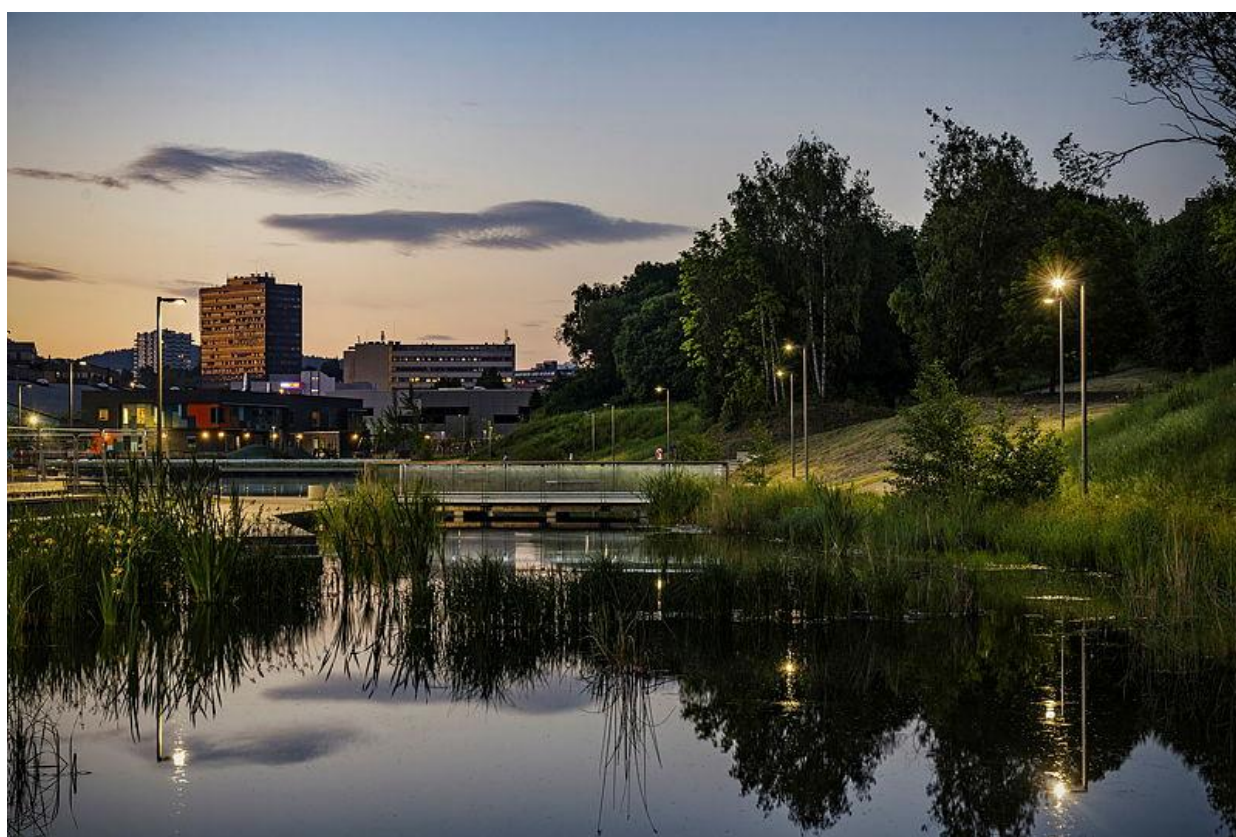


Vedlegg 3: Bydelsreformen fase 3

Delutredning 3: Helse og omsorg

Notat: Innbyggerreisen for innbyggere med utfordringer innen psykisk helse og rus



Dato: 8. oktober 2025

Innhold

1	Mandat, problemstilling og metode	3
1.1	Mandat	3
1.2	Problemmstilling	4
1.3	Metode	4
2	Føringer	4
2.1	Nasjonale føringer	4
2.2	Føringer i Oslo kommune	5
2.3	Føringer i Bydelsreformen	7
3	Om innbyggere med utfordringer innen psykisk helse og rus	7
3.1	Avgrensing av målgruppen	7
3.2	Dagens organisering i Oslo kommune	8
4	Utfordringer med innbyggerreisen knyttet til psykisk helse og rus	10
4.1	Om aktørbildet	10
4.2	Sammendrag av sentrale innspill	14
4.3	Fragmentering og manglende helhet i tjenestene for personer med psykiske helse- og rusutfordringer	14
4.4	Botilbud og utfordrende anskaffelsespraksis	16
4.5	Økonomi og økonomisk ansvar	17
5	Forslag til tiltak for brukergruppe psykisk helse og rus i Oslo kommune	18
5.1	Tilbud som treffer behov – og vurdering på riktig grunnlag	18
5.2	Kompetanse og tjenester nær brukeren	19
5.3	Helhetlig organisering og ansvarslinjer i tjenestene	20
5.4	Felles datagrunnlag og analysemiljø for mer likeverdige tjenester	21
5.5	Etablering av kommunale botilbud og styrket boligforvaltning	22
5.6	Økonomiske insentiver og ansvar	22
	Figur 1 Mål og prinsipper for Bydelsreformen	7
	Figur 2 Oversikt over hovedforløpene for personer med psykisk helse- og rusproblemer ³	8
	Figur 3 Aktører knyttet til psykisk helse og rus i Oslo kommune	10
	Tabell 1 Antall personer pr tusen innbyggere som har opphold i VELs rusinstitusjoner, konsultasjoner hos fastlege, diagnose rus, pasienter med pasienter i legemiddelassistert rehabilitering (LAR), pasienter ved poliklinikk og døgntbehandling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling, innsettelse i fengsel i 2024. Grønt indikerer lav prevalens, mens rødt indikerer høy prevalens.	11
	Tabell 2 Antall beboere i bolig knyttet til psykisk helse per bydel 2024	13

Utfordringer og tiltak i innbyggerreisen for psykisk helse og rus i Oslo kommune

1 Mandat, problemstilling og metode

1.1 Mandat

Med bakgrunn i Hammersborgerklæringens omtale av bydelene og det lokale demokratiet har byrådet tatt initiativ til å vurdere oppgavefordelingen mellom bydelene og kommunen sentralt. Første fase og andre fase av arbeidet ble gjennomført 2024 og er oppsummert i rapporten, *Organisering av bydelssektoren- vurdering av oppgavefordelingen mellom bydelene og kommunen sentralt*.

Fase 3 av arbeidet med Bydelsreformen løper fra mars 2025 til mars 2026 og består av en bredt anlagt utredning, som dette notatet er del av. Anbefalingene fra utredningen vil legges frem for bystyret vinteren 2026. Dersom bystyret beslutter å gjennomføre en bydelsreform, vil eventuelle endringer tre i kraft ved årsskiftet 2027/2028.

