

Beregnet til
Integrerings- og mangfoldsdirektoratet

Dokument type
Sluttrapport

Dato
2020

STATLIGE VIRKEMIDLER VED BOSETTING AV FLYKTNINGER MED SÆRLIGE BEHOV **RAPPORT**



STATLIGE VIRKEMIDLER VED BOSETTING AV FLYKTNINGER MED SÆRLIGE BEHOV RAPPORT

Oppdragsnavn **Statlige virkemidler ved bosetting av flyktninger med særlige behov**
Mottaker **Integrerings- og mangfoldsdirektoratet**
Dokument type **Rapport**
Dato **10.06.2020**
Utført av **Rambøll Management Consulting og Oslo Economics**

Rambøll
Hoffsveien 4
Postboks 427 Skøyen
0213 Oslo

T +47 2252 5903
<https://no.ramboll.com>

INNHOLDSFORTEGNELSE

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 1. | Sammendrag | 2 |
| 1.1 | Innledende om oppdraget | 2 |
| 1.2 | Hovedfunn | 2 |
| 1.3 | Konklusjon og forslag til tiltak | 6 |
| 2. | Innledning | 7 |
| 2.1 | Om oppdraget: Formål, temaer og problemstillinger | 7 |
| 2.2 | Avgrensninger | 8 |
| 2.3 | Gjennomføring: Metode og datakilder | 8 |
| 2.4 | Leserveiledning | 9 |
| 3. | Problembeskrivelse, dagens situasjon og mål | 11 |
| 3.1 | Bosetting av flyktninger i kommune | 11 |
| 3.2 | Ventetid i mottak: dagens situasjon og mål | 11 |
| 4. | Dagens bruk av virkemidler | 14 |
| 4.1 | Sentrale organisatoriske virkemidler ved bosetting av flyktninger med særlige behov | 14 |
| 4.2 | Sentrale økonomiske virkemidler ved bosetting av flyktninger med særlige behov | 19 |
| 4.3 | Sentrale pedagogiske virkemidler ved bosetting av flyktninger med særlige behov | 26 |
| 5. | Årsaker til lang ventetid før bosetting for ulike målgrupper | 34 |
| 5.1 | Økonomi | 34 |
| 5.2 | Informasjon, kommunikasjon og samarbeid mellom IMDi, mottak og bosettingskommune | 36 |
| 5.3 | Rask tilgang til egnede boliger | 37 |
| 5.4 | Kompetanse og tjenester | 38 |
| 5.5 | Casebeskrivelser | 39 |
| 6. | Samfunnsøkonomisk analyse av raskere bosetting av flyktninger med særlige behov | 44 |
| 6.1 | Formålet med den samfunnsøkonomiske analysen | 44 |
| 6.2 | Problem og mål - oppsummert | 44 |
| 6.3 | Nullalternativet og tiltaksalternativet | 45 |
| 6.4 | Identifiserte virkninger av raskere bosetting | 46 |
| 6.5 | Metode og generelle forutsetninger | 49 |
| 6.6 | Prissatte effekter – caseanalyser | 51 |
| 6.7 | Ikke-prissatte effekter – caseanalyser | 61 |
| 6.8 | Vurdering av usikkerhet og sensitivitet | 63 |
| 6.9 | Oppsummering og samlet vurdering | 64 |
| 7. | Forslag til tiltak som kan legge til rette for raskere bosetting av flyktninger med særlige behov | 66 |
| 7.1 | Utfordringer og forslag til tiltak knyttet til tilgang til informasjon og informasjonsflyt | 67 |
| 7.2 | Utfordringer og forslag til tiltak knyttet til organisering av bosetting av flyktninger med særlige behov | 67 |
| 7.3 | Utfordringer og forslag til tiltak knyttet til tilskuddsordningen til IMDi | 68 |

1. SAMMENDRAG

1.1 Innledende om oppdraget

Hovedformålet med oppdraget har vært å fremskaffe innsikt om hvordan offentlig forvaltning kan legge til rette for raskere bosetting i kommunene av flyktninger med særlige behov. Oppdraget er bestilt av Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi), i samarbeid med Helsedirektoratet (Hdir), Husbanken, Utlendingsdirektoratet (UDI) og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir). Gjennom oppdraget har vi undersøkt følgende tre hovedproblemstillinger:

- Hvordan virker dagens statlige virkemidler?
- Hva er de samfunnsøkonomiske kostnadene ved bosetting?
- Hvordan legge til rette for raskere bosetting i kommunene av flyktninger med særlige behov?

Oppdraget er avgrenset til å gjelde flyktninger med særlige behov, som blir boende lenge i asylmottak etter at de har fått innvilget oppholdstillatelse og før de får tildelt en bosettingskommune. Med *særlige behov* menes flyktninger med nedsatt funksjonsevne og/eller atferdsvansker mv. som utløser eller antas å utløse langvarige, kostnadskrevende helse- og omsorgstiltak i bosettingskommunen. I tillegg er den samfunnsøkonomiske analysen avgrenset til å gjelde de som er mest lengeventende i mottak, med gjennomsnittlig ventetid etter vedtak om oppholdstillatelse på mellom to til tre år lenger enn ved ordinært mottak. Særlig lengeventende sammenfaller i denne analysen med beboere på tilrettelagt avdeling (TA), særskilt bo- og omsorgsløsning (Særbol), og sykehjems- og institusjonsplass i UDIs apparat, sammenlignet med ordinær avdeling (der det ikke er mulig å kvantifisere særlige behov).

Undersøkelsen er basert på intervjuer med ansvarlige direktorater, ulike mottakstyper i UDIs mottaksapparat og et utvalg bosettingskommuner, samt statistikk.

1.2 Hovedfunn

1.2.1 Hvordan virker dagens statlige virkemidler

Bosetting av flyktninger med særlige behov er en oppgave som krever involvering fra aktører på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer. Virkemidlene som finnes og brukes i forbindelse med bosetting av flykninger med særlige behov styres derfor av flere statlige aktører. Gjennom undersøkelsen finner vi at IMDi, Hdir, Husbanken, UDI og Bufdir samlet har et stort virkemiddelapparat som i ulike faser berører målgruppen flyktninger med særlige behov. Rapporten beskriver de mest sentrale virkemidlene som synes å påvirke kommunenes vurderinger eller muligheter til å bosette flyktninger med særlige behov.

Sentrale organisatoriske virkemidler ved bosetting av personer med særlige behov

UDI, IMDi, Hdir, Husbanken og Bufdir har ulik organisering og arbeidsformer opp mot kommunene. Noen av direktoratene jobber tett opp mot enkeltkommuner, mens andre jobber mer sentralisert.

IMDi, som har det statlige ansvaret for bosetting av flyktninger i kommunene, er avhengig av samarbeid med andre direktorater og ikke minst med kommunene som skal bosette. Selv om direktoratene samarbeider på overordnet nivå, tyder våre funn på at samarbeidet om bosetting av enkeltflyktninger med særlige behov er begrenset og lite systematisk.

Ved bosetting av flyktninger med store behov for helse- og omsorgstjenester, har IMDi og UDI en tett dialog og IMDi inngår nærmere dialog med den potensielle bosettingskommunen. IMDi forespør én og én kommune om de kan bosette en flyktning med særlige behov. Ofte må IMDi spørre flere kommuner før de finner en løsning. På bakgrunn av disse funnene mener vi det finnes et effektiviseringspotensial i samarbeidsformen mellom UDI, mottak, IMDi og potensielle bosettingskommuner i denne fasen.

Våre funn peker på noen utfordringer knyttet til samarbeid og informasjonsflyt mellom UDI, IMDi og kommunen i prosessen hvor flyktninger med mindre omfattende behov for helse- og omsorgstjenester skal bosettes. Kommunene ønsker god informasjon om flyktningenes hjelpebehov for å vurdere om de kan bosette flyktninger med særlige behov. Det er dermed behov for overføring av kunnskap fra UDI/mottak til IMDi om bosettingsrelevant informasjon som fungering i hverdagen, tilrettelegging av bolig og oppfølgingsbehov, og videre overføring av denne informasjonen fra IMDi til potensiell bosettingskommune. I tillegg er det behov for å sikre at helseinformasjon og andre relevante opplysninger overføres fra helsepersonell og andre kommunale tjenester i vertskommunen, til tilsvarende tjenester i bosettingskommunen.

Sentrale økonomiske virkemidler ved bosetting av personer med særlige behov

IMDis tilskudd for bosetting av personer med nedsatt funksjonsevne og/eller atferdsvansker er identifisert som det mest målrettede økonomiske virkemiddelet knyttet til bosetting av flyktninger med særlige behov. Tilskuddet har til formål å sette kommunene i stand til å bosette og tilrettelegge for flyktninger med særlige behov og slik fremme raskere bosetting av flyktninger med alvorlige, kjente funksjonsnedsettelse og/eller atferdsvansker. Våre funn viser at tilskuddet er viktig for kommunenes mulighet til å bosette flyktninger med særlige behov, men at ordningen mangler et insentiv for *raskere* bosetting. Tilskuddsordningens innretning bidrar også til at kommunene opplever økonomisk usikkerhet ved bosetting av flyktninger med særlige behov. De økonomiske usikkerhetene knyttes spesielt til bosetting av enkelte undergrupper av flyktninger med særlige behov – henholdsvis flyktninger med store oppfølgingsbehov døgnet rundt og over lang tid, og flyktninger med ukjente eller ikke-utredede psykiske lidelser.

Hdirs tilskudd for særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester er et viktig tilskudd som kommunene kan bruke for bosatte flyktninger med særlige behov, så vel som for andre innbyggere. Undersøkelsen identifiserer likevel utfordringer med denne ordningen som gjør at kommunene kan få økte netto utgifter knyttet til bosetting av flyktninger med særlige behov – selv om både IMDi og Hdirs tilskudd benyttes fullt ut. Satsene i de to tilskuddene som forvaltes av henholdsvis IMDi og Hdir er i dag samordnet, ved at innslagspunktet for Tilskudd for særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester tangerer maksimumsbeløpet for Tilskudd for bosetting av personer med nedsatt funksjonsevne eller atferdsvansker. Selv om satsene i disse to tilskuddsordningene er samordnet, viser våre funn at ansvaret for å søke de to tilskuddene ligger i ulike etater i kommunene og at ansatte som søker om ekstratilskudd fra IMDi har begrenset kjennskap til Helsedirektoratets tilskuddsordning og hvorvidt denne ordningen blir benyttet overfor de samme brukerne, og vice versa. I tillegg har de to tilskuddene ulike søknads- og rapporteringssystem og selve forvaltningen er delt mellom to sektorer i henhold til sektoransvarsprinsippet.

Husbanken forvalter boligvirkemidler som kommunene kan bruke for å fremskaffe tilpassede boliger til sine innbyggere, herunder bosatte flyktninger. Tilskudd til utleieboliger fremstår som det mest sentrale økonomiske virkemiddelet i denne sammenheng. Gjennom denne ordningen kan kommunene få tilskudd for enten oppføring av ny bolig, kjøp av brukt bolig eller ombygging av annen bygningsmasse til boligformål i forbindelse med behov hos enkeltpersoner. Kommunene kan også søke om investeringstilskudd til omsorgsboliger og sykehjem fra Husbanken, som

brukes i større planlagte prosjekter. Selv om dette tilskuddet ikke brukes direkte i forbindelse med bosetting av flyktninger med særlige behov, kan det ha indirekte virkning på om kommunene har sykehjemsplasser eller omsorgsboliger tilgjengelig når de blir forespurt om å bosette en flyktning med behov for det. Det er ikke identifisert betydelige utfordringer med Husbankens tilskuddsordninger, men selve bygge- eller tilpasningsprosessen kan være tidkrevende.

Sentrale pedagogiske virkemidler ved bosetting av personer med særlige behov

Både IMDi, Hdir, Husbanken, UDI og Bufdir driver betydelig opplærings, informasjons- og formidlingsaktiviteter opp mot kommuner og andre målgrupper.

IMDi har tidligere, før nedleggelsen av regionkontorene 1.1.2020, arbeidet tett på praksisfeltet med veiledning og dialog med enkeltkommuner i forbindelse med bosettingsprosesser, i tillegg til sine nasjonale arenaer for kontakt og formidling. Selv om det nå er mindre direkte kontakt i hver bosettingssak, nå som dialogen primært er digital gjennom fagsystemet IMDinett, viser vår undersøkelse at det fortsatt er omfattende kontakt og samtaler mellom IMDi, bosettingskommune og asylmottak i saker som omfatter flyktninger med spesielt store helseutfordringer for å tilrettelegge for en god bosettingsprosess. IMDi tilbyr også veiledning i å søke ekstratilskudd.

I forbindelse med bosetting og integrering har UDI i hovedsak en rolle som tilrettelegger og samarbeidspartner. UDI tilrettelegger for og samarbeider med IMDi, kommuner og andre aktører på bosettingsfeltet. Mottakene være bindeledd mellom IMDi og beboere på den ene siden og mellom beboere og bosettingskommune på den andre siden, for å få til en god overgang fra mottak til bosettingskommune. UDI har kontinuerlig dialog med IMDi i saker som omhandler bosetting av særlig lengeventende beboere og har de siste årene hatt jevnlig møter med IMDi angående bosetting i ressurskrevende saker. UDI driver bosettingsforberedende arbeid i mottak for å forberede flyktningene på bosetting.

En viktig del av Hdirs pedagogiske arbeid er å utarbeide og formidle normerende produkter som inneholder råd og anbefalinger til helsetjenestene og til befolkningen. Disse produktene har til hensikt å sikre kvalitet i tjenestene, hindre uønsket variasjon, bidra til riktige prioriteringer i tjenesten og løse samhandlingsutfordringer. Den nasjonale veilederen «Helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente» er spesielt sentral i forbindelse med bosetting av flyktninger med særlige behov. Hdir har ansvar for å legge til rette for helse- og omsorgstjenestene, mens tjenestene selv har ansvar for å implementere og ta retningslinjene i bruk, og det synes noe usikkert hvor godt implementert og fulgt Hdirs anbefalinger følges i mottakskommuner og bosettingskommuner.

Husbanken har omfattende pedagogisk arbeid opp mot kommunene, som samlet sett kan bidra til hevet kompetanse og langsiktig planlegging av kommunenes boligsosiale arbeid. Dette kan indirekte bidra til kommunenes muligheter til å bosette ut fra tilgjengelige egnede boliger. Bufdir har omfattende pedagogisk arbeid opp mot kommuner og innbyggere, som bidrar til tilrettelegging av informasjon og fokus på likestilling og inkludering. Dette arbeidet kan også virke indirekte på kommunenes arbeid med bosetting av flyktninger med særlige behov.

IMDis og Hdirs rundskriv for tilskuddsordninger, viser til hverandre. Hdirs veileder Helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente, viser også til IMDis ordninger. Samarbeidet om nettsiden og den digitale verktøykassen Veiviseren, er et godt eksempel på koordinert formidling fra flere direktorater. På Veiviseren beskrives bosettingsprosessen, men det er mindre konkret informasjon om flyktninger med særlige behov.

Våre funn viser et behov for å sikre bedre informasjonsflyt i bosettingsfasen. Det kan blant annet være behov for å undersøke IMDi muligheter for å dele mer av informasjonen som foreligger om flyktningene i prosessen man starter med kommuner som blir forespurt om å bosette innenfor gjeldende lovverk. Videre kan det være behov for å tydeliggjøre handlingsrom innenfor lovverket når det gjelder deling av informasjon på tvers mellom etater i kommunene. Det er også identifisert et behov for å tydeliggjøre vertskommunens ansvar knyttet til kartlegging av helse i mottaksfasen, oppfølging etter kartleggingen og overføring av informasjon til bosettingskommune. Det kan være behov for å heve kompetansen på å gjennomføre helsekartlegginger blant nyankomne flyktninger eller personer som ikke har norsk som morsmål, blant de ansatte i vertskommunens helsetjeneste som skal gjennomføre denne typen helsekartlegginger. Tydeligere fokus på helsekartleggingen og likere rutiner mellom mottakene/mottakskommunene, kan bidra til å sikre bedre tilgang til informasjon om flyktningene som skal bosettes.

Samlet peker undersøkelsen på at økonomi, informasjon, kommunikasjon og samarbeid, rask tilgang på egnede boliger og kompetanse er ulike årsaker til at bosetting av flyktninger med særlige behov kan ta lang tid. Det knyttes ulike årsaker til ulike undergrupper innenfor målgruppen flyktninger med særlige behov.

1.2.2 Samfunnsøkonomisk analyse

I den samfunnsøkonomiske analysen sammenlignes en situasjon med bosetting av en flyktning med særlig behov med nåværende gjennomsnittlig ventetid i mottak (2,4-3,8 år) med en situasjon der ventetiden reduseres til gjennomsnittlig ventetid i ordinær avdeling (3-7 måneder). Vi analyserer ikke konsekvenser av å bosette flyktninger med særlige behov sammenlignet med ikke å bosette, som ofte vil være spørsmålet for den enkelte kommune. Analysen viser, ved bruk av caseeksempler, at det oppstår en samfunnsøkonomisk netto besparelse på omlag 2,0 til 4,2 millioner kroner per person, avhengig av behovet til den som bosettes. Årsaken er at det kommunale tjenestetilbudet har lavere kostnader enn det statlige mottaksapparatet, og at man derfor oppnår en netto ressursbesparelse for samfunnet. Som følge av dette oppnås det også en gevinst i form av lavere skattefinansieringskostnader. Raskere bosetting gir i tillegg positive ikke-prissatte virkninger i form av økt livskvalitet og potensielt en positiv behandlingseffekt. Tidligere forskning og intervjudata antyder at raskere bosetning reduserer negative opplevelser ved langvarige opphold i mottak, og antyder at det for enkelte psykiske diagnoser er en større behandlingseffekt ved raskere bosetning ettersom behandlingseffekt delvis er betinget på stabilitet i individets livssituasjon. Resultatene er imidlertid basert på usikre forutsetninger, og det er vesentlig heterogenitet i målgruppen som bidrar til usikkerhet i resultatene.

Raskere bosetting av flyktninger med særlige behov vil ha ulike budsjettmessige konsekvenser for stat og kommune. Isolert sett reduseres statens utgifter som følge av kortere ventetid i mottaksapparatet. Tilsvarende øker kommunes utgifter som følge av lengre botid i kommunen. Ved bosetning vil en kommune motta overføringer fra staten, der de viktigste er ekstratilskuddet fra IMDi og tilskudd fra Helsedirektoratet. Raskere bosetning fører imidlertid ikke til økte tilskudd fra IMDi, ettersom kommunen uansett bosetningstidspunkt vil ha krav på maksimalt 5 år med tilskudd. Kommunen vil kunne motta tilskudd fra Helsedirektoratet i totalt sett flere år, men dette utgjør bare en liten andel av utgiftene siden innslagspunktet er over om lag 1,3 millioner kroner. Samlet sett betyr dette at den samfunnsøkonomiske netto besparelsen av raskere bosetting av flyktninger med særlige behov tilfaller i all hovedsak statlige budsjetter, og ikke kommunale budsjetter. I tillegg vil noe av den samfunnsøkonomiske netto gevinsten tilfalle samfunnet som helhet som følge av lavere skattefinansieringskostnader.

1.3 Konklusjon og forslag til tiltak

Et overordnet tiltak som kan bidra til økt og mer sammenhengende bruk av statlige virkemidler, er å sikre at det gis mer samordnet og koordinert kommunikasjon fra statlige myndigheter om hvordan de ulike virkemidlene er ment å bidra til raskere bosetting av flyktninger med særlige behov. Videre vurderer vi at det vil være behov for et mer systematisk samarbeid mellom relevante direktorater i det videre arbeidet, dersom det skal gjennomføres endringer og tiltak som kan fremme raskere bosetting av flyktninger med særlige behov.

De mer konkrete tiltakene som foreslås innbefatter endringer i hvordan virkemidler er organisert og praktisert, og adresserer noen sentrale utfordringer som er identifisert i vår analyse. Når det gjelder økonomiske virkemidler, er det primært foreslått endringer i IMDis tilskuddsordning.

| Utfordring | Tiltak | Type tiltak |
|--|---|-----------------|
| Mangel på informasjon om enkelte målgruppers hjelpebehov fører til at kommuner ikke vil bosette flyktninger med særlige behov. | Sikre god overføring av kunnskap fra mottak om beboeres behov for tilrettelegging i kommune. Sikre tilrettelegging for helsekartlegging i mottak. Styrke kompetanse knyttet til helsekartlegging i vertskommuner. Tydeliggjøre handlingsrommet for deling av helseinformasjon innenfor gjeldende regelverk. Opplæring i nasjonal veileder «Helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente». | Pedagogiske |
| Det kan ta lang tid før IMDi får avklaring fra kommuner om de vil bosette eller ikke. En del kommuner kan ha utfordringer med å gi et godt nok tilbud til flyktninger med særlige behov. | Etablere nettverk med kommuner som i fellesskap kan bygge kompetanse og kapasitet til å bosette flyktninger med særlige behov med støtte fra staten. Etablere en ordning der kommuner på et tidlig tidspunkt forplikter seg til å bosette et individ eller en familie, og samtidig får tid til å forberede bosettingen og etablere et egnet lokalt tilbud. | Organisatoriske |
| Dagens tilskuddsordning kan være for lite fleksibel for når kommuner oppdager særlige behov etter bosetting. | Endre søknadsfrist eller åpne for utsatt frist gitt at særskilte krav og vilkår er innfridd. Åpne for innvilgelse av tilskudd med tilbakevirkende kraft etter søknadsfrist gitt at særskilte krav og vilkår er innfridd. | Økonomiske |
| Dagens tilskuddsordning kan gi for lite forutsigbarhet for at kommunene vil bosette flyktninger med særlige behov. | Forskuttering av midler eller forhåndstilsagn på søknad om tilskudd til kommuner som på et tidlig tidspunkt forplikter seg til å bosette flyktninger med særlige behov. | Økonomiske |
| Dagens tilskuddsordning kan dekke for lite av kommunenes kostnader for å fremme raskere bosetting av flyktninger med særlige behov. | Utvide perioden for å motta tilskudd, gitt at særskilte krav og vilkår er innfridd. | Økonomiske |

2. INNLEDNING

2.1 Om oppdraget: Formål, temaer og problemstillinger

Hovedformålet med oppdraget har vært å frembringe kunnskap om hvordan offentlig forvaltning kan legge til rette for raskere bosetting i kommunene av flyktninger med særlige behov. Oppdraget er bestilt av Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi), i samarbeid med Helsedirektoratet (Hdir), Husbanken, Utlendingsdirektoratet (UDI) og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir).

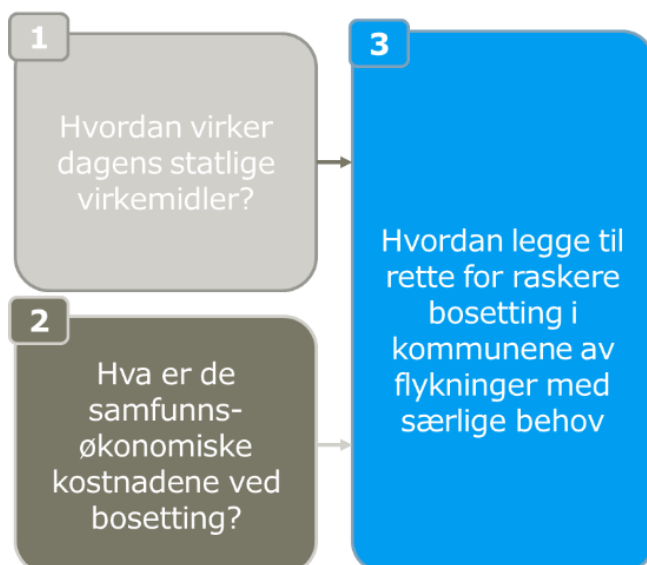
Gjennom oppdraget har vi undersøkt hvordan statlige økonomiske, pedagogiske og organisatoriske virkemidler knyttet til bosetting av flykninger med særlige behov virker. Vi har kartlagt og analysert de ulike statlige virkemidlene som tilfaller kommunene ved bosetting av flyktninger med særlige behov. I tillegg har vi undersøkt i hvilken grad kommunene kjenner til og bruker de ulike virkemidlene, og beskriver noen identifiserte gode praksiser. Vi har også undersøkt hvordan virkemidlene påvirker bosettingsarbeidet i kommunene, hvilke virkemidler som er de mest hensiktsmessige og treffsikre, og identifisert utfordringer ved dagens virkemiddelapparat og -bruk. Vi har også identifisert utviklingspotensial ved disse virkemidlene som kan bidra til å fremme raskere bosetting av flyktninger med særlige behov. Videre har vi kartlagt kostnader og gevinster knyttet til henholdsvis langvarig opphold i mottak og bosetting i kommuner og analysert samfunnsøkonomiske konsekvenser av *raskere* bosetting av flyktninger med særlige behov.

På bakgrunn av innsikten om virkemidlene, hvordan de brukes og fungerer, kostnader og gevinster, har vi utarbeidet forslag til mulige tiltak og justeringer i virkemiddelapparatet som kan bidra til raskere bosetting av målgruppen.

Resultatene fra oppdraget kan brukes til å identifisere mulige tiltak og videreutvikling av både pedagogiske, organisatoriske og økonomiske virkemidler på en måte som kan bidra til raskere bosetting av målgruppen.

Figuren under oppsummerer oppdragets tre hovedproblemstillinger.

Figur 2-1 Oppdragets tre hovedproblemstillinger



2.2 Avgrensninger

Oppdraget er avgrenset til å gjelde flyktninger med særlige behov. Med *særlige behov* mener vi flyktninger med nedsatt funksjonsevne og/eller atferdsvansker mv. som utløser eller antas å utløse langvarige, kostnadskrevenne helse- og omsorgstiltak i bosettingskommunen.

Undersøkelsen gjelder tidligere asylsøkere som har fått oppholdstillatelse og bor på asylmottak mens de venter på bosetting i kommune, ettersom oppdraget skal identifisere tiltak for og samfunnsøkonomiske konsekvenser ved *raskere* bosetting av gruppen som i dag er lengeventende i mottak. Vi har derfor ikke hatt fokus på overføringsflyktninger i denne rapporten.

I analysene har vi inkludert beboere i UDIs mottaksapparat med innvilget oppholdstillatelse som venter på bosettingskommune. Dette omfatter beboere i ordinært mottak, asylmottak for enslige mindreårige, tilrettelagt avdeling, Særbol og institusjonsplass. Enslige mindreårige under 15 år som bor på Bufetats omsorgssentre før bosetting omfattes ikke av denne undersøkelsen.

I tillegg har vi avgrenset den samfunnsøkonomiske analysen til å gjelde *særlig* lengeventende i mottak. I analysen er dette personer som i gjennomsnitt har en oppholdstid i mottak etter vedtak om oppholdstillatelse på omtrent to til tre år lenger enn ved ordinært mottak. Særlig lengeventende sammenfaller i denne analysen med beboere på tilrettelagt avdeling (TA), særskilt bo- og omsorgsløsning (Særbol), og sykehjems- og institusjonsplass i UDIs apparat, sammenlignet med ordinær avdeling (der det ikke er mulig å kvantifisere særlige behov).

2.3 Gjennomføring: Metode og datakilder

Undersøkelsen er basert på dokumentstudier, intervjuer med statlige aktører, ansatte i kommuner og ansatte i mottaksapparatet, samt analyse av statistikk og registerdata.

2.3.1 Datainnsamling

I innledende fase gjennomførte Rambøll og Oslo Economics til sammen ti intervjuer med representanter fra oppdragsgiver og prosjektgruppen: IMDi, UDI, Bufdir, Hdir og Husbanken. Gjennom disse intervjuene ble vi kjent med de ulike virkemidlene direktoratene disponerer.

Et viktig formål med undersøkelsen var å innhente dybdekunnskap om kommunenes erfaringer og refleksjoner knyttet til bosetting av flyktninger med særlige behov, hvordan dagens virkemiddelapparat brukes og fungerer og hvilke utfordringer kommunen opplever ved dagens virkemidler som påvirker deres bosettingsarbeid. Vi har gjennomført intervjuer med til sammen 24 informanter fra åtte ulike kommuner. Informantene er ledere og ansatte i ulike tjenester som er involvert i bosetting av flyktninger med særlige behov, hvor formålet var å få en helhetlig forståelse av kommunenes arbeid med målgruppen, tjenestebehov og kostnader knyttet til tjenestene. Eksempler på tjenester som har blitt involvert gjennom intervjuer er flyktningtjenesten/NAV med ansvar for å koordinere bosetting og søke om tilskudd for bosetting av personer med nedsatt funksjonsevne og/eller atferdsvansker fra IMDi (ekstratilskudd), flyktninghelsetjeneste, helseforvaltning, tildelingskontor, sykehjem, kommunelege, tilrettelagt skoletilbud, barne- og familietjeneste, boligkontor, eiendomsavdeling, og rådmannens fagstab.

Kommunene i utvalget varierer i geografisk beliggenhet, størrelse (innbyggertall) og erfaring med bosetting av flyktninger med særlige behov.

Vi har videre intervjuet til sammen åtte ansatte ved ulike mottakstyper for å kartlegge kjennetegn ved beboerne, behov, tilbud og prosesser i perioden personene i målgruppen bor i

mottaksapparatet. Intervjuene er gjennomført med representanter fra ordinært mottak, tilrettelagt avdeling, Særbol, institusjon og integreringsmottak.

På bakgrunn av funnene fra den kvalitative datainnsamlingen har vi utarbeidet casebeskrivelser for fire ulike eksempler på flyktninger med særlige behov. Casene eksemplifiserer typiske helseutfordringer og hvordan det påvirker tjenestebehov og bosettingsarbeidet i kommunen. Casebeskrivelsene brukes til å gi eksempler på hvilke virkemidler som brukes, utfordringer knyttet til bosetting og virkemidler, i den samfunnsøkonomiske analysen og ved forslag til tiltak.

2.3.2 Analyse av kvantitative data og samfunnsøkonomisk analyse

Vi har innhentet og analyserte følgende data:

- IMDi: Oversikt over antall bosatte etter kommune 2015-2019, oversikt over tildelte tilskudd 1 og 2 2015-2019 (ekstratilskuddet/funkhem) og IMDis totale kostnader knyttet til behandling av søknader, sakkyndige vurderinger og kommunikasjon med kommuner
- UDI: Administrative kostnader, reisekostnader, driftskostnader per plass, antall beboere og gjennomsnittlig ventetid i 2019 for ressurskrevende flyktninger på tilrettelagte avdelinger, institusjon og Særbol.
- Utgifter til ulike kommunale tjenestetilbud fra SSB/KOSTRA

Den samfunnsøkonomiske analysen i kapittel 6 følger metoden for samfunnsøkonomisk analyse i henhold til DFØs veileder i samfunnsøkonomisk analyse, tilpasset problemstillingen i denne rapporten. Se kapittel 6.5 for nærmere beskrivelse av metoden.

2.3.3 Referansegruppe

Vi har involvert en referansegruppe hvor to kommunale flyktningtjenester, et kommunalt asylmottak, KS, Kunnskapsdepartementet, Røde Kors har deltatt sammen med oppdragsgiverne Integrerings- og mangfoldsdirektoratet, Utlendingsdirektoratet, Husbanken, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og Helsedirektoratet. Referansegruppen deltok i tidlig prosjektfase hvor formålet var å presentere prosjektet, forankre vår tilnærming og diskutere viktige problemstillinger. Vi diskuterte også hva som kjennetegner målgruppen og hvilke tjenester de har behov for, kartla bruker- og tjenestereisen fra før bosetting, bosettingsprosessen og etter bosetting og identifiserte kostnadsbildet, utfordringer og mulige gevinster ved raskere bosetting.

