut til å utvikle et svært tillitsfullt forhold til koordinatoren. Hun understreker at hun ikke er behandler, men oppmuntrer og hjelper til med å søke hjelp hos rette instanser. Det kan også innebære å fysisk følge dem dersom risikoen for at de ikke vil møte anses som stor.

Det handler gjerne om vanskelige livssituasjoner i livet, og spenner over alt fra depresjon til psykose. Men jeg stiller aldri noen diagnose, og *forsøker aldri å tråkke i andres bedd*.

Det å ikke tråkke i andre tjenesters «bedd» er noe koordinatoren fremhever ved flere anledninger. Hun ser det primært som sin oppgave å bidra til at deltakerne kommer i kontakt med og får hjelp av rette instanser og den rette fagkompetansen. Men dette kan gjøres på flere måter, også ved å følge brukeren fysisk:

Hvis jeg ser at de burde hatt bistand, f.eks. i forhold til psykiatri. Da kan jeg henvise til tjenestekontoret eller jeg kan være med til legen. Ja, jeg kan være med til fastlegen, både det kommunale og DPS og eventuelt rusdelen. Da er jeg med brukeren.

Det er videre tre grunnleggende mål med samarbeidet som inngås med andre instanser. For det første er det enkelte samarbeidet med andre tjenester en del av en større plan. For det andre ligger det til grunn et tydelig brukerperspektiv, dvs. at alt samarbeidet bygger på en tanke om at det skal avhjelpe brukernes utfordringer. For det tredje er det et tydelig resultatfokus i den forstand at brukerne skal nå sine mål eller i det minste være på vei mot målet:

Målet, tenker jeg, er at de skal komme over i en mer varig tilværelse. Det kan være bolig, utdanning ... så du skal ha kommet over på en tryggere plattform enn når vi møttes første gang. På et eller annet tidspunkt kan jeg si at du har bolig, du er på vei mot jobb eller du er i behandling ... du er i gang. Da kan jeg avslutte, men så kan de ta kontakt igjen hvis de trenger meg seinere. Da har de liksom landa.

Videre i dette kapitlet gjennomgår vi IBPs samarbeid med tilgrensende tjenester og andre instanser i lys av både brukerne og de samarbeidende tjenestene. Denne delen er i hovedsak basert på informasjon hentet inn gjennom intervjuer med brukerne av IBP og representantene fra de samarbeidende tjenestene.

6.2 Samarbeidet i lys av brukerne

Utgangspunktet for IBP er å få en oversikt over deltakernes behov, å definere mål og å legge en plan for å oppnå en god bo- og livssituasjon. Intervjuene med IBP deltakerne viser at behovet for å trekke inn ulike tjenester varierer, men de fleste sakene er sammensatte og IBP får dermed betydning i forhold til å danne oversikt over både deltakernes individuelle situasjon og dermed hvilke instanser som kan bidra. Basert på deltakerintervjuene er det tre temaer relatert til samarbeid som trer frem som spesielt sentrale, og som vi derfor vil utdype her. Disse temaene dreier seg om oversikt, mål og motivering.

6.2.1 Koordinatoren: en brobygger med oversikt

[Koordinatoren] er med i store samarbeidsmøter og er den som har best *oversikt over helheten*. Det er hun som på en måte har peiling på det som er mest viktig, da. Altså, det med å få jobb, det er jo hun og Fønix som samarbeider om det. Så er det hun og NAV som samarbeider om økonomi. Så er det koordinatoren sjøl som arbeider med bolig – og meg da! Uansett hvordan du vrir og vender på det, så er koordinatoren en stor bit. Der er vel liksom bolig, økonomi og trivsel på en måte.

Dette sitatet gir oss innblikk i noen av de ulike instansene som bidrar til å påvirke denne IBP-deltakerens situasjon. Brukere med sammensatte behov, slik som denne, «administrerer» et bredt spekter av instanser i forhold til seg selv og familiemedlemmer og beskriver det som *avlastende* at koordinatoren hjelper: «Hun har kontroll på det. Hun holder alle oppdatert. (...) Hun har oversikt over hvordan systemet fungerer og hvordan vi kan nå målet.» En annen IBP-deltaker med langvarige og komplekse utfordringer, fortalte at: «Jeg har generelt god oversikt over systemet, men det er deilig at noen har oversikt sammen med meg.»

En deltaker tør ikke selv å ta kontakt med andre hjelpeinstanser, og koordinatoren fungerer som et bindeledd mellom deltaker og andre involverte instanser. Deltakeren hevder å ha vanskelig for å legge fram saken sin for andre og trenger derfor koordinatorens bistand for å forklare helhetssituasjonen overfor andre hjelpeinstanser. Konkret har IBP bistått med å finne leilighet, kontakten NAV (søke om sosialhjelp og overgang fra sosialhjelp til AAP) og vært med på møte med fastlege. I det siste tilfellet har koordinatoren bidratt med å sørge for at deltakeren fikk henvisning fra fastlege til psykolog, og koordinatoren har også tatt mange andre nødvendige telefoner for deltakeren. IBP hjelper også med økonomien og med å samle all smågjeld ett sted slik at det blir enklere å betale ned gjelden.

Andre har liten erfaring med tjenesteapparatet og kjenner ikke tjenestene som tilbys eller mulighetene som finnes. Ved å lytte, spørre og grave danner koordinatoren seg et bilde av deltakerens situasjon og kan dermed bidra til å gi brukerne en oversikt over hvilke muligheter som finnes og hvilke instanser som kan være nyttige for dem i prosessen mot en bedre bo- og livssituasjon.

6.2.2 Definere målene

Menneskene som kommer i kontakt med IBP har alle behov for bolig. Ofte er behovet akutt og årsakene sammensatt. I slike situasjoner kan det være vanskelig for brukerne å tenke langsiktig i forhold til bolig. IBP bidrar imidlertid til å tenke større og til å sette seg langsiktige og bærekraftige mål som man nærmer seg via delmål. Intervju med ei kvinne som bodde på kritesenter da hun kom i kontakt med IBP, gir oss innblikk i en slik situasjon:

- Intervjuer:* Du sa tidligere at [koordinatoren] tenker litt større?
- Deltaker:* «Ja, jeg var jo liksom ... i en liten boble. Det eneste jeg tenkte på var jo liksom sikkerhet hele tiden (...). Så sier [koordinatoren] at jeg kan ha det bedre enn bare det, på en måte ... Jobb, økonomi, og også at jeg skal ha det greit i forhold til bolig ... for barna. Det som funka for meg da, var liksom at [koordinatoren] fortalte hvordan jeg kan få det, (...) det virker mer oppnåelig.
- Intervjuer:* Hva virker oppnåelig?
- Deltaker:* (...) Liksom det å ha et stabilt normalt liv, da!
- Intervjuer:* Kan du beskrive «et stabilt og normalt liv»?
- Deltaker:* Som å ha jobb, å ha lønn som forsørger deg og dine, å bo et trygt sted ...»
- Intervjuer:* Det er vel ting som du hadde sett for deg fra før av også, eller? Som du ikke trengte hennes hjelp til å ...?
- Deltaker:* Jeg tenkte ikke at det var så oppnåelig for meg da.
- Intervjuer:* Hvor lenge har du vært i en utrygg situasjon?
- Deltaker:* Jeg vokste opp sånn også.

Gjennom kartleggingssamtalene med IBP-koordinatoren ble det klart for denne deltakeren at det var mulig å tenke større enn kortsiktig trygghet. Ved å opprette samarbeid med politi ble sikkerheten ivarettatt, samtidig som beliggenhet og nærhet til naboer ble satt som avgjørende kriterier i den videre planen mot et «trygt og stabilt liv» der også blant annet utdanning, jobb og psykologisk helsehjelp inngikk.

Evnen til å hjelpe med å sette mål ble stadig nevnt når vi spurte deltakerne om hvilke egenskaper som kjennetegner en god koordinator. Det å sette (realistiske!) mål og å utforme en plan med delmål innebærer også å kartlegge og opprette nye eller bekrefte eksisterende forbindelser med tilgrensende tjenester og andre instanser det kan samarbeides med for at planen skal fungere.

Intervjuene viste hvordan også erfarne tjenestebrukere hadde hatt utbytte av å sitte sammen med IBP-koordinatoren for å ta en grundig og kritisk gjennomgang av livssituasjonen sin. Kartleggingssamtalen, som gjennomføres i løpet av de første møtene mellom deltaker og koordinator, bidro til å avdekke «tattforgittheter» og til å bringe deltakere ut av gamle spor og inn på nye. En som i mange år hadde hatt usikker inntekt med sporadisk sosialhjelp og som alltid hadde leid bolig, fikk øynene opp for muligheten til å kjøpe sin egen bolig når IBP-koordinatoren gjorde han oppmerksom på at uføretrygd er å anse som sikker inntekt og dermed gir grunnlag til å søke startlån.

Det at brukeren kommer til å tenke annerledes om sin situasjon og sine muligheter, kan også ha innflytelse på hvordan tilgrensende tjenester forholder seg til den aktuelle personen når de jobber med deltakerens utfordringer innenfor sine respektive ansvarsområder. Den individuelle boligplanen, med mål og delmål, blir samtidig et *utgangspunkt* for å opprette kontakt med relevante instanser, og et *samlingspunkt* som gir oversikt over situasjonen og involverte instanser.

6.2.3 Motivering og selvstendigjøring

[Koordinatoren] ordner, men pusher også. ... For litt siden ville ikke jeg ringe på en visning, men da sa hun at: «Det må du! Den skal vi se på!»

Denne deltakeren innrømmer at det er en fordel å ringe utleier selv. De fleste deltakerne har opplevd mye motgang i livet. Mange har for lengst mistet troen på seg selv, og noen har kanskje alltid hatt et dårlig selvbilde. I disse tilfellene pusher koordinatoren dem til å tørre på en måte som gir dem mestringsfølelse, og slik at de på sikt skal få bedre forutsetninger for å kunne handle på egenhånd.

Andre føler seg utslitt og trenger noen som kan bidra til å lette trykket: «Det er greit å ha en å snakke med [og som kan] dra meg opp. Det er vanskelig å gjøre alt selv. Det er bra å ha en som kan hjelpe meg på veien.» Denne deltakeren gir uttrykk for at det er nyttig med støtte fra andre når man føler at man står alene i en vanskelig situasjon.

Det er mange forhold som gjør det vanskelig å kontakte ulike instanser. En fremmedspråklig bruker forteller at det oppleves vanskelig å legge fram saken sin for andre, og at hun trenger koordinatoren til å hjelpe henne med å forklare helhetssituasjonen som omfatter leilighet, økonomi, tjenester fra NAV, psykisk helse og så videre. I noen tilfeller holder det at koordinatoren oppretter kontakt med relevante instanser for deltakerne. I andre tilfeller «må de følges». Målet er uansett at deltakerne skal mestre å dra nytte av de ulike tjenestene selv.

For mange henger motivasjon tett sammen med det å sette seg klare mål og å innse muligheter:

- Intervjuer: Var det sånn at hun stiller krav?
- Deltaker: Ja, ... hun sa lissom det var ting jeg også *måtte* gjøre underveis, og hun var veldig på det at jeg *måtte* lissom: «du *er nødt til* å ha hundre prosent stilling» og «du må få orden i sysakene». «Passe på at du ikke pådrar deg noe mere gjeld og sånne ting. Så hun er veldig tydelig også.
- Intervjuer: Og det med å kunne motivere, er det en egenskap som er viktig å ha?
- Deltaker: Ja, absolutt, det er det jo. Også på samme måte som man har forståelse, men man burde jo absolutt motivere lissom.
- Intervjuer: Hvordan gjør man det?
- Deltaker: Nei, det er både med å vise hva man kan få da, (...) hvis jeg kunne yte litt mer, jobbe litt mer, så viste hun hvor mye jeg kunne få i lån og sånne ting. Og det er jo en sånn motivasjon i seg selv

I likhet med denne deltakeren, roste en annen deltaker koordinatorens evne til å motivere og bygge opp folk, se dem og få dem til å tro på seg selv. En tredje deltaker mente at koordinatoren hadde bidratt til å redde henne fra å slite seg helt ut i en bolig som ikke fungerte og i forhold til krevende omsorgsoppgaver. Deltakeren hadde god oversikt og klare formeninger om hva som trengtes, men økonomiske barrierer gjorde at familien var fanget i en bosituasjon som var i ferd med å ødelegge deltakeren som var enslig primæromsorgsperson. Koordinatoren støttet familien og hjalp til med å få dem kvalifisert til startlån slik at deltakeren kunne kjøpe en funksjonell bolig med en beliggenhet som tilfredsstilte familiemedlemmenes ulike grunnleggende behov.

6.3 Samarbeidet i lys av samarbeidspartnerne

I denne delen vil vi belyse samarbeidet mellom IBP-koordinator og andre tjenester i lys av intervjuer med informanter i de samarbeidende tjenestene. Intervjumaterialet gir innblikk i konkrete situasjoner som vi analyserer med det formål å forstå IBP-koordinatorens posisjon og funksjon i forhold de tilgrensende tjenestene. Denne delen er organisert rundt fire temaer som gjennom analysen fremstår som sentrale. Disse dreier seg om tid, tilgjengelighet, tillitt og helhet.

6.3.1 Tid

«Jeg visste nesten ikke hvor jeg skulle begynne», forteller en av informantene. Bakgrunnen for uttalelsen er en bestilling fra kommunens tjenestekontor om psykisk helsehjelp til en bruker. Informanten forteller videre:

Jeg har en bestilling fra bestillerkontoret som jeg må forholde meg til. Bolig er et forhold som jeg må forholde meg til uansett om det står i bestillinga eller ikke, for det er et problem som er viktig. Økonomi er jo NAV (...). Og i forhold til bolig så Jeg har ikke nok kjennskap til det private markedet. Det krever mye å jobbe ut mot boligmarkedet og mot NAV. Når jeg henvender meg til [IBP-koordinatoren] så avtaler vi tidspunkt, så møtes vi med den det gjelder, så kartlegger vi sammen og så fortsetter [IBP-koordinatoren] videre

med den personen. Og da kan vi slippe det med bolig. (...) IBP-koordinatoren tar seg også av det med økonomi så jeg forholder meg ikke mer til den biten.

Vanskelig bosituasjon blir altså ikke bare et problem for brukere av kommunale helse og omsorgstjenester. Det hindrer også tjenesteyteren i å utføre den jobben han eller hun er kompetent til å gjøre.:

Altså det er fire element som er viktig for folk: Det er å ha et trygt sted å bo, de må ha kontroll på økonomien, og så må de ha en viss sosial deltakelse, og så må de ha meningsfylt aktivitet. Når de har det på plass, så er veldig mye av jobben min gjort. Det vil si, jeg har mye jobb å gjøre utover det, men når de fire elementene er på plass så er veldig mye stabilt og bra, noe som gjør at en kan begynne å jobbe med det vi egentlig skal jobbe med. Hvis du ikke har noe sted å bo, så kan du gjerne snakke om angst og depresjon, men du kan jo bli deprimert og engstelige hvis du ikke ... når økonomien løper løpsk for eksempel, så det er det de er opptatte av og ikke det andre.

Blant de som jobber med og som har kompetanse på for eksempel psykisk helse eller aktivitet og arbeid, så kan vi spore en frustrasjon når de må gå store og tidkrevende – men grunnleggende nødvendige – omveier via et felt de ikke har formell kompetanse eller god nok kunnskap om. Det oppleves dermed som ineffektivt og potensielt innebærer det å måtte gi ukvalifiserte råd til brukeren – før de kan sette i gang med det arbeidet de egentlig skal gjøre:

Jobben min blir ofte vanskelig fordi jeg får ikke løst alle de tinga som er rundt, slik som bolig, økonomi ... det er to vesentlige ting som er et hinder for meg for at jeg skal kunne gjøre den jobben jeg skal gjøre. Enten så må jeg gjøre det sjøl – og det har jeg egentlig ikke tid til – eller jeg må få noen andre til å gjøre det, og da er problemet: Hvem kan hjelpe meg med å skaffe bolig? Boligkontoret, ja jeg kan sende en søknad, men de hjelper ikke mere, men IBP-koordinatoren hun kjenner markedet og kan trekke i noen tråder som gjør at hun kan hoste opp noen tilbud, enten i kommunen eller på det private markedet. Jeg kjenner ikke det private markedet eller tilstanden på boligmarkedet i kommunen nok til at jeg kunne hjelpe de. Jeg har gjort det bakover i tid; jeg har vært på visning og jeg har brukt *fryktelig* mye tid på sånne saker. Det går på bekostning av andre oppgaver jeg *burde skulle ha gjort*.