I henhold til mandatene for utredningsarbeidet skal delutredningen innenfor helse og omsorg blant annet se på tiltak som letter innbyggerreisen for innbyggere med utfordringer innen psykisk helse og rus mellom bydelene, etater og spesialisthelsetjenesten. En bedring av innbyggerreisen vil omhandle vurderinger knyttet til oppgavefordeling, men også til mer hensiktsmessige samhandlingsformer og nye måter å løse oppgavene på. Delutredningen innen sosial, velferd og barnevern skal se på tiltak som gir mer effektivt og målrettet forebyggende arbeid på tvers av bydeler som også inkluderer frivillig sektor. Delutredningen innen sosial, velferd og barnevern skal også se på tiltak som sikrer hensiktsmessig/effektiv bruk av heldøgns plasser til brukere med spesielle behov innen rusfeltet/ROP. Utredningene nevnt over er samlet i arbeidet som dette notatet belyser.

Dette notatet er utarbeidet på bakgrunn av innspill fra ledende fagpersoner i Oslo kommune som jobber med psykisk helse og rus, inkludert representanter fra bydel Sagene, Vestre Aker, Stovner, Grorud, Østensjø, Helseetaten, Velferdsetaten, byrådsavdeling for sosiale tjenester og byrådsavdeling for helse. Notatet bygger også på gjennomgang av dokumentasjon, tidligere rapporter og statistikk knyttet til innbyggergruppen.

Dette vedlegget sammenfatter vurderinger og forslag som er gjort innen ett enkelt område og har dermed ikke samme status som rapporten. I vurderingene gjengitt i selve rapporten er det benyttet et mer helhetlig blick og forslagene fra hvert utredningsområde er vurdert i en større sammenheng mot total måloppnåelse.

1.2 Problemstilling

Det overordnede målet har vært å identifisere forbedringsområder og foreslå tiltak som kan styrke tjenestene til personer med psykiske helseutfordringer og/eller rusproblematikk.

Notatet tar utgangspunkt i et fragmentert og komplekst tjenestelandskap, og foreslår grep for å lette innbyggerreisen for innbyggere med sammensatte utfordringer innen psykisk helse og rus, herunder:

- styrke organisering og samhandling innen og mellom bydelene, etater og nivåer
- sikre mer helhetlige og fleksible tjenester tilpasset brukernes behov
- tydeliggjøre roller, ansvar og økonomiske rammer
- forbedre utnyttelsen av faglige og økonomiske ressurser
- legge til rette for bedre kapasitetsstyring og teknologisk samordning

1.3 Metode

10 deltakere har bidratt i utredningsarbeidet, hvor de fleste har deltatt i arbeidsgruppene for delutredningene i periode 1 av fase 3. Gjennom gruppearbeid og diskusjoner er det kartlagt utfordringer og gitt innspill på konkrete tiltak for å lette innbyggerreisen for målgruppen psykisk helse og rus. Det er også sett til rapporter, evalueringer og kartlegginger som har kunnet gi innsikt i de aktuelle problemstillingene.

Som en del av forberedelsene til arbeidsmøtet ble det gjennomført et samtalemøte med representanter fra SET og VEL. Hensikten var å få innspill til forståelse for dagens situasjonsbilde og innbyggerreise for målgruppen psykisk helse og rus, samt å få en innføring i relevante problemstillinger og utfordringer på området. I tillegg er tidligere arbeid som er gjort på området kartlagt.

Til sammen danner disse initiativene og aktivitetene hovedgrunnlaget for innholdet i dette notatet.

2 Føringer

2.1 Nasjonale føringer

Nasjonal veileder for psykisk helse- og rusarbeid for voksne (2025)¹ er en faglig og strategisk rettesnor fra Helsedirektoratet som med utgangspunkt i et oppdatert kunnskapsgrunnlag gir føringer for hvordan kommunene bør organisere og utvikle tjenester til personer med psykiske helseutfordringer og/eller rusproblemer. Veilederen bygger på nasjonale mål om helhetlige, tilgjengelige og brukertilpassede tjenester, og retter oppmerksomheten mot behovet for bedre samordning mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Den anbefaler at

¹ Psykisk helse- og rusarbeid for voksne - Helsedirektoratet

kommunene organiserer tjenestene rundt tre hovedforløp, og fremhever betydningen av tidlig innsats, tverrfaglighet og lokal tilpasning. Videre vektlegges samarbeid med brukere og pårørende, samt økt bruk av ambulante og lavterskelbaserte tilbud. Veilederen fungerer som et normerende rammeverk for hvordan kommunene bør forstå sitt ansvar og utvikle psykisk helse- og rustjenester i tråd med nasjonale prioriteringer.

Flere nasjonale satsinger og utviklingsprogrammer på rus- og psykisk helsefeltet² – som PriOslo Rusinfo, pakkeforløp og veiledere – er forankret i Helsedirektoratet, men implementeres i Oslo i hovedsak gjennom Helseetaten og Velferdsetaten.

2.2 Føringer i Oslo kommune

Kommuneplanens samfunnsdel (KPS)³ er kommunens øverste styringsdokument og er for innværende periode er bygget rundt seks identifiserte samfunnsflokke. KPS understreker den utfordringen med økning i fattigdom, sosiale ulikheter og utenforskap. For å møte utfordringene legger KPS vekt på at tjenestene skal være innbyggerorienterte, men også sammenhengende, og ikke minst sette innbygger i stand til mest mulig selvstendige liv i eget hjem. For å oppnå dette legges det vekt på tverrfaglig samarbeid, færrest mulig overganger og effektive tjenestetilbud.

Oslo kommunes russtrategi fra 2018⁴ har som overordnede mål å redusere antallet innbyggere som utvikler rusproblemer, og å gi personer med rusproblemer bistand til å leve et aktivt og meningsfullt liv. Strategien legger stor vekt på forebygging og tidlig innsats, særlig rettet mot barn, unge og andre sårbare grupper, for å hindre at rusproblemer oppstår.

Et sentralt prinsipp i strategien er desentralisering av tjenester. Det betyr at hjelp og oppfølging i størst mulig grad skal tilbys i den enkeltes egen bolig og bydel, fremfor i institusjoner. Når institusjonsopphold benyttes, skal de være tidsavgrensede og målrettede – som et midlertidig ledd i en plan for endring og overgang til et stabilt boforhold. Strategien understreker også viktigheten av å tilby boligløsninger med oppfølging og tilrettelegging, slik at brukerne kan motta nødvendige helse- og sosialtjenester i nærmiljøet.

Et annet viktig element er å bidra til økt livskvalitet gjennom meningsfulle aktiviteter, arbeid, utdanning, dagtilbud og sosiale møteplasser. Dette skal bidra til sosial inkludering og styrking av den enkeltes ressurser. Strategien forutsetter godt samarbeid på tvers av bydeler, kommunale etater og frivillig sektor for å sikre helhetlige og samordnede tjenester til personer med rusproblemer.