Referansegruppen ble også involvert mot slutten av prosjektet for å diskutere Rambøll og Oslo Economics sine funn og forslag til alternative innretninger for de statlige virkemidlene. Referansegruppen ga viktige innspill til både funn og forslag til tiltak som er innarbeidet i rapporten.

Kommunene i referansegruppen fikk også tilsendt en liste med utvalgte kommunale tjenester og anslag på årlige kommunale utgifter, med mulighet til å kommentere på utgiftsstørrelser, kommentere på utgiftsposter med spesielt stor variasjon og supplere listen med viktige tjenester.

2.4 Leserveiledning

Kapittel 3 gir en beskrivelse av dagens situasjon og utfordringene som har utløst behovet for dette oppdraget.

Kapittel 4 beskriver sentrale virkemidler i dag, vurderinger av treffsikkerhet, samspill, identifiserte utfordringer og eksempler på god praksis for bruk av virkemidlene.

Kapittel 5 beskriver årsaker til lang ventetid før bosetting i kommune for ulike grupper flyktninger med særlige behov, med casebeskrivelser som bidrar til å eksemplifisere.

Kapittel 6 gir en samfunnsøkonomisk analyse av raskere bosetting av flyktninger med særlige behov.

Kapittel 7 oppsummerer identifiserte utfordringer knyttet til virkemiddelapparatet og beskriver forslag til tiltak som kan legge til rette for raskere bosetting av flyktninger med særlige behov.

3. PROBLEMBESKRIVELSE, DAGENS SITUASJON OG MÅL

3.1 Bosetting av flyktninger i kommune

IMDi har det statlige ansvaret for bosetting av flyktninger. Den norske bosettingsmodellen baserer seg på at det er frivillig for kommunene å bosette flyktninger. Selv om flyktningene har anledning til å bosette seg selv, har de aller fleste behov for hjelp fra det offentlige og bosettes etter avtale mellom stat og kommune.

Tidligere asylsøkere som har fått godkjent sin søknad og innvilget opphold i Norge bor på asylmottak mens de venter på å bli bosatt i en kommune. Overføringsflyktninger hentes i utlandet og bosettes direkte i en kommune når de kommer til Norge.

Det er Nasjonalt utvalg for bosetting som fastsetter hvor mange flyktninger det vil være behov for å bosette og fordelingen av dette antallet regionalt. Antallet og regional fordeling bestemmes på bakgrunn av prognoser for antall flyktninger med innvilget opphold som vil bo på asylmottak ved inngangen av neste år, prognose for antall asylsøkere som vil komme til Norge og få opphold kommende år og Stortingets avgjørelse av antall overføringsflyktninger Norge skal ta imot kommende år.

IMDi og KS samarbeider om fordeling av flyktninger som skal bosettes mellom kommuner. IMDi sender en anmodning til kommunene hvert år med et antall de ønsker at kommunen skal bosette. Det er opp til kommunen å avgjøre hvor mange de skal bosette. Hver enkelt kommune fatter som regel et politisk vedtak om antall flyktninger og enslige mindreårige flyktninger de vil bosette på bakgrunn av IMDis anmodning. Det er kun *antallet* flyktninger kommunene kan være med på å vedta, ikke *hvilke* flyktninger med tanke på nasjonalitet, familiesituasjon, ol.

Når antallet flyktninger per kommune er klart, fordeler IMDi de spesifikke personene som skal bosettes mellom kommunene. IMDi sender en forespørsel om bosetting av enkeltpersoner, kalt fordeling, til kommunene. Dette skjer gjennom et eget fagsystem for bosetting, *IMDinett*, hvor overordnet informasjon om vedkommende fremkommer. Kommunene gjør en administrativ vurdering av om de kan bosette personen(e) eller ikke og formidler dette til IMDi gjennom *IMDinett*. Dersom kommunen kan bosette vedkommende fatter IMDi et vedtak om bosetting, kalt utsøking.

Ved bosetting av flyktninger med særlige behov forsøker IMDi, så langt det er mulig, å ta hensyn til eventuell tilknytning til kommune gjennom familie, omsorgstilbud flyktningen har hatt under tiden i mottak, og nærhet til spesialisthelsetjeneste hvis det er behov for det. IMDi kjenner også kommunenes erfaring med og kompetanse til å bosette flyktninger med særlige behov, og forsøker å fordele personene mellom forskjellige kommuner.

3.2 Ventetid i mottak: dagens situasjon og mål

Det er til enhver tid i Norge et antall flyktninger som har fått innvilget oppholdstillatelse, og som venter på å bli bosatt i en kommune. De fleste flyktninger som ikke er overføringsflyktninger oppholder seg på en ordinær avdeling i UDIs mottaksapparat før de bosettes etter innvilget oppholdstillatelse.

Regjeringens og IMDis mål er at enslige mindreårige og barnefamilier skal bosettes innen tre måneder etter vedtak om opphold, og at andre voksne skal bosettes innen seks måneder etter

vedtak.¹ Tar bosettingen av en flyktning lenger tid enn henholdsvis tre og seks måneder etter vedtak om opphold, karakteriseres flyktningen som «lengeventende» i mottak av IMDi.

Mange kommuner ønsker å bosette flyktninger. En tidligere evaluering antyder imidlertid at en rekke kommuner i enkeltsaker har reservert seg mot å bosette flyktninger med særlige behov.² IMDi ber om begrunnelse dersom kommunen svarer nei til en fordeling. At kommuner takker nei til bosetting av flyktninger med særlige behov kan gjøre det vanskelig for IMDi å finne en bosettingskommune, og flyktningen må som konsekvens vente lenge i mottak før bosetting.

Flyktninger med *særlige behov* er flyktninger med nedsatt funksjonsevne og/eller atferdsvansker som utløser eller antas å utløse langvarige, kostnadskrevende helse- og omsorgstiltak i bosettingskommunen. Blant flyktninger med særlige behov er det enkelte grupper som tar lang tid å bosette.

Flyktninger innenfor UDIs apparat som ikke oppholder seg på ordinær avdeling, oppholder seg på en tilrettelagt avdeling (TA), særskilt bo- og omsorgsløsning (Særbol), på en institusjonsplass eller en sykehjemsplass. De fleste flyktninger med særlige behov bor på disse mottakstilbudene, og har behov knyttet til nedsatt funksjonsevne og/eller atferdsvansker som ofte vil utløse kostnadskrevende helse- og omsorgstiltak i kommunene. Unntaket er barn og barnefamilier, som i hovedsak plasseres i ordinære mottak. Tilrettelagt avdeling er et frivillig botilbud tilpasset asylsøkere med fysiske eller psykiske hjelpebehov. Målgruppen for TA er personer med særskilte oppfølgingsbehov, primært personer med psykiske og/eller fysiske lidelser, samt personer som trenger hjelp og oppfølging i forhold til hverdagsmestring gjennom aktiviteter i dagliglivet (ADL-trening) og botrening. Tilbudet omfatter både psykisk syke med lavt funksjonsnivå, personer med psykisk utviklingshemming, personer med somatiske sykdommer eller funksjonsnedsettelse.³ Særskilt bo- og omsorgsløsning er et frivillig botilbud for voksne asylsøkende som er vurdert av UDI til å utgjøre en trussel for sine omgivelser. Målet med Særbol er å stabilisere beboeren og forhindre nye utageringer gjennom miljøterapi og nødvendig oppfølging og/eller utredning av helsevesenet.

Problemet ved dagens situasjon er at flyktninger med særlige behov er spesielt lengeventende i mottak. Dette er etter at flyktningene har fått vedtak om opphold. Mens flyktninger på ordinære avdeling i gjennomsnitt oppholder seg i mottak i 3-7 måneder, er gjennomsnitt for flyktninger i det øvrige mottakstilbudet omtrent 2-4 år, jf. Tabell 3-1. Det er ikke uvanlig at det går betydelig lengre tid enn dette, og lengste oppholdstid i dataene vi har mottatt fra UDI for beboere i 2019 var omtrent 8 år. Det er altså de flyktningene med størst behov i UDIs mottaksapparat som ender opp med lengst ventetid. Dette er flyktninger med blant annet nedsatt fysisk funksjonsevne, nedsatt kognitiv funksjonsevne og ulike grader av psykiske lidelser, samt sammensatte diagnoser.

¹ IMDi. *Årsrapport 2019*. Hentet fra: <https://www.imdi.no/globalassets/dokumenter/arsrapporter-og-styrende-dokumenter/arsrapport-2019/arsrapport_2019.pdf>

² Proba (2019). *Evaluering av kommunale bosettings- og integreringsarbeid. Rapport 2019-01*. Hentet fra: <https://proba.no/wp-content/uploads/rapport-2019-01-evaluering-av-integreringstilskudd.pdf>

³ Lillevik, R., Sønsterudbråten, S. og Tyldum, G. (2017). *Evaluering av tilrettelagt avdeling i asylmottak. Et tilbud til asylsøkere med helseproblemer*. Fafo-rapport 2017-22. Tilgjengelig på: <<https://fafo.no/images/pub/2017/20630.pdf>>

Tabell 3-1 Ventetid i mottak etter vedtak om oppholdstillatelse

| Mottakstilbud | Gjennomsnittlig ventetid | Antall med særlige behov 2019 |
|--------------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| Ordinær avdeling | 3-7 mnd. | n/a |
| Tilrettelagt avdeling | 2,6 år | 22 |
| Sykehjem, korttids plass | 2,4 år | 1 |
| Sykehjem, langtids plass | 2,4 år | 1 |
| Institusjon | 2,4 år | 4 |
| Særskilt bo- og omsorgsløsning | 3,8 år | 5 |

Kilde: UDI. Oppholdstid er beregnet fra vedtaksdato med rett til bosetting til 31.12.2019. Enkelte personer på TA kan ha fått innvilget opphold mens de bodde på ordinær avdeling. Enkelte personer kan også ha hatt lengre sykehusopphold i perioden etter vedtak.

Tabellen over viser også at flyktninger med særlige behov i plasser utenom ordinær avdeling er en liten gruppe, totalt 33 personer i 2019. I tillegg er det personer på ordinære avdelinger som kan defineres som flyktninger med særlige behov, men dette antallet er ikke mulig for UDI å tallfeste presist. I et samfunns- og velferdsperspektiv er problemet med lang ventetid i mottak at det kan ha negative konsekvenser for flyktingene, i tillegg til eventuelle kostnadsulempes. Lang ventetid i mottak er generelt forbundet med negative opplevelser for flyktingene. Flere beboere i mottak har betydelige helseutfordringer. Lang ventetid kan føre til økte og nye helseplager, passivisering og demotivering. Dette er faktorer som også hindrer rask overgang til arbeid og utdanning. Lang ventetid kan også oppleves som svært belastende, hvor tiden preges av stor usikkerhet, uforutsigbarhet, lite informasjon om hvor lenge de må vente, og at man har lite kontroll og styring over egen hverdag.⁴

Foruten å påvirke individet selv, har tidligere studier konkludert med at lang ventetid også er forbundet med negative samfunnsøkonomiske konsekvenser. Dette gjelder blant annet ved at sysselsetting under opphold i mottak er lav, som er et samfunnsøkonomisk tap, og at det kan virke negativt på senere integrering.⁵ I tillegg viser litteraturen til at det kan være utfordringer med tilpasning av opplæringstilbud for flyktninger med særlige behov som bor i mottak, da disse ikke omfattes av tilskuddsordning som gir økonomisk støtte til tilrettelegging av tilbudene. Det vises også til at det er relativt høyt fravær i norskopplæring blant flyktninger som bor i mottak, grunnet forhold som helse, livssituasjon og manglende forståelse for ordningene.^{6 7} Dette kan føre til at flyktninger med særlige behov i mindre grad kan ta del i tilbudene de får i mottaksfasen enn i tilbudene som gis etter bosetting. Selv om flyktninger med særlige behov vil kunne ha behov for kostnadskrevende tiltak i kommunen, kan det oppstå samfunnsøkonomiske besparelser ved at kommunen er mer effektiv og bedre rustet til å ivareta flyktninger med særlige behov enn mottaksapparatet som er ment å være midlertidig.

Oppsummert er problemet ved dagens situasjon at flyktninger med særlige behov blir spesielt lengeventende i mottak sammenlignet med andre flyktninger, og dette har negative samfunnsmessige konsekvenser. Alle blir bosatt til slutt, men uten konkrete tiltak som gjør bosettingen raskere, er det grunn til å tro at utfordringene ved dagens situasjon også vil vedvare i tiden fremover.

⁴ Weiss, N., Djuve, A. B., Hamelink, W. og Zhang, H. (2017). *Opphold i asylmottak – konsekvenser for levekår og integrering*. Fafo-rapport 7/2017. Hentet fra: <<https://www.fafo.no/images/pub/2017/20615.pdf>>

⁵ Ibid

⁶ Drangslund, K. A., Dahle, M. & Karlsen, M. A. (2016). *Norskopplæring for personer i asylmottak*. Bergen: Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier

⁷ Lillevik, R., Sønsterudbråten, S. og Tyldum, G. (2017). *Evaluering av tilrettelagt avdeling i asylmottak. Et tilbud til asylsøkere med helseproblemer*. Fafo-rapport 2017:22. Hentet fra: <<https://www.fafo.no/images/pub/2017/20630.pdf>>

4. DAGENS BRUK AV VIRKEMIDLER

Staten bruker ulike virkemidler i sin styring av kommunene. Målet med å styre kommunene gjennom virkemidler er som regel å heve kvalitet, øke effektivitet eller fremme lik praksis mellom kommuner. I dette oppdraget har vi kartlagt hvilke virkemidler statlige aktører har knyttet til bosetting av flyktninger med særlige behov. I denne sammenheng er følgende tre virkemidler sentrale:

- **Organisatoriske virkemidler**, som organiseringsform, handlingsrom og arbeidsformer mellom stat og kommune.
- **Økonomiske virkemidler**, som blant annet omfatter statlig overføringer, tilskuddsordninger og øremerkede midler.
- **Pedagogiske virkemidler**, i form av publikasjoner som rundskriv, retningslinjer, veiledere mv., i tillegg til kunnskapsdatabaser, kompetanseutviklingstiltak, dialog og rådgivning. Pedagogiske virkemidler er ikke juridisk bindende, men har som mål å bidra til at juridiske virkemidler blir fulgt ved å formidle tolkninger og anbefalinger av disse.

Bosetting av flyktninger med særlige behov er en oppgave som krever involvering fra aktører på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer. Virkemidlene som finnes og brukes i forbindelse med bosetting av flyktninger med særlige behov styres derfor av flere statlige aktører.

Vi har undersøkt virkemiddelapparatet hos Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi), Helsedirektoratet (Hdir), Husbanken, Utlendingsdirektoratet (UDI) og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir), som alle har mandat som berører målgruppen flyktninger med særlige behov. I dette kapittelet gis først en introduksjon til de fem virksomhetenes organisering, oppgaver og arbeid på området. Deretter gis en beskrivelse av de økonomiske og pedagogiske virkemidlene vi har identifisert som sentrale ved bosettingen av flyktninger med særlige behov. Kapittelet gir ikke en fullstendig oversikt over alle virkemidlene og ordningene de fem direktoratene disponerer. Vi presenterer funn knyttet til samspill og identifiserte utfordringer i hvert av delkapitlene. Kapittelet avsluttes med eksempler på god praksis for bruk av virkemidler.

4.1 Sentrale organisatoriske virkemidler ved bosetting av flyktninger med særlige behov

Organisering kan påvirke handlingsrom og arbeidsformer. I dette kapittelet gir vi en kort beskrivelse av organiseringen i UDI, IMDi, Hdir, Husbanken og Bufdir, samarbeid mellom direktoratene og mellom direktoratene og kommuner, om bosetting av flyktninger med særlige behov. Vi beskriver også identifiserte utfordringer med dagens organisering.

UDI er den sentrale etaten i utlendingsforvaltningen og jobber med iverksetting og utvikling av regjeringens innvandrings- og flyktningpolitikk. Direktoratet har ansvar for å gi alle asylsøkere tilbud om et sted å bo mens de venter på at søknadene deres blir behandlet, og tidligere asylsøkere som har fått innvilget oppholdstillatelse bor i mottak mens de venter på bosettingskommune. UDI har blant annet ansvar for drift av asylmottak og behandling av søknader fra utlendinger om å bo eller besøke i Norge, herunder søknader om beskyttelse (asyl), besøksvisum, familieinnvandring, oppholdstillatelse for å arbeide og studere, statsborgerskap, permanent oppholdstillatelse og reisedokumenter. UDI har også ansvar for utvisningssaker.⁸ For UDI er det ønskelig med god gjennomstrømming i mottakene, som innebærer at de som får oppholdstillatelse blir bosatt i kommune og at de som får avslag returnerer.

⁸ UDI. Årsrapport 2019. <https://www.udi.no/globalassets/global/aarsrapporter_i/virksomhetsrapport-udi-2019.pdf>

Det er Regionkontor Vest i Region- og mottaksavdelingen i UDI som har nasjonalt faglig og koordinerende ansvar for tilrettelagte avdelinger og særskilt bo- og omsorgsløsning, og for bosettingsforberedende arbeid i asylmottak.

Integrerings- og mangfoldsdirektoratet er et forvaltningsorgan og kompetansesenter som skal styrke kommunenes, sektormyndighetenes og andre samarbeidspartneres kompetanse på integrering og mangfold. IMDi har ansvar for å gjennomføre regjeringens integreringspolitikk og bidrar med faglige råd til utviklingen av integreringspolitikken og jobber for god samordning på feltet. IMDi har blant annet det statlige ansvaret for bosetting av flyktninger i kommunene. I tillegg skal IMDi legge til rette for deltakelse i arbeids- og samfunnsliv, jobbe mot negativ sosial kontroll, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse, være fagmyndighet for tolking, produsere og formidle forskning, utredninger, statistikk og god praksis og bidra til en profesjonell og serviceinnstilt offentlig sektor.⁹ IMDi er i dag underlagt Kunnskapsdepartementet.

IMDi er en aktiv samarbeidspart og tilrettelegger for kommuner og andre aktører på integreringsfeltet. IMDi har tidligere blitt beskrevet som en nettverksbasert organisasjon som særlig kjennetegnes av tett samarbeid med kommunene.¹⁰ Frem til 1.1.2020 var IMDis ansatte fordelt mellom hovedkontoret og regionkontorer i Oslo, Gjøvik, Kristiansand, Bergen, Trondheim og Narvik som var det nærmeste leddet til kommunene. Regionkontorene fulgte tidligere opp enkeltkommuner med råd og veiledning, herunder i bosettingssaker og med oppfølging av tilskudd for bosetting av personer med nedsatt funksjonsevne og/eller atferdsvansker. 1.1.2020 ble regionkontorene avviklet og IMDis regionale oppgaver er overført til fylkeskommunene. Innenfor bosetting overtar fylkeskommunene følgende oppgaver: «Fylkeskommunene får ansvar for kapasitetsstyringen i bosettingsarbeidet og skal, innenfor rammen av nasjonale kriterier for bosetting, vurdere og anbefale til IMDi hvor mange flyktninger som bør bosettes i den enkelte kommune. Flyktninger skal bosettes i områder hvor de kan komme i arbeid og få tilbud om nødvendig utdanning og kompetanseheving.»¹¹ IMDi skal fortsatt ivareta ansvaret og arbeidsoppgaver knyttet til anmodning og bosetting av flyktninger i kommunene og skal fortsatt yte støtte til kommuner, fylkeskommuner og andre aktører for å sikre raskt og treffsikkert bosettingsarbeid.

Samtidig bygges det opp et nasjonalt kontor i Narvik i tillegg til kontoret i Oslo. Arbeidsoppgaver knyttet til tilskudd skal i fremtiden forvaltes av kontoret i Narvik.¹² Det faglige ansvaret for bosetting ligger hos avdeling for bosetting og kvalifisering (BOKA) ved IMDis hovedkontor. Den nye organiseringen er mer sentralisert og gir mulighet til å samle kompetanse og bygge et mer spesialisert fagmiljø på bosetting og forvaltning av tilskuddsordningen enn under den regionaliserte organiseringen. Samtidig innebærer sentraliseringen at IMDi er mindre tett på kommunene og praksisfeltet enn de har vært tidligere.

Helsedirektoratet er fagorgan på folkehelse-, levekårs- og helse- og omsorgstjenesteområdet, underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. Helsedirektoratet får også oppgaver fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet. Helsedirektoratet skal gi råd og veiledning om helse, rettigheter og helse- og omsorgstjenester til befolkningen og til aktører som jobber med helse og omsorg i

⁹ IMDi. Årsrapport 2019. <https://www.imdi.no/globalassets/dokumenter/arsrapporter-og-styrende-dokumenter/arsrapport-2019/arsrapport_2019.pdf>

¹⁰ Se bla. Rambøll (2018). *Modell for identifisering og formidling av god praksis*. Tilgjengelig fra:

<<https://www.imdi.no/contentassets/89ec4e7dfe16441bacf7df62c30d9c25/modell-for-identifisering-og-formidling-av-god-praksis.pdf>>

¹¹ <https://www.imdi.no/om-imdi/aktuelt-na/orientering-om-overforing-av-regionale-integreringsoppgaver-til-fylkeskommunene/>

¹² IMDi. Årsrapport 2019. Hentet fra: <https://www.imdi.no/globalassets/dokumenter/arsrapporter-og-styrende-dokumenter/arsrapport-2019/arsrapport_2019.pdf>

sentrale, regionale og lokale myndigheter, helseforetakene, frivillige organisasjoner, privat sektor og befolkningen. Helsedirektoratet skal styrke befolkningens helse gjennom helhetlig og målrettet arbeid på tvers av tjenester, sektorer og forvaltningsnivå. Dette gjøres gjennom å være en faglig rådgiver, iverksette vedtatt politikk og forvalte lov og regelverk innenfor helsesektoren.¹³

Helsedirektoratet har arbeidssted i Oslo og i Trondheim og kan sies å ha en nokså sentralisert organisering. Hdir har ansvar for å legge til rette for helse- og omsorgstjenestene, mens tjenestene selv har ansvar for å implementere og ta retningslinjene i bruk.¹⁴

Husbanken er et statlig forvaltningsorgan underlagt Kommunal- og moderniseringsdepartementet. Husbanken skal iverksette regjeringens boligsosiale politikk. Husbankens samfunnsoppdrag er å forebygge at folk blir vanskeligstilte på boligmarkedet og bidra til at vanskeligstilte kan skaffe seg og beholde en egnet bolig.¹⁵ Vanskeligstilte på boligmarkedet kan være personer som er uten egen bolig, som står i fare for å miste sin bopel eller som bor i uegnet bolig eller bomiljø. Lav inntekt er den mest utbredte årsaken til at personer har utfordringer knyttet til bolig og Husbankens målgruppe er bred: Blant vanskeligstilte på boligmarkedet er flyktninger, personer med nedsatt funksjonsevne, personer med rus- og eller psykiske problemer, personer og familier med lav inntekt, unge utenfor utdanning og arbeidsliv og personer som har vært innsatt i fengsel.¹⁶ Flyktninger på asylmottak som ikke har blitt bosatt i en kommune innen de fastsatte tidsmålene regnes også som vanskeligstilte på boligmarkedet.¹⁷

Husbanken er organisert i et hovedkontor og seks regionskontorer: Husbanken Nord i Hammerfest, Husbanken Nord i Bodø, Husbanken Midt-Norge, Husbanken Vest, Husbanken Sør og husbanken Øst. Regionkontorene utgjør førstelinjen opp mot kommunene, boligutbyggere, frivillig sektor og andre aktører, og er et viktig samordnende ledd regionalt. Regionkontorene behandler søknader om lån og tilskudd fra kommunene, samt arbeider systematisk med utvikling og deling av kunnskap og kompetanse. Regionkontorene har ansvaret for en stor del av Husbankens kundekontakt. Dette anses som viktig grunnet lokalkunnskap og samarbeid med kommuner og byggebransjen i den aktuelle regionen. Kommunene anses som Husbankens viktigste samarbeidspartner og kunde, og den regionaliserte organisasjonsstrukturen skal gi nærhet til kommunene.¹⁸

Bufdir er underlagt Barne- og familiedepartementet og ble i 2019 også styrt av Kulturdepartementet på oppgaver innenfor likestillingsområdet og av Kunnskapsdepartementet på integreringsoppgaver. Bufdirs samfunnsoppdrag er å styrke enkeltmenneskets muligheter til mestring og utvikling gjennom å fremme en trygg barndom, gode oppvekstvilkår, likestilling og ikke-diskriminering. Bufdir er faglig rådgiver for departementene og et kunnskaps- og kompetanseorgan på sine ansvarsområder, iverksetter vedtatt politikk og forvalter lov og regelverk. Bufdir har ansvar for gjennomføring av den sektorovergrepene likestillingspolitikken knyttet til nedsatt funksjonsevne, universell utforming, etnisitet og nasjonale minoriteter, kjønn,

¹³ Basert på Helsedirektoratet. *Årsrapport 2019*. Tilgjengelig fra: <<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/helsedirektoratet-arsrapporter/%C3%85rsrapport%202019%20-%20Helsedirektoratet.pdf>/attachment/inline/8947572c-7f1f-4b3a-a9dd-6e165cfe014d:acc662d5e305e4c6d0f9e37f2605d8147ae94fd4/%C3%85rsrapport%202019%20-%20Helsedirektoratet.pdf>

¹⁴ Ibid

¹⁵ Husbanken. *Årsrapport 2019*.

¹⁶ Ibid

¹⁷ Departementene. *Bolig for velferd. Nasjonal strategi for boligsosialt arbeid (2014-2020)*. Hentet fra. <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kmd/boby/nasjonal_strategi_boligsosialt_arbeid.pdf>

¹⁸ Husbanken. *Årsrapport 2019*.

seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk. Bufdir jobber med å fremskaffe kunnskap, informere, rådgi og veilede, og forvalter en rekke tilskuddsordninger.¹⁹

Bufdir er etatsstyrer for Bufetat, som har ansvar for det statlige barnevernet og familievernet. Bufdir har etablert ti nasjonale spisskompetansemiljøer som skal styrke arbeidet med kompetanse- og fagutvikling, opplæring og veiledning av faglig praksis. Spisskompetansemiljøene er etablert i enheter som leverer barneverns- og familieverntjenster og er således tett på praksisfelt og viktige kilder til erfaringsbasert kunnskap.²⁰

4.1.1 Samspill og identifiserte utfordringer

Bosetting av flyktninger med særlige behov er en tverrsektoriell oppgave som krever koordinering og samarbeid. Direktoratenes arbeid berører de samme målgruppene, men i ulike faser og innenfor ulike sektorområder. Sektoransvarprinsippet står sterkt i norsk offentlig forvaltning, blant annet grunnet mål- og resultatstyring innenfor sektorene. Dette kan skape utfordringer for samordning på tvers. Dette gjelder også arbeidet internt i kommunene, som er inndelt i tjenester og enheter etter arbeidsområder.

De fem direktoratene samarbeider på overordnet nivå, om blant annet forskning og utvikling og formidling gjennom en felles nettside og digital verktøykasse for bolig- og tjenesteområdet, Veiviseren.no²¹. Representanter fra direktoratene oppgir at det er et større samarbeid om hovedgrupper enn om undergrupper som krever andre prosesser enn hovedgruppene. Samarbeidet om bosetting av flyktninger med særlige behov beskrives som begrenset av representanter fra direktoratene.

For å bosette flyktingene med særlige behov er IMDi avhengig av informasjon fra UDI, mottak og helsevesen i mottakskommune. Mottakene registrerer bosettingsrelevante opplysninger i fagsystemet Sesam²², og helseproblemer som IMDi og bosettingskommunen bør ta hensyn til ved bosetting skal registreres som særlige hensyn, ved å indikere at «helseinformasjon finnes». Deretter undersøker IMDi nærmere hva slags helseutfordringer flyktingen har gjennom fastlege, helsesykepleier eller annet helsepersonell, med samtykke fra flyktingen. Funnene våre viser at det ofte er svært overordnet informasjon som fremgår av bosettingsforespørselen i IMDinett. I saker hvor flyktingen har store behov for helse- og omsorgstjenester, inngår IMDi nærmere dialog med kommunen. IMDi forespør én og én kommune om de kan bosette en flyktning med særlige behov. Ofte må IMDi spørre flere kommuner før de finner en løsning.

Figur 4-1 under gir en forenklet fremstilling av sentrale aktører og aktiviteter i prosessen for bosetting av flyktninger med særlige behov. Som vist i figuren har IMDi en viktig rolle i å innhente opplysninger om flyktingen som har betydning for bosettingen og som foreligger i mottaksfasen, herunder helseopplysninger. Helseopplysninger innhentes fra helsesektoren i mottakskommunen og flyktingen selv – alltid med flyktingens samtykke. Mottak/UDI innhenter opplysninger som er relevante for tilrettelegging i mottak, for eksempel tilrettelegging av boligløsning. Mottaket registrerer slik bosettingsrelevant informasjon i Sesam, gir veiledning og relevant informasjon til beboeren og tilrettelegger for at beboeren skal få den hjelpen han eller hun trenger fra relevante tjenester i vertskommunen.

¹⁹ Bufdir. *Årsrapport 2019*. Tilgjengelig på:

<https://bufdir.no/globalassets/global/nbbf/bufdir/arsrapport_2019_barne_ungdoms_og_familiedirektoratet_oppslag.pdf>

²⁰ Ibid

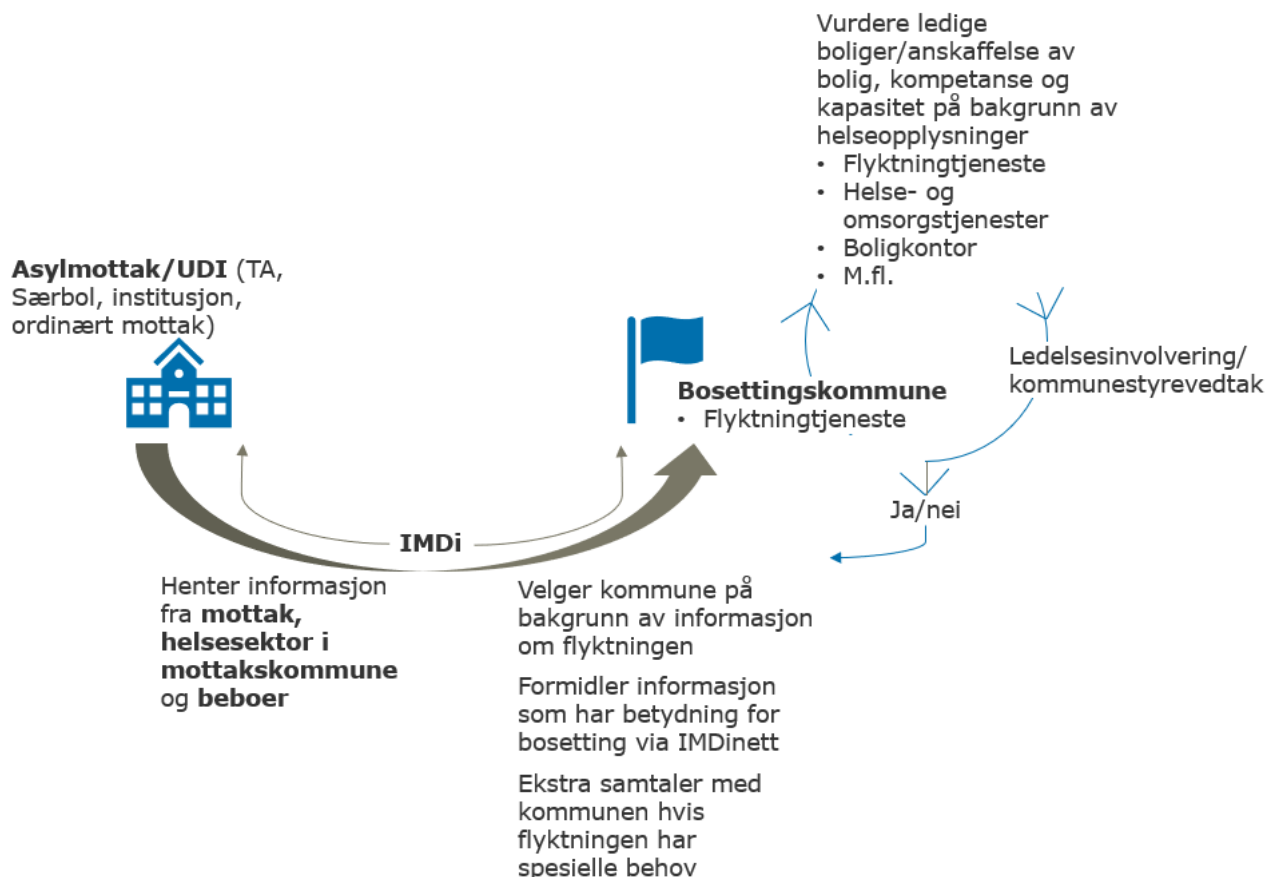
²¹ Se nærmere beskrivelse i kap. 4.4

²² Sesam utgår og erstattes av fagsystemene MOT og IMDinett Mottak i juni 2020

Mottak og UDI har ikke hjemmel til selv å innhente helseopplysninger. UDI mottar kun helseopplysninger som er en del av beskyttelsessaken og registrerer kun helseopplysninger asylsøkeren selv gir under asylintervjuet. Mottak/UDI har ikke innsyn i søkerens helsejournal.²³ Det er de kommunale tjenestene som har ansvar for overføre nødvendig informasjon om helse, skole, osv. til motparter i bosettingskommune.