Utfra denne samarbeidspartnerens perspektiv utgjør det en stor besparelse når IBP-koordinatoren tar seg av dette med bolig og økonomi. Samarbeidspartnerne ser hvordan IBP-koordinatoren arbeider effektivt og målrettet på områder de selv bruker mye tid på. De erfarer at IBP-koordinatoren, ved å dra på sin kunnskap og mobilisere i sine nettverk – eller, slik det ble uttrykt ovenfor, ved å «trekke i noen tråder» – bruker *mindre tid* på å finne *bedre løsninger* for brukerne enn det de selv ville være i stand til er. De opplever at IBP-koordinatoren har nødvendig lokalkunnskap innad i organisasjonen og i lokalsamfunnet til å få på plass en egnet bolig. Ved å ta seg av dette med bolig og økonomi, gir IBP-koordinatoren samarbeidspartnerne ryggen fri til å fokusere på og arbeide med temaer innenfor sitt kompetanseområde (og den faktiske bestillingen). De ser det slik at det å få til og å opprettholde en tilfredsstillende form for stabilitet i menneskers liv, krever det ulik form for kompetanse. Videre peker de på at det er en tidkrevende prosess:

Dette her er ting som tar tid! Og det er klart at de gangene det lykkes [med å ordne bolig gjennom IBP] så er jo vi veldig glade: For det første så har jo vi spart veldig mye tid på den jobben som [IBP-koordinatoren] gjør slik at vi kan fokusere på den jobben vi er satt til å

gjøre. (...). Når vi jobber med mennesker, så er det vanskelig å måle ting i tid fordi det handler om mennesker, og hadde mennesker vært firkanta bokser eller maskiner som du kan styre, men For det første så tar det lang tid å bygge opp tillitt, også tar det ofte lang tid å få de andre instansene på banen slik at vi får gjort den jobben vi skal gjøre på alle kanter. Så det er ikke noe enkelt svar. Alle prøver å gjøre oss mer effektive. Vi skal måles i alle bauer og kanter for å produsere mest mulig. Men, å jobbe med mennesker er vanskelig å effektivisere. Det er klart at en sånn funksjon som [IBP-koordinatoren] har, det er klart at det er nyttig å få hjelp utenfra til å finne ut av de tinga som vi ikke er gode på: økonomi og bolig!

En annen person som jobber innen feltet for psykisk helse og rus, understreker viktigheten av at også brukerne kan behøve tid: «Det er viktig å tenke at en person skal klare å lykkes, og da er det jo ofte at behovet er å *skynde seg litt langsomt*.»

Andre brukere kan ha mer akutte behov for rask hjelp, og en ansatt ved et krisesenter forteller:

Det har nesten blitt litt sånn at når IBP-koordinatoren ringer så: «åh, (...) så bra!», for da ordner det seg på en måte, da går det litt fort i svingene og det blir en bolig. [Koordinatoren] har jo tatt de vi hjelper her under vingene, og det har alle vi som jobber her en felles forståelse av, at det har vært veldig bra når hun har kommet på banen.

Det er naturlig å vise kort til brukerintervjuene her. På bakgrunn av samtaler med personer som har kommet til IBP via krisesenter, ser vi at IBP-koordinatoren kombinerer korte og lange tidslinjer. Ved å mobilisere sitt nettverk på boligfeltet, finner hun gode, men gjerne midlertidige løsninger rask, samtidig som det legges en mer langsiktig plan for å bedre den helhetlige situasjonen for disse personene over tid.

6.3.2 Tilgjengelighet

For dem som jobber i kommunen oppleves det også til tider tidkrevende å komme i kontakt med NAV som, ifølge en erfaren informant, har «gjort seg selv veldig mye mer utilgjengelige» de siste to årene: «Nå bruker vi lengre tid på å finne ut av ting. Altså ukene går, og [brukerne] blir frustrert fordi vi ikke finner ikke ut av det.» Informanten beskriver hvordan kontakten går, via NAVs sentralbord og e-mail som kanskje ikke leses fordi man ikke vet om vedkommende er på jobb. Informanten forteller videre:

Jeg har mine metoder for å komme raskere fram, men en nyansatt har ikke det (...). Vanligvis så går det via sentralbordet. Det tar lang tid. Ting tar lengre tid. Dette skulle vi gjerne gjort noe med. (...). Der kommer jo denne boligplanfunksjonen inn (IBP), og hvis de tar tak i den, så kan vi slippe det.

Når det gjelder kontakten mellom IBP-koordinator spesielt og saksbehandlere i NAV, så uttrykker en mellomleder i NAV at hun har et positivt inntrykk av hvordan det fungerer:

[IBP-koordinatoren] tar kontakt med saksbehandler hos oss som hun har direkte telefonnummer til (...). De opplever jo at samarbeidet fungerer godt, og jeg har også inntrykk av

at [IBP-koordinatoren] synes det er enkelt å få tak i dem også. Jeg føler at det har vært smidig og velfungerende samarbeid.

I likhet med andre i kommunen som har jobbet lenge i systemet og dermed har bygget seg et nettverk av kontakter og et verktøy i form av uformelle telefonlister, så har også IBP-koordinatoren et fortrinn ved å ha direkte tilgang til enkelte saksbehandlere i NAV.

6.3.3 Tillit

Så langt har vi sett at samarbeidspartnere fra tilgrensende tjenester ber om støtte fra IBP-koordinatoren for å løse brukernes utfordringer med økonomi og bolig, slik at de selv kan konsentrere seg om det de betrakter som sine hovedoppgaver. Det er imidlertid vel så vanlig, slik som i tilfellene fra krisesenteret, at økonomi og bolig er utgangspunktet for at mennesker først kommer i kontakt med IBP, og at andre utfordringer avdekkes i kartleggingssamtalen med IBP-koordinatoren:

Det er jo noen [brukere] vi har litt vanskelig for å komme i dialog med, og da er det nyttig at [IBP-koordinatoren] har kommet i posisjon og har dialog med de, for de har jo tillit til [koordinatoren]. Og så har hun koblet på andre hjelpeinstanser igjen, f.eks. fulgt brukere til leger og spesialister og sånt.

Informanten peker på at den tilliten som IBP-koordinatoren oppnår, gir gode muligheter for å avdekke tilleggsutfordringer hos brukerne. Dette kommer også til uttrykk hos andre informanter som jevnt over gir et inntrykk av at IBP-koordinatoren evner å skape gode tillitsrelasjoner til alle involverte. Begrepet *tillit* er for øvrig et gjennomgangstema i intervjumaterialet uten at dette har vært eksplisitt del av spørsmålsstillingen.

En informant fra NAV gir videre uttrykk for at de kan dra nytte av denne tilliten ved at IBP-koordinatoren kan fungere som en «ambassadør» for dem i forhold til brukerne. Samtidig blir det tydelig at de i NAV har tillit til IBP-koordinatoren i den forstand at de er lydøre når hun tar kontakt på vegne av brukerne:

Det [at IBP-koordinatoren har en bra dialog med bruker] er bra for oss fordi hun blir en slags *ambassadør* for oss, og så har vi lettere for å komme i posisjon for å bistå brukerne. Men, til syvende og sist er det vi som tar beslutning om tiltaksbruk (...). Men det er klart at det kan hjelpe på i forhold til prioriteringer og sånne ting, at hun ringer og «maser». Det kan hende at veileder tar vedkommende inn på samtale litt kjappere enn det vi ellers ville gjort.

Det er flere eksempler på at brukerne kan ha behov for allierte som kan bistå dem i å oppnå kontakt med NAV, men også ansatte i det kommunale tjenesteapparatet fremhever nytten av tilsvarende form for bistand. En av informantene uttrykker det på følgende måte:

Slik som nå er jo NAV vanskeligere å få tak i for dem som er mest sårbare, så da henvender de seg til oss slik at vi kan hjelpe til med å få dem i posisjon hos NAV. IBP-koordinatoren har jo liksom alt inne, så hvis jeg da får henne med på *laget*, så kan vi slippe den delen.

IBP-koordinatoren beskrives her som en strategisk og god *støttespiller* man har tillitt til og som trygt kan betros ansvaret for de mest sårbare brukerne.

Startlånavdelingen i kommunen er en viktig samarbeidspartner for IBP ettersom de fleste deltakerne som har som mål å kjøpe egen bolig, vil være avhengige av lån derifra. IBP-søkerne utgjør imidlertid en liten del av den totale søkermassen på startlån, men i de sakene det gjelder, så har IBP-koordinatoren en viss innflytelse. Også saksbehandlerne på startlån uttrykker tillit til at koordinatoren kan bidra med relevante innspill i forhold til både risiko og behovsvurdering:

Vi hører jo på [IBP-koordinatoren] hvis hun virkelig har troa på at den aktuelle burde få lån, men vi gjør likevel vår egen behovsvurdering. Men hvis [IBP-koordinatoren] har hatt oppfølging av denne personen ett år, så har hun bedre innsikt i denne personens økonomi og livssituasjon generelt, og hvordan han/hun har det hjemme. [Koordinatoren] har da mye mer innsikt enn det vi har mulighet til å få. Vi tar med de innspillene i vår vurdering. Noen ganger får de da lån, mens andre ganger får de kanskje beskjed om at det er noe de må jobbe videre med.

Som utdraget her viser, dreier det seg igjen om en gjensidig utveksling: IBP-koordinatoren bidrar med utfyllende informasjon om potensielle søkere til saksbehandlerne på startlån, mens sistnevnte informerer om saksspesifikke forhold som må på plass for at en søknad vil kunne vurderes.

Etter hvert som [IBP-koordinatoren] har hatt flere og flere saker, så blir det lettere og lettere å komme med våre beslutninger, og hun har lettere for å forstå hvorfor vi vurderer saken slik og slik (...). Hva det eventuelt må jobbes mer med (...). Men samtidig, når vi tar et vedtak, så er vi også opptatt av å forklare vedtaket på en god måte. Det er fordi vi vil ha direkte kontakt med søkerne selv og at ikke det blir IBP-koordinatoren som blir mellommannen på det.

Startlånsaksbehandleren vektlegger viktigheten av direkte kontakt med søkerne. De setter pris på utfyllende informasjon om søkere fra IBP-koordinatoren, samtidig som de holder fast på å ha direkte kontakt med søkerne uansett utfall på søknaden. Til forskjell fra NAV-representanten ovenfor som betraktet IBP-koordinatoren som en ambassadør for tjenesten, foretrekker representanten for startlån direkte kontakt med søkerne fremfor at IBP-koordinatoren skal fungere som «mellommann». Uansett gir informantene fra de ulike tjenestene uttrykk for at koordinatoren verdsettes som en viktig samarbeidspartner og støttespiller.

6.3.4 Helhet

Rammene for å søke startlån er fleksible og en av informantene legger vekt på viktigheten av å jobbe helhetlig:

Alle har litt av det i sin arbeidshverdag, men at man må få det enda mer fram i panna, at man må jobbe på den helhetlige måten. Men, det tar også mye mer tid, og da må det også gis rom for det fra ledernes side. (...) Jeg tenker at alle burde hatt mer av den helhetlige tankegangen som [IBP-koordinatoren] har, og sett mer av alle løsningene (...). Jeg tror at vi alle ser noen løsninger, men ikke fullt så helhetlig som det hun gjør. Vi samarbeider med gjeldsrådgiver, og i noen grad med boligkontoret, men vi ser ikke alle mulighetene som ligger der. Vi ser f.eks. ikke om de trenger mer hjelp fra tjenestekontoret, fra legen, eller bistand i forhold til jobb. Da tar ikke vi kontakt med NAV arbeid f.eks. for å sikre trygghet

jobb, for så å kunne få startlån. Der stopper det hos oss, og de får bare et avslag. Så drar ikke vi dem videre, for det har vi ikke kapasitet til. Det burde enda flere gjort.

Her anerkjenner startlånsaksbehandleren hvordan IBP-koordinatoren faktisk bidrar til å ta tak i og arbeide med de løsningene som de kanskje delvis ser, men som de ikke har rom og kapasitet til å jobbe med for å at søkerne skal settes i stand til å kvalifisere for lån. IBP-koordinatoren ses som en viktig ressurs for å få søkere i posisjon til å få innvilget lån og til å benytte seg av mulighetene det gir å faktisk få innvilget startlån:

Vi har jo mange på lista vår som har ligget der i tre år, og de greier ikke å få kjøpt seg en bolig (har fått tilsagn, men får ikke kjøpt). Han ene følger IBP-koordinatoren opp. Vi har jo noen sånne og da skulle vi gjerne hatt noen som kunne leid dem i handa, ut på en visning. Hvis du kommer fra et helt annet land og skal kjøpe bolig på det norske markedet, det er ikke så lett. (...) Vi bør ha noen som kan følge dem opp bedre. Det hadde vært drømmen.

En gjeldsrådgiver i NAV karakteriserer IBP-koordinatoren som «en brobygger» som gjør det mindre farlig å henvende seg til dem. Gjeldsrådgiveren fortelle om folk som har søkt om gjeldsrådgivning, blitt innkalt til samtale, men ikke møtt opp. Da vil gjeldsrådgiveren vanligvis sende en ny melding med beskjed om at saken avsluttes. De vet imidlertid at det er folk som ikke tør å åpne post. Disse kunne trengt en slik IBP-koordinator, påpeker gjeldsrådgiveren.

Det å tenke helhetlig omkring brukernes situasjon er gjennomgående tema blant samarbeidspartnerne vi har intervjuet. En NAV ansatt forteller: «Jeg opplever at vi er veldig opptatt av det [med bolig]. For vi ser at hvis de ikke har bolig eller har dårlige boforhold, så er det ikke så lett å motivere for aktivitet. Så man må få ryddet litt i det.» Det fremgår imidlertid fra informantene at de i NAV ikke har kapasitet til å ha en tett og individuell oppfølging når de er ansvarlige for 70-100 saker hver. En av saksbehandlerne hevder likevel at helheten kan bevares gjennom samarbeid mellom tjenestene – og ved å ha «fokus på barna og fokus på helheten:

Og det har jo vært veldig fint i den [IBP-]saken her. For her har vi snakket sammen og møttes alle sammen, både barnevern og bolig og ... For det er så lett for at vi sitter på hver vår tue. Fra NAV sin side så jobber jo vi for å få vedkommende ut i jobb og inn i skole, og i dette tilfellet så ble det [avdekket] litt for mye.

Informanten forteller videre om en konkret sak der de hadde satt i gang ulike tiltak fra NAV sin side, men der de gjennom et samarbeidsmøte avdekket at familien hadde flere store utfordringer som måtte prioriteres før det ble iverksatt arbeidsrettede tiltak. Informanten uttrykker i den sammenheng at de i NAV har begrensede muligheter til å ta hensyn til helheten. Tidspress og arbeidsmengde bidrar til at andre forhold som familie, fysisk og psykisk helse og bolig kommer i andre rekke og lett kan skyves ut av synsfeltet. NAV-saksbehandleren ser uansett verdien i å investere i ekstra tid til samarbeidsmøter:

Så det å ha det samarbeidet med andre og bruke den timen det tar i et møte, det har vi anledning til i en del saker, men ikke alle sakene våre. Men det er jo ikke behov for det heller. Når det er behov, og vi gjør det, så tjener vi så mye på det. Og det kan jo gjøre at en person kan bli raskere avklart her.