² Kommunens psykisk helse- og rustjenester til voksne skal være tverrfaglige, helhetlige og tilgjengelige for alle som oppholder seg i kommunen - Helsedirektoratet

³ Kommuneplanens samfunnsdel med byutviklingsstrategi 2025

⁴ Ruspolitikken for Oslo kommune er forankret i byrårets russtrategi fra 2018, som ble vedtatt 14.11.2018 i bystyresak 350/2018

Program for rusfeltet i Oslo 2020–2024 (PRIOslo)⁵ var en operasjonalisering av Oslo kommunes strategi for rusfeltet fra 2018. Programmet ble gjennomført i tett samarbeid med bydelene og bygget på en helhetlig og tverrsektoriell tilnærming. PRIOslo la vekt på tidlig innsats, tilgjengelige og koordinerte tjenester, og et særlig fokus på de mest utsatte gruppene. En helhetlig tiltakskjede på rusfeltet ble utarbeidet, med beskrivelse av oppgaver og ansvar mellom nivåene. PRIOslo understøtter også kommunens mål om å utvikle lavterskeltilbud, bolig med oppfølging og helhetlige tjenester.⁶

Oslostandard for rusfaglig arbeid⁷ er en faglig standard fastsatt av fagbyråden som skal bidra til systematisk, kunnskapsbasert og likeverdige tjenester og kvalitet i oppfølgingen av personer med rusproblemer over 18 år. Standarden tar utgangspunkt i kommunens strategiske plan for rusfeltet og legger til rette for at tjenester skal gis med utgangspunkt i den enkeltes behov, uavhengig av bydel. Den vektlegger en helseorientert tilnærming og relasjonsbasert arbeid fremfor krav om rusfrihet, og tydeliggjør hvordan tjenester skal organiseres og samarbeide. Oslostandarden tar utgangspunkt i levekårsutfordringer og bruker statlige føringer og kartleggingsverktøy som grunnlag for inndeling i tre hovedforløp. Standarden implementeres gjennom lokal og sentral kompetanseutvikling og fungerer som et felles rammeverk for ansatte i rusfeltet i Oslo kommune.

"En psykt bra by" (2019)⁸ er en strategisk føring fra Oslo kommune som peker ut retningen for videre utvikling av psykisk helsearbeidet i byen. Dokumentet bygger på omfattende innsiktsarbeid og uttrykker et tydelig ambisjonsnivå om at Oslo skal være en by der det er trygt å leve med psykiske helseutfordringer. Strategien løfter frem behovet for mer åpne, tilgjengelige og brukerorienterte tjenester, og understreker at kommunen må prioritere helhetlige og fleksible løsninger fremfor siloorganisering. Det legges særlig vekt på å styrke tidlig innsats, redusere stigma og å utvikle tilbud sammen med brukere, pårørende og lokalmiljøer. Føringer fungerer som et verdimeslig og politisk rammeverk for videre utvikling av tiltak og organisering innen feltet i kommunen.

Byrådet har i sin byrådsplattform **Hammersborgerklæringen**⁹ satt fokus på å sikre at mennesker med psykiske helseutfordringer skal få rask og god hjelp. Forebygging og tidlig intervensjon vektlegges sammen med en intensjon om styrking av lavterskeltilbud. Videre legges det vekt på å utvikle et rustilbud med vekt på skadebegrensning og forebygging, samt å sikre helhetlighet og likeverdighet i tilbudet.

⁵ Program for rusfeltet i Oslo 2020–2024 (PRIOslo) - Rustjenester - Oslo kommune

⁶ Oslo kommune, *Program for rusfeltet i Oslo 2020-2024 (PRIOslo)*, 2025. Hentet fra: [Program for rusfeltet i Oslo 2020–2024 \(PRIOslo\) - Rustjenester - Oslo kommune](#)

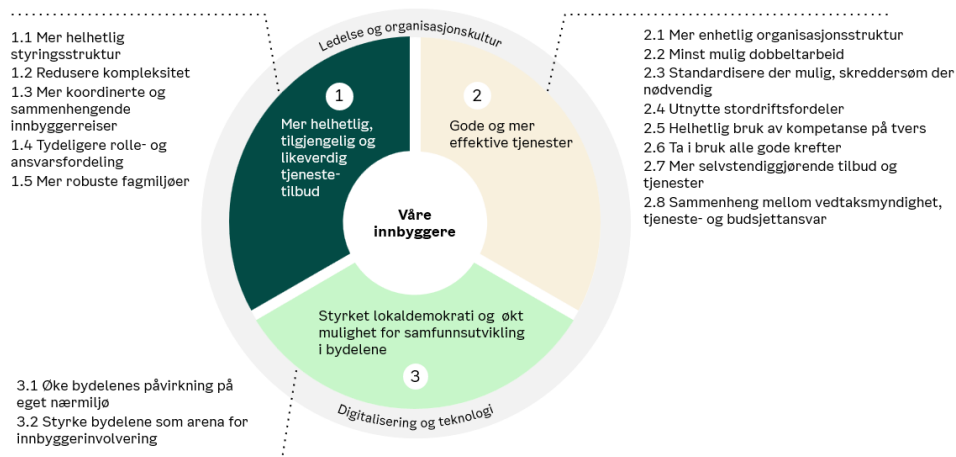
⁷ Oslostandard for rusfaglig arbeid.pdf

⁸ Oslo kommune, *En psykt bra by – strategi for psykisk helse i Oslo*, 2019. Hentet fra: [einnsyn-fillager-api.api.oslo.kommune.no/fil?virksomhet=976819853&filnavn=vedlegg%2F2019_06%2F1314829_1_1.pdf](#)

⁹ [Hammersborgerklæringen 2023-2027.pdf](#)

2.3 Føringer i Bydelsreformen

Tre mål med tilhørende prinsipper er førende for utredningene og anbefalinger om fremtidige løsninger i Bydelsreformen:



Figur 1 Mål og prinsipper for Bydelsreformen.

Her synliggjøres behovet for reduksjon i kompleksitet, mer koordinerte og sammenhengende tjenester samt vekt på å ta i bruk alle gode krefter- herunder private ideelle og kommersielle aktører samt pårørende og frivillige. Det legges også vekt på å tilby tjenester som i størst mulig grad setter innbyggere i stand til å leve selvstendige liv uten omfattende tjenester fra kommunen.

I tillegg skal løsningene i sum bidra til økt kostnadseffektivitet og være formåls effektive.

Tiltakene skal videre være gjennomførbare innen gjeldende økonomiske rammer.

3 Om innbyggere med utfordringer innen psykisk helse og rus

3.1 Avgrensning av målgruppen

Den nasjonale veilederen i psykisk helse- og rusarbeid for voksne fra Helsedirektoratet¹⁰, inndeler innbyggere med utfordringer innen psykisk helse og rus i såkalte hovedforløp. Disse brukes som et planleggingsverktøy for å tilpasse tjenestene til brukernes behov basert på alvorlighetsgrad og varighet av problemene.

Personer med psykisk helse- og rusproblemer har ofte svært ulike og varierende behov, så for å kunne tilby bedre tilpassede og mer effektive tjenester, benyttes inndelingen i tre *hovedforløp*. Hovedforløpene er ikke statiske – en persons behov og funksjonsnivå kan endre seg over tid, og overgangene mellom forløpene er ofte glidende.¹¹

¹⁰ Psykisk helse- og rusarbeid for voksne - Helsedirektoratet

¹¹ Helsedirektoratet, *Psykisk helse- og rusarbeid for voksne. Nasjonal veileder*, 2025

Hovedforløp 1 – Milde og kortvarige problemer med behov for noe bistand

- Kjennetegnes av personer som har rusproblemer med begrenset omfang og varighet.
- Behovet for hjelp er relativt lavt, og brukeren har gjerne god funksjonsevne og egenmestring.
- Ofte er det tilstrekkelig med lavterskeltiltak, informasjon, veiledning eller kortvarig oppfølging.