Ifølge informantene er det her kritisk at IMDi får en helhetlig og riktig forståelse av flyktingens utfordringsbilde og behov, og at dette er viktig for å avgjøre hvilken kommune som skal forespørres om bosetting. Videre er det ifølge våre informanter fra både mottakssiden og bosettingskommuner kritisk at IMDi videreformidler den informasjonen de har som kommunen trenger for å vurdere bolig, kapasitet og kompetanse i tjenester – allerede i forespørselen om bosetting. IMDi's deling av bosettingsrelevante opplysninger, inkludert helseopplysninger eller behov for tilrettelegging, gjøres i medhold av introduksjonslovens § 25.²⁴ Figuren viser videre hvordan ulike etater og tjenester i kommunene er involvert i å vurdere hvorvidt de har kompetanse og kapasitet til å bosette en flyktning med særlige behov. I saker hvor flyktingen har spesielt store behov, kan bosettingen kreve ledelsesinvolvering og eventuelt kommunestyrevedtak.

Figur 4-1 Sentrale aktører og prosesser ved bosetting av flyktninger med særlige behov



²³ Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (2016). *Flyktninger i Norge med funksjonshemninger*.

²⁴ Lov om introduksjonsordning og norskopplæring for nyankomne innvandrere (2003) §25. Hentet fra: <<https://lovdata.no/lov/2003-07-04-80/§25>>

Våre funn peker på noen utfordringer knyttet til samarbeid og informasjonsflyt mellom UDI, IMDi og kommune i prosessen hvor enkeltflyktninger med særlige behov skal bosettes. På bakgrunn av disse funnene mener vi det finnes et effektiviseringspotensial hvis man endrer på samarbeidsformen mellom UDI, mottak, IMDi og potensielle bosettingskommuner i denne fasen.

Når kommunene får forespørsel av IMDi om å bosette en flyktning med særlige behov, gjør kommunene en vurdering om de har kapasitet og kompetanse til å bosette den enkelte, som vist i Figur 4-1. Vurderingen er basert på foreliggende informasjon om helse og behov for oppfølging og tilrettelegging. Vurderingen krever involvering av flere ulike kommunale tjenester. Eksempelet under viser hvilke rutiner Trondheim kommune har for å gjøre en god og effektiv vurdering av deres mulighet til å bosette.

Eksempel på god praksis: Tverrsektorielt samarbeid i kommunens vurdering av bosetting av flyktninger med særlige behov

Gjennom oppdraget har vi identifisert enkelte grep i kommunenes organisering av bosettingsarbeidet som ivaretar behovet for tverrsektorielt samarbeid og helhetlig tilnærming på en god måte. Eksempelet som beskrives her, viser hvilke rutiner Trondheim kommune har for å involvere relevante aktører og tjenester allerede i fasen hvor kommunen skal vurdere om de har nødvendig kompetanse og kapasitet til å gi et godt tilbud til den enkelte flyktning som skal bosettes.

Alle bosettingshenvendelser om bosetting av enslige voksne og barnefamilier fra IMDi til Trondheim kommune går til Flyktningbosetting ved Helse- og velferds kontor Lerkendal som har koordinerende ansvar for å planlegge bosettingen av flyktninger i kommunen. Dersom en flyktning kommunen blir forespurt om å bosette har særlige behov, kaller Flyktningbosetting inn aktuelle tjenester til et møte for å drøfte hvilket behov flyktningen vil ha for tilrettelegging og tjenester. I dette møtet vil det også fremkomme hvorvidt tjenestene opplever at de har relevant kompetanse og kapasitet til å gi et godt og egnet tilbud til flyktningen. Aktuelle aktører som ofte inviteres inn i slike formøter, er Flyktninghelseteamet, Kvalifiseringscenteret for innvandrere (INN), tolketjenesten, hjemmetjenesten, barne- og familietjenesten (helse og familiararbeid), ergoterapi, fysioterapi, skoler, m.fl. Koordinator for ekstratilskudd kobles også på allerede i denne fasen, for å vurdere behovet for å søke om tilskudd fra IMDi i forbindelse med bosettingen av flyktningen med særlige behov. Formålet med disse møtene er å finne ut av hva den enkelte flyktningen trenger ved bosetting og når det ordinære hjelpeapparatet skal kobles på. Flyktningbosetting har også oversikt over tilgjengelige boliger med egnet standard og tilpassing. Flyktningbosetting kobler på ergoterapitjenesten for å drøfte behov for tilrettelegging av bolig. I noen tilfeller har de også samarbeidet med Trondheim eiendom hvis det for eksempel har vært behov for å fjerne terskler.

En sjelden gang har flyktningen som skal bosettes store helseutfordringer og trenger heldøgns omsorg. I disse tilfellene kan saken løftes til kommunedirektøren, som har myndighet til å avgjøre saker som kan medføre store kostnader for kommunen over tid.

4.2 Sentrale økonomiske virkemidler ved bosetting av flyktninger med særlige behov

Vi har identifisert Tilskuddsordning for bosetting av personer med nedsatt funksjonsevne og/eller atferdsvansker (ekstratilskudd) (IMDi) og Tilskuddsordning for særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester (Hdir), som to sentrale økonomiske virkemidler som virker direkte på kommunenes mulighet til å bosette.

Videre forvalter Husbanken tilskuddsordninger som kan hjelpe kommunen med å dekke kostnader knyttet til boligfremskaffelse og -tilpassing, som vurderes som viktige virkemidler for å øke kommunenes tilbud av tilpassede kommunale boliger og plasser i sykehjem og omsorgsboliger.

I det følgende beskrives disse tilskuddsordningenes innretning, treffsikkerhet og identifiserte utfordringer, etterfulgt av en beskrivelse av samspillet mellom ordningene.

UDI forvalter ingen tilskudd som brukes i bosettingsprosessen, men tilbyr blant annet vertskommunetilskudd og økonomisk støtte på inntil 500 000 kr for oppfølging i asylmottak i form av omsorgstjenester. Bufdir forvalter ikke tilskudd som er rettet spesifikt mot flyktninger med særlige behov eller bosettingsprosessen, men har for eksempel tilskudd som kommuner kan søke for tilrettelegging for personer med nedsatt funksjonsevne og en rekke tilskudd for inkluderingstiltak.

Tilskuddene som UDI og Bufdir forvalter er ikke beskrevet nærmere i denne rapporten, fordi de ikke er identifisert som sentrale for kommunenes vurderinger av bosetting av flyktninger med særlige behov. Ordningene er like fullt viktige for kommunenes arbeid overfor målgruppene henholdsvis før og etter bosetting.

4.2.1 Tilskuddsordning for bosetting av personer med nedsatt funksjonsevne og/eller atferdsvansker (IMDi)

IMDi forvalter viktige økonomiske tilskuddsordninger²⁵ som blant annet skal bidra til å dekke kommunenes utgifter knyttet til bosetting og introduksjonsprogram og som skal bidra til å fremme bedre måloppnåelse i integreringsarbeidet. Tilskuddsordningen for bosetting av personer med nedsatt funksjonsevne eller atferdsvansker²⁶ er det mest sentrale og målrettede økonomiske virkemiddelet for bosetting av flyktninger med særlige behov.

Vår kartlegging viser at det fremste økonomiske virkemiddelet i forbindelse med bosetting av flyktninger med særlige behov er IMDis tilskuddsordning for bosetting av flyktninger med nedsatt funksjonsevne og/eller atferdsvansker, som kommuner kan få hvis de bosetter flyktninger med nedsatt fysisk og/eller psykisk funksjonsevne, voldelig atferd, rusproblemer eller alvorlige atferdsproblemer.

Tilskuddsordningens intensjon er å sette kommunene i stand til å bosette og tilrettelegge for flyktninger med særlige behov. Formålet er å fremme raskere bosetting av flyktninger med alvorlige, kjente funksjonsnedsettelse og/eller atferdsvansker. Tilskuddsordningen er todelt:

- Det kan utbetales engangstilskudd, Tilskudd 1, på 190 500 kr per person (2020-sats), som utbetales som sin helhet dersom kommunen kan sannsynliggjøre eller dokumentere utgifter for 100 000 kr (innslagspunkt) for én bosatt flyktning. Dette betyr at kommunen får overfinansiering på opptil 90,5 prosent. Dette skal gi kommunen anledning til å diagnostisere og prøve ut tiltak for personen som utløser tilskuddet.
- Den andre delen av tilskuddsordningen er et årlig tilskudd, Tilskudd 2, på inntil 1 361 000 kr (2020-sats) per år i inntil fem år etter første bosetting. Tilskudd 2 har innslagssum på 200 000 kr. Dette tilskuddet utmåles i henhold til faktiske ekstraordinære kostnader kommunen har i forbindelse med bosetting og tilrettelegging av den enkelte flyktningen.

²⁵ IMDi. Tilskudd. <<https://www.imdi.no/tilskudd/>>

²⁶ <https://www.imdi.no/tilskudd/tilskudd-for-bosetting-av-personer-med-nedsatt-funksjonsevne-eller-atferdsvansker/>

Tilskuddet kan blant annet dekke pedagogiske tiltak i opplærings situasjon, miljøarbeider/støttekontakt, miljøterapeut, brukerstyrt personlig assistent, psykiatrisk sykepleier, ekstraordinær bruk av tolk, transport til og fra lærested, ansvarsgruppemøter (inntil 20 000 kr), PPT-utredning og kommunal egenandel ved barnevernstiltak.²⁷

Kommunene må søke innen 13 måneder etter første bosettingsdato, uavhengig av om det søkes tilskudd 1 eller 2. Kommunene får utbetaling etter innvilgelse av søknaden, men forutsettes at kommunen har sendt inn krav om integreringstilskudd. Kommunene må søke tilskudd for hvert år og dokumentere med blant annet budsjett og regnskap.

Vi har sett nærmere på bruken av tilskuddsordningen fra IMDi for bosetting av personer med nedsatt funksjonsevne eller atferdsvansker. Tabell 4-1 viser antall år samme individ får innvilget tilskudd 2 blant flyktninger fra mottak og enslige mindreårige, for å illustrere bruken av tilskudd 2 i tilskuddsordningen.

Tabell 4-1: Antall år samme individ får innvilget tilskudd 2 blant flyktninger fra mottak og enslige mindreårige (2015-2019)

| Antall år med mottak av tilskudd 2 | Antall personer | Gjennomsnittlig tilskudd 2 per år i kroner |
|------------------------------------|-----------------|--|
| 1 år | 1 231 | 573 898 |
| 2 år | 448 | 645 384 |
| 3 år | 157 | 667 097 |
| 4 år | 40 | 647 315 |
| 5 år | 0 | N/A |

Kilde: IMDi. Dataene gjelder for årene 2015-2019. Merk at tidsserien kan skjule noen tilskuddsforløp, eksempelvis vet vi ikke hvor mange ganger det vil søkes tilskudd for et individ som mottok tilskudd 2 første gang i 2017.

Tabellen viser at det er mange søknader og innvilgelser av tilskudd 2 fra IMDi. Dataene antyder at det nokså sjeldent søkes og innvilges tilskudd 2 for samme individ over flere år. Det er uklart akkurat hva som er årsaken til dette, men det kan ifølge representanter fra IMDi henge sammen med at et par år etter bosetting overføres saker fra flyktingtjenesten i kommunen til NAV. Dersom dette er separate tjenester, kan det oppstå en risiko for at det ikke fortsettes å søke om tilskudd, at den enkelte ikke får tett nok oppfølging til å avdekke behovet sitt eller at overføringen av kunnskap om individet og aktuelle tiltak ikke er god nok. At få individer mottar tilskudd 2 over flere år kan også reflektere at kostnader ved bosetting avtar over tid, noe inntrykket også er fra gjennomførte intervjuer. Samtidig kan vi ikke utelukke at for enkelte individer vil behov for kostnadskrevenne tiltak kunne bli avdekket eller oppstå på et senere tidspunkt enn fristen for søknad om tilskudd 13 måneder etter bosetting.

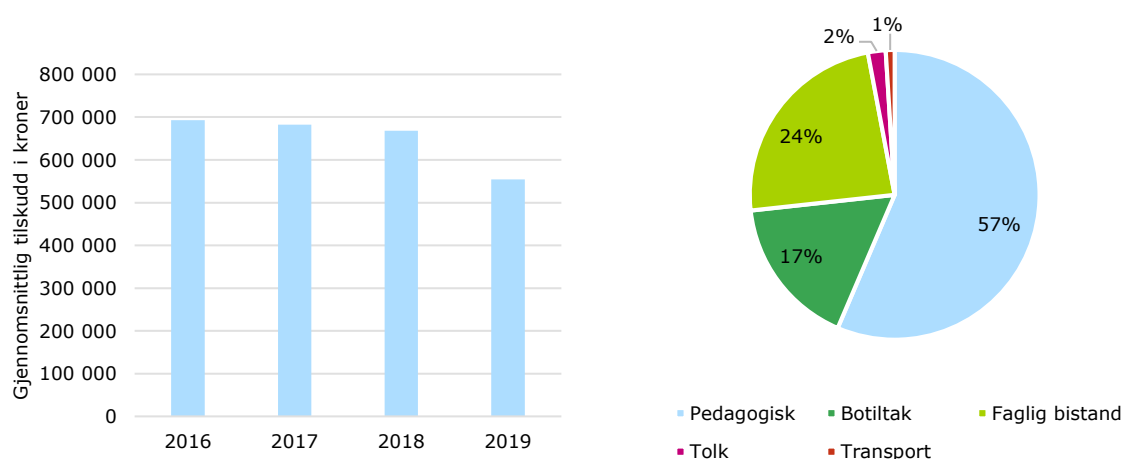
Tabellen viser også at gjennomsnittlig innvilget tilskudd 2 er en god del under den øvre tilskuddssatsen på omtrent 1,3 millioner kroner. Selv om det vil være individer som det innvilges maksimal tilskuddssats til for tiltakene i kommunen, tilsier gjennomsnittlig tilskuddsbeløp på tilskudd 2 at mange individer har behov for mindre ressurskrevenne tiltak. Dette kan reflektere at mange av individene i dataene kanskje ikke er spesielt lengeventende i mottak og slik sett ikke i målgruppen vi ser på.

For flyktninger med særlige behov som forventes å utløse ressurskrevenne tiltak i kommunen, kan man forvente at disse kjennetegnes ved at de mottar tilskudd 2 fra tilskuddsordningen til

²⁷ <https://www.imdi.no/tilskudd/tilskudd-for-bosetting-av-personer-med-nedsatt-funksjonsevne-eller-atferdsvansker/>

IMDi, og at de mottar dette over flere år. Av individene det ble innvilget tilskudd til for første gang i 2016, har totalt 40 individer mottatt tilskudd hvert år siden. Dette er 8 prosent av alle individer som fikk tilskudd første gang i 2016 (50 av 501). Gjennomsnittlig tilskudd i denne gruppen var i underkant av 700 000 i 2016, men synker noe per år, se Figur 4-2 på venstre side. Andelen i denne gruppen som mottok 80 % eller mer av mulig tilskuddssum var henholdsvis 25%, 23%, 15% og 8% i perioden 2016-2019.

Figur 4-2 Gjennomsnittlig tilskudd per år blant individer som har mottatt tilskudd hvert år i perioden 2016-2019 (venstre) og fordeling av tilskudd på utgiftskategori (høyre)



Kilde: IMDi. Dataene gjelder for årene 2015-2019. Merk at tidsserien kan skjule noen tilskuddsforløp, eksempelvis vet vi ikke hvor mange ganger det vil søkes tilskudd for et individ som mottok tilskudd 2 første gang i 2017. Det kan eksistere feilkilder i dataene som overvurderer tilskuddssum.

Figur 4-2 viser også (på høyre side) at over halvparten av totale tilskuddssummer til gruppen som har mottatt tilskudd hvert år fra 2016 til 2019 går til pedagogiske tiltak. 24 prosent går til faglig bistand, 17 prosent til botiltak og en svært liten andel til utgifter til tolk og transport. Når det gjelder pedagogiske tiltak vil det ifølge representanter fra IMDi ofte være slik at dette er mest aktuelt for de 2-3 første årene etter bosetting, og at det ikke søkes videre fordi tiltakene har fungert godt og behovet ikke lenger er tilstede, eller at pedagogiske tiltak ikke lenger er relevant.

Vår kartlegging viser at tilskuddsordningen er viktig for kommunenes økonomiske mulighet til å bosette flyktninger med særlige behov, fordi det bidrar til å dekke kostnader knyttet til tjenester flyktningen får i kommunen i en begrenset periode etter bosetting. Tilskuddsordningen er målrettet i den forstand at den utelukkende gjelder flyktninger med særlige behov og bosettingsfasen (de første fem årene etter bosetting). Målgruppen for tilskuddsordningen er imidlertid svært heterogen, og utløser kostnader av ulikt omfang. Samlet sett bidrar innretningen av ordningen til at det likevel er stor økonomisk usikkerhet for kommunen knyttet til å bosette en svært heterogen gruppe med ulike særlige behov. Dette diskuteres nærmere i kapittel 7.3.

4.2.2 Tilskudd for særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester (Hdir)

Helsedirektoratet forvalter Tilskudd for særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester. Alle kommuner kan søke om delvis refusjon av direkte lønnsutgifter knyttet til særlige ressurskrevende helse- og omsorgstjenester til sine innbyggere. Tilskuddet utgjør 80 prosent av restbeløpet. Innslagspunktet for denne tilskuddsordningen er der IMDis tilskuddsordning slutter, på 1 361 000 kr (2020-sats). Beregningsgrunnlaget for refusjonen er faktisk påløpte direkte lønnsutgifter, fratrukket enkelte øremerkede tilskudd (men ikke IMDi-tilskuddet), brukerbetaling

og innslagspunktet. Det skal foreligge et gyldig enkeltvedtak for at tjenestemottaker kan tas med i søknaden fra kommunen. Personer over 67 år omfattes ikke av ordningen.²⁸

4.2.3 Husbankens boligvirkemidler

Husbanken forvalter en rekke tilskudds- og låneordninger. Ordningene er enten personrettede og gis til enkeltpersoner via kommunene, eller er ordninger som kommunene kan søke for å øke tilgangen på eller tilpasse kommunale boliger. Noen av disse boligvirkemidlene kan påvirke kommunenes tilgang på egnede boliger, og slik virke direkte eller indirekte på kommunenes muligheter til å bosette flyktninger med særlige behov. De personrettede virkemidlene er mindre relevante for selve fremskaffelsen av en egnet bolig, men bostøtteordningen kan for eksempel gi kommunene en visshet om at vedkommende vil trenge lavere sosialhjelp fra kommunen. I forbindelse med fremskaffelse av tilpassede boliger som kan brukes til å bosette flyktninger med særlige behov, har vi identifisert *tilskudd til utleieboliger* som det mest sentrale økonomiske virkemiddelet Husbanken forvalter. Kommunene kan søke Husbanken om tilskudd til utleieboliger for enten oppføring av ny bolig, kjøp av brukt bolig eller ombygging av annen bygningsmasse til boligformål. Dette kan gjøres for å fremskaffe en tilpasset bolig til enkeltpersoner dersom kommunen ikke har en egnet bolig, enten for flyktninger som bosettes eller for andre innbyggere med behov for tilpasset bolig. Søknadsprosessen for tilskuddet gjøres gjennom digitalt søknadsskjema og kommunen må søke innen ett år fra boligen ble anskaffet eller ferdig oppført. Tilskuddet til utleieboliger gis etter faste satser som er gitt av departementet. Det maksimale tilskuddet tilsvarer en bolig på 80 kvadratmeter primærrrom. Kommunene kan også søke om *investeringstilskudd til omsorgsboliger og sykehjem* fra Husbanken. Dette tilskuddet skal bidra til at kommunene kan øke sitt tilbud av sykehjemsplasser og omsorgsboliger for personer som har behov for helse og omsorgstjenester hele døgnet.²⁹ Tilskuddet kan gis til kommunene for å fremskaffe plasser i institusjon, omsorgsbolig, fellesareal i eksisterende omsorgsbolig og døgnomsorgsplasser.³⁰ Dette tilskuddet brukes for større planlagte prosjekter i kommunen, og ikke i forbindelse med fremskaffelse av bolig eller sykehjemsplass til enkeltpersoner. Tilskuddet kan imidlertid ha indirekte virkning på om kommunene har slike plasser tilgjengelig når de blir forespurt om å bosette en flyktning med særlige behov.

4.2.4 Samspill mellom tilskuddsordningene og bruk av ordningene i kommunene

Satsene i de to tilskuddene som forvaltes av henholdsvis IMDi og Hdir er i dag samordnet, ved at innslagspunktet for Tilskudd for særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester tangerer maksimumsbeløpet for Tilskudd for bosetting av personer med nedsatt funksjonsevne eller atferdsvansker.³¹ IMDi's tilskudd for flyktninger med alvorlige funksjonshemminger eller atferdsvansker (tilskudd 2 under kap 821, post 60) skal ikke trekkes fra ved utmåling av refusjon ved Hdir-tilskuddet.³²

²⁸ Jf. Helsedirektoratets Rundskriv IS-4/2018. Hentet fra: <<https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/saerlig-ressurskrevende-helse-og-omsorgstjenester/Rundskriv%20IS-42020%20-%20Tilskuddsordning%20for%20saerlig%20ressurskrevende%20helse-%20og%20omsorgstjenester%20oppdatert.pdf>/attachment/inline/df9e0b43-ab01-4718-a387-78f5e65aee67:c0764afc842c8e04532b46e9adc05b30bb12c21a/Rundskriv%20IS-42020%20-%20Tilskuddsordning%20for%20saerlig%20ressurskrevende%20helse-%20og%20omsorgstjenester%20oppdatert.pdf>

²⁹ Forskrift om investeringstilskudd fra Husbanken, 2008, § 1

³⁰ Forskrift om investeringstilskudd fra Husbanken, 2008, § 2

³¹ Jf. Helsedirektoratets Rundskriv IS-4/2018. Hentet fra: <<https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/saerlig-ressurskrevende-helse-og-omsorgstjenester/Rundskriv%20IS-42020%20-%20Tilskuddsordning%20for%20saerlig%20ressurskrevende%20helse-%20og%20omsorgstjenester%20oppdatert.pdf>/attachment/inline/df9e0b43-ab01-4718-a387-78f5e65aee67:c0764afc842c8e04532b46e9adc05b30bb12c21a/Rundskriv%20IS-42020%20-%20Tilskuddsordning%20for%20saerlig%20ressurskrevende%20helse-%20og%20omsorgstjenester%20oppdatert.pdf>

³² Jf. Helsedirektoratets Rundskriv IS-4/2018. Hentet fra: <<https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/saerlig-ressurskrevende-helse-og-omsorgstjenester/Rundskriv%20IS-42020%20-%20Tilskuddsordning%20for%20saerlig%20ressurskrevende%20helse-%20og%20omsorgstjenester%20oppdatert.pdf>/attachment/inline/df9e0b43-ab01-4718-a387-78f5e65aee67:c0764afc842c8e04532b46e9adc05b30bb12c21a/Rundskriv%20IS-42020%20-%20Tilskuddsordning%20for%20saerlig%20ressurskrevende%20helse-%20og%20omsorgstjenester%20oppdatert.pdf>

Dette betyr at kommunene kan få dekket 80 prosent av kostnader som den bosatte flyktingen utløser over maksimalgrensen for IMDi-tilskudd 2. I løpet av de fem årene kommunen kan motta tilskuddet fra IMDi, kan IMDi-tilskuddet i stor grad dekke kommunens egenandel slik Hdir-tilskuddsordning er innrettet. Etter at tilskuddsperioden for IMDi-tilskuddet på fem år er over, kan kommunen fortsatt få dekket utgifter som flyktingen utløser over innslagspunktet på 1 361 000 kr (2020-sats). Da vil kommunen imidlertid måtte dekke utgifter opptil dette innslagspunktet, i tillegg til en egenandel på 20 prosent av utgiftene som overstiger innslagspunktet. Selv om satsene i disse to tilskuddsordningene som forvaltes av henholdsvis IMDi og Hdir er samordnet, er det uvisst hvor godt dette utnyttes eller koordineres i kommunene i dag. Våre funn viser at ansvaret for å søke de to tilskuddene ligger i to ulike etater i kommunene og at ansatte som søker om ekstratilskudd fra IMDi har begrenset kjennskap til Helsedirektoratets tilskuddsordning og hvorvidt denne ordningen blir benyttet overfor de samme brukerne, og vice versa. I tillegg har de to tilskuddene ulike søknads- og rapporteringssystem og selve forvaltningen er delt mellom to sektorer i henhold til sektoransvarprinsippet.

Når det gjelder tilskuddene som forvaltes av Husbanken, er det ofte en eiendomsavdeling, teknisk avdeling eller liknende som har ansvaret for selve anskaffelsen av tilpassede kommunale boliger gjennom kjøp, oppføring eller ombygging, og som søker om tilskudd fra Husbanken ved behov. Dette varierer imidlertid mellom kommuner. I slike tilfeller er det tjenester innenfor én sektor som vurderer boligbehovet til brukeren (for eksempel helse- og omsorgssektoren), og en annen sektor som står for selve anskaffelsen (for eksempel eiendomskontor). Også her er ansvaret fordelt på ulike sektorer i kommunene, og krever et godt samarbeid på tvers internt. Ansvaret for å søke tilskudd fra Husbanken kan dermed også ligge i ulike sektorer.

Eksempel på god praksis: Rutiner i kommunen for å fange opp behov for tilrettelegging hos bosatte flyktninger og søke tilskudd

Enkelte psykiske og kognitive lidelser eller atferdsvansker kan komme til syne først etter bosetting. Vi har identifisert en god praksis i Kristiansand kommune for å fange opp behov for tilrettelegging og søke om tilskudd fra IMDi til dette. Introduksjonsavdelingen i Kristiansand, som er ansvarlig for å søke ekstratilskudd, har et godt samarbeid med førstelinjen for å fange opp spesielle behov som dukker opp i tiden etter bosetting. Dette er spesielt aktuelt når den bosatte har helseutfordringer som er vanskelige å avdekke eller tar tid å avdekke, som psykiske eller psykososiale lidelser, traumer, kognitive utfordringer og atferdsvansker. Koordinator for ekstratilskuddet jobber tett med programrådgivere i introduksjonsprogrammet, og har etablert et godt samarbeid med for eksempel barnehager, barnevern, skoler og mottaksskoler, voksenopplæringen og andre tjenester som har regelmessige møter med de bosatte flyktingene. Noen av disse etatene har faste kontaktpersoner opp mot introduksjonsavdelingen. Samarbeidet mellom introduksjonsavdelingen og tjenestene bidrar til at tilretteleggingsbehov fanges opp, dokumentasjon samles inn på en effektiv måte og at kommunen får søkt om tilskudd for å dekke tiltakene. Etter kommunesammenslåing jobber Introduksjonsavdelingen for å tilpasse rutinene nye strukturer i kommunen.

4.2.5 Identifiserte utfordringer ved de sentrale økonomiske virkemidlene

Manglende koordinering av tilskuddene innad i kommunen, kan forhindre god utnyttelse av det samlede tilskuddsapparatet som ulike direktorater forvalter. Det er også en utfordring at ikke alle kommuner synes å kjenne til tilskuddsordningene, har kompetanse til å søke eller har rutiner og samarbeid som gjør at de fanger opp behovene og går i dialog med personer som har ansvar for å søke om tilskudd.

I tillegg er det identifisert noen utfordringer knyttet til de enkelte tilskuddsordningene, som fremkommer under.

Tilskuddsordning for bosetting av personer med nedsatt funksjonsevne og/eller atferdsvansker (IMDi)

Kommunene skal levere sine tjenester innenfor bestemte økonomiske rammer som ofte oppleves som knappe. For kommunene er det viktig med visshet om at bosetting av flyktninger ikke går ut over kommunebudsjettet slik at konsekvensen blir at man må redusere tjenestetilbudet til innbyggerne generelt. Vi har identifisert noen utfordringer knyttet til tilskuddsordningens innretning som gjør at kommunene opplever økonomisk usikkerhet knyttet til bosetting av flyktninger med særlige behov:

- Tjenestetilbudet kommunen yter til den bosatte flyktningen kan vare lenger enn de fem årene tilskuddsordningen til IMDi gjelder. Etter fem år får kommunene betydelige netto utgifter, ettersom Hdirs tilskudd kun dekker 80 prosent av utgifter flyktningen utløser som overstiger 1 361 000 kr (2020-sats). Dermed vil en *raskere* bosetting av flyktninger med særlige behov gi kommunen økte netto utgifter knyttet til den bosatte over lengre tid. Tilskuddet er det samme enten kommunene bosetter raskt eller tregt, og mangler derfor insentiv til å bosette flyktninger med særlige behov *raskere*. Dette gjelder spesielt de flyktningene som har behov for heldøgnsbemanning og som antas å utløse langvarige og kostnadskrevende tjenester i bosettingskommunen.
- Kommuner må i dag søke om tilskudd innen 13 måneder etter bosetting. Ifølge informantene er denne fristen vanskelig å overholde i en del av bosettingssakene hvor den bosatte kan ha psykiske, psykososiale og kognitive utfordringer som kan ta tid å avdekke. Informantene fra kommuner har flere eksempler på bosatte personer med denne typen helseutfordringer som er avdekket først to eller tre år etter bosetting. Det kan også være lang ventetid i kommunal/fylkeskommunal pedagogisk-psykologisk tjeneste eller i spesialisthelsetjenesten som gjør at utredning og dokumentasjon av flyktningens helsetilstand ikke er på plass innen fristen.
- Informantene opplever tidvis lang behandlingstid på søknader om tilskudd. T2 betales i utgangspunktet etterskuddsvis, selv om det er muligheter for å søke på budsjett. Kommunene opplever derfor noe usikkerhet knyttet til hva de får innvilget tilskudd til og ikke. Kommunene skal yte nødvendig helsehjelp så raskt etter bosetting som mulig, og kan risikere at regningen må tas av kommunen dersom de i etterkant får tilsagn om mindre beløp enn de har søkt om.
- Kommunene opplever å ha utgifter knyttet til bosetting av flyktninger med særlige behov som ikke dekkes av tilskuddsordningen.
 - Dette gjelder på den ene siden forberedelser kommunen gjør før bosettingen for å forberede riktige tiltak i kommunen. Dette kan for eksempel innebære besøk på asylmottak for å snakke med ansatte og flyktningen selv. Denne typen kartlegging gjøres av kommunen først etter at de har sagt ja til bosetting, men kommunene er bevisste på at forberedelsene knyttet til bosettingen krever arbeidsressurser i tilfeller hvor begrenset helseinformasjon fremkommer gjennom forespørselen fra IMDi. Dette er også knyttet til en utfordring rundt eksisterende kartlegging, informasjon og informasjonsflyt om flyktningenes helsetilstand og tjenestebehov som diskuteres i kap. 4.3.7. Denne utfordringen gjelder spesielt for personer med mindre omfattende helseutfordringer og tilretteleggingsbehov.