6.4 Oppsummering

I dette kapitlet har vi sett hvordan IBP-koordinatoren bidrar til å «lette trykket» ved å hjelpe IBP-deltakerne med å ha oversikt på det planet som har med tjenester og ytelser å gjøre. For personer og familier med sammensatte utfordringer kreves det mye å «administrere» den hjelpen man får. Gjennom analysen av intervjuene med medarbeidere i tilgrensende tjenester utkrystalliserte det seg noen verdier som vi har latt strukturere del to i dette delkapitlet: Tid, tilgjengelighet, tillit og helhet. Dette fremstår som verdier som informantene vektla når de snakket om samarbeidet med IBP-koordinatoren. Disse fremstår som referanseverdier for en ideell arbeidssituasjon. Tid, tilgjengelighet, tillit og helhet omtales som idealer som hver enkelt samarbeidspartner synes å etterstrebe i utførelsen av jobben. Disse idealene, eller verdiene, virker å oppleves som uoppnåelige for samarbeidspartnerne selv, gitt den situasjonen de arbeider i. Men, gjennom samarbeidet med IBP-koordinatoren ser de at brukerne som har en IBP-koordinator, drar fordel av å ha én koordinator som nettopp ser *helheten*, som er *tilgjengelig*, som evner å bygge *tillit* og som gir folk *tid* når de har behov for å «skynde seg litt langsomt». Vi forstår det slik at samarbeidspartnerne erfarer at koordinatoren setter disse idealene ut i praksis. IBP-koordinatorens arbeidsmåte bidrar til å bedre sammenhengen mellom tjenestene ved å gjøre erfaringer og kunnskap om deltakerne mer tilgjengelig for alle involverte. På denne måten opplever samarbeidspartnerne at de får bedre forståelse for helheten i disse brukernes livssituasjon, de får litt bedre tid til å drive med det de egentlig skal drive med, og det er lettere å oppnå brukernes tillit og dermed å jobbe for dem og med dem. Samarbeidspartnerne får i det hele tatt bedre forutsetninger for å utnytte sin kompetanse, og IBP-deltakerne får bedre tilgang til relevante og kompetente instanser.

7. Modeller for helhetlig tjenestebistand (case management)

Koordinatorrollen i Individuell boligplan (IBP) har klare likhetstrekk med det som i engelsk-språklig litteratur beskrives som «case-management» (CM). I dette kapitlet har vi derfor kort redegjort for denne typen modeller og arbeidsmetoder. Formålet er å belyse hva som særpreger IBP sammenlignet med andre koordinatorroller eller systemer for koordinering.

Utvikling av CM som metode og arbeidsform, har ifølge Holloway og Carson (2001) sin opprinnelse fra perioden med nedbygging av psykiske helseinstitusjoner og den påfølgende integreringen av pasienter i lokalsamfunnet. Hovedbegrunnelsen for å utvikle slike arbeidsmetoder var å sikre et forsvarlig tjenestetilbud til grupper som ellers hadde vanskelig for å nyttiggjøre seg av et fragmentert tjenesteapparat. I utgangspunktet var formålet med arbeidsmetodene å sikre at brukerne fikk et helhetlig tilbud, men etter hvert har det vært lagt mer vekt på at metoden skulle sikre en mer kostnadseffektiv utnyttelse av det samlede tjenestetilbudet.

Vi kan skille mellom to hovedtyper undersøkelser som omhandler CM. Den ene typen er undersøkelser som beskriver innholdet i CM, og den andre typen er undersøkelser som tar sikte på å måle effekter av CM i form av reduserte kostnader eller helsegevinster. I denne sammenhengen er den første typen undersøkelser mest relevant, og blant disse kan vi igjen skille mellom to typer. Den ene beskriver ulike modeller for CM og den andre typen beskriver mer inngående grunnleggende særtrekk ved CM. Den etter hvert omfattende litteraturen om CM bygger i all hovedsak på beskrivelser fra praksis i helsesektoren (psykisk helse, rus og eldreomsorg) og fra sosialtjenesten.

7.1 Studier av ulike typer case management

I følge Mas-Ezposito m.fl. (2014) klassifiseres CM på ulike måter. Forfatterne viser at det går et skille mellom generelle modeller og modeller som innbefatter et element av spesialisert behandling. Den sistnevnte finner vi gjerne innenfor helsesektoren, og den består av en eller annen form for behandling i tillegg til de øvrige oppgavene som inngår i den generelle CM-modellen. Videre trekkes et skille mellom modeller som har mer eller mindre intensiv oppfølging av brukerne. Mer intensive modeller, med tett og hyppig oppfølging, omtales som intensiv case-management (ICM) og Assertive community treatment (ACT). Til slutt viser forfatterne til skillet mellom individuelle modeller (1:1-relasjon mellom koordinator og bruker) og teambaserte modeller (f.eks. ACT der det er et team som følger opp hver enkelt bruker).

I litteraturen er det vanlig å skille mellom seks ulike former for CM (Mueser m.fl. 1998, Holloway og Carson 2001, Lukesmit m.fl. 2016). Dette er:

- Standard CM (broker-modell)
- Klinisk CM
- Intensiv CM
- Styrkende CM (myndiggjørende)
- Rehabiliteringsmodellen
- ACT-modellen

Standard CM kjennetegnes av at koordinatorens oppgave er å vurdere brukerens behov, planlegge, koble på eller henvise/kontakte aktuelle tjenester og koordinere disse samt evaluere utviklingen. I denne modellen ivaretas all form for behandling eller andre tjenester av andre enn koordinatoren. Formålet med modellen er at koordinatoren skal se tjenestebehovet ut fra brukernes ståsted, og ikke ut fra et tjenestespesifikt ståsted. *Klinisk CM* har likhetstrekk med den første modellen, men skiller seg fra denne ved at koordinatoren også tilbyr egne kliniske tjenester til bruker (som regel helse og psykiatri). I denne modellen har derfor samtalene med brukerne mer preg av eller elementer av psykoterapi, coaching og psykoeduksjon. Videre kan det, innenfor denne modellen, også inngå opplæring i såkalte ADL-ferdigheter (Activities of Daily Living). *Intensiv CM* er en modell som er utviklet til brukere med stort behov for tjenester. Denne modellen skiller seg fra klinisk CM ved at koordinatoren har færre brukere og tilbyr mer aktiv bistand for at bruker skal kunne nyttiggjøre seg mer effektivt av ulike tjenestetilbud. I dette ligger det også at brukerne innenfor denne modellen har vanskeligere for å benytte seg av ulike hjelpetjenester. *Styrkende (myndiggjørende) CM* skiller seg fra de foregående modellene ved at koordinatoren bidrar til økt mestring ved å legge vekt på å utnytte brukernes egne ressurser, fremfor å vektlegge begrensningene eller sykdomsbildet. I denne modellen er derfor koordinatoren sin viktigste oppgave å støtte opp om at brukerne utnytter egne ressurser (gjennom bevisstgjøring og læring) og ressurser i omgivelsene (familie, nærmiljø, tjenester). *Rehabiliteringsmodellen* kjennetegnes av at koordinatoren yter hjelp med utgangspunkt i brukernes egne valg og mål, i motsetning til valg/mål definert av hjelpesystemet.² I denne modellen legges det videre vekt på opplæring av brukere i praktiske og mentale ferdigheter. *ACT-modellen* innebærer at koordineringen av de ulike tjenestene ivaretas av et team bestående av spesialister fremfor én enkelt koordinator. Det betyr videre at det meste av tjenestene tilbys av og koordineres innenfor teamet. Her tilbys tjenestene primært i brukerens hjem og nærmiljø, og tjenesteyterne skal være operative 24 timer i døgnet.

² I Haukelien, Møller og Vike (2011) omtales det siste som «brukerrettet tilpasning av tjenestene».

Tabell 7.1 Oversikt over ulike typer CM

	Standard case-management (CM)	Klinisk case-management (CCM)	Intensiv case-management (ICM)	Styrkende case-management	Rehabiliteringsmodellen	ACT-team
Antall brukere	1:50 (?)	1:30+	1:10	1:20-30	1:20-30	1:10
Oppsøkende hjelp	Lav	Lav	Høy	Moderat	Moderat	Høy
Delt ansvar (team)	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei	Ja
24-timers tjenester	Nei	Nei	Ofte	Nei	Nei	Ofte
Brukermedvirkning	Nei	Lav	Lav	Høy	Høy	Lav
Ferdighetstrening	Nei	Lav	Moderat(?)	Moderat	Høy	Moderat(?)
Kontaktfrekvens	Lav	Moderat	Høy	Moderat	Moderat	Høy
Form for kontakt	Klinisk (kontor)	Klinisk (kontor)	Nærmiljø	Nærmiljø	Klinisk/nærmiljø	Nærmiljø
Integrert behandling	Lav	Moderat	Høy (?)	Lav (?)	Lav (?)	Høy
Tilbyr tjenester selv	Lav	Moderat	Høy	Moderat	Moderat	Høy

Tabell 7.1 viser noe av variasjonene i dimensjonene som beskriver CM (Muser m.fl. 1998). Selv om forfatterne skiller mellom seks grupper, foreslår de samtidig at modellene kan deles inn i tre hovedgrupper: standard modeller (broker og klinisk), rehabiliteringsorienterte modeller (rehabiliterende og styrkende modeller) og intensive modeller (ICM og ACT). Fellestrekkene med de intensive modellene er at de begge baserer seg på oppsøkende virksomhet, dvs. at de tilbyr bistand i brukernes nærmiljø. Samtidig går det et vesentlig skille mellom ACT og de øvrige modellene i den forstand at brukerne i de øvrige modellene har én koordinator som koordinerer tjenestene, mens i ACT-modellen koordineres tjenestene gjennom et dedikert team av tjenesteytere. Forfatterne viser samtidig til at det vil være glidende overganger mellom modellene, f.eks. at standard CM også vil kunne ha elementer av samtaleterapi eller mestringsstrategier.

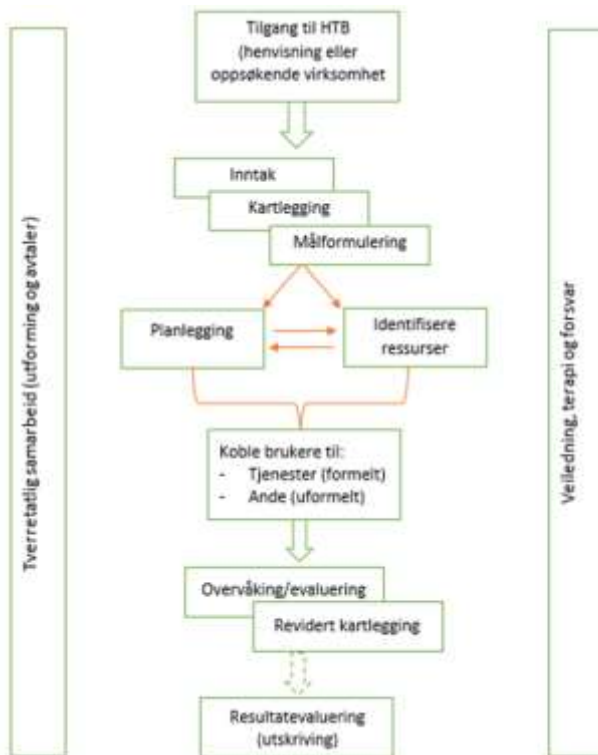
Ut over disse modellene viser også Lukeshmith m.fl. (2016) til en modell de kaller kronisk CM. Denne modellen kjennetegnes av å ha et mer integrert system rundt koordineringen av tjenestene. I tillegg til koordineringen i de individuelle sakene, består denne modellen av et institusjonelt rammeverk rundt samarbeidet (avtaler og rutiner) og med mer eller mindre faste samarbeidspartnere mellom de ulike tjenestene. Modellen kan for øvrig ha trekk fra de øvrige modellene (rendyrket koordinator, klinisk koordinator, styrkende koordinator).

Som det fremgår av tabellen over, er det forskjeller mellom de ulike modellene. Vi kan skille mellom minst fire dimensjoner som modellene varierer etter. En sentral dimensjon er antall saker som koordinatoren jobber med til enhver tid. En annen viktig dimensjon er hvorvidt koordinatoren knyttes til en spesifikk faggruppe (som regel helsepersonell) eller ikke. Dette tydeliggjør med andre ord skillet mellom koordinatorroller som springer ut av en bestemt tjeneste og fagprofesjon på den ene siden, og rendyrking av CM som en profesjon i seg selv. Et tredje vesentlig skille går mellom de individbaserte og teambaserte modellene. Selv om ACT-modellen her står i en særstilling, ser vi også elementer av det samme prinsippet i den kroniske modellen.

Et fjerde vesentlig skille er mellom modeller som vektlegger sykdomsbildet versus mestrings-
bildet, selv om de fleste modeller i dag ser ut til å ha elementer av medvirkning og mestring.

7.2 Grunnleggende særtrekk ved CM

Flere studier har også undersøkt eller beskrevet mer inngående hvilke rolle, funksjoner eller oppgaver en CM har. Et eksempel på å beskrive essensen i CM finner vi hos Rothman (1991). Her legger forfatteren vekt på å beskrive arbeidsmetoden som en fleksibel og gjentakende prosess. Med bakgrunn i en gjennomgang av empiriske undersøkelser, utviklet han en modell der ulike funksjoner benyttes sekvensielt, men dynamisk innenfor en helhetlig prosess. I følge forfatteren er modellen basert på typiske funksjoner innenfor CM og på relasjonene mellom disse funksjonene. De enkelte funksjonene er ikke strengt adskilt, men vil ofte overlape hverandre. Sentrale funksjoner er systemet for henvisning eller inntak av brukere; kartleggingsfasen, planlegging og kartlegging av relevante tjenesteresurser; kobling av brukere til aktuelle tjenester; overvåking og revidering av kartlegging; og resultatevaluering. I følge forfatteren vil fleksibiliteten i modellen dreie seg om at brukeren vil kunne gå gjennom ulike deler av prosessen i flere omganger.



Figur 7.1 Sekvensiell og dynamisk CM-modell
(Rothman 1991)

Et annet eksempel finner vi hos Lukesmith m.fl. (2016) som, med bakgrunn i en litteraturgjennomgang, har identifisert 16 ulike oppgaver eller funksjoner hos CM. Studien er avgrenset til helsevesenet og til fem typer modeller.³ Tabellen nedenfor inneholder en komprimert og forkortet liste over de aktuelle oppgavene.

³ Dette er følgende modeller: standard CM (broker-modellen), rehabilitering, kronisk modell, styrkende modell og ACT-modellen.

Tabell 7.2 Sentrale egenskaper ved CM

Oppgave/funksjon	Beskrivelse
Etablere kontakt	Etablere en allianse og samarbeid mellom case manager og brukere
Kartlegging og planlegging	Kartlegge behov, kapasitet, ressurser og tjenestetilbud. Utarbeide en plan sammen med brukeren hvor mål og tiltak inngår, herunder bruk ressurser i tjenesteapparatet og nærmiljøet
Informasjon og opplæring	Gi bistand i egen regi (veiledning, coaching, terapeutisk samtale) og informere om relevant tjenestetilbud
Navigering og koordinering	Etablere kontakt med aktuelle samarbeidende tjenester, herunder bistå brukeren med å etablere kontakt, henvise eller delta på møter.
Bistand fra andre	Sikre at tjenester fra andre blir gitt og at brukeren tar imot og gjennomfører.
Forsvar	Opptre som brukerens advokat overfor øvrige tjenester
Støttende veiledning	Tilby praktisk veiledning, emosjonell støtte og oppmuntring
Overvåke og evaluere	Overvåke fremdriften i prosessen, samt evaluere om fremgangsmåte og virkemidler er hensiktsmessige
Feedback	Tilbakemelding til bruker og til øvrig tjenesteapparat
Avslutning	Planlegge for tid for å avslutte og tilrettelegge for at bruker skal klare seg på egenhånd.