Hovedforløp 2 – Kortvarige alvorlige problemer eller langvarige milde problemer

- Brukere i denne gruppen kan ha alvorlige symptomer i kortere perioder eller langvarige, moderate utfordringer.
- Det er ofte behov for tverrfaglig oppfølging innen områder som bolig, økonomi, helse og relasjoner.
- Mange i denne gruppen trenger ambulante eller koordinerte tjenester over tid.

Hovedforløp 3 – Alvorlige og langvarige problemer/lidelser

- Omfatter personer med omfattende og sammensatte behov, ofte med alvorlige ruslidelser og psykiske helseproblemer over lang tid.
- Brukerne har ofte store funksjonsfall og behov for tett, koordinert og langvarig oppfølging fra flere tjenester.

Figur 2 Oversikt over hovedforløpene for personer med psykisk helse- og rusproblemer¹¹

I dette notatet avgrensner vi oss til å se nærmere på hovedforløp 2 og 3, med utgangspunkt i utforske muligheter for mer helhetlige tiltakskjeder. Dette er forløpene som omhandler personer med moderate til alvorlige og langvarige psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelproblemer, og som dermed ofte har behov for mer sammensatte og koordinerte tjenester. Disse innbyggerne har også ofte behov for bistand til bolig eller periodevis/permanente heldøgntjenester. Hovedforløp 1, som retter seg mot personer med lettere og kortvarige utfordringer, er ikke en del av denne gjennomgangen. Formålet med avgrensningen er å kunne gå i dybden på tjenesteforløpene som krever mest tverrfaglig og tverrsektoriell innsats.

3.2 Dagens organisering i Oslo kommune

I Oslo kommune er ansvaret for psykisk helse og rus delt mellom ulike nivåer og aktører, med en kombinasjon av sentrale kommunale etater, bydelsnivå og samarbeid med spesialisthelsetjenesten og øvrige samfunnsaktører.

Sentrale kommunale etater

To etater har ansvar for psykisk helse- og rusfeltet:

- **Helseetaten (HEL)** har ansvar for helsefaglig utvikling og drift av byomfattende helsetjenester, som legevakt, psykososiale tjenester, kommunal akutt døgnenhet (KAD), og fastlegeordningen. Den har også et koordinerende ansvar for psykisk helsearbeid i kommunen og fungerer som fagrådgiver for bydelene. I tillegg har legevakten i Oslo en

rusobservasjonspost for innbyggere med overdose eller alvorlig rus. Pluss tilbudet Unge og rus (som tar imot ca. 400-600 unge med alvorlig beruselse årlig).

- **Velferdsetaten (VEL)** har ansvar for byomfattende tjenester innen rusfeltet, inkludert lavterskeltilbud, institusjonsplasser, oppsøkende tjenester (som Uteseksjonen) og implementering av Oslostandard for rusfaglig arbeid. Etaten inngår avtaler med ideelle og private aktører og følger opp tilskudd og kontrakter. I tråd med kommunens russtrategi fra 2018 og Temaplan for Oslo kommunes rusinstitusjoner 2021-2030 skal VEL gi institusjonstilbud til dem med sammensatte, alvorlige og langvarige rusproblemer. VEL sine oppgaver innebærer også Kompetansesenter rus Oslo, som har omfattende opplærings- og oppfølgingstilbud ut i bydelene - herunder oppdrag fra Helsedirektoratet.

Noen tjenester, som RusFACT og enkelte lavterskeltilbud, er organisert i samarbeid mellom Velferdsetaten, bydelene og spesialisthelsetjenesten.

Bydelene

Bydelene har det operative ansvaret for store deler av tjenestetilbudet, både innen psykisk helse og rus. Dette inkluderer:

- Ordinært psykisk helsetilbud (samtaler, oppfølging og ambulante team)
- Ruskonsulenter og oppfølging av personer med rusproblemer
- Bo-oppfølging og tilrettelegging av kommunale boliger
- Hjemmetjenester og forsterkede oppfølgingsteam (FOT)
- Lavterskeltilbud, aktivitetshus og møteplasser
- Psykososiale team for barn, unge og voksne
- Samarbeid med NAV, barnevern og andre lokale tjenester
- Rådgivende enhet for russaker

Organiseringen varierer noe mellom bydelene, spesielt i hvordan psykisk helse- og rusarbeid er plassert – i helseavdeling, velferdsavdeling eller som egne team.

Samarbeid og spesialisthelsetjeneste

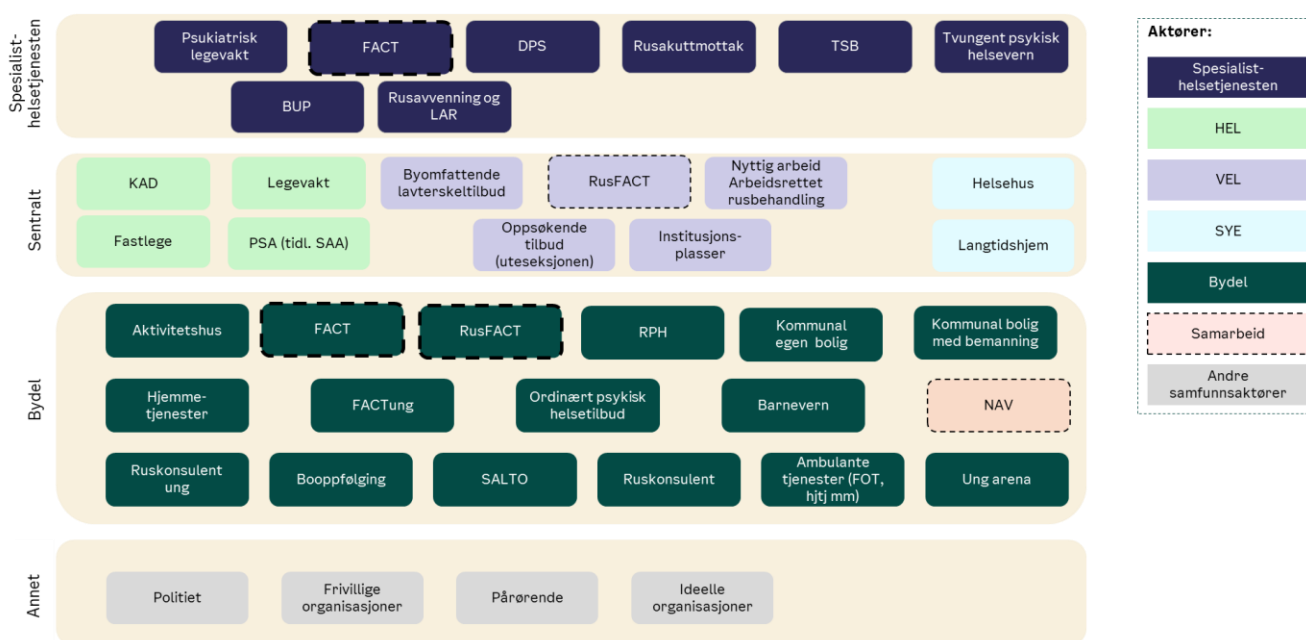
Spesialisthelsetjenesten (DPS, TSB, psykiatrisk legevakt, BUP m.fl.) har ansvar for behandling på spesialistnivå og samarbeider med kommunen gjennom modeller som FACT og RusFACT. Oslo kommune deltar i helsefellesskap og samhandlingsarenaer med sykehusene, men opplever ulik grad av innflytelse på organisering og utskrivningspraksis.