- På den andre siden oppgir kommunene også at de bruker mye tid på møtevirksomhet og administrasjon rundt enkeltpersoner med særlige behov som skal bosettes og som er bosatt. Dette dekkes i liten grad av tilskuddsordningen i dag. Fremskaffelse av dokumentasjon, blant annet av administrativt arbeid som søkes dekt av tilskuddet, oppleves også som ressurskrevende.
- Kommunene opplever at det er strenge dokumentasjonskrav knyttet til søknad om tilskudd gjennom denne ordningen. Kommunene bruker både tid og ressurser på å få på plass nok dokumentasjon. Det vises for eksempel til at man trenger en uttalelse av spesialisthelsetjenesten for hvert år man søker om tilskudd 2 for en flyktning. Flere ønsker at fastlegen, som ofte både kjenner flyktningens behov godt og er mer tilgjengelig, kunne gi en uttalelse som kunne brukes som dokumentasjon. Strenge dokumentasjonskrav setter også visse krav til kompetanse i å søke tilskudd, som ikke alle kommuner nødvendigvis har. Dette kan føre til skjevheter i hvilke kommuner som benytter ordningen.

Tilskudd for særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester (Hdir)

Følgende utfordringer med Helsedirektoratets tilskudd fremheves:

- Bosetting av flyktninger med særlige behov innebærer økte netto utgifter for bosettingskommunen selv om de skulle kjenne til og benytte denne tilskuddsordningen. Dette skyldes at tilskuddsordningen dekker 80 prosent av kommunens utgifter og kommunen får en egenandel.
- Tilskuddsordningen omfatter ikke personer over 67 år. Kommunene må derfor dekke alle utgiftene for særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester etter at pasienten har fylt 67 år.

Husbandens tilskudd

Våre funn viser ingen betydelige mangler eller utfordringer knyttet til Husbandens tilskudd som virker forsinkende på bosettingen av flyktninger. Selve prosessen med å kjøpe, oppføre eller bygge om boligmasse til en tilpasset bolig kan være en tidkrevende prosess – uavhengig av tilskuddet fra Husbanden.

4.3 Sentrale pedagogiske virkemidler ved bosetting av flyktninger med særlige behov

I dette kapitlet beskriver vi sentrale pedagogiske virkemidler i bosettingsprosessen for flyktninger med særlige behov. De pedagogiske virkemidlene retter seg primært mot kommunene, tjenesteytere i kommunene og sluttbrukere og har til formål å informere, lære opp eller bevisstgjøre disse målgruppene.

4.3.1 IMDis pedagogiske virkemidler

Bosetting av flyktninger er en frivillig oppgave for kommunene, og verken IMDi eller andre statlige aktører har sanksjonsmuligheter eller mulighet til å pålegge kommunene å bosette. Kommunenes arbeid og innsats er helt sentral for at statlige aktører som IMDi skal nå sine målsettinger om raskere bosetting. Samarbeidet med kommunene er svært viktig for gjennomføringen av bosettingsoppgaven, og IMDis pedagogiske virkemidler er viktige i arbeidet opp mot kommunene. IMDi driver et omfattende veilednings-, oppfølgings-, informasjons- og opplæringstilbud for kommunene, i form av nettverkssamlinger, kurstilbud og utarbeiding av informasjons- og opplæringsmateriell.

IMDi har godt tilgjengelig informasjon om tilskuddsordningen for bosetting av personer med nedsatt funksjonsevne på sine nettsider³³ og i eget rundskriv³⁴. På nettsidene oppgis også kontaktpersoner i IMDi som kan kontaktes ved spørsmål om tilskuddet eller søknadsprosessen. Før omorganiseringen 1.1.2020, hadde IMDis regionkontorer en del kontakt med bosettingskommunene for å gi råd og veiledning i forbindelse med bosettingsspørsmål. IMDi har gjennom regionkontorene vært tett på praksisfeltet og hatt en tett dialog og oppfølging av enkeltkommuner, i tillegg til de nasjonale arenaene for kontakt, informasjonsdeling og erfaringsutveksling.

I dag foregår bosettingsdialogen mellom IMDi og kommunene primært gjennom fagsystemet for bosetting, IMDinett. Kommuner kan melde inn sak gjennom IMDinett dersom de har spørsmål om fordeling av flyktninger og det konkrete bosettingsarbeidet. Generell anmodning om bosetting av et antall personer, samt fordeling av enkeltpersoner, sendes også fra IMDi til kommunen gjennom IMDinett. Kommunen må deretter besvare fordelingen (dvs. svare ja eller nei til bosetting). Etter at kommunen har svart ja til å bosette den enkelte flyktning, får saksbehandlere i kommunen tilgang til mer detaljert informasjon om vedkommende. IMDi har brukerveiledning for kommunebrukere på sine nettsider.³⁵

Funnene fra undersøkelsen viser imidlertid at det er mer omfattende kontakt og samtaler mellom IMDi, asylmottak og bosettingskommune i saker som omfatter flyktninger med spesielt store helseutfordringer for å tilrettelegge for en god bosettingsprosess.

Gjennom intervjuer informerer IMDi om at de har hatt spesielle opplæringstiltak knyttet til tilskuddsordningen for bosetting av personer med nedsatt funksjonsevne eller atferdsvansker. Behovet for slike tiltak har oppstått fordi det kan se ut som kommuner benytter seg av tilskuddsordningen i ulik grad og på grunn av en mistanke om underforbruk av tilskuddsordningen. IMDi har blant annet informert om ordningen og hva man kan søke tilskudd til på samlinger med kommuner, og har opplevd at ordningen er brukt mer i etterkant av slike tiltak.

4.3.2 Hdirs pedagogiske virkemidler

En viktig del av Hdirs pedagogiske arbeid er å utarbeide og formidle normerende produkter som inneholder råd og anbefalinger til helsetjenestene og til befolkningen. Disse produktene har til hensikt å sikre kvalitet i tjenestene, hindre uønsket variasjon, bidra til riktige prioriteringer i tjenesten og løse samhandlingsutfordringer. De normerende produktene beskriver helsemyndighetenes oppfatning av hva som er god praksis, tolkning av relevant regelverk og prioriteringer som samsvarer med politiske føringer på helse- og omsorgstjenesteområdet. Råd og anbefalinger fra Hdir er imidlertid ikke rettslig bindende for tjenesteyterne. Anbefalingene Hdir gir er enten sterke (Hdir «anbefaler», eller man «bør») eller svake/betingede (Hdir «foreslår», eller man «kan»), avhengig av om anbefalingen vil gjelde de aller fleste eller om ulike valg kan være riktig for ulike pasienter.³⁶ Selv om anbefalingene ikke er juridisk bindende kan det være nødvendig å følge råd og anbefalinger for å oppfylle kravene om faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester som alle innbyggere har krav på.

³³ <https://www.imdi.no/tilskudd/tilskudd-for-bosetting-av-personer-med-nedsatt-funksjonsevne-eller-atferdsvansker/>

³⁴ Rundskriv for tilskuddsordning Rundskriv 05/2019. Tilskuddsordning for bosetting av personer med nedsatt funksjonsevne

³⁵ <https://www.imdi.no/nir-og-bosetting/bosetting/>

³⁶ Helsedirektoratet (2019). *Om Helsedirektoratets normerende produkter*. Hentet fra: <<https://www.helsedirektoratet.no/produkter/om-helsedirektoratets-normerende-produkter>>

Den nasjonale veilederen «Helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente»³⁷ beskriver blant annet målgruppens rettigheter, og kommunens, statens, UDIs og fylkeskommunens ansvar for å yte helsehjelp og helsepersonells ansvar for å sikre god informasjon og kommunikasjon. Veilederen beskriver også helsetjenester for målgruppen og psykososial oppfølging. Det finnes en egen veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene.³⁸

Veilederen «Helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente» beskriver rutiner for videresending av helseopplysninger, basert på helsepersonelloven og pasient- og brukerrettighetsloven. Hovedprinsippet er at overføring av helseinformasjon er basert på pasientens samtykke. Det står videre at dersom pasienten samtykker, og helseopplysningene er nødvendig for å yte helsehjelp, bør pasientjournal overføres fra fastlege/kommunehelsetjeneste i mottakskommunen til fastlege/kommunehelsetjeneste i bosettingskommunen.³⁹

Helsedirektoratet anbefaler at kommunene gjennomfører helseundersøkelse for alle flyktninger, asylsøkere og familiegjenforente tre måneder etter ankomst for å kartlegge eventuelle behov for psykisk og/eller somatisk oppfølging.⁴⁰ Veilederen presiserer også at personer med særskilte behov bør identifiseres og følges opp så tidlig som mulig etter ankomst til landet.⁴¹ Hdir skriver i veilederen at helsepersonell i bosettingskommunen bør innhente helseopplysninger med brukerens samtykke og opplyse om rettigheter og ansvar for helsehjelp.⁴² Helseopplysninger hentes fra helsevesenet (fastlege, kommunehelsetjeneste eller spesialisthelsetjeneste). Mottak kan derimot gi opplysninger om behov for oppfølging og tilrettelegging av boløsning.

Helsedirektoratet informerer om og beskriver tilskuddsordning for Tilskuddsordning for særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester i kommunene i Rundskriv IS-4/2020 til landets kommuner.⁴³

4.3.3 Husbankens pedagogiske virkemidler

Kommunene har hovedansvaret for å hjelpe vanskeligstilte på boligmarkedet til å skaffe og opprettholde en bolig. Kommunene har også ansvar for samfunnsplanlegging og å utvikle gode bomiljøer. Husbanken skal tilrettelegge for at kommunene kan ivareta denne oppgaven og ansvaret⁴⁴ og Husbanken disponerer en rekke virkemidler som skal bidra til å realisere de

³⁷ Helsedirektoratet (2015). *Helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente*. Sist faglig oppdatert 24. april 2020. Hentet fra: <<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/helsetjenester-til-asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente>>

³⁸ Helsedirektoratet (2011). *Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene*. Hentet fra: <[https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kommunikasjon-via-tolk-for-ledere-og-personell-i-helse-og-omsorgstjenestene/God%20kommunikasjon%20via%20tolk%20-%20Veileder%20for%20ledere%20og%20personell%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenestene%20\(fullversjon\).pdf/_attachment/inline/90658993-97c6-44db-a9c0-6ea6e2d2f4e7:eb7dc3bc5ab2de93f379fbb9f0313ef3182f2007/God%20kommunikasjon%20via%20tolk%20-%20Veileder%20for%20ledere%20og%20personell%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenestene%20\(fullversjon\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kommunikasjon-via-tolk-for-ledere-og-personell-i-helse-og-omsorgstjenestene/God%20kommunikasjon%20via%20tolk%20-%20Veileder%20for%20ledere%20og%20personell%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenestene%20(fullversjon).pdf/_attachment/inline/90658993-97c6-44db-a9c0-6ea6e2d2f4e7:eb7dc3bc5ab2de93f379fbb9f0313ef3182f2007/God%20kommunikasjon%20via%20tolk%20-%20Veileder%20for%20ledere%20og%20personell%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenestene%20(fullversjon).pdf)>

³⁹ Helsedirektoratet (2011). *Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene*. Kap. 3.3. Hentet fra: <<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/helsetjenester-til-asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente/journalforing-helseattester-og-videresending-av-helseopplysninger/videresending-av-helseopplysninger>>

⁴⁰ Helsedirektoratet (2011). *Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene*. Kap. 4.5. Hentet fra: <<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/helsetjenester-til-asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente/helseundersokelser-av-asyloskere-flyktninger-og-familiegjenforente/helseundersokelse-ved-tre-maneder>>

⁴¹ Helsedirektoratet (2011). *Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene*. Kap. 4.2. Hentet fra: <<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/helsetjenester-til-asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente/helseundersokelser-av-asyloskere-flyktninger-og-familiegjenforente/tidlig-identifisering-av-oppfolgingsbehov>>

⁴² Helsedirektoratet (2011). *Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene*. Kap. 8.2. Hentet fra: <<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/helsetjenester-til-asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente/helse-og-omsorgstjenester-for-bosatte-flyktninger-og-familiegjenforente/bosatte-som-kommer-fra-asylmottak>>

⁴³ Helsedirektoratet. *Rundskriv IS-4/2020 - Tilskuddsordning for særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester i kommunene*

⁴⁴ Det kongelige Kommunal- og moderniseringsdeparterementet (2019). *Tildelingsbrev 2019 – Husbanken*. Tilgjengelig på: <https://www.regjeringen.no/contentassets/6ed06d0c878446889f5d59c96feb3fe6/2019_husbanken.pdf>

boligsosiale målene. Blant Husbankens pedagogiske arbeid opp mot kommunene inngår både nasjonale tiltak, regionale tiltak, veiledning direkte til enkeltkommuner og informasjonsdeling og veiledning på Husbankens nettsider og på veiviseren.no.

Husbanken tilbyr blant annet kommunene hjelp til planlegging og gjennomføring av boliganskaffelser. Husbankens seks regionkontorer er førstelinje ut mot kommunene, og jobber blant annet med å utvikle og formidle kunnskap og kompetanse og behandle søknader om lån og tilskudd fra kommunene.⁴⁵ På den måten kan Husbanken for eksempel bidra til å styrke kommunenes boligsosiale arbeid og planlegging av boligmasse, noe som kan påvirke mulighetene til å bosette flyktninger med særlige behov.

Husbanken har inngått et samarbeid med kommunene, kalt Husbankens kommuneprogram 2016-2020, for å nå målene i den nasjonale strategien Bolig for velferd. Kunnskapsutvikling, deling, læring og formidling av resultater står sentralt i Husbankens kommuneprogram. Programmet skal være et hjelpemiddel i å videreutvikle det boligsosiale faget og økonomiske virkemidler. Husbanken skal ha en veiledende rolle gjennom å innhente og bearbeide regional og nasjonal kunnskap fra kommunene i tillegg til at de skal tilrettelegge for nettverk og samlinger hvor kommunene kan dele erfaringer og resultater med hverandre. Grunntilbudet i Husbankens kommuneprogram gjelder alle kommuner, og innebærer blant annet deltakelse en årlig regional læringsarena og en årlig nasjonal konferanse, digitale kurs, opplæring i enkelte tilskuddsordninger, møter med Husbanken og analyser av utfordringer i kommunene som kan gi mer skreddersydd bistand. Husbanken har i tillegg til dette et eget storbyprogram for Oslo, Bergen, Trondheim, Stavanger og Drammen og et by- og tettstedsprogram med 70 kommuner.⁴⁶

4.3.4 Bufdirs pedagogiske virkemidler

Buudir jobber innenfor områdene likestilling, oppvekst, barnevern, familievern, m.m. Buudir har et såkalt normativt ansvar overfor kommunene. Med dette forstår vi at kommunene har et stort handlingsrom, men at Buudir kan gi råd til kommunene. Bruk av pedagogiske virkemidler er svært viktig i dette arbeidet.

Som fagdirektorat for likestilling har Buudir en viktig pådriverrolle overfor kommunene og staten for at de skal jobbe med likestilling og inkludering, og jobber således med tematikk som kan være viktig for å få til bosetting i kommunene. Det handler blant annet om at bosatte flyktninger med særlige behov, og andre målgrupper, får de tjenestene de har krav på.

Flyktninger med særlige behov kan være utsatt for dobbel diskriminering, og kan ofte falle mellom ansvarsområder. Buudir jobber derfor for å fremme koordinering av tjenester. Buudir jobber for å informere både stat, kommune og innbyggere om rettigheter, og tilrettelegger en del informasjonsmaterieell for minoritetsspråklige brukere ved å lage og spre informasjon på ulike språk. Buudir har også ulike prosjekter for å avdekke og forebygge ulike former for økonomiske overgrep, omsorgssvikt og vold og overgrep som personer med kognitive utfordringer kan være spesielt utsatt for.

Som faglig rådgiver for departementet og kompetanseorgan for sektorområdet, offentlige aktører og allmenheten har Buudir en viktig rolle i å produsere og formidle kunnskap innenfor sine ansvarsområder.

⁴⁵ Husbanken. *Årsrapport 2019*.

⁴⁶ Husbanken (2018). *Programbeskrivelse. Husbankens kommuneprogram 2016-2020*.

4.3.5 UDIs pedagogiske virkemidler

I forbindelse med bosetting og integrering har UDI i hovedsak en rolle som tilrettelegger og samarbeidspartner. UDI tilrettelegger for og samarbeider med IMDi, kommuner og andre aktører på bosettingsfeltet. Mottaket være bindeledd mellom IMDi og beboere på den ene siden og mellom beboere og bosettingskommune på den andre siden, for å få til en god overgang fra mottak til bosettingskommune.

UDI har dialog med IMDi om enkeltpersoner som er bosettingsklare. I tilfeller hvor beboere i mottak venter spesielt lenge på bosetting, hender det at UDI har kontakt med IMDi for å forsøke å fremskynde bosettingen. UDI har kontinuerlig dialog med IMDi i disse sakene og har også de siste årene hatt jevnlige møter med IMDi angående bosetting i ressurskrevende saker. UDI informerer om at de det siste året har hatt månedlige møter med IMDi hvor de har gjennomgått hver enkelt beboer som skal bosettes fra TA, Særbol, institusjonsplass eller sykehjem.

Videre tilrettelegger mottakene for at beboere skal få de tjenestene de har krav på mens de venter på bosetting i kommune. Mottakene skal tilrettelegge for at helse og andre tjenester for beboere i mottak kan gjøre sin jobb, slik som helsekartlegging i mottak. Selve helsekartleggingen skal gjennomføres av helsevesen i vertskommune. Mottakene kartlegger og registrerer bosettingsrelevant informasjon, som beboerens fungering i hverdagen, behov for oppfølging og tilrettelegging av bolig.

Det drives også bosettingsforberedende arbeid i mottak.^{47 48} UDI/mottak gir informasjon, råd og veiledning til mottaksbeboere som venter på bosetting. Mottakene tilrettelegger for og bistår beboere i målgruppen med kompetansekartlegging. Ansatte på mottakene skal være oppdatert på IMDis bosettingsrutiner og gi beboerne bosettingssamtale med informasjon om hva som skjer når de skal bosettes i kommune. Alle mottak gir beboerne et informasjonsprogram, hvor blant annet helse er et fast tema. For øvrig organiserer mottaket i samråd med bosettingskommune det praktiske rundt selve flyttingen til bosettingskommune.

4.3.6 Samspill

Helsedirektoratets veileder «Helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente» viser både til IMDis nettsider om tolketjeneste og til tilskuddsordning for bosetting av flyktninger med nedsatt funksjonsevne og/eller atferdsvansker. Veilederen har et eget kapittel som beskriver bosetting av flyktninger med ressurskrevende helseproblemer. Veilederen viser også til UDIs retningslinjer.

I Helsedirektoratets Rundskriv IS-4/2020 - Tilskuddsordning for særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester i kommunene viser til IMDis bosettingsfremmende tilskudd for bosetting av flyktninger med nedsatt funksjonsevne og/eller atferdsvansker. IMDis rundskriv Rundskriv 03/2018 for tilskuddsordning for bosetting av personer med nedsatt funksjonsevne og/eller atferdsvansker 2018, viser også til Helsedirektoratets tilskudd for særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester i kommunene.

I tillegg samarbeider Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Helsedirektoratet, Integrerings- og mangfoldsdirektoratet, Husbanken, Arbeids- og velferdsdirektoratet og Kriminalomsorgsdirektoratet om nettstedet [veiviseren.no](https://www.veiviseren.no)⁴⁹. Veiviseren samler informasjon på

⁴⁷ UDI 2009-040 Krav til bosettingsforberedende arbeid i asylmottak. Hentet fra: <<https://www.udiregelverk.no/rettskilder/udi-retningslinjer/udi-2009-040/>>

⁴⁸ UDI 2017-010V2 Informasjonsplan for voksne beboere i ordinære mottak. Hentet fra: <<https://www.udiregelverk.no/rettskilder/udi-retningslinjer/udi-2017-010/udi-2017-010v2/>>

⁴⁹ <https://www.veiviseren.no/>

bolig- og tjenesteområdet på både strategisk og operativt nivå. Nettstedet fungerer som en digital verktøykasse for både kommuner, direktorater og andre samarbeidsparter. Formålet med nettstedet er å heve kompetansen blant disse aktørene, samt bidra til likere og mer transparent praksis. Veiviseren er et godt eksempel på koordinert formidling fra flere direktorater til kommuner og andre aktører som jobber med tverrfaglige spørsmål rundt hovedmålgrupper. Flyktninger med særlige behov representerer en undermålgruppe som det imidlertid er mindre tilpasset og samordnet informasjonsdeling om. Dette er imidlertid en gruppe som kan falle mellom ansvarsområder i kommunene fordi det kan være uklareheter rundt ansvar og rettigheter.

Eksempel på god praksis: Koordinert formidling fra direktoratene

Veiviseren.no ble utviklet som et tiltak i strategien Bolig for velferd. Veiviseren er et samarbeid mellom Barne-, ungdoms- og familiedirektorater, Helsedirektoratet, Integrerings- og mangfoldsdirektoratet, Husbanken, Arbeids- og velferdsdirektoratet og Kriminalomsorgsdirektoratet, og samler således innhold fra flere sektorer. Veiviseren samler informasjon på bolig- og tjenesteområdet på både strategisk og operativt nivå. Nettstedet fungerer som en digital verktøykasse for både kommuner, direktorater og andre samarbeidsparter. Formålet med nettstedet er å heve kompetansen blant disse aktørene, samt bidra til likere og mer transparent praksis. Veiviseren er et godt eksempel på koordinert formidling fra flere direktorater til kommuner og andre aktører som jobber med tverrfaglige spørsmål.

4.3.7 Identifiserte utfordringer

Kommunikasjon og informasjonsflyt mellom IMDi, asylmottak og kommuner

Våre data tyder på at kommunene ønsker mer og mer detaljert informasjon om den enkelte flyktnings helsesituasjon ved IMDis forespørsel om bosetting. Ved dagens ordning, hvor det i enkelte bosettingssaker deles svært overordnet informasjon om helse, kan bosetting av flyktninger med særlige behov representere en usikkerhet for kommunene. Begrenset informasjonstilgang gjør det krevende for kommunene å vurdere hvorvidt de har kapasitet og kompetanse til å tilby egnede tjenester og det blir vanskeligere å planlegge bosettingen og igangsette riktige tiltak umiddelbart etter bosetting. Et overordnet inntrykk er at det er lettere for kommunene å takke ja til bosetting av flyktninger med særlige behov dersom tjenestebehov, og dermed kostnadsbildet, fremkommer tydelig allerede i forespørselen om bosetting av den enkelte flyktning. Dette er fordi kommunene ønsker forutsigbarhet i tjenester og utgifter.

Denne utfordringen gjelder primært flyktninger med *helseutfordringer av mindre omfang*, mens det i saker som omhandler flyktninger med behov for heldøgns omsorg foreligger og deles mye informasjon med kommunen som blir forespurt om å bosette.

Funnene tyder på at det er behov for å undersøke IMDis muligheter for å dele mer av den informasjonen som foreligger om flyktningene i prosessen man starter med kommuner som blir forespurt om å bosette. Deling av helseinformasjon må nødvendigvis skje i overensstemmelse med gjeldende lovverk.⁵⁰

Manglende informasjon kan i enkelte saker skyldes at det *foreligger* lite informasjon fra mottaksfasen eller at det kun er en begrenset del av foreliggende informasjon som *deles* med

⁵⁰ Se helsepersonelloven § 22 og pasient- og brukerretnighetsloven § 4-1, samt Helsedirektoratets veileder Helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente kap. 3.3

bosettingskommuner når en kommune blir forespurt om å bosette en spesifikk person. Begge disse utfordringene synes å gjelde primært for flyktninger med *helseutfordringer av mindre omfang*, mens det i saker som omhandler flyktninger med behov for heldøgns omsorg foreligger og deles mer informasjon med kommunen som blir forespurt om å bosette.

Veiledning og støtte i enkeltsaker

Undersøkelsen viser at kommunene tidligere har fått tett og god veiledning og støtte i bosettingsprosesser som innebærer flyktninger med særlige behov fra IMDis regionkontorer. Våre funn viser at kommunene nå opplever mindre tett oppfølging og rådgivning i forbindelse med enkelte bosettingssaker enn tidligere, etter overgangen til primært digital kommunikasjon og nedleggelse av regionkontorene. Kommunenes behov for dialog og samarbeid i denne fasen dreier seg spesielt om informasjon om den enkelte flyktingen som skal bosettes, men kan også dreie seg om økonomiske spørsmål og bistand til å søke tilskudd, eller møter med kommuneledelsen eller med spesialisthelsetjeneste eller andre i helsesektoren. Denne utfordringen gjelder primært under bosetting av flyktninger med *helseutfordringer av mindre omfang*. Dialogen og informasjonsdelingen er bedre ivarett under bosetting av flyktninger med spesielt store helseutfordringer.

Kommunikasjon internt i kommunene

Våre funn viser videre at kommunene har noe ulike rutiner for samarbeid og kommunikasjon i saker som omhandler bosetting av flyktninger med særlige behov. Funnene indikerer at det blant kommuneansatte kan være usikkerhet rundt hvilke helseopplysninger helsepersonell kan videreformidle, hvem man kan videreformidle informasjonen til og i hvilke tilfeller man kan dele informasjonen. Selv om det finnes veiledning med fortolkning av loven som regulerer dette, kan det hende gjeldende veiledere, tolkninger knyttet til lovanvendelse og anbefalt praksis ikke er fullt implementert i kommuneorganisasjonen. Det kan være behov for en klargjøring av rutiner og tolking av mulighetene for deling av informasjon på tvers av enheter innad i kommunene.

Det er viktig å sikre at informasjon som berører målgrupper som trenger bistand fra flere sektorer spres til alle relevante aktører i kommunen for å sikre et helhetlig arbeid, eierskap og tydelig ansvarsfordeling på tvers av enheter i kommunen.

Rutiner for kartlegging av helse i mottaksfasen

Mottakene kan ikke kartlegge flyktingenes helsetilstand, men registrerer opplysninger om behov for oppfølging og tilrettelegging av bolig. UDI har i utgangspunktet ikke innsyn i asylsøkeres helsejournal.⁵¹ Det er helsevesenet i vertskommune for mottaket som gjennomfører helsekartlegging av beboere i mottak – enten av lege, sykepleier eller helsesøster. Helseopplysninger overføres mellom helsepersonell. Ved overføring av helseopplysninger i forbindelse med bosetting, skal dette skje mellom helsepersonell i vertskommune og helsepersonell i bosettingskommune.

Vår undersøkelse viser at det i noen tilfeller foreligger lite informasjon om flyktingenes helsetilstand. Det vil dermed fremgå lite informasjon i forespørselen kommunen får på grunn av liten kjennskap til flyktingens helsetilstand. Helsekartleggingen som gjennomføres av vertskommune kan være på et nokså overordnet nivå, og på bakgrunn av våre data er det grunn til å tro at det er noe ulike rutiner for kartlegging i mottaksfasen og hvor nøye man følger opp den enkelte i etterkant av kartleggingen. Dette kan også kan avhenge av vertskommunenes organisering og tjenestetilbud. Informanter mener også at mange kommuner mangler kompetanse til å kartlegge personer med andre morsmål enn norsk og/eller har fluktbakgrunn.

⁵¹ Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (2016). *Flyktninger i Norge med funksjonshemninger*.

Disse funnene tyder på et behov for å tydeliggjøre hvilket ansvar vertskommuners helsetjenester har i forbindelse med helsekartlegging av beboere i mottak og hvilke rutiner de bør ha for tidlig identifisering av både funksjonshemninger og psykiske lidelser i mottaksfasen, for eksempel gjennom implementering av Helsedirektoratets veileder «Helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente»⁵². I tillegg kan det være behov for å legge vekt på å heve kompetansen til å kartlegge personer med andre morsmål enn norsk i vertskommuners helsetjeneste og innføre gode kartleggingsverktøy.

⁵² Helsedirektoratet (2015). *Helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente*. Sist faglig oppdatert 24. april 2020. Hentet fra: <<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/helsetjenester-til-asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente>>

5. ÅRSAKER TIL LANG VENTETID FØR BOSETTING FOR ULIKE MÅLGRUPPER

Vi har gjennom oppdraget kartlagt hva kommunene opplever som utfordrende med bosetting av flyktninger med særlige behov, som bidrar til at enkelte i denne gruppen blir boende spesielt lenge i mottaksapparatet før bosetting i en kommune. I dette kapitlet utdyper vi sentrale årsaker til lang ventetid i mottak før bosetting i kommune for ulike grupper flyktninger med særlige behov. Kapitlet er basert på funn fra denne undersøkelsen, samt relevant innsikt fra tidligere studier.

Gjennom vår undersøkelse ser vi også tydelig at det er store variasjoner i hvilke typer utfordringer som gjør seg gjeldende for ulike undergrupper i målgruppen flyktninger med særlige behov. Flyktninger med særlige behov er en svært heterogen gruppe, og deres helseutfordringer varierer mye i type og omfang.

I bosettingsprosessen er det flere delprosesser som er tidkrevende og som inneholder ulike elementer som bidrar til å gjøre det vanskelig for IMDi å finne en bosettingskommune som takker ja til å bosette flyktningene med særlige behov. I mange tilfeller må IMDi forespørre flere kommuner før de finner en kommune som takker ja til å bosette. Det mest kritiske for å sikre raskere bosetting synes derfor å være at IMDi finner en kommune som takker ja til å bosette. Det er flere faktorer som påvirker kommunenes vurderinger av slike forespørsler, og de mest fremtredende årsakene beskrives nærmere i dette kapitlet. Dersom man setter inn tiltak som reduserer disse usikkerhetene, er det grunn til å tro at IMDi raskere kan finne en kommune som takker ja til å bosette.