Vi kan kategorisere de ulike funksjonene/oppgavene i tre hovedtyper. For det første er det elementer som inngår i en *sekvensiell prosess*. Vi kan her skille mellom aktiviteter i en oppstartsfasen (etablering av kontakt, kartlegging og planlegging), intervenserende elementer (informasjon, opplæring, veiledning og koordinering) og til slutt aktiviteter i en avsluttende fase (evaluering og avslutning). For det andre ser vi at flere av elementene handler om *relasjonen mellom koordinatoren og brukeren*, f.eks. det å opptre som brukerens advokat, støttende veiledning og feedback. For det tredje inneholder listen elementer som beskriver *relasjonen til øvrige tjenester* (navigering og koordinering, faktisk bistand fra andre tjenester og feedback). Essensen i oversikten handler dermed om at CM ivaretar tre grunnleggende oppgaver, dvs. gjennomføre en prosess, ivareta relasjonen til brukeren og mobilisere et nettverk av tjenester rundt brukeren. Forfatterne peker samtidig på at det er store variasjoner i beskrivelsen av CM, både begrepsbruken som benyttes, måten metoden beskrives på, og det faktiske innholdet.

Et tredje eksempel på en mer inngående beskrivelse av CM finner vi hos Hudon m.fl. (2020). Forfatterne har utviklet en modell for CM som spesifiserer både komponenter som inngår i modellen og mekanismer som bidrar til endring hos brukerne. Modellen er utviklet ved å knytte empirisk evidensbasert forskning til en generell logisk modell. Den logiske modellen består av følgende tre hovedkomponenter: 1) Kontekst, 2) strategier/mekanismer og 3) utfall for brukerne og tjenestene. Avgjørende faktorer i konteksten er tilgang til erfarne og engasjerte koordinatører, at det finnes rammer for å arbeide helhetlig, og at det eksisterer positive relasjoner mellom ulike tjenesteleverandører. Strategiene og mekanismene består videre av en prosess med følgende elementer: identifisering av aktuelle saker; kartlegging; planlegging; og koordinering. Avgjørende endringsfaktorer her er at andre tjenester involveres i planleggingen; at samarbeidende tjenesteytere bidrar med tjenester og at denne koordineres; samt at koordinatoren har organisatorisk støtte i sitt helhetlige arbeid. Videre legger forfatterne spesielt vekt på at det å etablere

en tillitsbasert relasjon mellom CM og bruker, er avgjørende for at brukeren skal oppleve støtte, være villig til å ta imot tjenester og bli mer selvstendig. CM-modellen beskriver videre forventet utfall både på brukernivå og systemnivå. På individnivå forventes brukere å bli mer selvstendige og tilfredse, og at de oppnår bedring i helsesituasjonen og livskvaliteten. På systemnivå forventes bedre kvalitet på tjenestene og reduserte kostnader.

Det som skiller beskrivelsen til Hudon m.fl. (2020) fra andre tilsvarende studier, er at de i tillegg til å beskrive sentrale kjennetegn ved CM, også forsøker å beskrive mer inngående hva slags mekanismer i arbeidsmetoden som bidrar til endring for brukerne.

7.3 Koordinatorens kvalifikasjoner

I litteraturen skiller det gjerne mellom koordinatorene med fagspesifikke ferdigheter og ferdigheter som er knyttet til selve koordinatorrollen. Som vist over skiller de ulike modellene seg fra hverandre ved at de i varierende grad rendyrker koordinatorrollen eller i varierende grad kombinerer denne med annen fagspesifikk kompetanse. I litteraturen har derfor flere vært opptatt av hva som kjennetegner den særegne kompetansen knyttet til koordinatorrollen.

Halloway og Carson (2001) omtaler kompetansen på generelt grunnlag og hevder at kvalifikasjonene innebærer å ha *engasjement for brukerne*, ha evne til å *vurdere brukernes behov* (helhetlig), ha *kjennskap til behandlings- og hjelpetilbudet*, og at de har evne til å *håndtere brukere med ulike typer problemer* (f.eks. rus og utagerende oppførsel).

Hausdorf og Swanson (2014) har, gjennom en studie av klinisk CM, undersøkt hva som kjennetegner den ikke-kliniske kompetansen. Forfatterne kommer frem til at det er fem typer kompetanse som er av betydning. Den første er å ivareta et personlig og profesjonelt ansvar for oppfølgingen av brukere innenfor ulike kontekster og ulike arbeidsforhold. Dette må forstås dithen at man tilegner seg kunnskap om brukerens helhetlige tjenestebehov, i motsetning til det å inneha en tjenestespesifikk kompetanse som man søker å forstå behovene utifra. Den andre er systemtenkning som innebærer å tilrettelegge for en helhetlig og integrert strategi som fremmer brukernes mål. Den tredje formen er kreativ tenkning som handler om å være i stand til å finne kreative løsninger på kjente og ukjente utfordringer som dukker opp i prosessen. Den fjerde formen for kompetanse er evnen til å kommunisere for å nå brukernes mål, dvs. både lytte og snakke med ulike typer brukere og tjenesteutøvere for derigjennom å oppnå resultater. Den femte og siste formen for kompetanse er relasjonsbygging. Dette handler om evnen til å bygge nettverk og å samarbeide med ulike aktuelle tjenester som kan bistå brukerne.



Figur 7.2 Kompetanse hos koordinatoren i case-management

Forfatterne hevder også at opplæringen bør følge et bestemt mønster fordi de ulike typene kompetanse bygger på hverandre. Den grunnleggende kompetansen er ansvaret for helheten, dernest system- og kreativ tenkning, videre kommunikasjon og til slutt relasjonsbygging.

Frankel, Gelman og Pastor (2019) omtaler tre hovedtyper ferdigheter som er sentrale i CM. Dette er relasjonelle ferdigheter, analytiske ferdigheter og intervensjonerende ferdigheter. De *relasjonelle ferdighetene* handler bl.a. om å opptre sensitivt overfor brukeren, ha evne til å skape en «familiær» relasjon (men også sette grenser) og ha evne til å vise empati. Samtidig innbefatter det også evne til å gjennomføre samtaler for å få frem relevant informasjon. De *analytiske (spesialiserte) ferdighetene* består i å gjennomføre kartlegginger, identifisere problemområder og behov, utarbeide hypoteser om hvordan bruker kan hjelpes samt bidra med å utforme mål. I følge forfatterne er systemteori et sentralt fundament for de analytiske ferdighetene. *Intervenerende ferdigheter* består av praktiske ferdigheter som å inngå avtaler med brukeren, ha evne til å forhandle med samarbeidspartnere og å evaluere konkrete saker.

De tre nevnte beskrivelsene av koordinatorens kompetanse er dels overlappende og dels legger forfatterne vekt på ulike aspekter. Samtidig kan vi se konturene av tre hovedtyper kompetanse eller ferdigheter som vektlegges i beskrivelsene. Dette kan vi kategorisere i følgende tre typer:

- *Interpersonelle ferdigheter*: Engasjement for brukerne, evne til å håndtere ulike brukere, ivareta et profesjonelt ansvar, relasjonelle ferdigheter og kommunikasjonsferdigheter
- *Systemkunnskap*: Kjennskap til behandlings- eller hjelpetilbudet, ha evne til systemtenkning og intervensjonerende ferdigheter
- *Analytiske ferdigheter*: Ferdigheter i å analysere situasjon, utforme tiltaksplan, evaluere samt evne til å tenke kreativt.

Den første typen kan vi si handler om å oppnå en relasjon til brukeren som et grunnlag for å skape et tillitsforhold, for å fremskaffe informasjon, for å påvirke og for å kunne bistå brukeren i prosessen. Systemkunnskapen handler på sin siden om kunnskapen om aktuelt tjenestetilbud, hvordan hver tjeneste opererer og virker, samt en mer helhetlig forståelse av hvordan ulike tjenester kan virke sammen for den enkelte bruker og situasjon. De analytiske ferdighetene består i både å planlegge, analysere, evaluere og revidere planer. I lys av at saker og situasjoner er ulike, og koordinator til tider beveger seg i ukjent landskap, vil kreativitet og evnen til å overføre kunnskap fra en situasjon til en annen også være sentral.

Med bakgrunn i beskrivelsen av koordinatoren i CM-modellene, er det nærliggende å trekke inn de to klassiske beskrivelsene av en bricoleur og ingeniør. De to begrepene viser til to grunnleggende måter å bruke kunnskap og kompetanse på. Sentrale trekk ved bricoløren er kreativiteten til å sette sammen nye ideer og gjenstander av det denne har for hånden, mens ingeniøren arbeider mer systematisk ut fra gitte rammer, systemer og ressurser. Begrepsbruken har blitt benyttet i en rekke studier for å beskrive trekk ved arbeidet til ulike profesjonsgrupper, bl.a. sykepleieren (Gobbi 2004, Kirkpatrick m.fl. 2014), læreren (Reilly 2009, Freathy m.fl. 2017), sosialt arbeid (Dran 2014) og yrkesgrupper som forholder seg til komplekse situasjoner og/eller omgivelser (Visscher m.fl. 2018).

Innenfor alle de tre kjennetegnene ved koordinatorens kunnskap og kompetanse ser vi, i IBP-koordinatoren, konturene av både ingeniøren og bricoleurens ferdigheter. Ingeniørens ferdighe-

ter kommer til uttrykk i det strukturelle og systematiske arbeidet med å definere mål, legge planer, utforme søknader og bistå brukerne med å følge formelle prosedyrer for å få tilgang til de ulike tjenestene. Bricoleurens ferdigheter finner vi igjen i den uformelle og «familiære» relasjonen mellom koordinatoren og brukeren, i den strategiske planleggingen som sjeldent er lik og gjerne går i sirkler, og i den mer uformelle og kreative tilnærmingen til ulike samarbeidspartnere.

7.4 Styrker og svakheter ved CM

Som pekt på innledningsvis var bakgrunnen for etableringen av CM nedbygging av institusjoner og utfordringer som oppstod når de som flyttet ut skulle forholde seg til et fragmentert tjenesteapparat. En viktig begrunnelse og fortrinn med CM har derfor vært å gi bestemte grupper et helhetlig tilbud. I lys av dette har vi nedenfor omtalt enkelte nyere studier som har belyst mer inngående hvorfor CM kan ha en positiv virkning på brukerne, eventuelt hva som hindrer at CM i å fungere etter intensjonen.

Joo og Liu (2018) har oppsummert noe av denne forskningen og peker på tre sentrale egenskaper ved CM. For det første bidrar CM til at brukerne utvikler et nært forhold til koordinatoren, noe som igjen bidrar til at brukere opplever trygghet i situasjonen og større tillit til hjelpeapparatet. For det andre bidrar CM til at brukerne får en helhetlig støtte som dekker et komplekst og sammensatt behov. Dette bl.a. gjennom en helhetlig plan, ved at koordinatoren og hjelpesystemet får mer helhetlig informasjon om brukeren, samt at det sikrer en mer helhetlig og kontinuerlig oppfølging over tid. For det tredje legger CM til rette for avgjørende forbindelser/koplinger mellom pasient og de ulike helsetjenestene, bl.a. ved å bidra med kontakt, til en mer effektiv kommunikasjon med tjenesten, og gjennom annen praktisk tilrettelegging.

Joo og Liu (2018) peker samtidig på to sentrale utfordringer med arbeidsmetoden. Det ene er at brukerne selv er lite informert om tjenesten og hva de kan forvente av CM. Det andre er koordinatorenes opplevelse av ressursknapphet og gapet mellom tildelte ressurser og brukerens behov for oppfølging.

Flere undersøkelser har samtidig studert mer inngående utfordringen med CM og faktorer som hindrer effektiv utnyttelse av metoden. Joo og Huber (2018) har, med utgangspunkt i en litteraturgjennomgang, pekt på barrierer som er knyttet direkte til koordinatoren. Vi kan her skille mellom to typer utfordringer. Det ene er knyttet til rollebeskrivelsen og innbefatter mangel på klarhet i rollebeskrivelsen til koordinatoren, at koordinatoren har et (for) stort spenn i roller og arbeidsoppgaver (kompetansespenn), og at koordinatorene får for lite eller dårlig opplæring i rollen. Den andre typen utfordringer er knyttet til koordinatorens relasjoner til brukere og samarbeidspartnere. På den ene siden viser forfatterne til utfordringer med å bygge opp nære relasjoner til brukeren, og dernest utfordringer med å finne en balanse mellom vennskapelig nærhet og profesjonell distanse. På den andre siden viser de til utfordringer med å bygge opp relasjoner til andre tjenester som følge av at enkeltsakene forstås og oppfattes ulikt.

Andre studier har pekt på strukturelle hindre. Dette innbefatter bl.a. knapphet på ressurser generelt eller at koordinatorene har for mange saker til at de har mulighet til å ivareta rollen slik den

er tiltenkt (Joo og Huber 2018, Sohn og Jang 2019). Flere studier viser også til at det er behov for mer standardiserte systemer rundt CM for at metoden skal ha forventet virkning (Swanson og Weissert 2018, Xun 2019, Sohn og Jang 2019, Arya 2020). I litteraturene etterlyses det derfor en bedre overordnet styring og fastere institusjonelle rammer på systemnivå for at metoden skal virke hensiktsmessig på individnivå. Slike rammer vil bl.a. kunne være generelle samarbeidsavtaler, samarbeidsrutiner, avklaring av ansvar og ressursallokering til de ulike tjenestene.

En studie av Corvold m.fl. (2016) diskuterer nettopp spenningsforholdet mellom ressursbruk og organisering på systemnivå og de kravene som CM har på individnivå. Studien viser at det ofte oppstår et dilemma mellom hensynet til ressursinnsatsen og organiseringen på systemnivå, og hensynet til de faglige og etiske standardene for CM på individnivå. I følge forfatterne er det derfor ved bruk av CM behov for å diskutere og forhandle omkring de ulike hensynene på henholdsvis system- og individnivå.

7.5 Effekter av CM

Holloway og Carson (2001) viser til at formålet med CM i utgangspunktet var å sikre helhetlige tjenester for brukere som flyttet ut av institusjoner, men at oppmerksomheten etter hvert har vært rettet mot kostnader og effekter av arbeidsmetoden. Dette må også ses i lys av at en viktig begrunnelse for CM har vært at en forholdsvis liten del av pasientene som står for en stor del av utgiftene i helsevesenet. I følge Houdon m.fl. (2019) viser studier fra både Canada og andre industrialiserte land at omtrent 80 prosent av helseutgiftene kan knyttes til 10 prosent av pasientene. En viktig begrunnelse for å benytte CM er derfor å begrense utgiftene ved at disse gruppene tilbys en mer helhetlig oppfølging av CM. Samtidig viser forfatteren til en rekke studier som har vist at slike ordninger også gir helsegevinster for brukerne.

Det er gjennomført en rekke effektundersøkelser av ulike former for CM. Videre er det publisert en rekke oppsummeringsartikler av denne forskningen. Oppsummeringsartiklene varierer både i hva slags CM som studeres, hva som sammenlignes og avgrensning av målgruppene. Et inntrykk er at mye av effektforskningen har vært opptatt av ICM og ACT-modellen, og færre har vært opptatt av standard CM. Sammenligningsgrunnlaget for disse studiene er i hovedsak standard tjenestetilbud, men også standard CM. Målgruppen omfatter bl.a. personer uten bolig (de Vet m.fl. 2013), pasientgrupper med høyt forbruk av sykehustjenester eller kronikere (Tricco m.fl. 2014, Joo og Liu 2019, Jo og Huber 2019), personer med alvorlige psykiske lidelser (Dieterich m.fl. 2017) og eldre (Ziwa m.fl. 2020). Selv om det er stor variasjon i måleindikatorer, viser resultatene gjennomgående positive tendenser. Resultatene er imidlertid tydeligst i undersøkelsene av ICM og ACT-modellen (Smith og Newton 2007, Dieterich m.fl. 2017). Samtidig finner vi også oppsummeringsartikler som har vist positive effekter av standard CM (de Vet 2013).