I tillegg samarbeider kommunen med en rekke frivillige og ideelle aktører og brukerorganisasjoner, samt politi, kriminalomsorg og pårørende. Mange av disse leverer supplerende eller parallelle tjenester knyttet til rus, psykisk helse, bolig og trygghet, og/eller bidrar i faglig utvikling av tjenestene.

4 utfordringer med innbyggerreisen knyttet til psykisk helse og rus

4.1 Om aktørbildet

Forståelsen av aktørbildet i psykisk helse- og rusarbeidet i Oslo kommune forutsetter innsikt i en kompleks struktur der mange tjenester og nivåer samvirker. Tjenestene leveres av både spesialisthelsetjenesten, kommunens sentrale etater, bydelene og et bredt spekter av frivillige og ideelle aktører. I tillegg spiller brukerorganisasjoner, pårørende, politi og NAV (partnerskapet i Oslo) viktige roller. Hver aktør har ulike roller og ansvar, og tjenestene varierer i organisering og innhold. Flere av fagmiljøene er små og består av en til to årsverk eller deler av årsverk. Dette gjør samhandling og tydelige ansvarsforhold avgjørende. Figuren nedenfor gir en samlet oversikt over de mest sentrale aktørene i innbyggerreisen og hvor de er forankret i tjenestesystemet. Oversikten gir samtidig et innblikk i kompleksiteten i tjenestetilbudet.



Figur 3 Aktører knyttet til psykisk helse og rus i Oslo kommune

Situasjonsbildet – Oslo kommune 2024

Nedenstående oppsummering er hentet fra *Helhetlig russtatistikk, vår 2025*¹² og gir et bilde av den aktuelle situasjonen i Oslo kommune. Tallene er de nyeste tilgjengelige og viser utviklingen og utfordringene innen kommunens rusfelt per 2024.

¹² Helhetlig russtatistikk vår 2025.pdf

Helhetlig russtatistikk, vår 2025 inneholder en oppsummering av tilbudet innen rusfeltet pr mai 2025. Den viser at alle Oslos bydeler har bygget opp tjenester for personer med rusproblemer, i tråd med russtrategien. Det inkluderer oppfølgingsteam, ambulerende tjenester og aktivitetshus. Likevel opplever mange bydeler utfordringer med å tilby en tilstrekkelig og variert boligkjede, spesielt når det gjelder samlokaliserte boliger med personalbase. Antallet husstander med rus- eller ROP-problematikk uten egnet bolig har passert 1 100, og behovet for samlokaliserte boliger har økt med 87 prosent siden 2020.

I løpet av 2024 var 5 405 personer i kontakt med fastlegen på grunn av rusproblemer. Det ble gjennomført over 26 000 slike konsultasjoner. Samtidig var 1 250 personer innlagt Velferdsetatens rusinstitusjoner, som har høyt belegg i tjenestekategorien omsorgsplasser og i forsterket bo- og behandling, men ledige plasser i rusfrie tilbud. I tråd med temaplan for Oslo kommunes rusinstitusjoner 2021-2030 er opphold i VELs rusinstitusjoner målrettet og tidsavgrenset, og inngår i bydelenes helhetlige tiltakskjede. Bydelene fatter enkeltvedtak om plass.

I spesialisthelsetjenesten mottok nesten 6 000 personer tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), hvor to av tre pasienter var menn. Antallet utskrivningsklare pasienter fra TSB økte. Oslo hadde ingen tilfeller med betalingsplikt fra TSB i 2024.

Lavterskeltilbud som Brukerrommet og feltpleien hadde høy aktivitet. Det er også en økning i bruk av heroinassistert behandling (spesialisthelsetjeneste) og substitusjonslegemidler (herunder i lavterskel substitusjonsbehandling i Oslo, LASSO, i samarbeid med OUS og organisert i Dalsbergstiens hus, Velferdsetaten). Antall narkotikautløste dødsfall i Oslo steg noe, og over 1000 personer ble fengslet i løpet av året. Barneverntjenesten mottok 9 535 bekymringsmeldinger – en økning fra året før.¹⁴

Ulike behov for tjenester

Det er betydelige variasjoner mellom Oslos bydeler når det gjelder størrelse, befolkningssammensetning, tjenestetilbud og omfanget av rusproblematikk. Tabell 1 er hentet fra *Helhetlig russtatistikk (2025)*, og sammenstiller antall personer som har mottatt tjenester på grunn av rusproblemer, pr tusen innbyggere. På denne måten kan bydelenes sammenlignes.¹⁴

Tabell 1 Antall personer pr tusen innbyggere som har opphold i VELs rusinstitusjoner, konsultasjoner hos fastlege, diagnose rus, pasienter med pasienter i legemiddelassistert rehabilitering (LAR), pasienter ved poliklinikk og døgnbehandling i

tverrfaglig spesialisert rusbehandling, innsettelse i fengsel i 2024. Grønt indikerer lav prevalens, mens rødt indikerer høy prevalens.

	Befolkning 18 år og eldre*	Prevalens beboere VEL (2024)	Andel pasienter fastlege (2024)	Andel pasienter i LAR (2024)	TSB polikl./dag og døgnpas. (2024)	Innsettelse i fengsel (2024)
Alna	40 126	0,9	9,4	3,4	10,2	2,4
Bjerke	28 804	1,6	8,1	2,1	10,1	2,3
Frogner	54 207	2,3	10,1	1,7	10,9	1,6
Gamle Oslo	54 601	2,6	11	3,4	14,2	2,2
Grorud	22 619	2	9,7	3,8	11,6	2,5
Grünerløkka	57 596	3,1	9,9	2,5	12,6	1,5
Nordre Aker	43 398	1,3	5,4	1,6	7,1	0,6
Nordstrand	42 886	1,4	7,7	1,6	8,1	1
Sagene	41 501	2,4	12,4	4,2	15,5	2,3
St. Hanshaugen	35 525	3,3	11	2,7	15,8	1,7
Stovner	26 938	2,4	8,7	3,4	9,7	3,5
Søndre Nordstrand	30 112	3,1	9,6	2,6	10,7	3,9
Ullern	28 531	1,3	7,4	1,4	7,2	0,6
Vestre Aker	40 078	1,1	7,2	0,7	6,9	0,8
Østensjø	40 837	1,5	8,6	1,9	8,8	0,9
Totalt Oslo	592 216**	2,1	9	2,4	10,1	1,8

*Basert på SSBs befolkningsstatistikk oppdatert 01.01.2025.