5.1 Økonomi

Våre undersøkelser tyder på at økonomi er en betydelig utfordring for kommunene når det gjelder bosetting av flyktninger med særlige behov. Kommunene skal levere tjenester innenfor kommunenes budsjetter, som oppleves som trang, og er bekymret for at bosettingen vil føre til at de må redusere tilbudet til øvrig befolkning – slik sitatet under illustrerer:

«Kommunen setter i gang tiltak så fort som mulig etter bosetting uansett. Alle innbyggere skal ha nødvendige tiltak uavhengig om det dekkes av tilskudd eller ikke. Hvis vi ikke får tilskudd, må kommunen ta kostnadene, med fare for at kommuneøkonomien ryker. I så fall må kommunen redusere sitt generelle tjenestetilbud til innbyggerne» - informant fra kommune

Også i en rapport fra NTNU Samfunnsforskning⁵³ vises det til at grupper med særlige behov er blant dem som venter lengst i mottak. Rapporten viser at flere kommuner vegrer seg mot å bosette personer med behov for særlig tilrettelegging fordi de er bekymret for kostnadene. Kommunene erfarer at ekstratilskuddet kommunen kan søke ikke er tilstrekkelig. Rapporten anbefaler derfor mer kunnskap om hva som skal til for at kommunene bosetter grupper med særlige behov. Dette gjelder både personer med fysiske og psykiske funksjonsnedsettelse.

Proba har undersøkt hvordan kommunene opplever dekningen av merutgiftene knyttet til integreringsarbeid. De finner at kommune generelt er nokså fornøyd med dagens

⁵³ Svendsen, S. og Berg, B. (2018). *Kunnskapsoppsummering om bosetting av flyktninger*. NTNU Samfunnsforskning. Hentet fra: <https://samforsk.no/Publikasjoner/2018/Kunnskapsoppsummering_web.pdf>

tilskuddsordninger. Av de ulike tilskuddene opplever kommunene at tilskudd for flyktninger med nedsatt funksjonsevne eller atferdsvansker i minst grad dekker utgiftene. En del av kommunene har noen kritiske merknader til ordningen når det gjelder kostnadsdekning, kort søknadsfrist, for smal målgruppe og at det er en administrativt krevende ordning. Dette handler om at det er stor variasjon i målgruppens tjenestebehov, og at for enkelte vil kommunens utgifter overstige maksimalt beløp på refusjonsordningen. Videre påpekes det som utfordrende at ordningen ikke dekker kommunens utgifter for de med hjelpebehov utover fem år. Fristen om å søke innen 13 måneder etter bosetting kan også være problematisk i saker som gjelder psykiske lidelser, traumer og/eller atferdsvansker. I tillegg peker enkelte på at det stilles for store krav til dokumentasjon, spesielt med tanke på dokumentasjon fra spesialisthelsetjenesten for å få utløst tilskudd 2. I intervjuene Proba gjennomførte kommer det frem at kommuner har sagt nei til å bosette funksjonshemmede. Begrunnelsen for dette er i hovedsak de økonomiske byrdene. Dette synes å være en praksis, selv om kommune i utgangspunktet ikke har mulighet til dette. Enkelte kommuner oppgir også at selv om de har rett på refusjon så søker de ikke om det. Dette er blant annet på bakgrunn av ordningen er administrativt krevende, eller at de ikke har vært oppmerksom på mulighetene. Dette er særlig gjeldende for de små kommunene. Til tross for at ordningen er krevende for kommunene, er det en refusjonsordning med stor betydning for kommunenes vilje til å bosette målgruppen. Proba anbefaler at ordningen i hovedsak bør videreføres som i dag.⁵⁴

I en utredning av tilskuddsordningen for bosetting av personer med nedsatt funksjonsevne og/eller atferdsvansker, utført av IMDi på oppdrag fra Justis- og beredskapsdepartementet, vises det til at kommunene vurderer ordningen som bosettingsfremmende og godt egnet for tilrettelegging med gode tiltak ved bosetting av flyktninger med funksjonsnedsettelse. De peker imidlertid på at ordningen ikke oppleves som optimal av kommunene eller fungerer optimalt for målgruppen. Videre viser utredningen at tilskuddsordningen fremmer rask bosetting av flyktninger med nedsatt funksjonsevne og/eller atferdsvansker, med unntak av institusjonsbeboere. På bakgrunn av funnene anbefales det å videreføre tilskudd 2 med innslagspunkt på 100 000 kr, å utvide ordningen for institusjonsbeboere i inntil 10 år og å gjerne søknadsfristen på 13 måneder, men beholde søknadsfrist for det enkelte tilskuddsår.⁵⁵

Mange av disse tidligere funnene støttes av funnene fra vår kartlegging. Vi finner at økonomi er den fremste utfordringen for kommunene og i hovedsak gjelder ved bosetting av *flyktninger med spesielt store behov for omfattende helse- og omsorgstjenester og en tilstand som kan kreve oppfølging over lengre tid*. Kommunenes utfordring er i slike tilfeller at kommunen på vil få økte netto utgifter ved bosetting av flyktningen, selv når eksisterende tilskuddsordninger for å dekke ekstraordinære utgifter knyttet til hjelpebehov (IMDi) og særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester (Hdir) er benyttet fullt ut.⁵⁶ Kommunens netto utgifter vil fremskyndes og vare over flere år dersom flyktningen bosettes raskere. Dette gjør at tilskuddsmidlene ikke gir et insentiv for å bosette raskere.

Kommunene opplever også økonomisk usikkerhet knyttet til bosetting av flyktninger med særlige behov. Denne usikkerheten er først og fremst fristen på 13 måneder på å søke tilskudd, mens kommunene erfarer at bosatte flyktninger kan ha psykiske, psykososiale og kognitive utfordringer som først avdekkes en stund etter bosetting og etter at fristen for å søke ekstratilskudd har utgått.

⁵⁴ Proba (2019). *Evaluering av kommunenes bosettings- og integreringsarbeid*. PROBA rapport 1/2019. Hentet fra <<https://proba.no/wp-content/uploads/rapport-2019-01-evaluering-av-integreringstilskudd.pdf>>

⁵⁵ Integrerings- og mangfoldsdirektoratet. *Tilskudd ved bosetting av personer med nedsatt funksjonsevne og/eller atferdsvansker*.

⁵⁶ Se nærmere beskrivelse av hvordan disse tilskuddsordningene fungerer i kapittel 4.2

5.2 Informasjon, kommunikasjon og samarbeid mellom IMDi, mottak og bosettingskommune

Bosetting av flyktninger er en oppgave som går på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer. Undersøkelsen vår viser at det finnes forbedringspotensial knyttet til informasjon, kommunikasjon og samarbeid som kan gjøre bosettingsprosessene mer forutsigbare for kommunene.

IMDis forespørslor om å bosette i IMDinett inneholder kun overordnet informasjon om flyktningsens helsebehov. Kommunene opplever at de får et begrenset beslutningsgrunnlag for å avgjøre om de har kompetanse og ressurser til å bosette den enkelte flyktning, fordi det ut fra foreliggende informasjon er vanskelig å vite hvilke tjenestebehov flyktningen har og omfanget av behovet. Dette bidrar til en uforutsigbarhet og usikkerhet hos kommunene, slik sitatet under viser:

«Jeg tror at hvis man får bedre informasjon om behovet til flyktningen, kan kommunen bli tryggere og mer villig til å bosette.» - informant fra kommune

Manglende informasjon og samarbeid fremstår som en utfordring i saker som gjelder bosetting av flyktninger med mindre omfattende behov for helse- og omsorgstjenester. For flyktningene med spesielt store helse- og omsorgsbehov, finnes det derimot mye dokumentert etter tett oppfølging i institusjon eller Særbol og dialogen mellom IMDi, UDI og kommuneapparatet er tettere.

I noen tilfeller kan den begrensede informasjonen skyldes manglende kartlegging i mottaksfasen. Kartleggingen som gjennomføres kan være overordnet, og flere informanter peker på at vertskommuner mangler kompetanse til å gjennomføre kartlegginger av personer som ikke snakker norsk. Videre virker det som at det varierer hvor tett vertskommunene følger opp helsekartleggingen i etterkant. Denne variasjonen kan skyldes ulike rutiner og ulike tjenestetilbud i vertskommunen for mottaket.

Informasjonsbehovet til bosettingskommuner kan også gjelde beboerens daglige fungering, behov for oppfølging og tilrettelegging av bolig, som betegnes som «bosettingsrelevant informasjon». En representant fra et mottak opplever selv at kommunene er mer positive til å bosette flyktninger med særlige behov når de ved mottaket har klart å kartlegge og beskrive denne typen bosettingsrelevant informasjon på en god måte og kommunene blir godt informert om dette. Følgende sitat illustrerer hvordan forbedring av dette arbeidet i mottak kan tenkes å redusere ventetiden i mottak for noen:

«De gangene vi ved asylmottaket klarte å kartlegge utfordringene godt ble det enklere å få til bosetting – kommunene ble mer positive når vi kunne vise at vi hadde kartlagt godt. Kommunene vet bedre hva de får og hvilke tiltak som kreves at man setter inn når man får god kartleggingsinformasjon med forespørselen. Det gjør det mye lettere å si ja for kommunene da, selv om utfordringene er store og krevende. God kartlegging i asylmottak og god informasjon om dette til kommunene allerede ved forespørsel om bosetting gjør bosettingen mer forutsigbart for kommunene.» - informant fra asylmottak

Informanten peker på behovet for et godt kartleggingsverktøy, hvor det fremgår en liste over hva som skal kartlegges.

Videre kan begrenset tilgang til helseopplysningen skyldes begrenset deling av helseopplysninger mellom helsepersonell og andre tjenester som UDI, IMDi og ansvarlig enhet for bosetting av

flyktninger i bosettingskommunene. Det kan være behov for å tydeliggjøre handlingsrom innenfor tolkningen av lovverket som regulerer deling av helseopplysninger.

En Fafo-rapport om konsekvenser av opphold i mottak for levekår og integrering, peker på at personer med spesielle behov er en vanskelig gruppe å bosette og venter lenge på å bli bosatt til tross for at personer med spesielle behov skal prioriteres og at det er stor faglig enighet om at personer med psykiske utfordringer er de som lider mest hvis ventetiden blir for lang. I tillegg til manglende ressurser i kommunene, som trekkes frem av flere studier gjengitt over, peker rapporten på mangelfull kommunikasjon mellom IMDi, mottak og kommunen som en av hovedgrunnene til at personer med spesielle behov er en utfordring å bosette.⁵⁷

5.3 Rask tilgang til egnede boliger

For å kunne bosette flyktninger med særlige behov, må kommunen ha tilgang til egnede boliger som flyktningene kan bosettes i. Enkelte av flyktningene i målgruppen har behov for helse- og omsorgstjenester hele døgnet, og må ha plass på institusjon, sykehjem eller omsorgsbolig. Andre flyktninger kan bo i egen bolig som er spesielt tilrettelagt. Kommunene oppgir at de i all hovedsak benytter kommunale boliger i disse tilfellene. Behovene for tilrettelegging av boligen vil variere med den enkeltes helseutfordring: Det vil blant annet være behov for en leilighet med universell utforming, beliggenhet i første etasje eller tilgang til heis for personer med fysiske funksjonsnedsettelse. Familier vil kunne trenge bolig med en viss størrelse, i kombinasjon med eventuelle fysiske bygningsmessige tilpasninger.

Tidligere undersøkelser viser at mangel på boliger kan hindre bosettingsarbeidet generelt⁵⁸ og at kommunene opplevde mangel på boliger for store familier og tilrettelagte boliger for personer med nedsatt funksjonsevne eller psykiske utfordringer.⁵⁹ Nyere rapporter tyder imidlertid på at færre kommuner opplever mangel på bolig som en barriere for bosetting generelt.⁶⁰ Informanter fra Husbanken ser også at det er relativt liten etterspørsel etter finansiering av utleieboliger i dag på grunn av mange anskaffelser av kommunale utleieboliger de siste årene som har økt kapasiteten.

Funnene fra vår undersøkelse tyder på at mangel på egnede kommunale boliger i enkelte tilfeller kan være en årsak til at kommunen takker nei til bosetting. Manglende tilrettelagt bolig er imidlertid ikke identifisert som en utbredt årsak til at kommuner takker nei til bosetting av flyktninger med særlige behov. Sitatet under viser en utfordring som ikke først og fremst er knyttet til antallet som skal bosettes, men prosessen:

«Det er sjelden, men hvis vi må si nei handler det om å ha egnet bolig innen rimelig tid. Nå skal vi bosette ganske få, men utsøkingen kommer løpende og vi kan ikke holde igjen boliger i tilfelle noen skal bosettes. Det er en utfordring.» - informant fra kommune

Antallet flyktninger som skal bosettes kan variere mye fra år til år, noe som kan gjøre det vanskelig å planlegge. Likevel har man sett eksempler på at kommunene har klart å omstille seg raskt før: I 2016 bosatte kommunene dobbelt så mange flyktninger som i 2014, og bosettingen

⁵⁷ Weiss, N., Djuve, A. B., Hamelink, W. og Zhang, H. (2017). *Opphold i asylmottak – konsekvenser for levekår og integrering*. Fafo-rapport 7/2017. Hentet fra: <<https://www.fafo.no/images/pub/2017/20615.pdf>>

⁵⁸ Se for eksempel resultater fra IMDis kommuneundersøkelser noen år tilbake

⁵⁹ Thorshaug, K., Paulsen, V. og Berg, B. (2013). *Tidsbruken i bosettingsarbeidet. En studie av prosessen fra positivt vedtak til bosetting*. NTNU Samfunnsforskning. Hentet fra: <https://samforsk.no/SiteAssets/Sider/publikasjoner/Tidsbruken%20i%20bosettingsarbeidet_web.pdf>

⁶⁰ IMDis kommuneundersøkelse 2018. Hentet fra: <<https://www.imdi.no/contentassets/fda1ee70973a4d4a9f366bc39d1b2e91/imdis-kommuneundersokelse-2018>>

gikk også raskere enn før. NIBR undersøkte i samarbeid med NTNU og SINTEF hvordan kommunene fikk til å bosette flere flyktninger raskere i 2016 uten nye nasjonale bosettingspolitiske virkemidler. Funnene viser at kommunene endret på praksiser og tok i bruk flere eksisterende virkemidler for å få til økt bosetting. Rapporten viser at bruk av det private leiemarkedet var den viktigste årsaken til økt bosetting, i tillegg til at flere kommuner tillot eller oppfordret til avtalt selvbosetting. Kommunene jobbet også for å øke de bosatte flyktingenes bokompetanse og jobbet for å redusere private utleieres risiko ved utleie til flyktninger. I tillegg har kommunene kjøpt og bygget nye boliger med lån og tilskudd fra Husbanken og økt gjennomstrømmingen i kommunale boliger. Det pekes på fire hovedmotivasjoner for å bosette flyktninger i perioden: solidaritet, kapasitetsbygging, effektivitet i tjenesteproduksjonen og ønske om tilflytting til kommunen.⁶¹

Rapporten gjelder bosetting av flyktninger generelt og ikke flyktninger med særlige behov, og noen av disse grepene vil være mindre relevant for flyktninger med særlige behov, som å benytte avtalt selvbosetting og privat leiemarked. Likevel viser rapporten til grep som kan forbedre kommunens boligsosiale arbeid og langsiktige planlegging. Rapporten antyder blant annet at forankring på ledelsesnivå i kommunen, langsiktig planlegging og retningslinjer og praksiser for å håndtere bosettingsarbeidet er viktig. En tredjedel av kommunene i undersøkelsen mente at IMDi i stor grad bidro til raskere bosetting, og en fjerdedel av kommunene mente at samarbeid med Husbanken bidro til raskere bosetting, gjennom deres respektive økonomiske virkemidler, råd og veiledning knyttet til bosettingsarbeidet.⁶²

5.4 Kompetanse og tjenester

Bosetting av flyktninger med særlige behov fordrer et godt samarbeid internt i kommunen og kompetanse i helse- og omsorgstjenestene på diagnosen eller helseproblemene den enkelte flyktningen har. Fafo-rapporten som undersøker konsekvenser av opphold i asylmottak for levekår og integrering, peker også på manglende kompetanse i det lokale helseapparatet som en hovedgrunn til at kommuner sier nei til å bosette flyktninger med særlige behov.⁶³ Våre funn tyder på at det kan være enklere for store kommuner å ivareta den bredden som kreves for å bosette flyktninger med spesielle behov. Enkelte peker også på kulturkunnskap og migrasjonshelse som viktige kompetanser i kommunene som tar imot flyktninger med særlige behov.

En informant forteller følgende om vurderinger knyttet til kompetanse i kommunen ved bosetting av flyktninger med særlige behov:

«Det er mye usikkerhet knyttet til de med særlig spesielle behov. Det er ressurskrevende og hvis apparatet ikke ligger klart på forhånd kan de være vanskelig å få på plass kompetanse.» - informant fra kommune

Dersom kommunen ikke har på plass nødvendig kompetanse fra før betyr det at de må ansette nye personer dersom de skal kunne gi det tilbudet personen trenger. Å ansette er en stor oppgave, som også krever tid og ressurser fra kommunen.

⁶¹ Søholt, S., Nygaard, M., Støa, E. og Hauge, Å. L. (2018). *Flere flyktninger bosatt raskere. Hvordan fikk kommunene det til?* NIBR-rapport 2018:3. Hentet fra: <<http://biblioteket.husbanken.no/arkiv/dok/Komp/Flere%20flykninger%20bosatt%20raskere.pdf>>

⁶² Ibid

⁶³ Weiss, N., Djuve, A. B., Hamelink, W. og Zhang, H. (2017). *Opphold i asylmottak – konsekvenser for levekår og integrering*. Fafo-rapport 7/2017. Hentet fra: <<https://www.fafo.no/images/pub/2017/20615.pdf>>

Videre peker flere informanter på manglende kompetanse i mottakene og vertskommunene til å gjennomføre helsekartlegging av personer som ikke har norsk som morsmål. Manglende kartleggingskompetanse av denne målgruppen kan resultere i overordnede kartlegginger som gir lite konkret informasjon om flyktingens utfordringer og behov.

5.5 Casebeskrivelser

Målgruppen for oppdraget, flyktninger med særlige behov, er en svært heterogen gruppe mennesker med ulike typer og ulikt omfang av helseutfordringer.

Våre funn viser at det knyttes ulike utfordringer til bosetting av flyktninger med ulike typer helseutfordringer og ulikt omfang. Dette er viktig å vite når man skal undersøke virkemiddelapparatet og vurdere behov for tiltak som kan fremme raskere bosetting.

I dette kapitlet presenteres fire casebeskrivelser, som gir stiliserte eksempler på fire ulike fiktive personer i målgruppen. Beskrivelsene er utarbeidet på bakgrunn av datainnsamlingen i prosjektet funn fra intervjuer med mottaksapparat og bosettingsapparat i flere kommuner. Casene skal til sammen illustrere variasjonen blant målgruppen, men er ikke «representative» i den forstand at de kun viser stiliserte eksempler som tjener til å tydeliggjøre ulike utfordringer. I realiteten er den enkeltes utfordringsbilde og tjenestebehov ofte mer sammensatt enn det som kommer frem gjennom disse eksemplene.

De fire eksemplene er:

- Case 1A: Alvorlig somatisk sykdom og stort og langvarig pleiebehov
- Case 1B: Psykiske lidelser med stort oppfølgingsbehov
- Case 2A: Nedsatt fysisk funksjonsevne
- Case 2B: Psykiske plager eller symptomer med mindre oppfølgingsbehov

I beskrivelsene skisserer vi kjennetegn ved helseutfordring og pleiebehov, hvordan helseutfordringene kan påvirke bosetting i kommune, med eksempler på hvordan det eksisterende virkemiddelapparatet fungerer. Videre viser casebeskrivelsene eksempler på tjenestetilbud og forventet situasjon etter bosettingen.

5.5.1 Case 1A: Alvorlig somatisk sykdom og stort og langvarig pleiebehov

| Situasjon/kjennetegn | Mottak – type og tjenester | Utfordringer ved bosetting | Tjenester etter bosetting | Situasjon etter bosetting |
|---|--|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Alvorlig somatisk sykdom Stort pleiebehov Behov for heldøgnsbemanning | <ul style="list-style-type: none"> Institusjonsplass kjøpt av UDI | <p>Hovedutfordringer:</p> <p>Kostnader</p> <ul style="list-style-type: none"> Kommunen forventer store, langvarige kostnader knyttet til flyktingens pleie- og omsorgsbehov Bosetting krever kommunestyre-vedtak (tar tid) Kommune ønsker garanti for at kostnader blir dekket gjennom IMDi ekstratilskudd Hdir's tilskuddsordning for særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester har aldersgrense på 67 år <p>Kompetanse:</p> <ul style="list-style-type: none"> Kommunen må ha kompetanse til å gi et egnet tilbud | <ul style="list-style-type: none"> Langtidsplass ved kommunal institusjon/sykehjem eller egen leilighet med heldøgns pleie- og omsorgstjenester | <ul style="list-style-type: none"> Stort pleiebehov på lang sikt/livstid Lav arbeidsevne |

I dette caset har vi lagt til grunn at flyktingen har alvorlig somatisk sykdom og store pleiebehov døgnet rundt. UDI har gjort et enkeltkjøp av institusjonsplass hvor flyktingen bor mens han venter på bosetting. Her har han blitt godt kjent med nærområdet og omsorgspersoner som gir ham tilsyn hele døgnet og én til én-oppfølging for spising, stell, forflytning, innkjøp, m.m. I tillegg til hjelpen han får på institusjonen har han krav på kommunale tilbud som fysioterapi, ergoterapi og fastlege, men han klarer ikke å gjøre krav på disse tjenestene selv på grunn av manglende forståelse for systemet og manglende språk. De daglige omsorgspersonene på institusjonen har derfor ansvaret for kontakt med kommunen når det er nødvendig. De opplever imidlertid at det er vanskelig å få kommunale enheter i vertskommunen til å ta økonomisk ansvar for disse tjenestene siden flyktingen ikke er bosatt i kommunen og dermed ikke utløser tilskudd fra IMDi og Hdir.

Behovet for tjenester i bosettingskommunen vil være tilsvarende som før bosetting, med fast institusjonsplass/sykehjemsplass eller egen leilighet med heldøgns pleie- og omsorgstjenester. Flyktingen har en degenerativ sykdom som innebærer at han vil ha stort pleiebehov på livstid. Dette tilsier at flyktingen har lav arbeidsevne og sannsynligvis aldri vil komme i jobb.

Bosetting av denne flyktingen har tatt lang tid. Flyktingen vil utløse store og langvarige kostnader for bosettingskommunen. Personens helsesituasjon er godt dokumentert og kommunen som blir forespurt om å bosette får et godt bilde av hvilke tjenester flyktingen trenger og dermed hvilke kostnader/budsjettmessige utgifter de kan forvente. Noen av kommunene som har blitt forespurt om å bosette flyktingen mangler kompetanse til å gi et egnet tjenestebehov, og må vurdere å anskaffe tjenesten fra en privat leverandør eller ansette noen dersom de skal opprette et skreddersydd tjenestetilbud, og ansettelsesprosesser kan også være tid- og ressurskrevende for kommunen.

Dersom kommunen takker ja til bosetting av vedkommende må de iverksette tjenestetilbud umiddelbart etter bosetting, uavhengig av om de får tilskudd eller ikke. Ettersom behandlingstiden for tilskuddsordningen til IMDi tidvis er svært lang, byr dette også på økonomisk usikkerhet hos kommunen. IMDi tilbyr veiledning i å søke tilskudd for bosetting av personer med

nedsatt funksjonsevne eller atferdsvansker. Kommunen ønsker likevel forskuttert betaling eller en garanti fra IMDi om at alle de ekstraordinære utgiftene kommunene får knyttet til flyktingens hjelpebehov vil dekkes av ekstratilskuddet fra IMDi de første fem årene etter bosetting. Kommunen får også informasjon om og veiledning hvordan de kan søke om tilskudd for beløp som overstiger maksbeløpet i IMDis tilskuddsordning og ut over femårsperioden etter bosetting, gjennom Helsedirektoratets tilskuddsordning for særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester. Dette er svært aktuelt for denne flyktingen, som utløser spesielt ressurskrevende helse- og omsorgstjenester og vil ha dette behovet livet ut. Denne tilskuddsordningen dekker 80 prosent av utgiftene, og kommunen vil derfor få en egenandel etter fem år når perioden for IMDi-tilskuddet er utløpt. Videre vet kommunen at Helsedirektoratets tilskuddsordning ikke omfatter personer over 67 år, og at kommunen deretter må dekke utgiftene uten tilskuddsoverføringer. Dette gjør at kommunen er engstelig for at utgiftene knyttet til denne ene flyktingen på sikt vil kreve store deler av kommunebudsjettet for helse- og omsorgssektoren som allerede oppleves som stramt. De ser for seg at kostnadene kan bli så store at konsekvensen er at de blir nødt til å redusere tilbudet til andre innbyggere. Ettersom saken vil kreve store ressurser av kommunen, skal kommuneledelsen involveres gjennom behandling av kommunestyresak. Denne prosessen tar også noe tid.

5.5.2 Case 1B: Psykiske lidelser med stort oppfølgingsbehov

| Situasjon/kjennetegn | Mottak – type og tjenester | Utfordringer ved bosetting | Tjenester etter bosetting | Situasjon etter bosetting |
|--|---|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Uro, søvnproblemer, angst, depresjon, post-traumatisk stressyndrom • Utagerende, lav terskel for vold mot personal/andre beboere • Har vært inn og ut av psykiatri • Vanskelig å aktivisere og motivere | <ul style="list-style-type: none"> • Bor på Særbol etter overføring fra tilrettelagt avdeling • Minimum én til én-oppfølging • Rett til alle helse- og omsorgstjenester • Oppfølging av legens anbefalinger (aktivitet, fysioterapi, psykiatri) • Spesialisthelsetjeneste inne for behandling av psykiatrisk lidelse • Ingen norskopplæring • Gjennomfører enkle arbeidsoppgaver | <p>Hovedutfordring: Økonomi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utredning i bosettingskommunen kan ta tid og kommunen rekker ikke søke ekstratilskudd innen fristen • Store hjelpebehov og behov for tett oppfølging resten av livet | <ul style="list-style-type: none"> • Omsorgsbolig • Oppfølging fra psykiatrisk sykepleier/psykisk helsetilbud • NAV (økonomisk verger/koordinator) • En til én-oppfølging i opplæring | <ul style="list-style-type: none"> • Lav arbeidsevne bade på kort og lang sikt |

I dette caset har vi lagt til grunn av flyktingen sliter med angst, depresjon, uro og søvnproblemer. Dette henger sammen med posttraumatisk stress og synes å ha blitt forsterket etter å ha hatt en midlertidig og ustabil bosituasjon i mottak over lengre tid. Flyktingen er utagerende og har lav terskel for utøvelse av vold mot andre. Flyktingen har ventet lenge på bosetting, og ansatte på mottaket seg at dette har gitt store utslag i flyktingens motivasjon til å delta i sosiale aktiviteter og opplæringstilbud.

Flyktingen bodde en stund på tilrettelagt avdeling, før han ble overført til Særbol i en annen kommune hvor oppfølgingen var enda tettere. I Særbol fikk flyktingen tett oppfølging og hjelp i hverdagen, samt oppfølging av legens anbefalinger knyttet til aktivitet og psykisk helse. Flyktingen får hjelp av spesialhelsetjenesten for behandling av psykiatrisk lidelse. Flyktingen går ikke i opplæringstilbud mens han bor i Særbol, men deltar i enkle arbeidsoppgaver i regi av botilbudet.

Når flyktningen bosettes i kommunen vil han trenge plass på omsorgsbolig og oppfølging fra psykiatrisk helsesykepleier og NAV. Arbeidsevnen vurderes som lav, både på kort og lang sikt.

Den første tiden i mottak var den psykiske helsetilstanden kartlagt på et overordnet nivå, men ikke videre utredet eller behandlet. Dette førte til at man kun kjente til symptomer, men ikke årsaker til symptomene eller hvilket tjenestebehov vedkommende ville trenge i bosettingskommune. På bakgrunn av denne begrensede informasjonen, som også fremgikk av bosettingsforespørselen, var det vanskelig for kommunene å vurdere om de hadde kapasitet og rett kompetanse i tjenestetilbudet til å imøtekomme denne flyktnings behov. Bosetting av denne flyktingen var i starten derfor utfordrende fordi bosettingsapparatet i kommunene som ble forespurt om å bosette opplevde at de hadde for lite detaljert informasjon om flyktingens helsetilstand og tjenestebehov. Det var også en økonomisk usikkerhet knyttet til flyktingens hjelpebehov. Erfaringsmessig vet kommunen at psykiske lidelser kan ta lang tid å avdekke, og at fristen for å søke tilskudd på 13 måneder i slike tilfeller ikke kan overholdes.

Etter at flyktingen ble flyttet til Særbol ble flyktingen utredet fikk miljøterapeutisk oppfølging og psykiatrisk behandling. Det foreligger derfor mye dokumentasjon om flyktingens helsetilstand og tjenestebehov. Det er fortsatt noen utfordringer knyttet til bosetting, som handler om at flyktingen har store hjelpebehov og trenger tett oppfølging resten av livet.

5.5.3 Case 2A: Nedsatt fysisk funksjonsevne

| Situasjon/kjennetegn | Mottak – type og tjenester | Utfordringer ved bosetting | Tjenester etter bosetting | Situasjon etter bosetting |
|---|--|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Fysisk funksjonshemming (lammelse, kronisk sykdom og dårlig syn) Mangler ADL-funksjoner Har arbeidsevne og kognitiv funksjonsevne | <ul style="list-style-type: none"> Tilrettelagt avdeling To personer på døgnbemanning Informasjonsprogram om bl.a. helse Tilbud om sosiale aktiviteter – men lite oppmøte Tiltaksplan Økonomisk verge Ledsager Ikke tilrettelegging av opplæring – lite oppmøte Oppfølging av fastlege, fysioterapeut og/eller sykehus Helsefaglig bistad på mottaket: medisindeling, oppfølging av fysisk helse | <p>Hovedutfordring: tilpasset bolig</p> <ul style="list-style-type: none"> Finne fysisk tilrettelagt bolig i kommunen (størrelse, fysisk tilrettelegging) | <ul style="list-style-type: none"> Mottar sosialhjelp fra kommunen, som avtar med tiden etter bosetting Hjemmetjeneste – praktisk bistand eller brukerstyrt personlig assistent (BPA) Skoletilbud for voksenperson – behov for tilrettelegging/hjelpemidler NAV knyttet til arbeidsformidling | <ul style="list-style-type: none"> Har arbeidsevne, som øker med tiden etter bosetting |

I dette caset har vi lagt til grunn at flyktingen har nedsatt fysisk funksjonsevne som gjør at han mangler ADL-ferdigheter⁶⁴. Flyktingen har kognitiv funksjonsevne og arbeidsevne, men trenger en del fysisk tilrettelegging. Derfor har flyktingen bodd i tilrettelagt avdeling, hvor han har egen tiltaksplan og har fått innvilget ledsager. Han deltar i noen sosiale aktiviteter, men har vanskelig for å følge tilbudet om norskopplæring fordi vertskommunen ikke har hatt midler til å tilrettelegge opplæringen. Etter bosetting i kommune vil han ha behov for omsorgstjenester i form av praktisk bistand i hjemmet (hjemmetjenester/brukerstyrt personlig assistent). Han vil kunne delta i

⁶⁴ Activities of daily life

opplæringstilbud for voksne og introduksjonsprogram med tilrettelegging og hjelpemidler. Flyktningen har arbeidsevne, men vil ha behov for støtte fra NAV knyttet til arbeidsformidling.