Generelt kan vi skille mellom tre hovedtyper mål som benyttes i effektstudiene: 1) kostnader eller kostnadseffekter, 2) bruk av helsetjenester og 3) resultater for brukernes helse, mestring og livskvalitet. Generelt kan vi si at de ulike studiene kan vise til effekter både i form av reduserte kostnader (Ziguras og Stuart 2000, Joo og Huber 2014, Ziwa m.fl. 2020), redusert bruk av helsetjenester (Tricco m.fl. 2014, Joo og Liu 2017, Jo og Huber 2019), og bedring av ulike indika-

terer knyttet til brukerne av CM (Joo og Huber 2014, Swanson og Weissert 2019). Samtidig finner vi at resultatene er sprikende i den forstand vi også finner oppsummeringsartikler der det ikke påvises positive resultater på f.eks. kostnader (Swanson og Weissert 2019) eller på resultater for brukerne (Dieterich 2017, Ziwa 2020). Hos de Vet m.fl. (2013) finner vi også resultatmålinger knyttet til bolig. Her viser resultatene positive effekter av standard CM både i forhold til bostabilitet, redusert rusbruk og reduserte barrierer knyttet til arbeidsmarkedet.

7.6 Oppsummering

I dette kapitlet har vi oppsummert noe av forskningen om case management (CM). Formålet med litteraturgjennomgangen er å plassere IBP som modell inn i et større faglig og organisatorisk rammeverk. Dette vil bidra til bedre forståelse og beskrivelse av IBP som modell og metode. For det andre vil beskrivelsene av CM kunne bidra inn i en diskusjon rundt videreutvikling av IBP på individ eller systemnivå. Dette kommer vi nærmere tilbake til i neste kapittel.

I dette kapitlet har vi først beskrevet ulike former for CM. Det er stor variasjon mellom de ulike modellene, og generelt kan vi skille mellom mer og mindre intensive modeller, og mer og mindre spesialiserte modeller. Videre har vi presentert litteratur som beskriver mer inngående hva kjernen i CM består av. Sentrale kjennetegn ved CM er at den består av en koordinatorkompetanse, det er en prosessorientert arbeidsform, det er tette relasjoner mellom koordinator og bruker, og en sentral oppgave er å mobilisere ulike fagressurser rundt brukerne. Koordinatorens kompetanse er videre et viktig element i modellen. I litteraturen finner vi ulike beskrivelser av kunnskapen og kompetansen. Dette kan sammenfattes i tre sentrale kunnskap- eller kompetanseområder: 1) interpersonelle ferdigheter (relasjonelle ferdigheter), 2) systemkunnskap (evne til å se sammenhenger og ha kunnskap om hjelpesystemet) og 3) analytiske ferdigheter (ferdigheter i å analysere situasjoner, utforme tiltaksplaner og tenke kreativt).

I litteraturen finner vi også studier som har sett på hva styrken og svakheten med CM er. Styrkene ved arbeidsmetoden er for det første nærheten mellom koordinator og bruker, noe som bidrar til at brukerne opplever større trygghet og vilje til å ta imot hjelp. For det andre gir arbeidsmetoden et mer helhetlig tilbud som er tilpasset brukernes behov. For det tredje fungerer CM ofte som et avgjørende ledd mellom brukere og hjelpetjenestene. Samtidig peker litteraturen også på utfordringer ved arbeidsmetoden. Utfordringene innebærer bl.a. at det ofte er et gap mellom ressursbehovet og tilgang på ressurser; at det er et (for) stort spenn i koordinatorens rolle og oppgaver; og at det ikke gis tilstrekkelig oppnærning i det å være koordinator. Flere studier peker også på at det er en svakhet at CM ikke støttes opp av samordnede virkemidler på systemnivå.

Det er gjennomført en rekke effektstudier av ulike CM-modeller. De fleste studiene omhandler mer intensive modeller for CM, men det finnes også litteraturoppsummeringer på andre modeller. Selv om resultatene av disse undersøkelsene varierer, viser de gjennomgående at CM har positivt effekt på systemet (kostnader) og for brukerne (livskvalitet). Enkelte undersøkelser har også vist til positive effekter på brukernes boligsituasjon.

IBP har klare likhetstrekk med det essensielle innholdet i standard CM. Dette består av bl.a. oppgaver med karlegging, planlegging og koordinering av tjenester. Samtidig viser gjennomgangen over at IBP også har elementer fra de øvrige modellene. Dette gjelder spesielt styrkende modell og rehabiliteringsmodellen:

- IBP opererer med omtrent 20-25 brukere til enhver tid, og har derfor likhetstrekk med arbeidsmengden i det som er vanlig i styrkende case-management og rehabiliteringsmodellen. Det betyr at IBP har færre brukere enn det som er vanlig i standard CM og flere enn i de intensive modellene ICM og ACT.
- På lik linje med standard CM og CCM tilbys tjenester i IBP primært på et kontor eller gjennom telefonkontakt med brukeren. Samtidig bistås også brukeren av IBP med praktisk hjelp til å ta kontakt med andre tjenester, og koordinatoren kan også følge med brukeren til disse tjenestene. Slik sett har IBP mer likhetstrekk med styrkende case-management og rehabiliteringsmodellen enn med standardmodellen der all bistand ytes fra et kontor.
- Kontaktfrekvensen i IBP varierer etter fasene i prosessen. Mens det som regel er hyppig kontakt i starten, er det mindre kontakt lengre ute i et forløp. Slik sett kan vi si at den har likhetstrekk både med CCM, styrkende CM og rehabiliteringsmodellen.
- IBP har legger vekt på både brukermedvirkning og opplæring av brukerne. Opplæring anses videre å være et element som styrker brukernes medvirkning. Dette er derfor likhetstrekk IBP har med styrkende CM og rehabiliteringsmodellen.

Til slutt er det også nærliggende å sammenligne IBP med den kliniske CM-modellen som ellers kjennetegnes av å bestå av en helsebehandling ut over det som inngår i standard CM. For IBP sin del blir den spesialiserte delen imidlertid knyttet til det å fremskaffe bolig, ikke brukernes helsesituasjon.

Vi ser ellers at det er klare likhetstrekk mellom den kompetansen IBP bygger på og den kompetansen som beskrives i litteraturen om CM. Både interpersonelle relasjoner, systemkunnskap og analytiske ferdigheter er sentrale både i kunnskapsgrunnet til koordinatoren i IBP og i CM-modellene.

Det er ellers verdt å merke seg at det i litteraturen om CM pekes på sentrale utfordringer med disse modellene som vi til en viss grad også kjenner igjen i IBP. Det mest relevant her er kanskje samarbeidspartners forståelse av rollen til en koordinator og behovet for overordnede strukturer som støtter opp om koordinatorrollen. I den sammenheng er det verdt å trekke frem Lukesmith m.fl. (2016) sin CM-modell der de i tillegg til koordinatorrollen legger vekt på det institusjonelle rammeverket rundt samarbeidet.

8. Organisatorisk kontekst

Tiltaket Individuell boligplan (IBP) ble etablert som et prosjekt i 2015. Etter prosjektperiodens slutt har tiltaket hatt en noe uklar plass i kommuneorganisasjonen. Tiltaket har heller ingen juridisk forankring i et formelt vedtak og er heller ikke hjemlet i en bestemt lov. Tiltaket kan derimot sies å være forankret i politiske og faglige føringer som legger vekt på helhetlige og koordinerte boligsosiale virkemidler. Den noe uklare posisjonen i organisasjonen gjenspeiler også resultater fra forskning som viser at tilsvarende ordninger med case management (CM) preges av mangelfull forankring i den organisatoriske konteksten, samtidig som at dette er en nødvendig forutsetning for å lykkes med CM. I dette kapitlet har vi derfor forsøkt å plassere IBP inn i rammen av den organisatoriske konteksten i Sandefjord kommune. Innledningsvis redegjør vi for noen sentrale føringer innenfor den boligsosiale politikken. Derneft sammenligner vi innholdet i de lokale boligsosiale tiltakene. Til slutt foreslås ulike måter å forankre og samordne et tiltak som IBP i kommunens organisasjon.

8.1 Helhetlige boligsosiale satsinger

Behovet for koordinering av tjenesteapparatet har vært sentralt i diskusjonen om det norske velferdssystemet i flere tiår. Fra starten av 1990-tallet finner vi flere publikasjoner som beskriver ulike virkemidler og forsøk som tar sikte på å håndtere ulike brukergruppers koordineringsbehov. Dette innbefatter bl.a. frikommuneforsøket i Grimstad (Pedersen 1992), arbeidsmarkedsrådene (Bergsgard og Kåsene 1998), samarbeidsrundskrivet (Bergsgard m.fl. 2000), lokale samarbeidsprosjekter (Øverås 2001) og samordningsforsøkene (Møller 2006). Denne prosessen munner ut i NAV reformen som skulle bidra til å samordne de ulike ytelsene og tilbudene i tre store velferdstjenestene (Aetat, trygdeetaten og sosialtjenesten). Reformen bestod av en organisatorisk reform og en innholdsreform. Den organisatoriske delen innebar en fysisk sammenslåing og et forsøk på å bemanne etaten med generalister som kunne ivareta brukernes behov for helhetlige tjenester (St.meld. nr. 14, 2002-2003). Videre skulle innholdsreformen i NAV (St.meld. nr. 9, 2006-2007) bidra med konkrete tiltak for å bekjempe fattigdom. I følge Sørvoll (NOU 2011:15) innebærer dette at boligpolitikken i økende grad innlemmes i den generelle velferdspolitikken, og samtidig anses boligpolitikken å være en forutsetning for realisering av øvrige velferdspolitiske satsinger. Dette kommer bl.a. til uttrykk ved at flere kommuner flytter boligfeltet inn i NAV-kontorene.

Implikasjonene av at boligpolitikken etter hvert betraktes som en del av den samlede velferdspolitikken, er at samordning og helhetstenkningen setter sitt preg på utformingen av det boligsosiale arbeidet. I «Nasjonal strategi for boligsosialt arbeid 2014-2020» (Bolig for velferd) fremgår det at den offentlige innsatsen på det boligsosiale området skal være helhetlig og effektiv. Dette underbygges med at det boligsosiale arbeidet er komplekst og krever bidrag fra flere sekt-

orer og forvaltningsnivåer. I strategien vises det også til NOU 2011:15 der organisering og samordning på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer trekkes fram som en suksessfaktor i det boligsosiale arbeidet. Bl.a. vises det til *Prosjekt bostedsløs* (2001-2004) som innebar at tilbudet om boliger skulle støttes opp av andre tjenester som helse- og økonomisk/juridisk rådgivning, hjemmehjelp osv.

Disse utviklingstrekkene innebærer at vi kan snakke om den smale og brede boligsosiale politikken. Den smale politikken omfatter Husbankens økonomiske virkemidler og kommunenes forvaltning av kommunale boliger. Her viser Sørvoll (NOU 2011:15) til den boligsosiale vendingen som innebærer en mer selektivt bruk av virkemidler, bl.a. selektive låne- og støtteordninger kombinert med økt vektlegging av oppfølgingstjenester. Samtidig står målet om at flest mulig skal eie egen bolig fast. Mens dette tidligere skulle ivaretas gjennom en generell prisregulering i boligmarkedet, blir dette nå fremmet gjennom mer selektive ordninger som startlån og tiltak som Leie til eie (LE).

Den brede politikken vil da omfatte andre tilgrensede velferdspolitiske virkemidler, f.eks. helse- og arbeidsrettede tiltak. En naturlig konsekvens av den brede politikken inkluderer tiltak som har til formål å samordne de ulike velferdssektorene. Her kan vi skille mellom generelle samordnende virkemidler som innlemmer det boligsosiale området, og tiltak som springer ut av det boligsosiale feltet og som har til formål å innlemme andre sektorer. Eksempler på det første vil være lovpålagte ordninger som individuell plan (IP) og koordinator, bruk av ansvarsgruppemøter eller mer spesifikke tiltak som Housing First (HF) som har vokst frem innenfor rusbehandlingen. På den andre siden er IBP et eksempel på tiltak som vokser ut av det boligsosiale feltet.⁴

Anbefalingene i NOU 2011:15 peker på flere suksessfaktorer i den kommunale gjennomføringen av den boligsosiale politikken. Dette innbefatter både samordning, forankring, utforming av overordnet strategi, boligsosial kompetanse og tilstrekkelig med økonomiske ressurser. Utviklingen av IBP må ses i lys av denne konteksten. Både vektleggingen av boligsosial kompetanse og samordning er sentrale elementer i IBP-metoden. Samtidig ser vi at metoden kan overlappes med andre brede sosialpolitiske satsinger og ikke minst med andre systemer for koordinering av ulike velferdsordninger. Dette berører dermed spørsmål om forankring av metoden i organisasjonen. Med forankring menes da at metoden har legitimitet i organisasjonen, at den har en avklart plassering i organisasjonen, og at metoden er samordnet med andre ordninger.

8.2 Sammenligning av ulike boligsosiale tiltak

Som antydnet over har den brede boligsosiale satsingen resultert i at det har dukket opp flere ulike tiltak. I Sandefjord kommunes boligsosiale handlingsplan (2019-2024) inngår både IBP, LE og HF. Nedenfor har vi derfor sett nærmere på hva som er forskjeller og likheter mellom disse ordningene, i tillegg til den tilgrensede ordningen med individuell plan og koordinator. Generelt kan vi si at IBP har overlappende elementer både med den lovpålagte ordningen med

⁴ Andre eksempler som presenteres på veiviseren.no er Asker Velferdsstab, prosjektet «En dør inn» i Halden kommune, og helhetlig boligsosialt arbeid i Stord kommune.

individuell plan (og koordinator), med modellen LE og tiltaket HF. Samtidig skiller IBP seg på ulike måter fra de nevnte ordningene.

Til sammenligning med LE, som i hovedsak handler om å sikre bolig ved bruk av økonomiske virkemidler, handler IBP om å knytte bolig til et bredt spekter av virkemidler. Foruten de økonomiske virkemidlene (startlån, bostøtte mm), består virkemidlene i IBP både av sosiale tiltak, helserelaterte tiltak, utdanning og arbeidsrettede tiltak. Dette ivaretas gjennom veiledning, strategisk planlegging og utstrakt samarbeid med andre tjenester. LE handler på sin side om at brukerne først inngår en leieavtale for en gitt periode, og underveis i eller mot slutten av leieperioden, får brukerne anledning til å kjøpe boligen. IBP kan dermed betraktes som et bredere boligsosialt virkemiddel enn LE. Et fellestrekk er imidlertid at målet i begge tilfeller er at brukerne skal eie egen bolig, og i prinsippet kan tiltaket LE tenkes å inngå som et virkemiddel i IBP-metoden.

IBP overlapper til en viss grad med HF-metodikken. På samme måte som HF, bygger IBP-metoden på tverrfaglig og tverretatlig samarbeid. De to modellene vil også kunne rette seg mot samme målgruppe og samme mål om en stabil bosituasjon. Samtidig vil målgruppen i HF avgrenses til personer med rusproblematikk eller psykiske helseproblemer, mens IBP også vil kunne omfatte en målgruppe med andre livsutfordringer. Dette kan f.eks. dreie seg om personer løslatt fra fengselsopphold, personer med opphold på krisesenter, personer med gjeldsproblemer og innvandrerfamilier. Individuell boligplan vil også kunne operere med mål som strekker seg lengre enn det å oppnå en stabil bosituasjon. Sist, men ikke minst kjennetegnes IBP av at det tverrfaglige ivaretas av én veiledende koordinator, mens HF som regel baserer seg på et tverrfaglig team som i større grad har oppsøkende virksomhet i bolig.⁵ HF kan derfor betraktes som en mer intensiv metode enn IBP, og en metode som i større grad rettes mot de vanskeligst stilte som trenger boveiledning (oppfølging i bolig). Til sammenligning er IBP i større grad rettet inn mot å tilrettelegge for rammene rundt det å ha en stabil og langsiktig bolig.