**Inkluderer personer med «ikke oppgitt bydel» og innbyggere Sentrum og Marka

***Tar utgangspunkt i antall barn under 18 år pr bydel

Tabell 2 Antall beboere i bolig knyttet til psykisk helse per bydel 2024¹³

		I alt	Eldre og mennesker med demenssykdom	Funksjonshemmede	Utviklingshemmede	Personer med psykiske lidelser
2024	Oslo i alt	3 150	1 394	249	821	686
	Bydel Gamle Oslo	277	142	56	28	51
	Bydel Grünerløkka	219	123	0	27	69
	Bydel Sagene	194	116	3	29	46
	Bydel St.Hanshaugen	176	71	12	3	90
	Bydel Frogner	181	69	58	21	33
	Bydel Ullern	136	56	0	48	32
	Bydel Vestre Aker	291	135	2	117	37
	Bydel Nordre Aker	241	102	16	74	49
	Bydel Bjerke	155	83	0	45	27
	Bydel Grorud	211	112	47	52	0
	Bydel Stovner	210	64	25	81	40
	Bydel Alna	252	71	6	98	77
	Bydel Østensjø	259	154	19	42	44
	Bydel Nordstrand	229	80	5	85	59
	Bydel Søndre Nordstrand	119	16	0	71	32

Tabell 2 viser fordelingen av vedtak om bolig til pleie- og omsorgsformål i Oslo for ulike brukergrupper innen eldreomsorg, funksjonshemming, utviklingshemming og psykisk helse i 2024. Når det gjelder boliger for personer med psykiske lidelser, er det store forskjeller mellom bydelene. Enkelte bydeler med høye utfordringer på psykisk helsefeltet har et relativt lavt antall boliger, mens andre bydeler, med færre utfordringer, har langt flere plasser.

Dette viser at det stedvis ikke er et tydelig samsvar mellom fordeling av boliger til pleie- og omsorgsformål og bydelenes faktiske behov knyttet til psykisk helse og rus. Det gir grunnlag for å vurdere en mer behovsbasert fordeling av ressursene, særlig med tanke på bydelene i Groruddalen, som historisk har hatt høyere forekomst av psykiske helseutfordringer og rusproblematikk.

En mer behovstilpasset fordeling vil kunne bidra til bedre tjenester og økt livskvalitet for sårbare grupper, samtidig som det gir bydelene bedre forutsetninger for å løse sine oppgaver innen psykisk helse og rusomsorg.

¹³ Oslo kommune, Statistikkbanken, HEL008: Beboere med vedtak om bolig til pleie- og omsorgsformål etter brukergrupper (B), 2006-2024. Hentet fra: HEL008: Beboere med vedtak om bolig til pleie- og omsorgsformål etter brukergrupper (B), 2006-2024. Statistikkbanken

4.2 Sammendrag av sentrale innspill

Innbyggerreisen for personer med psykiske helseutfordringer og/eller rusproblemer i Oslo kommune i dag kan fremstå som uoversiktlig, lite sammenhengende og sterkt preget av strukturell fragmentering. Til tross for at det finnes en rekke tiltak, aktører og tjenester på både kommunalt og statlig nivå, er opplevelsen at brukerne kan «gå seg vill» i systemet, falle mellom stoler, eller bli avhengig av individuelle nøkkelpersoner for å få nødvendig hjelp.

Utredningsarbeidet peker i retning av et gjennomgående behov for å anerkjenne psykisk helse og rusproblematikk som et helseproblem – på lik linje med somatiske helseutfordringer. Selv om det fattes vedtak etter helse- og omsorgslovgivning og brukerne har omfattende rettigheter, reflekteres dette i liten grad i hvordan tjenestene er organisert og prioritert. Psykisk helse og rus beskrives å ha lavere status enn somatiske helseutfordringer, noe som svekker helsefaglig forankring og tilgang til likeverdige tjenester.

4.3 Fragmentering og manglende helhet i tjenestene for personer med psykiske helse- og rusutfordringer

Ut fra funnene i utredning kan en gjennomgående utfordring i innbyggerreisen for personer med psykiske helseutfordringer og/eller rusproblemer se ut til å være at tilgangen til tjenester i stor grad styres av forvaltningsmessige grenser, lovverk, diagnosekriterier og finansieringsmodeller – snarere enn av den enkeltes funksjonsnivå, etterspørsel og behov. Brukerne blir i mange tilfeller definert gjennom en diagnose, som i praksis avgjør hvilke tjenester de kvalifiserer for, og hvilket tjenestenivå de får tilgang til.

Som beskrevet iblant annet *Oslostandard for rusfaglig arbeid*^{Feil! Bokmerke er ikke definert.} og *Nasjonalveileder for psykisk helse og rusarbeid for voksne*¹¹, kjennetegnes målgruppen av varierende og sammensatte behov som endrer seg over tid. Den kliniske og sosiale situasjonen til en person med psykiske helse- og rusutfordringer er sjelden statisk, og det er derfor lite hensiktsmessig å basere tjenestetilbudet utelukkende på en diagnose eller forhåndsdefinert forløpskategori. Rett tjenestenivå bør derfor evalueres jevnlig i samarbeid med innbyggeren.

Dagens tjenestestruktur kan se ut til å i mindre grad imøtekomme målgruppens behov for fleksibilitet og tjenestetilbud som er tilpasset funksjonsnivå og grad av egenmestring. Bydelene viser til en tidvis begrenset mulighet til å foreta raske nok justeringer basert på endringer i situasjonen. Det er avdekket få virkemidler for å følge opp brukere i overgangsperioder – eksempelvis fra akutt krise til stabilisering, eller fra institusjon i spesialisthelsetjenesten til oppfølging i bydelen. For institusjoner i VEL er det utarbeidet fellesskriv om overgangen fra institusjon til bolig. Oslo kommune disponerer 26 akuttplasser i egenregi i VEL (Prindsen mottakssenter og Thereses hus). Oslo kommune disponerer også en rekke rusfrie institusjonsplasser, som gjør at utskrivningsklare pasienter fra tverrfaglig spesialisert rusbehandling kan få et tilbud samme dag. Tilbudet innen psykisk helse er lavere, og for innbyggere med sammensatte utfordringer kan delingen føre til at inntakskriterier blir for smale. Når behovene endrer seg raskt, og brukeren ikke lenger passer i en etablert kategori, kan det

likevel se ut til å oppstå et midlertidig tomrom mellom ansvarsnivåer. I dette tomrommet øker risikoen for at brukeren står uten nødvendig støtte, noe som kan forverre situasjonen og i verste fall føre til tilbakefall.