Bosetting av denne flyktningen gikk raskere enn de forrige casene. Flyktningens helseutfordringer og pleiebehov var godt kjent og dokumentert, noe som gjorde det enkelt for bosettingskommunen å vurdere og planlegge behovet for bolig og tjenester. Hovedutfordringen i bosettingsfasen var å finne en kommune som hadde en tilpasset bolig som var ledig på bosettingstidspunktet. Et par kommuner takket nei til bosetting fordi de ikke hadde en ledig egnet kommunal bolig i nær fremtid, og mente det var sannsynlig at andre kommuner ville ha mulighet for å finne en ledig og egnet bolig raskere. Kommunen som bosatte flyktningen hadde ingen ledige kommunale boliger med nødvendig tilrettelegging, og måtte anskaffe en bolig i første etasje, uten terskler, med plass til rullestol og annen fysisk tilrettelegging. Prosessen med å anskaffe og tilpasse en bolig tok tid.

5.5.4 Case 2B: Psykiske plager eller symptomer med mindre oppfølgingsbehov

| Situasjon/kjennetegn | Mottak – type og tjenester | Utfordringer ved bosetting | Tjenester etter bosetting | Situasjon etter bosetting |
|---|--|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Lettere psykisk lidelse | <ul style="list-style-type: none"> • Tilrettelagt avdeling • To personer på døgnbemanning • Informasjonsprogram om bl.a. helse • Tilbud om sosiale aktiviteter – men lite oppmøte • Tiltaksplan • Økonomisk verge • Ledsager • Ikke tilrettelegging av opplæring – lite oppmøte • Oppfølging av fastlege, fysioterapeut og/eller sykehus • Helsefaglig bistad på mottaket: medisinutdeling, oppfølging av fysisk helse | <p>Hovedutfordringer:</p> <p>Kartlegging/utredning og informasjon</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kartlegging av psykisk lidelse • Psykisk lidelse ikke behandlet • Overordnet informasjon i bosettingsforespørsel <p>Økonomi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utredning i bosettingskommunen kan ta tid og kommunen rekker ikke søke ekstratilskudd innen fristen | <ul style="list-style-type: none"> • Kommunal bolig uten tilrettelegging • Mottar sosialhjelp fra kommunen, som avtar med tiden etter bosetting • Hjemmetjeneste – praktisk bistand eller brukerstyrt personlig assistent (BPA) • Skoletilbud for voksenperson – behov for tilrettelegging/hjelpemidler • Arbeidsformidling (NAV) | <ul style="list-style-type: none"> • Har arbeidsevne, som øker med tiden etter bosetting |

I dette caset har vi lagt til grunn at flyktningen har psykiske plager eller symptomer med mindre oppfølgingsbehov. Før bosetting bodde denne personen på tilrettelagt avdeling, hvor han hadde en del tilbud, men med varierende deltakelse.

Etter bosetting antas det at flyktningen kan bo i en kommunal bolig, med praktisk bistand i hjemmet. Det er videre lagt til grunn at han mottar sosialhjelp, som avtar med tiden etter hvert som arbeidsevnen øker. Han vil kunne delta i opplæringstilbud for voksne og introduksjonsprogram med tilrettelegging og hjelpemidler.

Hovedutfordringene ved bosetting av vedkommende, var først og fremst at helsesituasjonen kun var kartlagt på overordnet nivå, og at man kun kjente til symptomer og ikke til tjeneste- eller behandlingsbehov. Dette gjorde at kommunene som ble forespurt om å bosette vedkommende hadde et begrenset beslutningsgrunnlag og opplevde stor uforutsigbarhet knyttet til bosetting av denne personen. Kommunene kjenner til fristen for å søke ekstratilskudd fra IMDi, som er 13 måneder etter bosetting, og var bekymret for at de ikke ville rekke å gjennomføre utredning og skaffe nødvendig dokumentasjon før denne fristen.

6. SAMFUNNSØKONOMISK ANALYSE AV RASKERE BOSETTING AV FLYKTNINGER MED SÆRLIGE BEHOV

6.1 Formålet med den samfunnsøkonomiske analysen

I dette kapitlet drøftes samfunnsøkonomiske konsekvenser av raskere bosetting av flyktninger med særlige behov som har oppholdstillatelse. Analysen er rettet mot beboere innenfor UDIs apparat, og er avgrenset fra bosetting av overføringsflyktninger. Innad i denne målgruppen er det stor variasjon når det gjelder umiddelbare og fremtidige behov for kommunale tjenester, som dokumentert overfor. Variasjonen er knyttet til en rekke forhold som for eksempel omfanget av særlige utfordringer, diagnose, ventetid, i tillegg til eventuelle kommunale forskjeller i behandlingstilbud. Som følge av dette tar den samfunnsøkonomiske analysen utgangspunkt i fire cases. Basert på intervjuer mener vi at casene rammer inn de mest sentrale forholdene ved flyktninger med særlige utfordringer i vår målgruppe, men vi understreker også at beskrivelsene og analysene som følge av dette nødvendigvis blir noe overordnede og stiliserte.

I den samfunnsøkonomiske analysen sammenlignes en situasjon med bosetting av en flyktning med særlig behov med nåværende gjennomsnittlige ventetid i mottak, med en situasjon der ventetiden reduseres til gjennomsnittlig ventetid i ordinær avdeling. Vi synliggjør de samfunnsøkonomiske kostnads- og nyttevirksomheter av at bosettingen skjer raskere enn det som ellers ville vært tilfellet. Vi beskriver også budsjettmessige virkninger for stat og kommune av raskere bosetting, for å synliggjøre hvordan utgifter fordeles mellom og endres for disse aktørene.

Selv om vi her ser på konsekvenser av *raskere* bosetting, fordi alle flyktninger med innvilget oppholdstillatelse blir bosatt til slutt, er det viktig å bemerke at for den enkelte kommune vil spørsmålet i hovedsak være om kommunen skal bosette personen eller ikke. For kommunens beslutning om bosetting vil altså sammenligningsgrunnlaget kunne være ingen utgifter (ikke bosette) sammenlignet med de utgiftene som oppstår som følge av bosetting. Beregningene i kapitlet må likevel forstås i lys av mandatet, som er å vurdere konsekvenser av *raskere* bosetting.

6.2 Problem og mål - oppsummert

I kapittel 3 er samfunnsproblemet ved dagens situasjon beskrevet, og dette gjengis i korte trekk her. Analysens problemstilling er at flyktninger med særlige behov som har oppholdstillatelse blir spesielt lengeventende i mottak sammenlignet med beboere med oppholdstillatelse på ordinære avdelinger i mottak. Det man ønsker å oppnå er formulert gjennom regjeringens og IMDi's mål om at enslige mindreårige og barnefamilier skal bosettes innen tre måneder etter vedtak om opphold, og at andre voksne skal bosettes innen seks måneder etter vedtak. Som beskrevet i kapittel 0 er årsakene bak at flyktninger med særlige behov blir spesielt lengeventende blant annet knyttet til begrensede kommunale budsjetter, begrenset tilgang til egnede boliger og utfordringer knyttet til informasjon, kommunikasjon og samarbeid mellom IMDi, mottak og bosettingskommunen.

Tabell 6-1 viser at mens gjennomsnittlig ventetid på ordinær avdeling er 3-7 måneder, er gjennomsnittlig ventetid 2,4-3,8 år for beboere på tilrettelagt avdeling (TA), særskilt bo- og omsorgsløsning (Særbol) og sykehjems- og institusjonsplass i UDIs mottaksapparat. Det er altså flyktningene med størst behov i UDIs mottaksapparat som har lengst ventetid i mottak. Dette er flyktninger med blant annet nedsatt fysisk funksjonsevne, nedsatt kognitiv funksjonsevne og ulike grader av psykiske lidelser, samt sammensatte diagnoser.

Dette kan være uheldig fordi lang ventetid i mottak kan ha negative konsekvenser for flyktningene selv, og bosituasjonen i mottak er ment å være en midlertidig løsning. Flyktninger med særlige behov i plasser utenom ordinær avdeling er allikevel en liten gruppe, totalt 33 personer i 2019. I tillegg kan det være enkelte personer på ordinære avdelinger som kan defineres som flyktninger med særlige behov, men dette antallet er ikke mulig for UDI å tallfeste presist.

Tabell 6-1: Ventetid etter oppholdstillatelse og utgifter i mottak

| Mottakstilbud | Gjennomsnittlig ventetid | Gjennomsnittlig årlig utgift per plass | Gjennomsnittlig total utgift per forløp | Antall med særlige behov 2019 |
|--------------------------------|--------------------------|--|---|-------------------------------|
| Ordinær avdeling | 3-7 mnd. | 240 000 | <140 000 | n/a |
| Tilrettelagt avdeling | 2,6 år | 660 000 | 1 710 000 | 22 |
| Sykehjem, korttids plass | 2,4 år | 1 330 000 | 3 200 000 | 1 |
| Sykehjem, langtids plass | 2,4 år | 2 630 000 | 6 340 000 | 1 |
| Institusjon | 2,4 år | 2 650 000 | 6 410 000 | 4 |
| Særskilt bo- og omsorgsløsning | 3,8 år | 3 310 000 | 12 400 000 | 5 |

Kilde: UDI, tall avrundet til nærmeste 10 000 Note: Utgifter inkluderer kostnader ved drift av mottak og lønns- og reisekostnader i UDI for administrasjon og oppfølging. I tillegg kommer vertskommunetilskudd som betales til kommuner som har mottak. Oppholdstid er beregnet fra vedtaksdato med rett til bosetting til 31.12.2019. Enkelte personer på TA kan ha fått innvilget opphold mens de bodde på ordinær avdeling. Enkelte personer kan også ha hatt lengre sykehusopphold i perioden etter vedtak. Alle beregningene og grunnlagsdata gjelder beboere som bor på TA, Særbol, institusjon eller sykehjem i 2019.

Tabell 6-1 viser i tillegg at det er høyere gjennomsnittlige årlige utgifter per plass i TA, Særbol og sykehjems- og institusjons plass sammenlignet med utgifter per plass i ordinær avdeling. Dette medfører også at gjennomsnittlig total utgift per forløp, altså utgifter når gjennomsnittlig ventetid er tatt høyde for, er vesentlig høyere for disse tilbudene enn for plasser på ordinær avdeling.

6.3 Nullalternativet og tiltaksalternativet

Den samfunnsøkonomiske analysen vurderer de samfunnsøkonomiske effektene av *raskere bosetting* av flyktninger med særlige behov. I en samfunnsøkonomisk analyse sammenlignes et nullalternativ og et tiltaksalternativ:

- *Nullalternativet* i denne sammenheng er en videreføring av dagens situasjon med lang ventetid i mottak. Alle blir bosatt til slutt, men uten konkrete tiltak som gjør bosettingen raskere, er det grunn til å tro at utfordringene ved dagens situasjon også vil vedvare i tiden fremover.
- *Tiltaksalternativet* er at bosetting av flyktninger med særlige behov som oppholder seg på TA, Særbol, institusjons- eller sykehjems plass i påvente av bosetting i gjennomsnitt skjer like raskt som bosetting av flyktninger på ordinær avdeling. Vi har her lagt til grunn at ventetiden reduseres ned til 0,5 år (6 måneder).

For flyktninger med særlige behov skjer dermed bosettingen i tiltaksalternativet raskere enn i nullalternativet. Resultatene av den samfunnsøkonomiske analysen oppstår ved å sammenligne disse to alternative forløpene for målgruppen. Siden det er stor variasjon mellom flyktninger med særlige behov på individnivå når det gjelder deres helsetilstand og behov for helse-, pleie- og omsorgstjenester, har vi konstruert noen case (stiliserte forløp) som vi benytter til å regne på

endringer i prissatte effekter. Hensikten med disse regneeksemplene er å illustrere at ulike tjenestetilbud med ulike utgifter og ulik grad av arbeidsevne etter bosetting vil påvirke samfunnets kostnads- og nyttevirksomheter knyttet til raskere bosetting, samt utgiftsfordelingen mellom stat og kommune.

En sammenligning av null- og tiltaksalternativet innebærer altså at det samme tjenestetilbudet i kommunen oppstår i begge alternativer, men i tiltaksalternativet skjer bosettingen tidligere slik at utgifter til det kommunale tjenestetilbudet starter å påløpe tidligere. Tilsvarende vil det statlige tilbudet i mottak avsluttes tidligere i tiltaksalternativet. Gitt mandatet om å vurdere samfunnsøkonomiske konsekvenser av *raskere* bosetting, handler den samfunnsøkonomiske analysen derfor i vesentlig grad om at virkninger skyves frem i tid. For statens og kommunens budsjetter vil utgiftene ved å tilby tjenester flyttes fra stat til kommune *tidligere* i tiltaksalternativet enn i nullalternativet.

6.4 Identifiserte virkninger av raskere bosetting

Raskere bosetting betyr helt konkret at i tiltaksalternativet går gjennomsnittlig ventetid ned sammenlignet med nullalternativet. Dette kan både medføre endringer i samfunnsøkonomiske kostnader og nyttevirksomheter. I alle casene har vi lagt til grunn at ventetiden går ned til 0,5 år (6 måneder). Dette betyr at reduksjonen i ventetid varierer mellom de ulike casene, i tråd med variasjonen i gjennomsnittlig ventetid for beboere på mottak i TA, Særbol og sykehjems- og institusjonsplass. På grunn av målgruppens særskilte utfordringer, kan en såpass stor reduksjon i ventetid være et noe optimistisk scenario. Vi mener det allikevel for analysens formål er hensiktsmessig å legge dette til grunn, siden det er en målsetning å bosette så raskt som mulig.

6.4.1 Kostnader og budsjettmessige utgifter

I den samfunnsøkonomiske analysen forutsetter vi at det eksisterer kapasitet i det totale kommunale apparatet til å bosette en flyktning med særlige behov, for eksempel at det eksisterer tilgjengelige institusjonsplasser som kan tas i bruk i en eller annen kommune. For vår analyse betyr dette at vi ser på de økte løpende utgiftene ved å bosette én person ekstra (marginalkostnaden ved bosetning), ikke kostnadene ved å bygge opp et kommunalt tilbud. Ettersom målgruppen består av svært få personer mener vi dette er en rimelig forutsetning når man ser på alle kommuner i landet samlet. For en enkeltkommune kan dette selvfølgelig fortone seg annerledes, der det i perioder ikke er kapasitet innen det kommunale pleie- og omsorgstilbudet.

I analysen er det videre viktig å skille mellom kostnader og utgifter:

- *Kostnader* betyr i en samfunnsøkonomisk analyse den reelle ressursbruken forbundet med å produsere en vare og/eller tjeneste, for eksempel bruk av arbeidskraft.
- *Utgifter* er en overføring av penger på et budsjett.

Et eksempel på forskjellen mellom en kostnad og utgift er: hvis en flyktning overføres fra et statlig mottak til en kommune, men helsetilbudet i staten og kommunen innebærer samme ressursbruk, så reduseres utgiftene til staten, mens utgiftene til kommunen øker. Men siden den reelle ressursbruken for å produsere omsorgstilbudet i staten og kommunen er identisk i dette eksempelet (arbeidskraften til én omsorgsarbeider), er det ingen reell samfunnsøkonomisk kostnadsforskjell, men en forskjell i hvilken offentlig aktør som betaler utgiften på sitt budsjett.

Før bosetting påløper det utgifter til de tjenestene beboere i mottak mottar. For staten genererer dette utgifter til mottakstilbudet (f.eks. TA, Særbo, institusjonsplass eller sykehjemsplass) og eventuelle andre tjenester som f.eks. tilbud innen spesialisthelsetjenesten. For vertskommunen hvor mottaket er plassert, vil det påløpe utgifter knyttet til grunnleggende helsetjenester til beboere i mottak, f.eks. fastlege. Vertskommunen mottar tilskudd fra staten som skal dekke de gjennomsnittlige kostnadene knyttet til helse, barnevern, tolk og administrasjon i forbindelse med at det drives et asylmottak i kommunen. Tilskuddet er en overføring fra stat til kommune, som samtidig representerer en ressursbruk i kommunen.

Etter bosetting vil mange av de samme kostnadene fortsette å påløpe, men utgiften belastes kommunen istedenfor staten. Bosettingskommunen overtar utgifter til de tjenestene som er dekket av statens vertskommunetilskudd, enten dette er den samme som vertskommunen eller en annen kommune. I begge tilfeller overføres utgifter fra staten til kommuneforvaltningen.

I en samfunnsøkonomisk analyse vil *nettoeffekten* for samfunnet være hvor mye mer eller mindre kostnadene i kommunen øker sammenlignet med reduksjonen i staten. Denne nettoeffekten er null dersom disse er like store. Nettoeffekten er også null for utgifter til tjenestetilbud som påløper både før og etter bosetting innen samme sektor, f.eks. dersom en beboer mottar de samme tjenestene fra spesialisthelsetjenesten før og etter bosetting.

Tiltaksalternativet vil medføre kostnadsforskjeller dersom for eksempel kommunen er bedre rustet til å tilby tjenester til flyktninger med særlige behov, for eksempel gjennom stordriftsfordeler. Hvis dette er tilfellet, vil det også påvirke offentlige finansieringskostnader, gjennom nettoeffekten på *utgiftene* til samfunnet. Raskere bosetting vil påvirke hvor lenge det påløper utgifter i staten, og på hvilket tidspunkt utgifter overføres til og oppstår i kommunen. Dersom samfunnets netto utgifter øker og skattefinansieres, øker skattefinansieringskostnadene og følgelig også de samfunnsøkonomiske kostnadene. Motsatt, dersom nettoeffekten på samfunnets utgifter innebærer reduserte utgifter, er det mindre behov for skattefinansiering og det oppstår en besparelse knyttet til offentlige finansieringskostnader.

Uavhengig av om nettoeffekten for samfunnet er null eller ikke, er det en vesentlig *fordelingseffekt* ved at man ved bosetting overfører utgifter fra staten til bosettingskommunen. For staten er dette en besparelse i utgifter. For bosettingskommunen er det en økning i utgifter.

Samlet sett betyr dette at *fordelingen av utgifter* kan se ganske annerledes ut etter bosetting sammenlignet med før bosetting:

- Statens (UDIs) utgifter til mottakstilbudet bortfaller, og motsvares av (økte) utgifter i bosettingskommunen, f.eks. knyttet til en kommunal bolig og utgifter til eventuelle oppfølgingstjenester i hjemmet. Dette er i stor grad en fordelingsseffekt, der det skjer en overføring av utgifter fra stat til kommune.
- Flyktningen kan bosettes i en annen kommune enn vertskommunen. Utgifter til grunnleggende helsetjenester som f.eks. fastlege som vil påløpe både før og etter bosetting flyttes da fra vertskommunen til bosettingskommunen. Dette er en fordelingsseffekt med overføring av utgifter innad i kommunesektoren.

Raskere bosetting, forskjellen mellom tiltaksalternativet og nullalternativet, innebærer at disse overføringene skjer raskere enn det som ellers ville vært tilfelle. Selv om raskere bosettingen ikke nødvendigvis innebærer store endringer i kostnader for samfunnet i en samfunnsøkonomisk analyse, er det viktig å påpeke at i budsjettmessig forstand vil raskere bosetting innebære

konsekvenser i form av økte utgifter på et tidligere tidspunkt for bosettingskommunen. I regneeksemplene nedenfor viser vi fordelingsvirkninger på offentlige budsjetter.

Som nevnt i innledningen til kapittelet er det viktig å bemerke at for den enkelte kommune vil spørsmålet i hovedsak være om kommunen skal bosette personen eller ikke. For kommunen vil da sammenligningsgrunnlaget være ingen utgifter (ikke bosette) sammenlignet med de utgiftene som oppstår som følge av bosetting. Gitt mandatet for oppdraget og målet om å bosette flyktninger med oppholdstillatelse, analyserer vi de samfunnsøkonomiske virkningene av at bosettingen skjer *raskere*, og ikke virkningene av å bosette sammenlignet med ikke å bosette.

Alle kostnader og utgifter som benyttes til beregningen av de prissatte virkningene i den samfunnsøkonomiske analysen presenteres fortløpende for hver caseanalyse.

6.4.2 Nyttevirkninger

Målgruppen for analysen er flyktninger med særlige behov som er spesielt lengeventende i mottak, herunder beboere på TA, Særbol, sykehjems- og institusjonsplasser i UDIs mottaksapparat. Raskere bosetting av målgruppen vil sammenlignet med nullalternativet innebære kortere gjennomsnittlig ventetid i mottak før bosetting. Redusert ventetid gjennom raskere bosetning kan ha positive nytteeffekter. Vi har identifisert tre nyttevirksomheter som følger av raskere bosetting:

- Økt livskvalitet (ikke-prissatt)
- Større behandlingseffekt (ikke-prissatt)
- Tidligere yrkesdeltakelse (prissatt)

6.4.2.1 Økt livskvalitet

Økt livskvalitet er i denne sammenheng en samlebetegnelse av gevinsten av raskere bosetting, hvor kortere ventetid bidrar til å fjerne negative opplevelser forbundet med langvarig opphold i mottak for bosetningsklare flyktninger. Langvarige opphold er forbundet med negative konsekvenser som f.eks. helseplager, passivitet og demotivering, usikkerhet, uforutsigbarhet og mangel på kontroll og styring over egen hverdag.⁶⁵ Raskere bosetning gir derfor høyere avkastning i form av flere leveår med høyere velferd. Virkningen vil variere på individnivå. Økt livskvalitet vurderes som en ikke-prissatt nyttevirksomhet.

6.4.2.2 Større behandlingseffekt

Positiv behandlingseffekt er en nyttevirksomhet som består av to komponenter, slik vi vurderer det på bakgrunn av intervjuer i prosjektet:

- Ved raskere bosetting kommer man tidligere i gang med behandlings- og oppfølgingstilbud i kommunen til de med psykiske lidelser som ikke får tilstrekkelig hjelp til dette under opphold i mottak fordi situasjonen er preget av lav stabilitet som er til hinder for behandlingseffekt. Tidligere innsats kan bety at psykiske lidelser ikke har fått utvikle seg like lenge, slik at det krever mindre ressurskrevende hjelp å behandle samtidig som det er større sannsynlighet for å oppnå god behandlingseffekt.
- Etter bosetting har personen krav på omsorgstjenester i tillegg til helsetjenester, og kan gjennom kommunen oppleve å få tilgang til et bredere og mer sammensatt behandlings- og oppfølgingstilbud, som kan virke positivt på behandlingseffekt.

⁶⁵ Weiss, N., Djuve, A. B., Hamelink, W. og Zhang, H. (2017). *Opphold i asylmottak – konsekvenser for levekår og integrering*. Fafo-rapport 7/2017. Hentet fra: <<https://www.fafo.no/images/pub/2017/20615.pdf>>

For de aller mest pleietrengende, vil det imidlertid i størst grad handle om å dekke pleie- og omsorgsbehovet, noe som innebærer en utgiftsfordeling mellom stat og kommune. Større behandlingseffekt vurderes som en ikke-prissatt nyttevirkning.

6.4.2.3 Tidligere yrkesdeltakelse

Tidligere studier har konkludert med at lang ventetid er forbundet med negative samfunnsøkonomiske konsekvenser ved at sysselsetting under opphold i mottak er lav, som er et samfunnsøkonomisk tap, og at det kan virke negativt på senere integrering.⁶⁶ Raskere bosetting gir tidligere tilgang til introduksjonsprogrammet, og integreringen starter tidligere. Kortere ventetid i mottak kan også redusere risikoen for at langvarig opphold i mottak gjør det mer krevende å komme ut i arbeid og at integreringsarbeidet blir vanskeligere. For de med arbeidsevne vil man komme tidligere i gang med arbeidstrening. Dette øker sannsynligheten for tidligere yrkesdeltakelse enn i nullalternativet for den delen av målgruppen som har arbeidsevne. Dette innebærer flere år i arbeidslivet som følge av raskere bosetting, men vi har ikke grunnlag for å vurdere om personer jobber mer som følge av dette (økt total arbeidsevne). Blant flyktninger med særlige behov på TA, Særbol og sykehjems- og institusjonsplasser vil mange antagelig ha redusert eller ingen arbeidsevne, men nytten av arbeidsdeltakelse blant de som kan delta helt eller delvis er stor. Tidligere yrkesdeltakelse vurderes som en prissatt nyttevirkning i beregning av prissatte effekter i caseanalysene nedenfor.

6.4.2.4 Potensielle indirekte virkninger

I tillegg kan man tenke seg at raskere bosetting potensielt kan innebære reduserte utgifter hos andre instanser dersom det reduserer omfanget av negative konsekvenser som medfører ressursbruk hos disse instansene. Utover utgifter i det statlige asylmottaksapparatet og de relevante kommunale tjenesteområdene har vi ikke identifisert signifikante endrede utgifter for andre instanser som følge av raskere bosetting for målgruppen i intervjuene. Man kan også tenke seg at bedret livssituasjon for flyktningene på mottak, som følge av raskere bosetting, kan påvirke ansatte på mottak indirekte. De vil kunne oppleve økt tilfredshet ved arbeidssituasjonen dersom beboerne i gjennomsnitt er mindre demotiverte og passive, at de mistrives i mindre grad og at de opplever redusert omfang av uforutsigbarhet og usikkerhet. Vi har på bakgrunn av datamaterialet imidlertid lite grunnlag for å kvantifisere eller vurdere omfanget av en slik indirekte effekt.

6.5 Metode og generelle forutsetninger

6.5.1 Prissatte effekter

Prissatte effekter er kostnads- og nyttevirkninger som tallfestes og måles i kroner. Tabell 6-2 viser hvilke generelle forutsetninger som ligger til grunn for å beregne de prissatte effektene i regneeksemplene i caseanalysene.

⁶⁶ Weiss, N., Djuve, A. B., Hamelink, W. og Zhang, H. (2017). *Opphold i asylmottak – konsekvenser for levekår og integrering*. Fafo-rapport 7/2017. Hentet fra: <<https://www.fafo.no/images/pub/2017/20615.pdf>>

Tabell 6-2: Generelle forutsetninger til beregning av prissatte effekter

| Forutsetning | Input |
|----------------------------|----------------------|
| Prisnivå | Faste priser 2019-kr |
| Analyseperiode | 40 år |
| Kalkulasjonsrente | 4 % |
| Skattefinansieringskostnad | 20 % |
| Realprisjustering | 0,8 % |

Kilde: Finansdepartementet (2014) Rundskriv R (R-109/14)

Alle prissatte effekter er målt i 2019-kr i faste priser. Vi har lagt til grunn en analyseperiode på 40 år, der analyseperioden starter i perioden etter vedtak om opphold, og en kalkulasjonsrente på 4 prosent. For utgifter som finansieres med skatt utgjør skattefinansieringskostnaden 20 prosent.

I de tilfellene vi har beregnet en arbeidsdeltakelse etter bosetting, har vi lagt til grunn en bruttolønn som er 30 prosent lavere enn medianlønnen i Norge. Det skyldes at vi antar at i gjennomsnitt har flyktninger med særskilte behov noe lavere inntekt som følge av reduserte arbeidsmuligheter og deltidsarbeid. Bruttolønnen som er lagt til grunn er omtrent 470 000 kroner i året ved 100 prosent arbeidsdeltakelse. Arbeidsinntekt og arbeidsgiveravgift er i den prissatte analysen fordelt på stat, kommune og arbeider etter gjeldene skattesatser.

Forutsetninger og antakelser som er spesifikke for det enkelte case presenteres fortløpende for hver case i kapittel 6.6.

6.5.2 Ikke-prissatte effekter

Ikke-prissatte effekter er virkninger som ikke kan tallfestes og måles i kroner, men som vurderes kvalitativt basert på pluss-minus-metoden. Ikke-prissatte effekter vurderes etter henholdsvis betydning og omfang, som til sammen utgjør en konsekvens for hver identifisert virkning sammenlignet med nullalternativet:

- *Betydning* handler å vurdere hvilken betydning det som berøres av tiltaket har, for grupper i samfunnet eller for samfunnet som helhet. Betydning angis på en tredel skala: Liten, middels eller stor
- *Omfang* omfatter i hvilken grad området som berøres av tiltaket blir påvirket, og angis på en skala fra stort negativt til stort positivt omfang

Tabell 6-3 viser hvordan vurdering av betydning og omfang sammenstilles til en konsekvens ved bruk av en nidelt skala:

- ++++ Meget stor positiv konsekvens
- +++ Stor positiv konsekvens
- ++ Middels positiv konsekvens
- + Liten positiv konsekvens
- 0 Ubetydelig/ingen konsekvens
- - Liten negativ konsekvens
- -- Middels negativ konsekvens
- --- Stor negativ konsekvens
- ---- Meget stor negativ konsekvens

Tabell 6-3: Konsekvensmatrise for ikke-prissatte effekter

| | Liten betydning | Middels betydning | Stor betydning |
|------------------|-----------------|-------------------|----------------|
| Stort positivt | + / ++ | ++ / +++ | +++ / ++++ |
| Middels positivt | 0 / + | ++ | ++ / +++ |
| Lite positivt | 0 | 0 / + | + / ++ |
| Intet | 0 | 0 | 0 |
| Lite negativt | 0 | 0 / - | - / -- |
| Middels negativt | 0 / - | -- | -- / --- |
| Stort negativt | - / -- | -- / --- | --- / ---- |

Kilde: DFØ Veileder i samfunnsøkonomiske analyser, 2018

6.6 Prissatte effekter – caseanalyser

Flyktninger med særlige behov er en heterogen gruppe med stor variasjon i fysiske og/eller psykiske utfordringer. For best mulig å synliggjøre de samfunnsøkonomiske effektene av raskere bosetting har vi utarbeidet fire stiliserte forløp som vi kaller case. Hensikten er å illustrere ved hjelp av regneeksempler, hvordan samfunnsøkonomiske kostnader og nyttevirkinger vil påvirkes av raskere bosetting. Formålet er at de ulike casene til sammen skal representere et bredt spekter av ulike individer som faller innenfor gruppen av flyktninger med særlige behov. Casene er et forsøk på å danne et utvalg typiske forløp, men det er samtidig viktig å være bevisst på at det er stor heterogenitet i målgruppens behov og utfordringer og derfor usikkerhet knyttet til resultatene.

6.6.1 Case 1A: Alvorlig somatisk sykdom og stort og langvarig pleiebehov

Det første caset er definert som en person med store somatiske lidelser, som etter bosetting vil ha et stort og langvarig pleiebehov for det meste av livet. Dette vil utløse et langvarig helse-, pleie- og omsorgstilbud i kommunen. Vi har lagt til grunn at personen oppholder seg på en institusjonsplass i UDIs mottaksapparat før bosetting, og at personen etter bosetting vil ha behov for en langtidsplass i en kommunal institusjon/sykehjem. Det er antatt at personen ikke har arbeidsevne, verken på kort eller lang sikt.

Tabell 6-4 oppsummerer de sentrale forutsetningene for beregningen av prissatte effekter i case 1A.

Tabell 6-4: Forutsetninger case 1A

| Komponent | Parameter |
|--|----------------------------|
| Gjennomsnittlig ventetid i institusjonsplass UDI, nullalternativet | 2,4 år* |
| Gjennomsnittlig ventetid i institusjonsplass UDI, tiltaksalternativet | 0,5 år** |
| Årlig utgift institusjonsplass UDI, i kroner | 2 600 000* |
| Årlig utgift kommunal institusjonsplass, i kroner | 1 950 000*** |
| Arbeidsevne | 0 %** |
| Integreringstilskudd år 1-5, i kroner | Fra 72 000 til 246 000**** |
| Tilskudd for bosetting av person med nedsatt funksjonsevne/atferdsvansker fra IMDi, årlig i 5 år, i kroner | 1 300 000 |
| Tilskudd fra Hdir, årlig for hele analyseperioden, i kroner | 520 000 |
| Kommunens egenandel første 5 år for tilskudd fra Hdir, i kroner | 130 000 |
| Kommunens egenandel etter 5 år for tilskudd fra Hdir, i kroner | 1 430 000 |
| Årlig administrasjonskostnad i kommunen første fem år, i kroner | 85 000 |
| Årlig administrasjonskostnad IMDi frem til bosetting, i kroner | 30 000 |

Følger av data fra UDI, se tabell 1-1, **Antakelse, ***Kilde: SSB. Gjennomsnittlig brutto driftsutgift per kommunal plass, institusjon, per år, er 1,3 mill. kr. Vi har antatt 50 prosent påslag for å fange opp et stort pleiebehov. * Kilde: IMDi. Integreringstilskudd er i år 1 på kr. 241 000, år 2 på kr. 246 000, år 3 på kr. 174 000, år 4 på kr. 86 000 og år 5 på kr. 72 000.**

Det er lagt til grunn gjennomsnittlig ventetid i institusjonsplass på 2,4 år i nullalternativet basert på data fra UDI (se Tabell 3-1). Vi har antatt at ventetiden i tiltaksalternativet går ned til tilsvarende ventetid som i ordinær avdeling på 3-7 måneder, avrundet til 0,5 år (6 måneder). Dette innebærer at tiltaksalternativet innebærer en redusert ventetid på 1,9 år.