IBP har både likheter med og er forskjellig fra dagens lovpålagte ordninger med individuell plan (IP) og koordinator. Fellesnevneren er at begge ordningene har til formål å koordinere tjenester for brukere med sammensatte behov ved hjelp av en koordinator. Forskjellene innebærer for det første at IP er hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven, mens IBP har en faglig forankring i det brede boligsosiale arbeidet uten å være hjemlet i en bestemt lov. Det betyr i praksis at IP retter seg inn mot brukergrupper med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, mens IBP også retter seg inn mot andre målgrupper der boligproblematikken inngår. For det andre vil kunnskapsgrunnlaget være ulikt. Mens det sentrale kunnskapsgrunnlaget i IBP ligger i de boligsosiale virkemidlene, har IP-koordinatoren som regel sin faglige basis i helse- og omsorgstjenesten. For det tredje har IBP-koordinatoren veiledning og oppfølging som sin primære oppgave, mens IP-koordinatoren ivaretar oppfølging og koordinering ved siden av sin ordinære stilling. En forskjell mellom IP og IBP er forøvrig at IP ikke nødvendigvis har et mål om å skape endring i livssituasjonen, men kan vel så gjerne ha et mål om å skape stabilitet gjennom å opprettholde et

⁵ I veilederen for Housing First fremgår det at det tverrfaglige kan ivaretas både i form av team og koordinator. I følge Snertingdal (2015) benyttes imidlertid kun team i de forsøkene med Housing First som er gjennomført i Norge.

varig tjenestetilbud. Til forskjell har IBP et klart mål om å skape endring i livssituasjonen, og ett sentralt mål er å eie egen bolig.

Tabell 8.1 sammenligning av individuell plan (IP), Housing First, Fra leie til eie og Individuell boligplan

	Individuell plan (IP)	Housing First (HF)	Fra leie til eie (LE)	Individuell boligplan (IBP)
Målgruppe	Brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester (flere helsetjenester)	Bostedsløse personer med rusproblemer og/eller psykiske helseproblemer	Lavinntekstshushold deriblant personer i kommunale boliger, som har potensiale til å eie bolig på et senere tidspunkt.	Personer med sammensatte behov. Personer som står i fare for å miste bolig eller som bor i kommunale gjennomgangsboliger. Strekker seg ut over målgruppen for IP og Housing First (f.eks. personer fra krisesenter, fengsel, innvandrerfamilier osv.)
Boligmål	Ikke et mål i seg selv	I praksis stabil boligsituasjon	Eie egen bolig	Primært eie egen bolig, men avhenger av hva som er realistisk
Andre mål	Individuelt definerte ål. Helsehjelp, stabilisering Ikke nødvendigvis mål om endring (kan være stabil livssituasjon)	Individuelt definert mål. Rusfri og/eller god psykisk helse, stabil livssituasjon. Ambisjoner om endring	Privat eie av bolig Ambisjoner om endring	Målet blir individuelt definert: Stabil boligsituasjon, stabil økonomi, utdanning, arbeid, bedring av helsen, privat eie av bolig. Ambisjoner om endring.
Oppfølgingsansvar	Funksjon tilknyttet en annen stilling (tilleggsoppgave)	Et team bestående av helsefaglig og sosialfaglig personell. Kan teoretisk også ha en koordinator (case-management)	Ansatte med ansvar for «Fra leie til eie» i ordinært boligkontor.	Fulltidsengasjert som koordinator, spesialist i tverretattlig og tverrfaglig arbeid.
Kunnskapskrav	Ingen spesifikk kunnskapskrav ut over den fagkompetansen utpekt koordinator har	Kunnskapskrav er definert i de involverte medarbeidernes fagprofesjoner (helsefaglig og sosialfaglig kunnskap og kompetanse), individuelt tilpasset brukers behov.	Kunnskap om økonomiske virkemidler samt veilederkompetanse.	Profesjonskunnskap som er todelt: veilederkompetanse, kompetanse om andre tjenester (må lage en god formulering/definisjon)
Samhandling	Gjennom ivaretagelse av rettigheter og ved bruk av formaliserte retningslinjer og prosedyrer (mekanisk). I praksis avgrenset til helsetjenester	Samhandling gjennom et definert team av helsefaglige og sosialfaglige personer.	Avgrenset samarbeid mellom kommune og husbanken (samarbeid om økonomiske virkemidler)	Gjennom utvikling av relasjoner og kompetanse om andre tjenester. Organisk samhandling (fleksibel og ad hoc). Ingen avgrensning, avhenger av brukers behov.
Andre virkemidler	Ingen virkemidler ut over de tjenestene som har en rolle i individuell plan	Profesjonsbaserte tjenester, oppsøkende virksomhet, praktisk bistand, recovery mv.	Utelukkede bruk av økonomiske virkemidler/støtteordninger og økonomisk rådgivning	Interne ressurser Eksterne ressurser (samarbeid med andre om praktisk bistand, tiltak mv.)

For å oppsummere kan vi si at det særegne med IBP er at metoden kombinerer ulike elementer fra de andre nevnte ordningene. Målgruppen for IBP kan overlape med målgruppen for IP, men IBP har også en bredere gruppe fordi dette tiltaket også kan omfatte personer som ikke har behov for helsetjenester. Samtidig fanger IBP opp målgrupper som ikke faller inn under målgruppen for både HF og LE. For øvrig er koordinatorrollene noe som ser ut til å skille IBP fra øvrige ordningene. Koordinatorrollen bygger på en kompetanse bestående av to sentrale elementer. Det ene er veilederkompetanse på sentrale tema som bolig, økonomi, helse, arbeid mv. Det andre er kompetanse i å ta i bruk eksterne ressurser gjennom tverretattlig og tverrfaglig samarbeid. Dette skiller IBP både fra IP (begrenset veileder- eller samordningskompetanse), LE (ingen koordinatorrolle) og HF (teambasert samhandling).

Tabell 8.1 viser med andre ord at det dels er overlapping mellom ordningene og dels at ordningene er forskjellige. De ulike virkemidlene kan derfor fremstå som lite koordinert. Som nevnt over, berører dette den organisatoriske forankringen av slike virkemidler generelt, og i dette tilfellet IBP spesielt. Med forankring menes da at metoden har legitimitet i organisasjonen og at den har en avklart plassering i organisasjonen og i forhold til andre tilsvarende ordninger.

8.3 Forankring av koordinerende systemer

En utfordring med koordinerende systemer eller metoder er at de kan være vanskelig å plassere inn den organisatoriske strukturen. Swanson og Weisert (2018) viser bl.a. i en gjennomgang av 65 studier, at CM i praksis ofte manglet strukturelle rammer som tydelig mål, systemer for rekruttering og mangel på retningslinjer. Tilsvarende peker Sohn og Jang (2019) på behovet for bedre forankring av CM-metoden i og mellom tjenester, en bedre infrastruktur og en «atmosfære» som støtter opp om koordineringsaktivitetene.

IBP sin status og plassering i organisasjonen

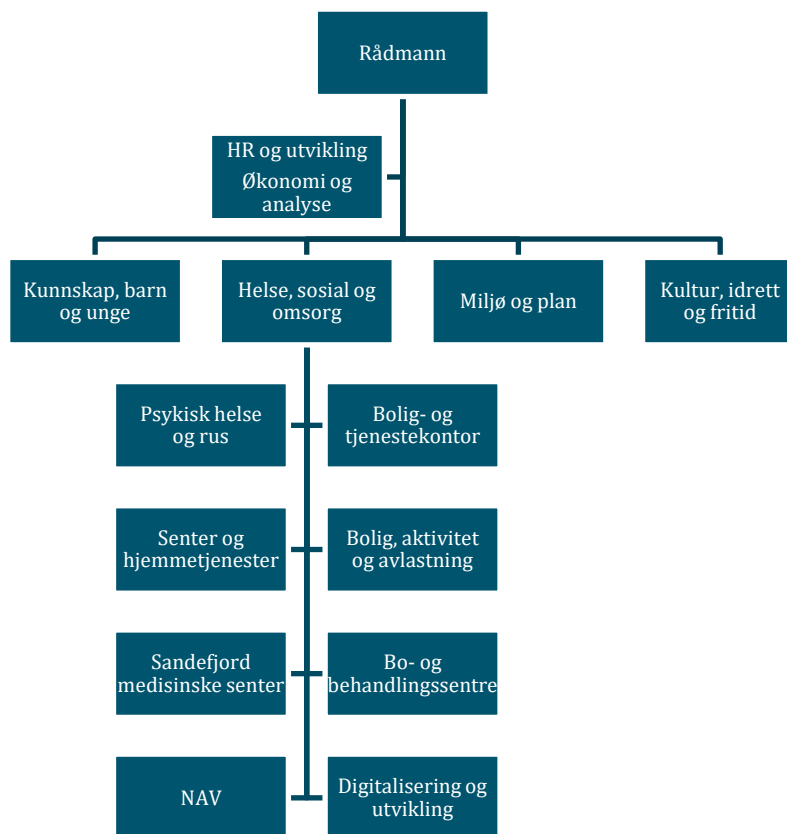
IBP startet opp som et prosjekt i perioden 2015-2017. Etter dette har IBP vært tilknyttet boligkontoret, og senere har det inngått som en egen enhet i tjenestekontoret. Statusen er imidlertid noe uklar. Selv om tiltaket inngår i kommunens boligsosiale handlingsplan, viser flere kilder til at IBP har hatt en uavklart status etter at det ble avsluttet som prosjekt. Denne uklare rollen har ledet til minst tre sentrale spørsmål rundt IBP. Et spørsmål er om IBP i det hele tatt har livets rett. Dette spørsmålet bygger primært på en vurdering av hva som må prioriteres med stramme budsjetter (dvs. lovpålagte oppgaver), og ikke på en vurdering av hvorvidt tiltaket er nyttig eller ikke for brukerne. Videre stilles det spørsmål ved IBP sin plassering i organisasjonen og mer spesifikt hvordan IBP kan plasseres innenfor kommunens bestiller-utførermodell. Til slutt har det også vært spørsmål om både det juridiske og organisatoriske ansvarsforholdet mellom den lovpålagte IP-ordningen og den mer faglige forankrede IBP-ordningen. Tilsvarende gjelder også forholdet til metoder som HF og LE.⁶ Denne rapporten har ikke som formål å ta stilling til om

⁶ Selv om disse inngår som tiltak i den boligsosiale handlingsplanen, viser informanter til at disse ordningen per i dag ikke er operative. Det ble imidlertid i 2019 fattet et vedtak i Hovedutvalg for helse, sosial og omsorg om å ta i bruke Leie til eie-metoden i kommunen og fremme denne metoden innenfor IBP (sak 051/19).

IBP har sin berettigelse eller ikke. Derimot er det mer aktuelt å belyse nærmere de to øvrige spørsmålene som omhandler plasseringen av IBP i den organisatoriske konteksten.

Organisasjonsstruktur i Sandefjord kommune

Organisasjonsstrukturen i Sandefjord består av følgende sektorer: 1) helse, sosial og omsorg; 2) kunnskap, barn og unge; 3) miljø og plan; 4) Kultur, idrett og fritid. IBP er lagt under sektoren Helse, sosial og omsorg. Denne sektoren består igjen av følgende 8 enheter: Psykisk helsetjeneste og rus (PHR); Senter og hjemmetjenester; Bolig aktivitet og avlastning; Sandefjord medisinske senter; Seksjon bo- og behandlingssentre; NAV og en enhet kalt Digitalisering og utvikling. IBP er tilknyttet enheten Bolig- og tjenestekontor.



Figur 8.1 Organisasjonskart Sandefjord kommune

Enheten Bolig- og tjenestekontor består av to hovedfunksjoner: 1) fordeling av helse- og omsorgstjenester og 2) tildeling/oppfølging av kommunale boliger. Enheten har dermed rollen som bestillerkontor for en rekke ulike tjenester innenfor hele sektoren, dvs. alt fra hjemmetjenester til tildeling av kommunal bolig. Enheten har også status som koordinerende enhet og har ansvar for den lovpålagte ordningen med individuell plan og koordinator. IBP er dermed lagt til samme enhet som IP. Sandefjord kommune har for øvrig tidligere hatt tilgrensede satsinger som LE og HF. I det siste tilfellet har ordningen vært tilknyttet enheten PHR.

IBP som bestiller- eller utførerenhet?

Sandefjord kommune har som nevnt over, organisert helse-, sosial og omsorgssektoren i en bestiller-utfører-modell, og med tjenestekontoret som den sentrale bestillerenheten i kommunen. I tjenestekontoret inngår også koordinerende enhet som en bestillerenhet for forvaltningen av ordningen med IP og koordinator. Det er derfor nærliggende å stille spørsmål ved om IBP bør for-

ankres bedre i kommunen ved at tiltaket innlemmes i tjenestekontorets bestillingssystem. I praksis vil det innebære at det fattes et formelt vedtak hjemlet i lov eller forskrift. IBP er i dag utført på en slik måte at det primært kan betraktes som en utførende funksjon siden mye av det praktiske arbeidet består i å veilede brukerne og bistå i kontakten med andre tjenester. IBP-koordinatoren har for øvrig ingen forvaltningsoppgaver og fatter ingen formelle vedtak for brukerne av IBP. Det kan imidlertid argumenteres for at IBP koordinatoren bør ha en bedre forankring i bestillerenheten gjennom et formelt vedtak. Nedenfor har vi skissert tre modeller for hvordan IBP kan forankres i bestillerenheten.

Den første modellen innebærer at IBP blir forvaltet og organisert slik som i dag. Dette innebærer at det ikke fattes noe formelt vedtak om IBP, men at tiltaket organiseres inn under tjenestekontoret. I denne modellen er forankringen med andre ord organisatorisk, og det skilles ikke mellom noe særskilt bestiller og utføreroppgaver tilknyttet tiltaket. Den fysiske nærheten kan likevel bidra til bedre kommunikasjon og informasjonsflyt til andre beslutningstakere ved tjenestekontoret.

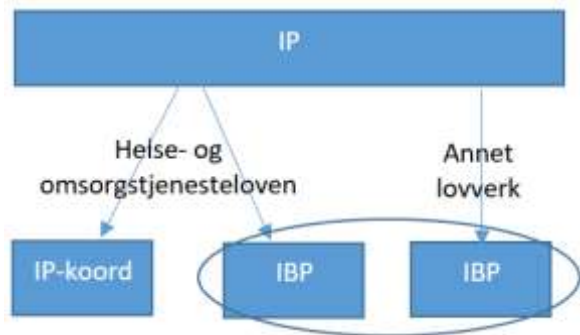
Den andre modellen innebærer at det fattes et vedtak om IBP på linje med andre tiltak, herunder IP. Det betyr at den som fatter vedtak har rollen som bestiller, mens IBP-koordinatoren er utførerrollen. Begrunnelsen er at dette kan bidra til å sikre brukerne sine rettigheter etter forvaltningsloven og til at IBP som tiltak blir bedre forankret i bestillerenheten. I denne modellen er IBP-koordinatoren likevel plassert i tjenestekontoret med samme begrunnelse som i den første modellen. Et vedtak om IBP må imidlertid ha hjemmel i lov eller forskrift (jf. legalitetsprinsippet i forvaltningsloven). I denne sammenhengen har vi ikke gått nærmere inn på aktuelle lover eller forskrifter som kan være aktuelle. En aktuell lov hjemmel vil imidlertid kunne være § 28 i sosialtjenesteloven.

En tredje modell vil være lik den forrige modellen, bortsett fra at IBP-koordinatoren er fysisk plassert utenfor tjenestekontoret. Formålet her vil være å rendyrke bestiller-utførerrollen. Denne modellen kan dermed sistestilles den lovpålagte ordningen med IP og IP-koordinatoren, dvs. at det fattes vedtak om IBP ved tjenestekontoret, mens IBP-koordinatoren plasseres ved en utførende tjenesteenhet. I en slik modell er det imidlertid ikke åpenbart hvor en IBP-koordinator skal plasseres. Et alternativ kan imidlertid være NAV-kontoret, f.eks. hvis vedtakene skal hjemles i sosialtjenesteloven. Som et boligsosialt tiltak har imidlertid IBP sine «røtter» i boligjenestene, både organisatorisk, tematisk og metodisk. Dette peker dermed tilbake på den forrige modellen og den fysiske koblingen mellom IBP og boligkontoret.