Flere beskriver at det er et udekket behov for hjelp i forkant av at situasjoner eskalerer, og at tilgjengelige tiltak i liten grad er dimensjonert for forebygging eller tidlig innsats. Det er særlig mangel på mellomnivå-tilbud – tjenester som befinner seg mellom hjemmetjenester og institusjonsnivå – og deler av tjenestene i innsatstrappen beskrives som fraværende. Dette rammer særlig en gruppe som utmerker seg i bydelene, personer med sammensatte psykiske helse- og rusutfordringer, som i tillegg mangler stabil bolig og jobb. De lever ofte ustabile liv med store svingninger i funksjon, og faller mellom ordinære tiltak. Deres somatiske helse er også betydelig dårligere enn gjennomsnittet – flere bydeler rapporterer at denne gruppen i snitt utvikler somatiske sykdommer 20 år tidligere enn befolkningen for øvrig. Når ikke lovpålagte lavterskeltilbud svekkes, eksempelvis som følge av budsjettkutt, blir brukere i større grad avhengige av mer kostbare og spesialiserte tiltak. Flere peker på at brukerne i praksis «hopper over trinn» i innsatstrappen. Samtidig er mange tilbud kun tilgjengelige i kontortiden på hverdager, noe som ikke samsvarer med behovsbildet til målgruppen. For å styrke tidlig innsats for denne brukergruppen er det innført en ordning med brukerstyrte plasser i VEL. På rusfeltet kan bydelene fatte vedtak om heldøgnsopphold i rusinstitusjon. Ifølge helhetlig russtatistikk har 113 personer benyttet disse plassene i 2024¹⁴. Det er en utfordring at VELs rusinstitusjoner i en del tilfeller har bemannings-/kompetanse-/ og HMS utfordringer til å ta imot de tyngste. Bydelene må da gjøre avrop på langt dyrere plasser hos private leverandører. Dette beskrives i kap 4.4.

Disse strukturelle begrensningene kan se ut til å forsterkes av at kommunens tjenester innen psykisk helse- og rus er delt mellom flere forvaltningsnivåer og organisatoriske enheter – herunder bydelene, Helseetaten, Velferdsetaten, Sykehjemsetaten og spesialisthelsetjenesten. Samtidig har ulike etater ulik faglig forankring og forholder seg ulike regelverk, noe som skaper uklarhet og vansker i saker som går på tvers av sektorgrenser. I tillegg beskrives det at organiseringen i praksis legger opp til parallelle strukturer mellom psykisk helse, rus og arbeids- og velferdsforvaltningen (Nav), noe som ytterligere utfordrer evnen til å tilby helhetlige og koordinerte tjenester.

I enkelte tilfeller overlapper ansvarsområdene mellom etater, mens det i andre situasjoner oppstår gråsoner hvor ingen aktør opplever å ha ansvar. Bydelene står dermed ofte alene i oppfølgingen av brukere i saker hvor ansvarsplasseringen er uavklart. Dette bidrar til ujevn tjenestekvalitet mellom bydeler, og gjør det krevende å sikre likeverdig og helhetlig tjenesteyting til innbyggerne.

Fragmenteringen kommer også til uttrykk i overgangene mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale tjenestene. Det beskrives en risiko for at brukere skyves mellom nivåer, ofte uten at noen aktør tar helhetlig ansvar.

Risikoen er dermed tilsted for at enkelte brukere faller utenfor det etablerte systemet: de er for syke for bydelens tilbud, men for friske for spesialisthelsetjenesten. I slike tilfeller finnes det få strukturelle mekanismer for å sikre nødvendig og samordnet oppfølging. I team som FACT og RusFACT beskrives det også ubalanse i beslutningsmyndighet, hvor spesialisthelsetjenesten i praksis ofte har størst innflytelse, mens kommunens vurderinger tillegges mindre vekt. I rapporten, *Helhetlig russtatistikk (2025)*, vises det til at flere bydeler mener at RusFact-modellen ekskluderer mange av dem med de mest sammensatte og omfattende behovene. Som følge av dette har enkelte bydeler valgt å ikke ta modellen i bruk. De understreker at det er pasient- og brukerrettighetsloven som skal være førende for hvem som har rett på tilbud.¹⁴

4.4 Botilbud og utfordrende anskaffelsespraksis

Tilgangen på egnede og stabile botilbud med tilstrekkelig oppfølging trekkes frem som en av de mest krevende utfordringene i de kommunale tjenestene innen psykisk helse og rus. Flere av bydelsrepresentantene i arbeidsgruppen beskriver at de står i krevende prosesser knyttet til bosetting av personer som skrives ut fra behandling i spesialisthelsetjenesten, eller som har sammensatte behov som krever omfattende tjenester over tid. Det er særlig mangel på overgangsboliger for personer med psykiske helseproblemer i mellomfase – eksempelvis etter utskrivelse fra institusjon – og de få tilbudene som finnes har svært begrenset kapasitet. Resultatet er at personer enten blir værende for lenge i institusjon, flyttes mellom midlertidige løsninger, eller bosettes i uegnede boliger uten tilstrekkelig oppfølging.

Et gjennomgående funn er at bydelene opplever seg avhengige av å kjøpe botilbud og tjenester fra private aktører. Et konkret eksempel er bruken av rammeavtale for heldøgns tjenester til personer med psykiske lidelser. Per i dag omfatter rundt 50 av disse plassene også personer med samtidige ruslidelser, som vurderes å ha et funksjonsnivå som gjør dem for dårlige for VELs rusinstitusjoner. Disse kjøpene skjer ofte på individuell basis, og er preget av høye kostnader, svak forutsigbarhet og til dels varierende kvalitet. Enkelte beskriver at man i realiteten “bor i kjøpsprosessen”, fordi det kontinuerlig må gjøres hasteanskaffelser når det ikke finnes kommunale alternativer. Det rapporteres også om at enkelte kjøp skjer som siste utvei i svært krevende saker, der det i praksis ikke finnes kommunal kapasitet eller kompetanse til å håndtere situasjonen. Enkelte peker på at det på sikt burde være mulig å fase ut mange av avtalene med private, men samtidig etterlyses politisk vilje og langsiktig planlegging for å legge til rette for en slik utvikling. Oppfatningen er at de institusjonsplassene som drives av Velferdsetaten er tilpasset innbyggere med et behov som i henhold til kommunens vedtatte politikk og nasjonale føringer bør tilbys bolig i bydel, eventuelt i kombinasjon med ambulant eller poliklinisk tilbud. På en annen side er oppfatningen at Velferdsetaten ikke har tilbud til innbyggere som har behov som tilsier lengre og mer spesialiserte institusjonsopphold. Dermed kjøper bydelene dyre private plasser til disse innbyggerne. Samtidig uttrykkes det bekymring for den langsiktige bærekraften i denne utviklingen. Det pekes på at kommunen, som en stor offentlig aktør, burde ha forutsetninger for å utvikle og drive botilbud i egen regi på en mer kostnadseffektiv måte enn private leverandører. Likevel beskrives dagens situasjon som det motsatte: private kjøp oppleves

¹⁴ Helhetlig russtatistikk, Oslo kommune. Velferdsetaten, mai 2025

som både dyrere og vanskeligere å følge opp, men samtidig uunngåelige gitt dagens kapasitets- og kompetansemangel.