Årlig samlede utgifter knyttet til en institusjonsplass i UDI er ifølge mottatte data fra UDI 2,6 millioner kroner. Ifølge SSB er gjennomsnittlig brutto driftsutgift per kommunal plass i institusjon per år 1,3 millioner kroner. Vi har også mottatt informasjon som tilsier at utgifter til en sykehjemsplass på sterkavdeling kan være noe lavere enn dette, om lag 950 000 kroner. Vi har ikke informasjon om årsaken til disse utgiftsforskjellene. Det kan tenkes at tilbudet på institusjon i UDIs apparat er forbundet med tettere oppfølging og høyere lønnsutgifter per plass enn en gjennomsnittlig kommunal institusjon. Det kan også tenkes at det kommunale tilbudet i større grad kan utløse stordriftsfordeler enn det relativt begrensede antallet institusjonsplasser UDI anskaffer. Utgiftene ved en korttids sykehjemsplass i UDIs apparat tilsvarer om lag gjennomsnittlige utgifter til en kommunal institusjonsplass på 1,3 millioner kroner årlig, men slik case 1A er definert har vi lagt til grunn at en korttidsplass ikke reflekterer behovet. Gjennomsnittlig årlig utgift per kommunal institusjonsplass fra SSB fanger ikke opp differansen mellom korttids- og langtids plasser og variasjoner mellom brukernes behov. Vi har derfor valgt å legge til et påslag på utgiften fra SSB på 50 prosent for å ta høyde for at beboeren har et stort pleiebehov, som tilsier at oppfølgingen kan være mer ressurskrevende i form av personalressurser enn gjennomsnittet. Dette gir en årlig utgift på 1,95 millioner kroner til en kommunal institusjonsplass etter bosetting.

Vi har lagt til grunn integreringstilskudd med satser for 2020 fra informasjon på IMDis nettsider fordelt på fem år som vist i tabellen. Vi har også lagt til grunn 1,3 millioner kroner i årlig tilskudd for bosetting av flyktninger med nedsatt funksjonsevne/atferdsvansker i fem år, avrundet fra maksimal tilskuddssats i 2020 på 1,361 millioner kroner.

Videre har vi lagt til grunn at bosettingskommunen mottar tilskudd fra Helsedirektoratet på 520 000 kroner årlig hvert år i analyseperioden, for å dekke 80 prosent av de utgiftene

kommunene har ved kommunal institusjonsplass som overstiger ekstratilskuddet fra IMDi på 1,3 millioner kroner. Dette gir opphav til ulike kommunale egenandeler før og etter første 5 år som vist i tabellen. Tilskuddet fra Helsedirektoratet opphører etter fylte 67 år. I regneeksempelet har vi lagt til grunn at flytningen er under 67 år i hele analyseperioden, men påpeker at dersom flyktningen overstiger 67 år i løpet av analyseperioden vil Hdir-tilskuddet bortfalle etter dette. Vi kommenterer konsekvensene av dette i sensitivitetsanalysene i kapittel 6.8.

Det er lagt til grunn en administrasjonskostnad i kommunen tilsvarende en 10 prosent stilling, hvor vi har benyttet brutto lønnsutgift for administrasjon av bosetting i UDI som anslag på lønnsutgifter knyttet til dette arbeidet. Dette gir en årlig administrasjonskostnad på 85 000 kroner i kommunen de første fem årene etter bosetning. Basert på intervjudata har kommuner størst administrasjonskostnader knyttet til bosetning av flyktninger de første årene siden det er i denne perioden det kommunale apparatet koordinerer arbeidet med bosetting. I tillegg har kommunen administrasjonskostnader knyttet til å utarbeide søknad om ekstratilskudd fra IMDi de første fem årene. Etter fem år har vi lagt til grunn at kommunale kostnader knyttet til administrasjon er inkludert i årlige utgifter til helse- og omsorgstjenester.

Vi har også lagt til grunn en administrasjonskostnad i IMDi. Kostnadene til IMDi i bosetningsarbeidet er i overkant av 10 millioner i året, der dette er knyttet til behandling av søknader, sakkyndige vurderinger og kommunikasjon med kommuner. Basert på antall søknader om ekstratilskudd mellom 2015 og 2019, er IMDi administrasjonskostnad per flyktning i mottak rundt 10 000-20 000 kroner. Ettersom målgruppen i vår analyse sannsynligvis krever mer arbeid har vi antatt at administrasjonskostnadene for disse flyktningene er om lag 30 000 kroner per år frem til bosettingstidspunktet.

Med de forutsetningene som er lagt til grunn, viser Tabell 6-5 resultatene for prissatte effekter og budsjettmessige konsekvenser i case 1A.

Tabell 6-5: Resultater prissatte effekter case 1A

| Totalt per person - 40 år analyseperiode | Millioner kroner |
|---|-------------------------|
| Samfunnsøkonomisk netto besparelse | 1,7 |
| Endring budsjettbelastning staten | - 4,5 |
| <i>Total budsjettbelastning nullalternativ</i> | 32,9 |
| <i>Total budsjettbelastning tiltak</i> | 28,4 |
| Endring budsjettbelastning kommune | 3,0 |
| <i>Total budsjettbelastning nullalternativ</i> | 47,5 |
| <i>Total budsjettbelastning tiltak</i> | 50,5 |

Caseanalysen viser at det er en liten samfunnsøkonomisk kostnadsbesparelse ved raskere bosetning av flyktninger med større somatiske utfordringer, gitt de forutsetningene og antagelsene som ligger til grunn. Årsaken til at det oppstår samfunnsøkonomiske besparelser er at det kommunale tjenestetilbudet har samlet sett lavere kostnader enn det statlige mottaksapparatet. Som følge av lavere kostnader oppnås det også en samfunnsøkonomisk gevinst i form av lavere skattefinansieringskostnader. Det er imidlertid stor usikkerhet knyttet til kostnadsanslagene. Hvis det kommunale tjenestetilbudet til denne gruppen istedenfor er like kostbart som i det statlige mottaksapparatet, vil raskere bosetningen ikke ha

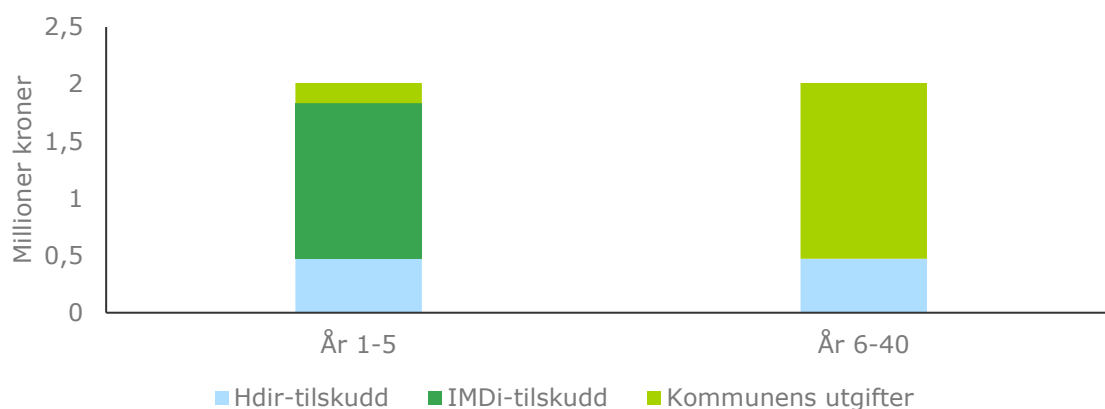
samfunnsøkonomiske kostnadsbesparelser. I et slikt tilfelle vil raskere bosetting på kostnadssiden kun være en overføring av utgifter fra staten til kommunen.

Videre viser caseanalysen at kommunes budsjettmessige belastning øker med 3 millioner over en 40 årsperiode ved en raskere bosetting på 1,9 år. Tilsvarende reduseres statens budsjettbelastning med 4,5 millioner kroner. At statens utgifter reduseres mer enn kommunens økning i utgifter, skyldes at staten henter ut storparten av de samfunnsøkonomiske kostnadsbesparelsene ved raskere bosetting på sine budsjetter. At kommunes budsjettbelastning øker skyldes at kommunens utgifter ved bosetting starter tidligere å påløpe ved raskere bosetting. Det medfører at kommunens utgifter til institusjonstilbudet er høyere i tiltaksalternativet enn i nullalternativet, samt at kommunens utgifter til egenandel øker fordi disse utgiftene inntreffer over en lenger tidsperiode.

Ved bosetting mottar kommuner overføringer fra staten. Ekstratilskuddet fra IMDi er av spesielt stor betydning for å redusere kommunale utgifter ved bosetting. IMDi sitt tilskudd reduserer imidlertid ikke økningen i den totale budsjettbelastning for kommunen ved raskere bosetting når man ser på en analyseperiode på 40 år. Årsaken er at kommunen uansett har rett på 5 år med tilskudd fra IMDi, helt uavhengig av når flyktningen bosettes. Den eneste statlige overføringen til kommunen som øker ved raskere bosetting er Hdir tilskuddet. Hdir-tilskuddet utgjør imidlertid bare en liten andel av kommunens økning i utgifter til målgruppen i Case 1A.

Figur 6-1 viser for case 1A hvordan overføringer fra stat til kommune endres etter at de fem årene med tilskudd fra IMDi utløper. I år 1-5 mottar kommunen tilskudd fra IMDi, som i case 1A er antatt å være maksseten på om lag 1,3 millioner kroner. I tillegg mottar kommunen tilskudd fra Hdir, og betaler en kommunal egenandel for det resterende. Fra år 6 bortfaller tilskuddet fra IMDi, slik at denne delen av utgiftene nå belastes kommunale budsjetter. Etter de første fem årene øker altså de kommunale utgiftene relativt betydelig som følge av at IMDi-tilskuddet bortfaller, alt annet likt. Tilsvarende skjer også for de andre casene, men med ulike utgiftstørrelser.

Figur 6-1: Illustrasjon av endring i overføringer fra stat til kommune etter utløp av tilskudd fra IMDi, case 1A



6.6.2 Case 1B: Psykiske lidelser med stort oppfølgingsbehov

Case 1B er definert som en beboer med store psykiske lidelser, som opplever uro, søvnproblemer, angst, depresjon og post-traumatisk stress-syndrom. Vedkommende kan være utagerende, kan ha lav terskel for bruk av vold mot personalet på mottak eller andre beboere, og har en bakgrunn

med å ha være inn og ut av psykiatrien. Personen er vanskelig å aktivisere og motivere. Det er lagt til grunn at vedkommende ikke har noen arbeidsevne på verken kort eller lang sikt.

Vi har lagt til grunn at personen før bosetting i kommunen er beboer på en Særbol-plass, og at personen etter bosetting får tilbud om en plass i en kommunal institusjon med oppfølging 37,5 timer i uken (100 prosent).

Tabell 6-6 viser forutsetningene til case 1B. De fleste av disse er tilsvarende som i case 1A. Vi forklarer forutsetningene som er annerledes under tabellen.

Tabell 6-6: Forutsetninger case 1B

| Komponent | Parameter |
|--|---------------------------|
| Gjennomsnittlig ventetid i Særbol UDI, nullalternativet | 3,8 år* |
| Gjennomsnittlig ventetid i Særbol UDI, tiltaksalternativet | 0,5 år** |
| Årlig utgift Særbol UDI, i kroner | 3 300 000* |
| Årlig utgift kommunal institusjonsplass og ekstra oppfølging, i kroner | 2 300 000 |
| Arbeidsevne | 0 %** |
| Integreringstilskudd år 1-5, i kroner | Fra 72 000 til 246 000*** |
| Tilskudd for bosetting av person med nedsatt funksjonsevne/atferdsvansker fra IMDi, årlig i 5 år, i kroner | 1 300 000 |
| Tilskudd fra Hdir, årlig for hele analyseperioden, i kroner | 960 000 |
| Kommunens egenandel første 5 år for tilskudd fra Hdir, i kroner | 240 000 |
| Kommunens egenandel etter 5 år for tilskudd fra Hdir, i kroner | 1 540 000 |
| Årlig administrasjonskostnad i kommunen første fem år, i kroner | 85 000 |
| Årlig administrasjonskostnad IMDi frem til bosetting, i kroner | 30 000 |

***Følger av data fra UDI, se tabell 1-1. **Antakelse. *** Kilde: IMDi. Integreringstilskudd er i år 1 på kr. 241 000, år 2 på kr. 246 000, år 3 på kr. 174 000, år 4 på kr. 86 000 og år 5 på kr. 72 000.**

Det er lagt til grunn gjennomsnittlig ventetid i Særbol på 3,8 år i nullalternativet, og ventetid på 0,5 år i tiltaksalternativet. Dette innebærer at tiltaksalternativet medfører en redusert ventetid på 3,3 år.

Årlig utgift for en plass i Særbol er hentet fra data fra UDI. For tilbudet i kommunen har vi lagt til grunn en gjennomsnittlig brutto driftsutgift per kommunal plass i institusjon per år 1,3 millioner hentet fra SSB og antatt en nær fulltidsoppfølging som vi anslår tilsvarer kostnader for 37,5 timer i uken i hjemmetjenester, med en årlig utgift på 975 000 kroner⁶⁷, avrundet til totalt 2,3 millioner kroner.

Siden kommunen har høyere utgifter enn i case 1A, mottar kommunen også høyere årlig tilskudd fra tilskuddsordningen til Helsedirektoratet. Dette endrer også størrelsen på kommunens egenandel noe før og etter de første 5 år sammenlignet med case 1A.

Med de forutsetningene som ligger til grunn, viser Tabell 6-7 resultatene fra beregningen av prissatte effekter i case 1B.

⁶⁷ Kilde: SSB. Samlede utgifter til hjemmetjenester (Kostra-funksjon 254) var i 2018 på 62,3 mrd. kr. Det var totalt 124 mill. timer. Dette gir en utgift per time på 501 kr for alle hjemmetjenester. 37,5 timer bistand i uken i et år tilsvarer om lag 975 000 kroner.

Tabell 6-7: Resultater prissatte effekter case 1B

| Totalt per person - 40 år analyseperiode | Millioner kroner |
|--|------------------|
| Samfunnsøkonomisk netto besparelse | 4,2 |
| Endring budsjettbelastning staten | - 8,9 |
| <i>Total budsjettbelastning nullalternativ</i> | 48,9 |
| <i>Total budsjettbelastning tiltak</i> | 40,0 |
| Endring budsjettbelastning kommune | 5,0 |
| <i>Total budsjettbelastning nullalternativ</i> | 48,0 |
| <i>Total budsjettbelastning tiltak</i> | 53,0 |

Gitt forutsetningene og antakelsene, er resultatene like som i case 1A. Vi finner at:

- Raskere bosetning gir en samfunnsøkonomisk kostnadsbesparelse på 4,2 millioner kroner i løpet analyseperioden. Dette skyldes at det statlige mottaksapparatet er mer kostbart enn institusjonstilbudet i kommunen. I tillegg er det en samfunnsøkonomisk besparelse som følge av reduserte skattefinansieringskostnader.
- Statens utgifter til oppholdet i mottak reduseres betydelig sammenlignet med nullalternativet, fordi ventetiden kortes mye ned og fordi Særbo er et særlig ressurskrevende tilbud.
- Kommunens utgifter øker fordi raskere bosetting påfører kommunen utgifter til ressurskrevende institusjons- og oppfølgingstilbud i lenger tid (3,25 år lenger) i tiltaksalternativet enn i nullalternativet. Det totale ekstratilskuddet fra IMDi endres ikke ved raskere bosetning, det kommer kun tidligere i tid. Kommunens totale utgifter til egenandeler knyttet til Hdir-tilskuddet øker noe fordi utgifter til beboeren inntreffer over en lengre tidsperiode.
- Når vi ser på budsjettmessige konsekvenser, ser vi at den besparelsen staten oppnår er større enn utgiftsøkningen kommunen opplever. Det skyldes at mesteparten av de reduserte samfunnsøkonomiske kostnadene kommer statens budsjetter til gode.

6.6.3 Case 2A: Nedsatt fysisk funksjonsevne

Case 2A er definert som en beboer med nedsatt fysisk funksjonsevne. Det er lagt til grunn at vedkommende bor på TA før bosetting. Etter bosetting er det lagt til grunn at vedkommende har behov for bolig, som kommunen går ut og leier på markedet, og at det er behov for en engangsinvestering for å tilrettelegge boligen. Vi har antatt en gjennomsnittlig husleie på 10 000 kroner i måneden (120 000 kroner per år), og at investeringen for å tilrettelegge boligen tilsvarer en engangsutgift på 100 000 kroner.

Videre legger vi til grunn at personen mottar sosialhjelp etter å ha deltatt på introduksjonsprogram, og at størrelsen på sosialhjelp gradvis avtar i takt med at personen over tid gradvis øker sin arbeidsdeltakelse. På bakgrunn av intervjuer, antar vi at behovet for tilrettelegging og bistand er størst i starten og avtar med tid. Vi har antatt følgende utvikling i arbeidsevne og sosialhjelp etter bosetting:

- 1-3 år: 0 % arbeidsdeltakelse, og 100 prosent av gjennomsnittlig sosialhjelp
- 4-10 år: 30 % arbeidsdeltakelse, og 70 prosent av gjennomsnittlig sosialhjelp
- 11-40 år: 50 % arbeidsdeltakelse, og 50 prosent av gjennomsnittlig sosialhjelp

Selv om det her er lagt til grunn mottak av sosialhjelp og at det ikke er grunnlag for uføretrygd, kan det for personer som ikke kan stå i fullt arbeid på grunn av varig sykdom eller skade være aktuelt å søke uføretrygd. Dette vil i så fall påvirke budsjettmessige konsekvenser i retning økte statlige utgifter og reduserte kommunale utgifter, alt annet likt.

Vi antar at raskere bosetting reduserer tiden det tar før en flyktning kommer ut i arbeidslivet, men vi har ikke hatt grunnlag til å vurdere om raskere bosetting påvirker den totale arbeidsdeltakelsen, altså at en person ender opp med å jobbe mer i løpet av sin arbeidskarriere som følge av tidligere arbeidsdeltakelse.

Vi antar også at personen har behov for omsorgstjenester i form av praktisk bistand i hjemmet. Vi har lagt til grunn at omfanget av praktisk bistand i hjemmet starter på 70 prosent av full bistand, der full bistand tilsvarer 37,5 timer i uken til en utgift på om lag 975 000 kroner årlig⁶⁸, frem til personer starter sin arbeidsdeltakelse. Deretter reduseres omfanget av bistanden tilsvarende økningen i arbeidsdeltakelsen, først fra 70 til 40 prosent bistand ved at personen går fra 0 til 30 prosent arbeidsdeltakelse og så til 20 prosent bistand ved en ytterligere økning fra 30 til 50 prosent arbeidsdeltakelse.

I tillegg antar vi at personen mottar introduksjonsstønad for deltakelse i introduksjonsprogrammet som tilsvarer 2G, avrundet til 200 000 kroner i beregningene. Kommunen har i tillegg utgifter til introduksjonsprogrammet på 172 600 kroner per deltaker, ifølge tall fra SSB.⁶⁹

Integreringstilskuddet kommunen mottar er tilsvarende som i de foregående casene. Ekstratilskuddet fra IMDi for bosetting av flyktninger med nedsatt funksjonsevne og/eller atferdsvansker er antatt å utgjøre 600 000 kroner årlig i fem år. Det er lagt til grunn at det ikke er grunnlag for tilskudd fra Helsedirektoratets tilskuddsordning og dermed ingen kommunale egenandeler knyttet til dette.

Tabell 6-8 viser forutsetningene for beregning av prissatte effekter i case 2A.

⁶⁸ Kilde: SSB. Samlede utgifter til hjemmetjenester (Kostra-funksjon 254) var i 2018 på 62,3 mrd. kr. Det var totalt 124 mill. timer. Dette gir en utgift per time på 501 kr for alle hjemmetjenester. 37,5 timer bistand i uken i et år tilsvarer om lag 975 000 kroner.

⁶⁹ Kilde: SSB, tabell 12268

Tabell 6-8: Forutsetninger case 2A

| Komponent | Parameter |
|--|-----------------------------|
| Gjennomsnittlig ventetid i TA UDI, nullalternativet | 2,6 år* |
| Gjennomsnittlig ventetid i TA UDI, tiltaksalternativet | 0,5 år** |
| Årlig utgift TA UDI, i kroner | 660 000* |
| Årlig utgift til kommunal bolig (leid), i kroner | 120 000*** |
| Engangsinvestering tilrettelegging av kommunal bolig, i kroner | 100 000** |
| Arbeidsevne, år 1-3 | 0 %** |
| Arbeidsevne, år 4-10 | 30 %** |
| Arbeidsevne, år 11-40 | 50 %** |
| Sosialhjelp, gjennomsnitt per år, ved full stønad | 115 560**** |
| Omsorgstjeneste praktisk bistand i hjemmet, årlig utgift i kroner (37,5 timer i uken) | 975 000***** |
| Kommunale utgifter til introduksjonsstønad, i kroner (2G avrundet) | 200 000 |
| Kommunale utgifter til introduksjonsprogram per deltaker, i kroner | 172 600***** |
| Integreringstilskudd år 1-5, i kroner | Fra 72 000 til 246 000***** |
| Tilskudd for bosetting av person med nedsatt funksjonsevne/atferdsvansker fra IMDi, årlig i 5 år, i kroner | 600 000 |
| Årlig administrasjonskostnad i kommunen første fem år, i kroner | 85 000 |
| Årlig administrasjonskostnad IMDi frem til bosetting, i kroner | 30 000 |

*Følger av data fra UDI, se tabell 1-1, **Antakelse, ***Vi har lagt til grunn en månedsleie på 10 000 kroner, tilsvarende 120 000 per år. ****Kilde: SSB, gjennomsnittlig sosialhjelp per måned på 9 588 kroner i 2018. *****Kilde: SSB. Samlede utgifter til hjemmetjenester (Kostra-funksjon 254) var i 2018 på 62,3 mrd. kr. Det var totalt 124 mill. timer. Dette gir en utgift per time på 501 kr for alle hjemmetjenester. 37,5 timer bistand i uken i et år tilsvarer om lag 975 000 kroner. ***** Kilde: SSB, tabell 12268 ***** Kilde: IMDi. Integreringstilskudd er i år 1 på kr. 241 000, år 2 på kr. 246 000, år 3 på kr. 174 000, år 4 på kr. 86 000 og år 5 på kr. 72 000.

Tabell 6-9 viser resultatene fra beregningene av prissatte effekter i case 2A, gitt de forutsetningene og antakelsene som ligger til grunn.

Tabell 6-9: Resultater prissatte effekter case 2A

| Totalt per person - 40 år analyseperiode | Millioner kroner |
|--|------------------|
| Samfunnsøkonomisk netto besparelse | 2 |
| Endring budsjettbelastning staten | - 1,8 |
| <i>Total budsjettbelastning nullalternativ</i> | 5,0 |
| <i>Total budsjettbelastning tiltak</i> | 3,2 |
| Endring budsjettbelastning kommune | 0,7 |
| <i>Total budsjettbelastning nullalternativ</i> | 10,1 |
| <i>Total budsjettbelastning tiltak</i> | 10,8 |

Gitt forutsetningene og antakelsene, er resultatene i case 2A også like resultatene fra Case 1A og 1B:

- Caseanalysen viser at det oppstår en kostnadsbesparelse ved raskere bosetning og en gevinst ved reduserte skattefinansieringskostnader som tidligere. I dette tilfellet vil imidlertid den samfunnsøkonomiske besparelsen også skyldes at flyktningen kommer tidligere ut i arbeid som følge av raskere bosetning.
- Statens budsjettmessige belastning reduseres som før ved reduserte utgifter til mottakstilbudet for personen som bosettes som følge av kortere ventetid, og fordi de totale overføringene fra stat til kommune er tilnærmet like i nullalternativet og tiltaksalternativet.
- Den totale budsjettbelastningen til kommunen øker akkurat som i Case 1A og 1B, men effekten motsvares også noe av økte skatteinntekter ved at den bosatte står lenger i arbeid i løpet av livet.
- Her må det understrekes at resultatene er sterkt avhengig av forutsetninger om omsorgsbehov og mulighetene for arbeidsdeltakelse. Det er stor heterogenitet innad i gruppen og følgelig stor usikkerhet knyttet til omfanget av de samfunnsøkonomiske og budsjettmessige virkningene.

6.6.4 Case 2B: Psykiske plager eller symptomer med mindre oppfølgingsbehov

Case 2B er definert som en person med psykiske plager eller symptomer med mindre oppfølgingsbehov. Det antas at personen før bosetting i kommunen har bodd på en plass i TA. Ved bosetting i kommunen får vedkommende tilbud om kommunal bolig, uten behov for fysisk tilrettelegging slik vi antok i case 2A.

Det legges også til grunn at personen har krav på sosialhjelp, og at dette gradvis avtar i takt med at personen over tid gradvis øker sin arbeidsdeltakelse. Vi har lagt til grunn samme utvikling i arbeidsdeltakelse og sosialhjelp som i case 2A. Vi antar også at personen har behov for omsorgstjenester i form av praktisk bistand i hjemmet, med tilsvarende forløp som i case 2A (fra 70 til 20 prosent over tid). Øvrige forutsetninger er like som i case 2A.

Tabell 6-10 oppsummerer forutsetningene for case 2B til beregning av de prissatte effektene.

Tabell 6-10: Forutsetninger case 2B

| Komponent | Parameter |
|--|-----------------------------|
| Gjennomsnittlig ventetid i TA UDI, nullalternativet | 2,6 år* |
| Gjennomsnittlig ventetid i TA UDI, tiltaksalternativet | 0,5 år** |
| Årlig utgift TA UDI, i kroner | 660 000* |
| Årlig utgift til kommunal bolig (leid), i kroner | 120 000*** |
| Engangsinvestering tilrettelegging av kommunal bolig, i kroner | 100 000** |
| Arbeidsevne, år 1-3 | 0 %** |
| Arbeidsevne, år 4-10 | 30 %** |
| Arbeidsevne, år 11-40 | 50 %** |
| Sosialhjelp, gjennomsnitt per år, ved full stønad | 115 560**** |
| Omsorgstjeneste praktisk bistand i hjemmet, årlig utgift i kroner (37,5 timer i uken) | 975 000***** |
| Kommunale utgifter til introduksjonsstønad, i kroner (2G avrundet) | 200 000 |
| Kommunale utgifter til introduksjonsprogram per deltaker, i kroner | 172 600***** |
| Integreringstilskudd år 1-5, i kroner | Fra 72 000 til 246 000***** |
| Tilskudd for bosetting av person med nedsatt funksjonsevne/atferdsvansker fra IMDi, årlig i 5 år, i kroner | 600 000 |
| Årlig administrasjonskostnad i kommunen første fem år, i kroner | 85 000 |
| Årlig administrasjonskostnad IMDi frem til bosetting, i kroner | 30 000 |

*Følger av data fra UDI, se tabell 1-1, **Antakelse, ***Vi har lagt til grunn en månedsleie på 10 000 kroner, tilsvarende 120 000 per år. ****Kilde: SSB, gjennomsnittlig sosialhjelp per måned på 9 588 kroner i 2018. *****Kilde: SSB. Samlede utgifter til hjemmetjenester (Kostrafunksjon 254) var i 2018 på 62,3 mrd. kr. Det var totalt 124 mill. timer. Dette gir en utgift per time på 501 kr for alle hjemmetjenester. 37,5 timer bistand i uken i et år tilsvarer om lag 975 000 kroner. *****Kilde: SSB, tabell 12268 ***** Kilde: IMDi. Integreringstilskudd er i år 1 på kr. 241 000, år 2 på kr. 246 000, år 3 på kr. 174 000, år 4 på kr. 86 000 og år 5 på kr. 72 000.

Resultatene fra beregningen av de prissatte effektene er vist i Tabell 6-11.

Tabell 6-11: Resultater prissatte effekter case 2B

| Totalt per person - 40 år analyseperiode | Millioner kroner |
|--|------------------|
| Samfunnsøkonomisk netto besparelse | 2 |
| Endring budsjettbelastning staten | - 1,8 |
| <i>Total budsjettbelastning nullalternativ</i> | 5,0 |
| <i>Total budsjettbelastning tiltak</i> | 3,2 |
| Endring budsjettbelastning kommune | 0,7 |
| <i>Total budsjettbelastning nullalternativ</i> | 10 |
| <i>Total budsjettbelastning tiltak</i> | 10,7 |

Gitt forutsetningene og antakelsene, er resultatene like som i case 2A. Marginale forskjeller forsvinner stort sett ved avrunding. Hovedresultatet er som tidligere at det er en liten samfunnsøkonomisk besparelse ved raskere bosetting, som gir en vesentlig budsjettmessig forbedring for staten og en økning for kommunens budsjetter. I likhet som Case 2A, er analysen sterkt betinget av forutsetninger om omfanget av behov for kommunale tjenester og mulighetene for arbeidsdeltakelse over tid.

6.7 Ikke-prissatte effekter – caseanalyser

Det er to identifiserte ikke-prissatte nyttevirkinger i den samfunnsøkonomiske analysen, som følge av raskere bosetting:

- Økt livskvalitet
- Større behandlingseffekt

Nyttevirkingen av tidligere yrkesdeltakelse fanges opp som en prissatt nyttevirking av lønnsinntekter i case der det er lagt til grunn arbeidsevne.

Når det gjelder vurderingen av betydningen av virkningene, mener vi det ikke er grunnlag å tilegne ulik betydning av virkningene avhengig av hvilke personer vi tar for oss. Vi vurderer betydningen av virkningene på følgende måte:

- Økt livskvalitet: Stor betydning
- Større behandlingseffekt: Middels betydning

Vår vurdering er at økt livskvalitet vil være av størst betydning av de to ikke-prissatte effektene. Flyktninger generelt, og kanskje spesielt flyktninger med særlige behov, er en sårbar gruppe i samfunnet. At de med særlige behov da også blir spesielt lengeventende i mottak er kjernen i problemet i den samfunnsøkonomiske analysen. Vi vurderer at det vil være av stor betydning å redusere negative opplevelser som oppstår som følge av langvarige opphold, fordi disse negative opplevelsene har direkte innvirkning på livskvaliteten til denne gruppen.

Vi vurderer at større behandlingseffekt er av middels betydning. Begrunnelsen for dette er primært at vi vurderer betydningen av økt livskvalitet som høyere og fordi det fremstår som en mindre usikker virkning basert på intervjuer og forskningslitteratur. Større behandlingseffekt vil likevel kunne oppstå for den delen av målgruppen som har behov for psykisk behandling og oppfølging, der behandlingen er avhengig en stabil bo- og livssituasjon, og at behandlingseffekten er større desto raskere behandlingen kan iverksettes.