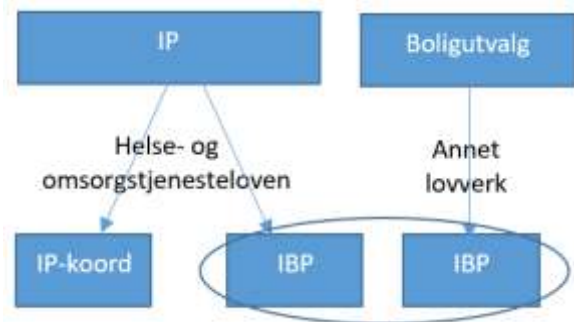
Forholdet til IP

Det er også aktuelt å vurdere ansvarsforholdet og rollefordelingen mellom IBP og IP. En forskjell er at IP gis på bakgrunn av et formelt vedtak, mens dette ikke er tilfelle for IBP. En utfordring er at brukere som får bistand fra IBP, også kan ha juridisk rett på IP, men uten at dette blir tatt opp til vurdering. Dette som følge av den uformelle og fleksible rekrutteringen til IBP. Samtidig kan brukere som har fått vedtak om IP også ha nytte av IBP, spesielt i de tilfeller der bolig er eller kan vurderes å være sentral i saken. Samordningen av disse to ordningene blir således vesentlig for å kunne tilpasse IBP i organisasjonen.

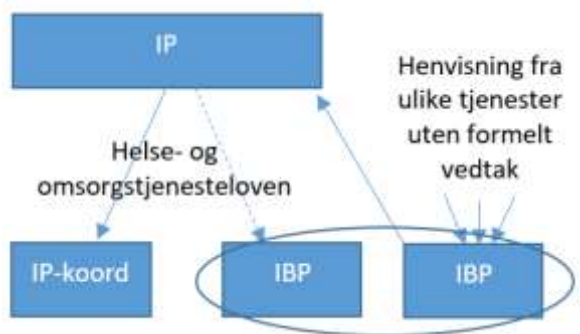
En måte å samordne IBP og IP er å vurdere IBP på en liknende måte som ved tildeling av IP og koordinator. Det betyr at en IBP-sak også vurderes for IP og at dette gjøres i en og samme beslutningsprosess, dvs. i koordinerende enhet ved tjenestekontoret. Videre betyr det at IBP-koordinatoren kan utnevnes som koordinator etter helse- og omsorgstjenesteloven (der det er behov for langvarige tjenester), men også etter annet lovverk (f.eks. lov om sosiale tjenester i NAV eller barnevernloven). Ordningen med IP og IP-koordinator utvides dermed til å også omfatte IBP-koordinator, men der noen av sakene hjemles i annet lovverk (dvs. saker hvor det ikke er langvarig helsebehov og hvor bolig er involvert). Dette vil ivareta en god samordning av IP og IBP, men konsekvensen kan være at IBP får en mindre tett kobling til det boligsosiale arbeidet, spesielt boligkontoret og inntaksteamet til kommunale boliger.



En alternativ modell er at det innføres to prosesser for rekruttering av deltakere til IBP. I begge tilfeller er prosessen basert på et vedtak som hjemles i lov. I den ene prosessen inngår aktuelle IBP-saker som kvalifiserer for IP og IP-koordinator. I disse tilfellene henvises aktuelle saker til IBP-koordinator som da får status som IP-koordinator. Dette vil som regel være en forholdsvis omfattende prosess. I den andre prosessen som antas å være enklere, behandles søknadene i en annen enhet ved tjenestekontoret, f.eks. tildelingsutvalget for kommunale boliger (eller i annen enhet), og vedtakene hjemles i et annet lovverk.



En tredje modell vil være å betrakte IBP som frivillig tjeneste som ikke er lovhjemlet og det det ikke fattes noe formelt vedtak. Dette er i praksis slik tjenesten har fungert frem til i dag. Det betyr at saker kan henvises fra ulike tjenester, inntaket foretas løpende og man beholder en lav inngangsterskel til IBP. For å sikre at aktuelle kandidater blir vurdert for IP, innføres henvisningsrutiner fra IBP til IP i de tilfellene dette anses som aktuelt. I tillegg vil IBP-koordinator kunne utnevnes som IP-koordinator i de tilfeller der saken oppfyller vilkårene i helse- og omsorgstjenesteloven.



Forholdet til andre boligsosiale tiltak

Det kan også være grunn til å vurdere samordningen av IBP med andre boligsosiale tiltak. De boligrelaterte virkemidlene som har vært benyttet i IBP, er kommunale boliger og startlån. Dette gjennom samarbeid med de enhetene som forvalter disse ordningene. Boligkontoret er her i en særstilling fordi IBP rekrutterer deltakere som har kommunal bolig, og fordi det også er et mål med IBP å unngå bruk av kommunale boliger. Startlån er gjerne et tiltak som benyttes etter at brukerne har fått en mer stabil økonomi.

Selv om både tiltaket LE (Leie til eie) og HF (Housing first) inngår i den boligsosiale handlingsplanen for Sandefjord kommune, er de ikke operative i dag. Begge ordningene vil imidlertid kunne bidra til å gi et mer helhetlig boligsosialt tiltaksapparat i kommunen.

Tiltaket LE har til felles med IBP et mål om at brukerne skal eie egen bolig. Samtidig er LE et tiltak som i utgangspunktet kun inneholder kontraktsmessige eller økonomiske virkemidler. Det inneholder med andre ord ikke de øvrige støttende tiltak som IBP bistår med. LE kan imidlertid være et egnet virkemiddel for den gruppen av brukere i IBP som ikke kvalifiserer for å få startlån, og som har en lang vei til egen bolig. Dette er gjerne brukere som har midlertidige livsoppholdsytelser, midlertidig ansettelsesforhold eller små stillingsbrøker. I enkelte tilfeller ser vi at dette er en gruppe som gjerne «settes på vent» i IBP mens de gjennomfører lengre utdanningsløp eller inngår i et lengre løp med arbeidsrettede tiltak. Med LE som et virkemiddel innenfor IBP, vil det være mulig å følge opp denne gruppen tettere med tanke på målet om å få egen bolig, f.eks. parallelt med utdanning eller arbeidsrettede tiltak. Boligkontoret vil være en naturlig plassering for et slikt tiltak, og IBP vil kunne nyttiggjøre seg av dette tiltaket på linje med bruk av kommunale boliger eller startlån. En fordel med å legge tiltaket til boligkontoret er at det også kan brukes av andre enn brukere av IBP. En annen fordel er at man unngår for tett kobling mellom veileder- og støttfunksjonen og den formelle saksbehandlingen av LE. En alternativ organisering vil være å legge LE inn under IBP. Fordelen med en slik ordning er at IBP får lett tilgang til et relevant og aktuelt virkemiddel.

På samme måte som LE, inngår HF som et tiltak i kommunens boligsosiale handlingsplan. Fellestrekkene mellom HF og IBP er det helhetlige boligsosiale perspektivet og tilbudet om ulike støttetiltak rundt bosituasjonen. De to tiltakene har også det til felles at de skal bidra med å skaffe bolig til brukerne. Målgruppene er imidlertid ulike selv om det kan være overlapping. Dessuten er HF primært knyttet til brukere med rusrelatert problematikk, mens IBP har en bredere målgruppe. Den viktigste forskjellen er imidlertid innretningen på oppfølgingen av brukere i HF og IBP. Mens oppfølgingen i HF primært dreier seg om å mestre det å bo i egen bolig (boveiledning, ivareta sikkerhet og helsemessig oppfølging), består oppfølgingen i IBP mer av å bistå med de ytre faktorene som fremmer en stabil bosituasjon (økonomi, utdanning, arbeid, tilgang til helsehjelp mv.). Det betyr også at oppfølgingen av brukerne i HF foregår i lokalsamfunnet (f.eks. i boligen), mens oppfølgingen i IBP foregår utenfor boligen eller på IBP-koordinatorens kontor. Samtidig har brukerne av HF normalt tettere oppfølging enn brukerne i IBP. Disse forskjellene tilsier at HF er et tiltak som gjerne egner seg før brukere er aktuelle for IBP. Dessuten har tiltaket gjerne en forankring i rus- og psykiatritjenesten.

Forholdet mellom HF og IBP kan betraktes på to måter. Den ene måte er å betrakte HF som et første trinn i en tiltakskjede, og der IBP kan utgjøre det andre trinnet. Fordelen med en slik mo-

dell er at det gir mulighet til å trekke et tydelig skille mellom de to tiltakene, og at det gir muligheter for spesialisering. Tiltakskjedemodellen forutsetter imidlertid at det utarbeides rutiner for overganger fra det ene (HF) til det andre (IBP) trinnet. Ulempen med en slik modell er at den i praksis kan bli for mekanisk og at den i for liten grad tar hensyn til at tilliten som utvikles mellom brukere og hjelperne, ikke uten videre kan overføres fra det ene til det andre trinnet. Alternativt kan HF betraktes som et parallelt helhetlig boligsosialt tiltak som IBP, og med forankring i en annen tjeneste (rus og psykiatri). I en slik modell legges det mer vekt på at IBP og HF er overlappende tiltak som inngår i hverandres nettverk, fremfor å betrakte dem som ulike trinn i en felles stige. Et slikt samarbeid vil primært handle om å jobbe parallelt med ulike brukere, dvs. at IBP kan bistå HF med råd og konkrete tiltak, og visa versa. Samtidig kan det også være aktuelt at samarbeidet består i å avklare og fordele brukere mellom tiltakene.

Forholdet mellom HF og IBP kan også ses i sammenheng med det Lukersmith m.fl. (2016) kaller kronisk case management. Som nevnt i forrige kapittel kjennetegnes denne av å ha et mer integrert system rundt koordineringen av tjenestene. Denne modellen består også av et institusjonelt rammeverk rundt samarbeidet (avtaler og rutiner) og av mer eller mindre faste samarbeidspartnere mellom de ulike tjenestene. En slik modell vil i Sandefjord kommune kunne bestå av et samarbeid mellom koordinatorene i IBP og i HF. Eventuelt kan det også tenkes å innlemme en tilsvarende koordinator i NAV. I så fall vil dette utgjøre et nettverk av spesialiserte koordinatorene tilknyttet henholdsvis boligjenester, rus og psykiatri samt i NAV. De respektive koordinatorene vil dermed ha mulighet til å yte hverandre tjenester.

8.4 Oppsummering

Formålet med dette kapitlet har vært å plassere tiltaket IBP inn i en organisatorisk kontekst i Sandefjord kommune. Bakgrunnen er at tiltaket har hatt en noe uklar status og plassering i organisasjonen. Refleksjoner og vurderinger omkring plassering og forankring av IBP i Sandefjord kan også gi nyttige innspill for plassering av et slikt tiltak i andre kommuner. Den uklare statusen for IBP innebærer bl.a. spørsmålet om IBP sin rolle i forhold til andre ordninger som IP/IP-koordinator, HF (Housing First) og LT (Leie til eie). I litteraturen finner vi for øvrig at mangelfull forankring er noe som også kjennetegner tilsvarende koordinatorroller (CM). Mye tyder derfor på at dette ikke kun gjelder Sandefjord kommune, men at det generelt er en utfordring å tilpasse koordinerende virkemidler i en ellers hierarkisk og silopreget forvaltning.

Gjennomgangen av de ulike boligsosiale virkemidlene viser at de både er overlappende og har ulike roller og funksjoner. Dels har dette sammenheng med at det boligsosiale feltet er innlemmet i de generelle velferdspolitiske virkemidlene, og dels at de boligsosiale virkemidlene har blitt mer sektorovergrepene. IBP er et eksempel på det siste. Dette tilsier at det kan være behov for å plassere de ulike virkemidlene inn i en helhetlig ramme. I kapitlet foreslår vi derfor ulike måter å plassere IBP inn i rammen av en bestiller-utfører-modell. Generelt kan vi si at dette innebærer en juridisk og organisatorisk forankring av IBP i kommunens bestillerenhet. Videre skisseres ulike modeller for å samordne forholdet mellom IBP og IP/IP-koordinator. Til slutt foreslås ulike måter å samordne IBP med tiltakene LE (Leie til eie) og HF (Housing first).

9. Oppsummering og analyse

Formålet med denne rapporten har vært å gi en inngående beskrivelse av Individuell boligplan (IBP). Individuell boligplan (IBP) er en metode for å bistå utsatte grupper på boligmarkedet med ekstra bistand og oppfølging. IBP har som mål at brukerne skal oppnå en stabil og permanent boligsituasjon, primært i egen bolig. Metoden legger til grunn at brukerne kan få bistand innenfor fire sentrale velferdspilarer. Dette er hjelp til bolig, økonomi, helsetjenester og utdanning/arbeid. IBP er videre utformet slik at brukerne får veiledning og bistand fra én koordinator for å sikre helhet og sammenheng i tjenestetilbudet. Det overordnede målet med rapporten har vært å fremskaffe og dokumentere IBP som arbeidsmetode.

Fellesnevneren for brukerne av IBP er at de har et behov for stabil bolig som en av de fire pilarene arbeidsmetodikken bygger på – og at de trenger bistand for å oppnå dette. Ut over dette har brukerne behov for ulike tjenester, herunder hjelp til økonomi, helsehjelp og/eller hjelp til utdanning eller arbeid. I rapporten har vi presentert enkelte saker som illustrerer at brukerne av IBP som regel er i en kompleks situasjon, og at de har behov for bistand til å koordinere sine sammensatte hjelpebehov. Brukene kjennetegnes for øvrig av at 3/4 er enslige (25 prosent menn og 50 prosent kvinner) og 1/4 er par. Videre har noe over halvparten av brukerne barn og en stor del er innvandrerfamilier.

I rapporten har vi beskrevet koordinatorrollen mer inngående under følgende tre overskrifter: a) Koordinatorens oppgaver og funksjoner; b) relasjonen mellom koordinatoren og brukerne; og c) koordinatorens kunnskap og kompetanse.

Koordinatorens oppgaver og funksjoner kan deles inn i to. Den ene hovedoppgaven er knyttet til det individrettede arbeidet, og innbefatter veiledning og samarbeid med brukerne av IBP. Disse oppgavene består i hovedsak av strategisk planlegging og oppfølging som går gjennom tre faser. I den første fasen (oppstartsfasen) bidrar koordinatoren med den strategiske planleggingen og veiledning av brukerne. Den andre fasen (oppfølgingsfasen) kjennetegnes av at det iverksettes ulike tiltak, ofte i regi av andre tjenester. En viktig oppgave i denne fasen er å følge opp sakene, dvs. passe på at avtalte aktiviteter gjennomføres, å motivere brukerne og eventuelt starte opp nye prosesser. I den tredje fasen (avslutningsfasen) er hovedoppgavene å evaluere den konkrete saken og å formelt avslutte samarbeidet.

Den andre hovedoppgaven består av å hjelpe brukerne med å etablere kontakt med andre tjenester og å bistå brukerne i å koordinere disse. I rapporten har vi utarbeidet en oversikt over de mest aktuelle samarbeidspartnerne og deres oppgaver. Dette innbefatter kommunale tjenester som tjenestekontoret, psykisk helse og rus, forvaltning av startlån, barnevern, fastlege og rehabiliterings- og habiliteringstjenesten. Videre inngår NAV som en sentral samarbeidspartner, herunder både den kommunale (økonomisk sosialhjelp og gjeldsrådgivning) og statlige delen (arbeidsrettede tiltak). Til slutt inngår også en rekke øvrige instanser og aktører som DPS, krisesenter, spesialisert rustjeneste, arbeidsgivere og boligutleiere. Gjennomgående viser samarbeidspartnerne at de setter pris på IBP. Bakgrunnen for dette er at den rollen koordinatoren har overfor brukerne representerer en verdi for de aktuelle tjenestene. For det første bidrar IBP til å

spare tid for samarbeidspartnerne ved at IBP-koordinatoren avlaster og tar oppgaver som de øvrige tjenestene ikke har tid eller kompetanse til. For det andre opplever partnerne at koordinatoren i IBP har et kontaktnettverk som gjør det lettere å få tilgang til aktuelle tjenester for brukerne. For det tredje etablerer koordinatoren et tillitsforhold til brukerne som også smitter over på andre tjenester. Koordinatoren blir således en god støttespiller slik at de samarbeidende tjenestene kan utføre sine kjerneoppgaver overfor brukerne. For det fjerde opplever samarbeidspartnerne at IBP ivaretar helheten for brukerne, noe de selv ikke har kapasitet eller mandat til.

Relasjonen mellom koordinatoren i IBP og brukerne fremstår som nært og tillitsfullt. De tette relasjonene kjennetegnes av at koordinatoren har evne til å lytte, vise sympati og omsorg, samt at brukerne har stor tillit til koordinatoren. Denne relasjonen bidrar til at brukerne opplever å ha en lav terskel for å ta kontakt, at det blir enklere for koordinatoren å sette grenser og stille krav, samt til at brukerne i større grad blir villige til å ta imot hjelp fra det øvrige hjelpeapparatet. Vi finner også at relasjonen har en motiverende virkning på brukerne. IBP har som mål at brukerne selv skal ha styring over sin egen situasjon. I praksis ser vi at brukerne medvirker gjennom et samarbeid med koordinatoren, og ved at koordinatoren involveres i veivalg og beslutninger på ulike måter og i ulik grad fra sak til sak. De fleste brukerne gir likevel uttrykk for at de selv styrer sin egen prosess.

I rapporten har vi også beskrevet hva slags kunnskap og kompetanse som ligger til grunn for virksomheten i IBP. Vi kan dele denne i to typer. Den ene typen er kunnskapen om brukernes situasjon og behov. Dette kunnskapsgrunnlaget handler om å ha både teoretisk og praktisk forståelse for de spesielle utfordringene og barrierene brukerne står i. Den andre typen er kunnskap og kompetanse om hjelpeapparatet. Dette innbefatter både kunnskap om hvilke tjenester som finnes, hva de ulike tjenestene har av tilbud og tiltak, og hvilke prosedyrer og regler som må følges for å utløse tjenester. Ut over de to nevnte typene av kunnskap og kompetanse, finner vi også at evnen til å lære og evnen til å være kreativ er nødvendige for å håndtere de ulike oppgavene koordinatoren står overfor.

I rapporten har vi også sammenlignet IBP med tilsvarende arbeidsformer som gjerne omtales som case-management (CM). Begrunnelsen for utviklingen av disse modellene har dels vært å gi utsatte grupper sammensatt hjelp og dels å tilby et mer kostnadseffektivt tilbud til disse gruppene. Sammenligningen viser at IBP har klare likhetstrekk med kjernevirksomheten i CM. Samtidig har IBP større likhetstrekk med de middels intensive CM-modellene. Disse kjennetegnes av å ha omtrent like mange brukere som i IBP, de driver aktiv bistand både på og utenfor kontoret, og de legger i stor grad vekt på brukermedvirkning og opplæring. Samtidig har IBP også likhetstrekk med modeller utviklet i helsevesenet og som i tillegg til koordinatorrollen, tilbyr medisinsk hjelp. På samme måte som modellene innenfor helsevesenet, har medisinsk bistand som sin spesialitet, har IBP bolig som sin spesialitet. Dette til forskjell fra standard CM-modeller som utelukkende tar sikte på å ivareta de veiledende og koordinerende funksjonene. Vi finner også at noen av de samme utfordringene som kjennetegner CM-modellen, er utfordringer som gjelder for IBP. Dette gjelder spesielt behovet for å etablere et institusjonelt rammeverk som støtter opp om det individrettede koordinerende arbeidet.

Brukerne gir likevel uttrykk for at de er svært fornøyd med hjelpen fra IBP. De opplever å få god veiledning, hjelp til å få kontakt med relevante tjenester, og ikke minst opplever de å komme nærmere målet om en stabil bo- og livssituasjon. Av de brukerne som har avsluttet IBP, har 70 prosent oppnådd målet om en bolig i det private markedet. En god del av disse har også kjøpt egen bolig.

Et særtrekk ved IBP er at brukernes behov er utgangspunktet for den hjelpen de får gjennom IBP. Dette tilsier at det kan være et stort spenn i hva slags tjenester som involveres i prosessen, og effekten vil derfor avhenge av hvordan ulike tjenester settes sammen rundt brukeren på de rette tidspunktene. Dette til forskjell fra mer spesialiserte tjenester der arbeidsdeling og spesialisering gjerne er grunnlaget for at tjenestene blir effektive isolert sett.

Et sentralt spørsmål blir da hvordan koordineringen foregår for å oppnå ønskede resultater. Avslutningsvis vil vi trekke fram fem trekk ved IBP som sannsynligvis bidrar til dette:

- Et aspekt er at kartleggingen og veiledningen av brukerne er grenseoverskridende. Med dette menes at det er behovene som styrer hva slags tjenester som til enhver tid er nødvendig å koble på prosessen. Dette i motsetning til sektororganiserte tjenester som har klart avgrenset mandat for hva slags oppgaver og rolle de skal ha.
- En annen faktor er den nære og tillitsbaserte relasjonen som skapes mellom brukeren og koordinatoren. Dette bidrar for det første til at brukerne synliggjør utfordringer og barrierer som er avgjørende i den strategiske planleggingen av de individuelle forløpene. For det andre bidrar det til at deltakerne opplever en form for gjensidig forpliktelse til å bidra, noe som igjen ser ut til å være en viktig motivasjonsfaktor.
- En tredje faktor er at brukerne selv har en aktiv og sentral rolle i prosessen med å formulere mål, utforme strategier og gjennomføre ulike tiltak. Medvirkningen fremmes gjennom relasjonen til koordinatoren og i det konkrete arbeidet med å gjennomføre planen. Medvirkning handler da ikke bare om at deltakerne tar egne beslutninger, men vel så mye om læring og refleksjon i løpet av prosessen.
- En fjerde faktor er koordinatorens relasjoner til både tjenestesystemet og deltakere, noe som ser ut til å moderere et ellers komplekst og vanskelig forhold mellom brukeren og de ulike sektortjenestene. På den ene siden har koordinatoren et ikke-byråkratisk forhold til de ulike samarbeidende tjenestene, og på den andre siden har koordinatoren en tillitsbasert relasjon til brukerne. Dette bidrar ikke bare til å moderere, men også til å gjenbygge tillitsforholdet mellom brukeren og sektortjenestene.
- Et femte faktor er at koordinatoren, i sitt veiledningsarbeid, kombinerer bred kunnskap om tjenesteapparatet, kompetanse i å ta i bruk tjenesteapparatet og læring. På den ene siden veileder koordinatoren på bakgrunn av utstrakt kunnskap om ulike tjenester og systemer, herunder kunnskap om hvordan disse brukes. På den andre siden – og som følge av at oppgavene er «grenseløse» – ledes sakene også ut i ukjent landskap. I det ukjente landskapet bygger veiledningen mer på kunnskap ervervet gjennom læringsprosesser.

Et sentralt spørsmål er hvorvidt IBP kan overføres til andre kommuner og andre kontekster. IBP er ikke noe evidensbasert tiltak med en manual som beskriver en klart definert fremgangsmåte. Langt på vei kan vi beskrive hva tiltaket består av, hvordan koordinatoren arbeider og de mekanismene som antas å gi resultater. Som omtalt over, er det dessuten avgjørende at tiltaket er forankret i noen strukturelle rammer. Samtidig er det grunn til å tro at et slikt tiltak må tilpasses en

lokal kontekst. Med kontekst menes da alt fra kommunens organisering, andre koordinerende tiltak og ikke minst institusjonelle normer knyttet til helhetstenkning og samarbeid. Det stilles også visse krav til koordinatorens kunnskaper og ferdigheter. Det kreves inngående kunnskap om de ulike forvaltningsorganene og hva de kan bidra med, kjennskap til bolig- og jobbmarkedet lokalt samt evne til å etablere nettverk med disse. Det kreves også av koordinatoren at han/hun har gode kommunikasjonsevner, veiledningserfaring og godt utviklet relasjonskompetanse.

Referanser

Arya, D. (2020): Case management, care-coordination and casework in community mental health services. *Asian J Psychiatr.* 2020 Apr; doi: 10.1016/j.ajp.2020.101979. Epub 2020 Feb 25. PMID: 32151981.

Bergsgard, N.A. og Kåsene, A.G. (1998): Supperåd eller effektivt samarbeidsorgan? En evaluering av arbeidsmarkedsrådene. *Telemarksforskning: TF-rapport nr. 138.*

Bergsgard, N.A., Bjørnholt, M. og Brandtzæg, B.A. (2000): Tverretattlig samarbeid om personer med sammensatte hjelpebehov. *Telemarksforskning: TF-rapport 176.*

Bordin, E.S. (1979): The Generalizability of the Psychoanalytic Concept of the Working Alliance. *Psychotherapy: Theory, Research And Practice, Volume 16, 3, Fall 1979.*

Corvold, A. m.fl. (2016): What ethics for case managers? Literature review and discussion. *Nursing Ethics 2016, Vol. 23(7) 729–742.*

de Vet, R. m.fl. (2013): Effectiveness of Case Management for Homeless Persons: A Systematic Review. *American Journal of Public Health.* October 2013, Vol 103, No. 10.

Dieterich, M. m.fl. (2017): Intensive case management for severe mental illness (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 1. Art. No.: CD007906.*

Dran, D.S. (2014): Teaching Note—Beyond Bricoleur: A Guiding Portrait of the Advanced Generalist. *Journal of Social Work Education, 50:3, 568-578,*
DOI:10.1080/10437797.2014.916933

Frankel, A.J, Gelman, S.R. og Pastor, D.K. (2019): Case Management. An Introduction to Concepts and Skills. Fourth edition. Oxford University Press.

Freathy m.fl. (2017): Pedagogical bricoleurs and bricolage researchers: The case of Religious Education. *British Journal of Educational Studies, Volume 65, 2017 - Issue 4.*

Gobbi, M. (2004): Nursing practice as bricoleur activity: a concept explored. *Nursing Inquiry 2005; 12(2): 117–125.*

Haukelien, H., Møller, G. og Vike, H. (2011): Brukermedvirkning i helse- og omsorgssektoren. *Telemarksforskning. TF-rapport 284.*

Hausdorf, P.A. og Swanson, S. (2014): A Nonclinical Competency Model for Case Managers: Design and Validation for Home Health Care Services. *Home Health Care Management & Practice 2014, Vol. 26(3) 154–162.*

Holloway, F. og Carson, J. (2001): Review Article Case Management: An Update. *International Journal of Social Psychiatry (2001), Vol 47, No. 3, 21-31.*

- Hodon, C. m.fl. (2019): Characteristics of Case Management in Primary Care Associated With Positive Outcomes for Frequent Users of Health Care: A Systematic Review. *Annals of Family Medicine*, Vol. 17, No. 5, September/October 2019.
- Hudon, C. m.fl. (2020): Case Management in Primary Care for Frequent Users of Health Care Services: A Realist Synthesis. *Annals of Family Medicine*, Vol. 18, No. 3, May/June 2020.
- Hudon, C. m.fl. (2020): Evaluating complex interventions in real context: Logic analysis of a case management program for frequent users of healthcare services. *Evaluation and Program Planning* 79 (2020) 101753.
- Joo, J.Y. & Liu, M.F. (2017): Case management effectiveness in reducing hospital use: a systematic review. *International Nursing Review* 64, 296–308.
- Joo, J.Y. og Liu, M.F. (2018): Experiences of case management with chronic illnesses: a qualitative systematic review. *International Nursing Review* 65, 102–113.
- Joo, J.Y. og Liu, M.F. (2019): Understanding Nurse-led Case Management in Patients with Chronic Illnesses: A Realist Review. *Western Journal of Nursing Research*, 1-14, DOI: 10.1177/0193945920943827.
- Joo, J.Y og Huber, D.L. (2014): An integrative review of nurse-led community-based case management effectiveness. *International Nursing Review* 61, 14–24.
- Joo, J.Y og Huber, D.L. (2017): Case management effectiveness in reducing hospital use: a systematic review. *International Nursing Review* 64, 296–308.
- Joo, J.Y og Huber, D.L. (2018): Barriers in Case Managers' Roles: A Qualitative Systematic Review. *Western Journal of Nursing Research* 2018, Vol. 40(10) 1522–1542.
- Joo, J.Y. og Huber, D.L. (2019): Case Management Effectiveness on Health Care Utilization Outcomes: A Systematic Review of Reviews. *Western Journal of Nursing Research*, Vol. 41(1) 111–133.
- Kirkpatrick. H. m.fl. (2014): The Nurse as Bricoleur in Falls Prevention: Learning from a Case Study of the Implementation of Fall Prevention. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 2014; 11:2, 118–125.
- Lukesmith, S. m.fl. (2016): What is Case Management? A Scoping and Mapping Review. *International Journal of Integrated Care*, 16(4): 2, pp. 1–13, DOI: <http://dx.doi.org/10.5334/ijic.2477>
- Mas-Ezposito, L. m.fl. (2014): Depicting current case management models. *Journal of Social Work* 2014, Vol. 14(2) 133–146.
- Mueser, K.T. m.fl. (1998): Models of Community Care for Severe Mental Illness: A Review of Research on Case Management. *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 24, No. 1, 1998.

- Møller, G. (2006): Evaluering av samordningsforsøkene mellom aetat, trygdeetaten og sosialtjenesten. Sluttrapport. Telemarksforskning: TF-rapport 231.
- Møller, G. og Haukelien, H. (2018): Individuell boligplan. Forprosjekt Oslofjordfondet. Senter for omsorgsforskning, Universitetet i Sørøst-Norge.
- NOU 2011:15 (2011): Rom for alle — En sosial boligpolitikk for fremtiden. Kommunal- og regionaldepartementet.
- Pedersen, Jan-Tore (1992): Vanntette skott eller åpne dører. Enhetsforvaltning av sosialhjelp, trygd og arbeidsmarkedstiltak under frikommuneforsøket i Grimstad”, Oslo: Universitetsforlaget.
- Reilly, M.A. (2009): Opening Spaces of Possibility: The Teacher as Bricoleur. *Journal of Adolescent & Adult Literacy* 52(5), February 2009.
- Rothman (1991): A Model of Case Management: Toward Empirically Based Practice. National Association of Social Workers, Inc.
- Smith, L og Newton, R. (2007): Systematic Review of Case Management. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 41(1):2-9. DOI: 10.1080/00048670601039831.
- Sohn, S. og Jang, M.J. (2019): Social workers’ experiences of integrated case management for low-income individuals with mental illness in South Korea. *International Social Work* 2019, Vol. 62(1) 119–132.
- St.meld. 14 (2002-2003): Samordning av Aetat, trygdeetaten og sosialtjenesten. Sosialdepartementet.
- St.meld. 9 (2006-2007): Arbeid, velferd og inkludering. Arbeids- og inkluderingsdepartementet.
- Swanson, J. og Weisset, W.G. (2018): Case Managers for High-Risk, High-Cost Patients as Agents and Street-Level Bureaucrats. *Medical Care Research and Review*, Vol 75, Issue 5, 2018.
- Tricco, A. m.fl. (2014): Effectiveness of quality improvement strategies for coordination of care to reduce use of health care services: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ*, October 21, 2014, 186(15).
- Visscher, K. m.fl. (2018): Bricolage and Identity Work. *British Journal of Management*, Vol. 29, 356–372 (2018). DOI: 10.1111/1467-8551.12220
- Xun, K. (2019): The landing is too hard: How social workers perceive institutional support for case management in services for adults with intellectual disabilities in Hong Kong. *International Social Work* 2019, Vol. 62(6) 1548–1560.
- Ziwa, Y. m.fl. (2020): Case Management Models and Continuing Care: A Literature Review across nations, settings, approaches, and assessments. *Home Health Care Management & Practice*. <https://doi.org/10.1177/1084822320954394>.

Ziguras, S.J. og Stuart, G.W. (2000): A Meta-Analysis of the Effectiveness of Mental Health Case Management Over 20 Years. *Psychiatric Services*. November 2000, Vol. 51, No. 11.

Øverås, S. (2001): STA-prosjektet i bydel Gamle Oslo. Evaluering av tverretattlig samarbeid om langtids sosialklienter. Fafo: Fafo-notat 2001:2.