Tabell 6-12 oppsummerer vurderingene av betydning og omfang av de ikke-prissatte nyttevirkingene til ikke-prissatte konsekvenser.

Tabell 6-12: Vurdering av betydning, omfang og konsekvens for ikke-prissatte nyttevirkinger

| | Case 1A – Store somatiske lidelser | | Case 1B – Store psykiske lidelser | | Case 2A – Nedsatt fysisk funksjonsevne | | Case 2B – Psykiske plager/symptomer med mindre oppfølgingsbehov | |
|------------|------------------------------------|------------------------|-----------------------------------|------------------------|--|------------------------|---|------------------------|
| | Økt livskvalitet | Større behandl.-effekt | Økt livskvalitet | Større behandl.-effekt | Økt livskvalitet | Større behandl.-effekt | Økt livskvalitet | Større behandl.-effekt |
| Betydning | Stor | Middels | Stor | Middels | Stor | Middels | Stor | Middels |
| Omfang | Lite positivt | Intet | Stort positivt | Middels positivt | Stort positivt | 0 | Stort positivt | Lite positivt |
| Konsekvens | + | 0 | +++ | ++ | +++ | 0 | +++ | + |

I case 1A er det lagt til grunn at personen som bosettes har store somatiske lidelser, og går fra en institusjonsplass i UDIs mottaksapparat til en kommunal institusjon. Personen er definert å ha vedvarende og stort pleiebehov. Vi vurderer at det er et lite, positivt omfang på økt livskvalitet, knyttet til å redusere usikkerhet og uforutsigbarhet for denne gruppen, men i mindre grad knyttet til å redusere helseplager (som antas å vedvare også etter bosetting). Gitt vurderingen av betydning gir dette en liten positiv konsekvens (+). Når det gjelder behandlingseffekt, har vi vurdert at det ikke er grunnlag for et negativt eller positivt omfang av dette, da pleiebehovet er vedvarende også etter bosetting og er knyttet til å pleie somatiske lidelser hvor pleiebehovet er kontinuerlig og lite tidsavhengig. Dette gir ingen konsekvens (0) for denne effekten.

Case 1B er definert som en person med store psykiske lidelser, som går fra et tilbud i Særbol til et tilbud i kommunal institusjon. Vår vurdering er at det vil være et stort positivt omfang på økt livskvalitet som følge av raskere bosetting, hovedsakelig knyttet til å redusere usikkerhet og uforutsigbarhet ved bosituasjonen, som er viktig for personens psykiske helse, og at det er et positivt bidrag fra redusert passivitet og demotivering. Gitt at økt livskvalitet er vurdert til stor betydning, gir dette en stort positiv konsekvens (+++). Denne personen vurderer vi også vil ha et middels positivt omfang på større behandlingseffekt, siden raskere bosetting kan bidra til at behandling av psykiske lidelser kan skje tidligere og mer helhetlig enn. Gitt at det samtidig er stor usikkerhet knyttet til omfanget av virkningen, er det vurdert å ha middels positivt omfang. Dette gir middels positiv konsekvens (++) på større behandlingseffekt.

Case 2A er definert som en person med nedsatt fysisk funksjonsevne. Vår vurdering er at raskere bosetting vil ha et stort positivt omfang på økt livskvalitet, fordi personen får tilgang til egen, tilrettelagt bolig med som vil øke kvaliteten på bosituasjonen vesentlig og gi forutsigbarhet, kontroll og styring i hverdagen. Kortere ventetid reduserer usikkerhet og reduserer sannsynligheten for utvikling av helseplager. Raskere bosetting gir flere leveår med høyere livskvalitet enn i nullalternativet. Med stor betydning gir dette stor positiv konsekvens (+++). Videre er vurderingen at denne personen ikke påvirkes av raskere bosetting når det gjelder større behandlingseffekt, fordi personen ikke har et behov hvor virkningen større behandlingseffekt er relevant. Dette gir ingen konsekvens (0).

Case 2B er definert som en person med psykiske plager eller symptomer med mindre oppfølgingsbehov. Vi vurderer at det er også her er et stort positivt omfang på økt livskvalitet, og at dette hovedsakelig er knyttet tilgang på egen bolig med mer kontroll og styring over egen hverdag og en stabil bosituasjon, samt mindre passivitet og demotivering. Dette gir flere leveår med økt livskvalitet enn i nullalternativet, og gitt en stor betydning av virkningen gir det en stor positiv konsekvens på økt livskvalitet (+++). For virkningen større behandlingseffekt er

vurderingen tilsvarende som i case 2B, men at omfanget av virkningen er noe mindre og satt til lite positivt. Dette gir en liten positiv konsekvens (+).

6.8 Vurdering av usikkerhet og sensitivitet

Regneeksemplene over bygger på en rekke forutsetninger og antakelser. Dersom disse endres, vil resultatene i beregningene kunne bli påvirket. Flyktninger med særlige behov har individuelle og varierte behov og utfordringer, slik at det vil være mye usikkerhet knyttet til beregningene. I dette avsnittet redegjør vi for sentrale sider ved usikkerheten og sensitiviteten til beregningene, og hvordan endringer vil påvirke resultatene. Samlet sett mener vi at selv med endringer i de fleste forutsetninger, vil de sentrale hovedtrekkene ved analysen ikke endre seg av særlig betydning.

6.8.1 Betydningen av reduserte utgifter knyttet til kommunale helse-, pleie- og omsorgstilbud

I caseanalysene har vi benyttet gjennomsnittlige utgifter til drift av en plass i kommunal institusjon og gjennomsnittlige utgifter til tjenester fra hjemmetjenesten, men antatt at utgiftene er noe høyere enn gjennomsnittet for den målgruppen vi ser på. Dersom utgiftene viser seg å ligge nærmere gjennomsnittet, vil kommunale utgifter til institusjonstilbudet reduseres sammenlignet med de beregningene som er gjort. I et slikt tilfelle vil differansen mellom utgiftene til plasser i UDIs mottaksapparat og drift av kommunale institusjonsplasser øke sammenlignet med våre beregninger. Dette vil medføre en større samfunnsøkonomisk besparelse og lavere budsjettbelastning for kommuner ved raskere bosetting, alt annet likt.

Hovedresultatet vil likevel være det samme. Raskere bosetting vil gi samfunnet en besparelse som følge av reduserte kostnader og utgifter i offentlig sektor, samt lavere behov for skattefinansiering. Samfunnets netto besparelse vil derfor øke dersom utgifter til kommunale institusjonsplasser er lavere enn vi har lagt til grunn i beregningene, alt annet likt.

Tilskuddet fra Helsedirektoratet opphører etter fylte 67 år. I regneeksemplene har vi lagt til grunn at flytningen er under 67 år i hele analyseperioden på 40 år. Dersom flyktningen blir eldre enn 67 år i løpet av analyseperioden vil tilskuddet fra Helsedirektoratet bortfalle. Budsjettmessig vil det bety at kommunen vil få økte utgifter til helse-, pleie- og omsorgstiltak øke for de årene dette gjelder, alt annet likt. Gitt de forutsetningene som ligger til grunn vil dette bety omtrent en halv million i økte kommunale utgifter per år etter fylte 67.

6.8.2 Betydningen av økt arbeidsevne

I caseanalysene 2A og 2B har vi lagt til grunn en viss arbeidsdeltakelse over analyseperioden for personer med mildere fysiske og psykiske utfordringer. Det er grunn til å anta at bistandsbehovet reduseres i takt med økt arbeidsdeltakelse og at personen blir mer selvgående. Dersom arbeidsevnen er større enn vi har lagt til grunn, og fører til en større arbeidsdeltakelse enn vi har forutsatt, vil dette redusere kommunens utgifter til sosialstøtte og bostøtte over analyseperioden. Dersom arbeidsevnen er lavere, vil det motsatte skje.

Avhengig av bistandsbehov og arbeidsevne, vil det kunne være et punkt der det er lønnsomt for kommunen å bosette flyktninger raskere. I analysens målgruppe er det imidlertid rimelig å anta at dette ikke kan forventes å være tilfellet. Individene i både Case 2A og 2B er personer med betydeligere bistandsbehov per definisjon. Dersom man istedenfor ser for seg en familie som blir lengeventende i mottak der ett av barna har særlige behov, vil det være store potensielle nyttevirksomheter knyttet til å få en eller begge foreldre i arbeid, i tillegg til øvrige nyttevirksomheter bosetting vil medføre for både foreldre og barn. Fra intervjuer og data har vi imidlertid ikke

kunnet dokumentere at familier har opplevd vesentlig lang ventetid etter oppholdstillatelse som følge av at familien har et barn med særlige behov.

6.8.3 Betydningen av større reduksjon i ventetid i mottak

Hvor mye ventetiden i mottak reduseres som følge av raskere bosetting, vil ha stor betydning for resultatene i beregningene. For eksempel dersom ventetid reduseres fra et nivå høyt over gjennomsnittet (f.eks. 8 år) ned til 0,5 år.

Ettersom forutsetningene i analysene tilsier at det er samfunnsøkonomiske kostnadsbesparelser ved raskere bosetting, vil de samfunnsøkonomiske besparelsene være større, desto mer ventetiden reduseres i samtlige case. Når det gjelder budsjettmessige virkninger er det store statlige utgifter forbundet med mottakstilbudet i UDI. En større reduksjon i ventetid i mottak enn vi har lagt til grunn i beregningene vil medføre en større reduksjon i statlige utgifter, alt annet likt. Større reduksjon i ventetid i mottak vil til gjengjeld øke kommunens utgifter vesentlig, som følge av at kommunen vil få utgifter over en lengre periode enn det som ellers ville vært tilfelle. Samlet sett trekker resultatene i samme retning som det vi har kommet frem til i caseanalysene, men resultatene vil forsterkes. Større reduksjon i ventetid i mottak vil innebære en øke reduksjonen i statlige utgifter, samtidig som kommunene vil oppleve økte utgifter som følge av utgifter over en lengre periode. Dette øker budsjettbelastningen for kommunen.

6.9 Oppsummering og samlet vurdering

6.9.1 Samfunnsøkonomiske gevinster ved raskere bosetting

Den samfunnsøkonomiske analysen finner, ved bruk av caseeksempler, at både de prissatte og de ikke-prissatte effektene av raskere bosetting av flyktninger med særlige behov er positive. Det oppstår en samfunnsøkonomiske netto besparelse på om lag 2 til 4,2 millioner kroner per person, avhengig av de forutsetningene og antakelsene som legges til grunn i hver case om behovet til den som bosettes. Årsaken til de positive prissatte effektene i caseanalysene er at det kommunale tjenestetilbudet samlet sett har lavere kostnader enn det statlige mottaksapparatet, og at man derfor oppnår en samfunnsmessig ressursbesparelse ved raskere bosetting. Som følge av ressursbesparelsene oppnås det også en samfunnsøkonomisk gevinst i form av lavere skattefinansieringskostnader.

Raskere bosetting gir også virkninger som ikke er prissatt i analysen, herunder økt livskvalitet og potensielt en positiv behandlingseffekt over livsløpet til flyktninger. Tidligere forskning og intervjudata antyder at raskere bosetting reduserer negative opplevelser som oppstår som følge av langvarige opphold i mottak. Det finnes også data som antyder at det for enkelte psykiske diagnoser er en større behandlingseffekt ved raskere bosetting, ettersom behandlingseffekt delvis er betinget på stabilitet i individets livssituasjon.

Resultatene av den samfunnsøkonomiske analysen er imidlertid basert på usikre forutsetninger, og det må understrekes at det er vesentlig heterogenitet i målgruppen som bidrar til usikkerhet i resultatene.

6.9.2 Budsjettmessige virkninger av raskere bosetting

Raskere bosetting av flyktninger med særlige behov er i prinsippet en overføring av ansvar og tilhørende utgifter fra det statlige mottaksapparatet til en kommune på et tidligere tidspunkt. Utgiftene som påløper ved bosetting av en flyktning med særlige behov kan være store, spesielt i de tilfeller der flyktningen har store somatiske og/eller psykiske utfordringer.

Isolert sett reduseres statens utgifter ved raskere bosetning som følge av kortere ventetid i mottaksapparatet. Tilsvarende vil kommunes utgifter øke som følge av lengre bosetningstid i kommunen. Ved bosetning vil en kommune motta overføringer fra staten, der de viktigste er ekstratilskuddet fra IMDi og tilskudd fra Helsedirektoratet. Raskere bosetning fører imidlertid ikke til økte tilskudd fra IMDi, ettersom kommunen uansett bosetningstidspunkt vil ha krav på maksimalt 5 år med tilskudd. Kommunen vil kunne motta tilskudd fra Helsedirektoratet i totalt sett flere år, men dette tilskuddet utgjør bare en liten andel av utgiftene knyttet til en person med særlige utfordringer, siden innslagspunktet er over 1,3 millioner kroner. Resultatet er at raskere bosetning gir en vesentlig utgiftsreduksjon på statlige budsjetter, samtidig som det gir en vesentlig økning på kommunale budsjetter. Økningen på kommunale budsjetter motsvares i liten grad av økte overføringer fra staten. Det betyr at den netto samfunnsøkonomiske gevinsten av raskere bosetning tilfaller i all hovedsak statlige budsjetter, og ikke kommunale budsjetter. I tillegg vil noe av den samfunnsøkonomiske netto gevinsten tilfalle samfunnet som helhet som følge av lavere skattefinansieringskostnader.

7. FORSLAG TIL TILTAK SOM KAN LEGGE TIL RETTE FOR RASKERE BOSETTING AV FLYKTNINGER MED SÆRLIGE BEHOV

Gjennom undersøkelsen har vi undersøkt hvordan virkemiddelapparatet fungerer og brukes. På bakgrunn av identifiserte utfordringer og behov, har vi utarbeidet forslag til tiltak som kan være nyttig, viktig og effektivt for å fremme *raskere bosetting* av flyktninger med særlige behov. I tillegg til raskere bosetting bør tiltakene fremme godt samspill og sammenheng med andre virkemidler.

Et overordnet forslag som kan bidra til økt og mer sammenhengende bruk av statlige virkemidler, er å iverksette tiltak som bedrer kommunenes kjennskap til eksisterende økonomiske virkemidler. Vår analyse avdekker at det er varierende kjennskap til tilskuddsordningene blant kommunene, og at det er behov for mer samordnet og koordinert kommunikasjon fra statlige myndigheter om hvordan de ulike virkemidlene er ment å bidra til raskere bosetting av flyktninger med særlige behov. Videre vurderer vi at det vil være behov for et mer systematisk samarbeid mellom relevante direktorater i det videre arbeidet, dersom det skal gjennomføres endringer og tiltak som kan fremme raskere bosetting av flyktninger med særlige behov. De mer konkrete tiltakene som foreslås innbefatter endringer i hvordan virkemidler er organisert og praktisert, og adresserer noen sentrale utfordringer som er identifisert i vår analyse. Når det gjelder økonomiske virkemidler, er det primært foreslått endringer i IMDis tilskuddsordning.

| Utfordring | Tiltak | Type tiltak |
|--|--|-----------------|
| Mangel på informasjon om enkelte målgruppers behov fører til at kommuner ikke vil bosette flyktninger med særlige behov. | Sikre god overføring av kunnskap fra mottak om beboeres behov for tilrettelegging i kommune. Sikre tilrettelegging for helsekartlegging i mottak. Styrke kompetanse knyttet til helsekartlegging i vertskommuner. Tydeliggjøre handlingsrommet for deling av helseinformasjon innenfor gjeldende regelverk. Opplæring i nasjonal veileder «Helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiejenforente». | Pedagogiske |
| Det kan ta lang tid før IMDi får avklaring fra kommuner om de vil bosette eller ikke. En del kommuner kan ha utfordringer med å gi et godt nok tilbud til flyktninger med særlige behov. | Etablere nettverk med kommuner som i fellesskap kan bygge kompetanse og kapasitet til å bosette flyktninger med særlige behov med støtte fra staten. Etablere en ordning der kommuner på et tidlig tidspunkt forplikter seg til å bosette et individ eller en familie, og samtidig får tid til å forberede bosettingen og etablere et egnet lokalt tilbud. | Organisatoriske |
| Dagens tilskuddsordning kan være for lite fleksibel for når kommuner oppdager særlige behov etter bosetting. | Endre søknadsfrist eller åpne for utsatt frist gitt at særskilte krav og vilkår er innfridd. Åpne for innvilgelse av tilskudd med tilbakevirkende kraft etter søknadsfrist gitt at særskilte krav og vilkår er innfridd. | Økonomiske |
| Dagens tilskuddsordning kan gi for lite forutsigbarhet for at kommunene vil bosette flyktninger med særlige behov. | Forskuttering av midler eller forhåndstilsagn på søknad om tilskudd til kommuner som på et tidlig tidspunkt forplikter seg til å bosette flyktninger med særlige behov. | Økonomiske |
| Dagens tilskuddsordning kan dekke for lite av kommunenes kostnader for å fremme raskere bosetting av flyktninger med særlige behov. | Utvide perioden for å motta tilskudd, gitt at særskilte krav og vilkår er innfridd. | Økonomiske |

Disse tiltakene er nærmere gjort rede for i det følgende.

7.1 utfordringer og forslag til tiltak knyttet til tilgang til informasjon og informasjonsflyt

Det er viktig for kommunene å vite mye om flyktningenes hjelpebehov før de takker ja til bosetting, for å vite hvilke tjenester som må tilbys og hvilke utgifter kommunen får. Informasjon om personen som skal bosettes bidrar til forutsigbarhet for kommunene, og reduserer usikkerheten knyttet til å ta imot en flyktning. Uten tilstrekkelig informasjon for å gjøre nødvendige vurderinger, kan kommunene være mer tilbøyelig til å takke nei til bosetting. Dersom man kan øke tilgangen til informasjon og forbedre informasjonsflyten, kan det bidra til at flere kommuner takker ja til bosetting av flyktninger med særlige behov.

Tiltak som kan bidra til å øke tilgangen til informasjon om flyktningenes behov kan være:

- Sikre god overføring av kunnskap om flyktningenes behov for tilrettelegging fra mottaksapparatet til kommunen
- Sikre tilrettelegging for helsekartlegging i mottak og styrke kompetanse knyttet til kartlegging av helse blant personer med særlige behov i vertskommuner
- Tydeliggjøring av handlingsrommet for deling av helseopplysninger innenfor gjeldende lovgivning, og opplæringstiltak for å implementere den nasjonale veilederen «Helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente» i kommuneorganisasjoner
- IMDi bør tilstrebe å innhente god og detaljert informasjon om flyktningens behov fra mottak og vertskommune. Denne informasjonen bør så langt det er mulig deles med kommuner som blir forespurt om å bosette den enkelte flyktning med særlige behov, såfremt informasjonen bidrar til at kommunen kan gjøre en god vurdering av kompetanse og kapasitet til å bosette den enkelte. Informasjonsinnhenting og -deling må skje innenfor handlingsrommet i gjeldende lovverk for videreformidling av helseopplysninger og med flyktningens samtykke.

Utfordringer knyttet til tilgjengelig informasjon og informasjonsflyt gjelder primært flyktninger med *mindre omfang* av særlige behov. Det foreligger mer informasjon og dokumentasjon for flyktninger med spesielt store behov, og dialogen mellom UDI, mottak, IMDi og bosettingskommune er tettere i disse tilfellene.

7.2 utfordringer og forslag til tiltak knyttet til organisering av bosetting av flyktninger med særlige behov

I en del tilfeller må IMDi spørre flere kommuner om å bosette en enkelt flyktning med særlige behov før de finner en løsning. Denne prosessen kan ta tid, ettersom hver kommune må undersøke og vurdere hvorvidt de kan bosette den enkelte. Dersom IMDi får mer tilgjengelig kunnskap om kommunenes kompetanse og kapasitet, kan det hjelpe IMDi med å treffe raskere på hvilken kommune som blir forespurt om å bosette en enkelt flyktning med særlige behov. For kommunen vil forutsigbarhet være viktig i beslutningen om å bosette en bestemt flyktning med særlige behov – både i behovet for kompetanse, kapasitet i tjenestene, tilgjengelige boliger og økonomi.

På bakgrunn av disse behovene, har vi utarbeidet forslag til tiltak som innebærer et tettere samarbeid mellom direktorater og kommuner.

- IMDi kan opprette et nettverk av kommuner som ønsker å bygge kompetanse og kapasitet til å bosette flyktninger med særlige behov. Gjennom nettverket kan IMDi raskt få avklart kommunenes kapasitet til å bosette når de har en flyktning med særlige behov som skal bosettes.

- Det er en fordel om representanter fra Helsedirektoratet, Husbanken, Utlendingsdirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet også deltar i nettverket. Dette kan bidra til å koordinere direktoratenes innsats overfor målgruppen. Gjennom nettverket kan kommuner som bosetter flyktninger med særlige behov også motta helhetlig og koordinert bistand fra direktoratene til å planlegge bosettingen.
- Fra 2020 har også fylkeskommunene fått en rolle i bosettingsarbeidet gjennom å vurdere og anbefale hvor mange flyktninger den enkelte kommune bør bosette. Fylkeskommunen kan være en potensiell deltaker i slike nettverk.
- Kommunenes insentiv for å delta i nettverket kan være hjelp og støtte fra IMDi, Hdir, Husbanken, UDI og Bufdir til å planlegge bosettingsprosessen, bistand til å søke tilskudd og annet kommunen trenger hjelp til i forbindelse med bosettingen og planleggingen av den. Direktoratene kan vurdere om de også vil tilby kommunene kompetansehevende tiltak (se kapittel 7.1). I tillegg kan IMDi vurdere å gi kommunene økonomisk insentiv (beskrevet nærmere i kapittel 7.3).
- Etablere en ordning (eventuelt innenfor nettverk) hvor kommuner forplikter seg til å bosette en bestemt flyktning med særlige behov på et tidlig stadium, men får forholdsvis lenger tid til å forberede bosettingen (fremskaffe egnet bolig, nødvendig kompetanse, m.m.). Målet er at den totale ventetiden i mottak reduseres sammenlignet med dagens ventetid, men at kommunene får mer tid til å planlegge og tilrettelegge for bosettingen, slik at de har nødvendig bolig, tjenester og kompetanse når flyktningen skal bosettes.
 - For flyktningenes del er det grunn til å tro at vissheten om at man har fått tildelt en bosettingskommune også kan påvirke deres livskvalitet positivt i perioden de venter på bosetting.
 - Mottaket kan bruke tiden før bosetting til å forberede flyktningen til bosettingen. Hvis vertskommune og bosettingskommune ligger i nærheten av hverandre, kan de to kommunene innlede et tettere samarbeid om den enkelte flyktningen, som kan bidra til en god overgang fra mottak til kommune.
 - Dette tiltaket kan kombineres med å gi kommunene god informasjon om flyktningen som skal bosettes, slik at kommunen får et godt grunnlag å planlegge bolig og tjenester på (beskrevet nærmere i kapittel 7.1).

Behov for denne typen tiltak synes å være spesielt stort saker som gjelder flyktninger med spesielt lang ventetid i mottak før bosetting, altså *flyktninger med store pleie- og omsorgsbehov* (heldøgns) og som bor på institusjon eller Særbol før bosetting.

7.3 Utfordringer og forslag til tiltak knyttet til tilskuddsordningen til IMDi

7.3.1 Behov for mer fleksibilitet

I dag er søknadsfristen 13 måneder etter bosetting. Samtidig vet vi at flyktninger med særlige behov kan ha behov og utfordringer som enten ikke er avdekket på bosettingstidspunktet av ulike årsaker, eller som er latente ved bosettingstidspunkt og oppstår etter at søknadsfristen utløper. Dette skaper økonomisk usikkerhet for kommunen, og kommunen kan ha behov for større fleksibilitet i møte med denne usikkerheten. To mulige tiltak for å redusere denne usikkerheten og øke fleksibiliteten ved tilskuddsordningen er:

- Å utvide søknadsfristen, eventuelt innføre utsatt søknadsfrist etter særskilte krav og vilkår.
- Å åpne for innvilgelse av tilskudd med tilbakevirkende kraft etter søknadsfristen, hvis årsaken bak behov og utfordringer kan dokumenteres å være knyttet til tidspunkt før bosetting. Her er

det imidlertid en utfordring knyttet til hvordan dette skal dokumenteres og gjennomføres i praksis.

Når målet er raskere bosetting av denne målgruppen, kan det vurderes tiltak for å skape mer fleksibilitet for kommunen, særlig når raskere bosetting i seg selv kan innebære økt risiko for at behov og utfordringer ikke har oppstått ennå eller har blitt avdekket ved bosettingstidspunktet. Økt fleksibilitet med utvidet søknadsfrist og innvilgelse av tilskudd med tilbakevirkende kraft vil være særlig relevant for å redusere usikkerhet knyttet til behov og utfordringer. Dette gjelder antagelig personer med somatiske og/eller psykiske lidelser som er vanskelig å avdekke i løpet av oppholdet i mottak og/eller som kan utvikle seg på sikt.

7.3.2 Behov for redusert usikkerhet knyttet til bidraget fra tilskuddsordningen

Kommunene må finansiere tjenester til bosatte flyktninger med særlige behov før de vet om de får innvilget tilskudd og hvor mye tilskuddet utgjør. Dette betyr at kommunene påtar seg utgifter som de på et senere tidspunkt enten ikke får dekket gjennom tilskuddsordningen, eller som de mottar mindre tilskudd til å dekke enn de har behov for. Kommunens utlegg og etterskuddsvis innvilgelse og utbetaling av tilskudd skaper også en økonomisk usikkerhet for belastningen av og planleggingen for de kommunale budsjettene. Å redusere denne usikkerheten kan gi et økt insentiv til raskere bosetting av flyktninger med særlige behov. For å redusere denne usikkerheten er mulige tiltak følgende:

- For personer med kjente og store utfordringer, for eksempel personer på Særbol og sykehjem/institusjon, kan det vurderes å gis forhåndstilsagn på søknad om tilskudd.
- I tillegg kan det vurderes forskuttering av midler fra IMDi til kommuner som forplikter seg til å bosette på et tidlig tidspunkt.

Vi vet at kommuner i dag kan gå i gang med en del tiltak som de er ganske sikre på at det blir innvilget tilskudd til, men det er fortsatt tiltak kommuner avventer å iverksette i påvente av svar. Forskuttering av midler vil være særlig relevant for personer som forventes å utløse ressurskrevende tiltak og hvor behovet og utfordringene i stor grad er kjent og avdekket i løpet av oppholdet i mottak. Dette gjelder antagelig flyktninger med store somatiske og/eller psykiske lidelser, hvor det er liten usikkerhet knyttet til at oppfølgingsbehovet kommer til å være stort.

7.3.3 Behov for økte tilskudd i møte med økte kommunale utgifter

Å bosette flyktninger med særlige behov raskere påfører kommunene økte utgifter, selv om det vil kunne være samfunnsøkonomisk lønnsomt. Utgiftsfordelingen mellom stat og kommune kan vurderes å endres ved å øke de totale økonomiske overføringene fra staten til kommunen. Dersom kommunene får dekket sine utgifter i større grad enn i dag, vil dette kunne gi et insentiv til raskere bosetting. For å bidra til dette er et mulig tiltak å forlenge tilskuddsperioden:

- Det er mulig å skape insentiver til raskere bosetting av målgruppen dersom tidlig forpliktelse til å bosette utløser en lengre tilskuddsperiode for tilskudd fra IMDi for bosetting av flyktninger med nedsatt funksjonsevne og/eller atferdsvansker. Dette vil medføre at kommunen mottar tilskudd som i dag, men over flere år.

Forlenget tilskuddsperiode vil innebære større utgifter på statlige budsjetter, og en reduksjon av kommunale utgifter. De økte statlige overføringene vil imidlertid normalt være mindre enn kostnadene ved en mottaksplass for målgruppen. Dette kan også ses på som at stat og kommune får en likere fordeling av de samfunnsøkonomiske gevinstene ved raskere bosetning som kan tas ut på et budsjett. Tiltak for å møte økte kommunale utgifter vil være særlig relevant for personer der man på forhånd vet at det kommunale tjeneste- og oppfølgingstilbudet vil være svært

ressurskrevende, og at barrieren for å bosette i hovedsak er knyttet til størrelsen og tidshorizonten på kommunale utgifter. For et hvert ekstra år med ekstratilskudd fra IMDi til kommunen vil de kommunale budsjettmessige konsekvensene bli redusert med inntil om lag 1,3 millioner kroner. Dette vil bidra til å utjevne de ulike budsjettmessige konsekvensene for stat og kommune i retning av mindre belastning av de kommunale budsjettene.

Tabell 7-1 viser økte overføringer fra stat (IMDi) til kommune ved tilskudd til bosetting av flyktninger med nedsatt funksjonsevne og/eller atferdsvansker over flere år målt per person. Tabell 7-2 viser tilsvarende økte overføringer ved tilskudd over flere år totalt, dersom vi benytter de fire casene analysert i den samfunnsøkonomiske analysen som en representasjon av beboere på henholdsvis institusjon, sykehjem, Særbol og TA i UDIs apparat. Det er viktig å påpeke at det vil være individuelle variasjoner blant beboere i UDIs apparat, men beregningene gir et anslag på hvordan økt tilskuddsperiode vil øke statlige utgifter og tilsvarende redusere kommunale utgifter.

Tabell 7-1: Økte overføringer ved tilskudd over flere år, per person

| | 3 år ekstra (8 år totalt) | 5 år ekstra (10 år totalt) | 7 år ekstra (12 år totalt) |
|---------|---------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Case 1A | 4 083 000 | 6 805 000 | 9 527 000 |
| Case 1B | 4 083 000 | 6 805 000 | 9 527 000 |
| Case 2A | 1 800 000 | 3 000 000 | 4 200 000 |
| Case 2B | 1 800 000 | 3 000 000 | 4 200 000 |

Tabell 7-2: Økte overføringer ved tilskudd over flere år, totalt*

| | 3 år ekstra (8 år totalt) | 5 år ekstra (10 år totalt) | 7 år ekstra (12 år totalt) |
|---------|---------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Case 1A | 20 415 000 | 34 025 000 | 47 635 000 |
| Case 1B | 24 498 000 | 40 830 000 | 57 162 000 |
| Case 2A | 19 800 000 | 33 000 000 | 46 200 000 |
| Case 2B | 19 800 000 | 33 000 000 | 46 200 000 |

***Basert på antall personer i Særbol, institusjon, sykehjem og TA i UDIs apparat ved utgangen av 2019.**

Akkurat hvor mange ekstra år med tilskudd fra IMDis tilskuddsordning som vil være tilstrekkelig for å oppnå raskere bosetning er uklart, og vil variere mellom personer med ulike behov og mellom ulike kommuner. En utvidelse av tilskudd på tre-syv år for vår målgruppe vil imidlertid gi en vesentlig forbedring på kommunale budsjetter. Målgruppen for analysen er også en begrenset gruppe. Det er derfor begrenset hva økte tilskudd vil gi av budsjettbelastning på statlige budsjetter. Noen ekstra år med tilskudd vil imidlertid kunne ha nokså stor betydning for kommuner med en trang økonomi. Siden økonomi fremheves som det viktigste hinderet blant kommuner for bosetning, bør dette tiltaket isolert sett øke villigheten til å bosette flyktninger med særlig behov, og dermed redusere ventetiden i mottak. Dette i kombinasjon med et mulig forhåndstilsagn for personer med kjente og store utfordringer vil både redusere usikkerhet og budsjettbelastning for kommunene. Slik sett bør det kunne være et betydelig bidrag for å øke insentivene for raskere bosetning.