Utfordringsbildet forsterkes ytterligere av kompleksiteten i brukermassen. Det rapporteres om høy forekomst av alvorlige psykiske lidelser, rusproblemer og voldshistorikk i kombinasjon blant de som bydelene forsøker å bosette. Mange av disse sakene vurderes å innebære forhøyet voldsrisiko, og enkelte uttrykker bekymring for sikkerheten både for brukere og ansatte. Bydelene står i en vedvarende og kompleks situasjon der de både må løse akutte bosettingsbehov og samtidig håndtere tunge omsorgsoppgaver uten tilstrekkelige virkemidler eller en helhetlig boligstrategi.

4.5 Økonomi og økonomisk ansvar

En gjennomgående utfordring i arbeidet med psykisk helse og rus i Oslo kommune kan se ut vil å være tidvis uklar sammenheng mellom ansvar, myndighet og økonomiske rammer. Det pekes på at det i dag eksisterer et misforhold mellom det mandatet bydelene og kommunale tjenester har for å sikre forsvarlig oppfølging, og de økonomiske forutsetningene de faktisk opererer under. Når tjenester har ansvar for komplekse brukere med omfattende behov – herunder personer med alvorlige psykiske lidelser, rusavhengighet og voldsproblematikk – fordrer det at økonomiske virkemidler følger med. Fra 2016 og til 2025 har bydelene fått ca. 1 mrd i "særskilte tildelinger" (Grønt hefte) til "styrket rusomsorg, booppfølging og desentraliserte tjenester" i tillegg til det som bevilges i bydelsrammen. Bystyret bevilger årlige tilskudd til frivillige og ideelle aktører på helse- og sosialfeltet. Det kan stilles spørsmål ved om disse ressursene sees i sammenheng med kommunens og sykehusenes øvrige tilbud.

Flere bydeler beskriver situasjoner hvor én enkelt bruker med behov for døgkontinuerlig oppfølging og spesialiserte tjenester kan medføre kostnader på flere millioner kroner i året. Når slike saker oppstår tidlig i budsjettåret, vil det ha direkte konsekvenser for resten av tjenestetilbudet. Store deler av bydelens tilgjengelige midler til psykisk helse- og rusarbeid kan da bindes opp av noen få saker, noe som i praksis innebærer at tilbud til andre brukere må nedskaleres, utsettes eller bortfalle. Dette skaper en uforutsigbar og sårbar situasjon, hvor tilgang til nødvendige tjenester for en bredere gruppe brukere påvirkes av enkeltstående, men ressurskrevende saker. Dette gjør det i tillegg krevende å planlegge langsiktig og dimensjonere tjenestene på en bærekraftig måte. Enkelte omtaler dette som en "økonomisk risikoeksponering" som ikke står i forhold til det lokale handlingsrommet, og som er strukturelt innebygd i dagens finansieringsmodell.

Bruken av private botilbud er også et gjeldende eksempel her. Individuelle og akutte kjøp fra private aktører er kostbare for bydelene. I tillegg er disse kjøpene faglig krevende å følge opp, og innebærer betydelige og ofte langsiktige økonomiske forpliktelser. Flere peker på at dette kan øke risiko for en sårbarhet i økonomistyringen, der store midler bindes opp i enkeltsaker uten mulighet til helhetlig planlegging eller kostnadskontroll. I fravær av en samlet boligstrategi og

kapasitet i egen regi, fremstår disse kjøpene som nødvendige, men økonomisk lite bærekraftige over tid.

Oppsummert peker arbeidsgruppen på at det finnes en betydelig bredde og tilstedeværelse av aktører og virkemidler innen psykisk helse- og rusfeltet – både på kommunalt og statlig nivå. Likevel fremstår systemet som fragmentert og lite samordnet. Utfordringsbildet kan synes å i mindre i mindre om mangel på tiltak, men heller om mangel på sammenheng mellom dem. En gjennomgående utfordring synes å være at ansvar og myndighet for å koordinere helhetlige tjenester er spredt mellom mange aktører, uten at noen har et tydelig mandat til å lede, prioritere eller ta avgjørende beslutninger på tvers. Dette kan øke risikoen for at brukere skyves mellom nivåer, og at innbyggerreisen dermed preges av brudd, variasjon og manglende kontinuitet. Det som beskrives, ser ut til å ikke først og fremst et spørsmål om flere ressurser eller nye tiltak, men om hvordan man kan legge til rette for struktur, samordning og tydelige ansvarslinjer i et system som allerede er komplekst.

5 Forslag til tiltak for brukergruppe psykisk helse og rus i Oslo kommune

For å svare på utfordringsbildet som er beskrevet i forrige kapittel, er det identifisert og foreslått ulike tiltak knyttet til hvordan kommunen organiserer, finansierer og leverer tjenester innen psykisk helse og rus.

Forslagene retter seg mot seks hovedområder som kan bidra til tilgjengelighet, kontinuitet og økt mulighet for individuell tilpasning: behovstilpassede tjenester, samordning og organisering, digital tjenesteutvikling, kommunale botilbud, kompetanse og tilgjengelighet i nærmiljøet, samt økonomiske insentiver og ansvar. Under følger en oppsummering av sentrale innspill til tiltak, som har som formål å gjøre kommunen bedre i stand til å møte behovene til innbyggere med komplekse utfordringer innen psykisk helse og rus med trygge, fleksible og sammenhengende tjenester.

5.1 Tilbud som treffer behov – og vurdering på riktig grunnlag

I beskrivelsen av utfordringsbildet som er gjort pekes det på et opplevd misforhold mellom eksisterende tjenestetilbud og brukernes faktiske behov. Det pekes videre på at personer med psykiske helseutfordringer og/eller rusproblemer i enkelte tilfeller ikke passer inn i dagens kategorier og får dermed ikke tilgang til tilstrekkelig hjelp. Dette kan sees i sammenheng med en spesialisert organisering, hvor tilbud styres av diagnose, sektortilhørighet og tilgjengelig kapasitet, heller enn av individets funksjonsnivå og livssituasjon.

For å møte disse utfordringene foreslås det at kommunen beveger seg bort fra et system som først og fremst forholder seg til det som allerede finnes, og i stedet utvikler tilbud som er fleksible nok til å møte reelle og endrende behov. Dette krever at kartlegging og behovsvurdering ikke blir en øvelse i å tilpasse brukeren til eksisterende rammer, men en

inngang til å justere og skape tiltak i tråd med den enkeltes situasjon. Det foreslås å gjennomføre en gjennomgang og opprydding i den såkalte innsatstrappen som del av en eventuell gjennomgang av ny organisering i bydelene – med særlig vekt på å identifisere og tette hull i tiltakskjeden som er utarbeidet i PriO-arbeidet.

Forslag:

- Det foreslås å gjøres en **systematisk gjennomgang og opprydding i tiltakstrappen**, med sikte på å legge til rette for god tilpasning tjenestevolum og tiltakskjeder til behov

5.2 Kompetanse og tjenester nær brukeren

Det er synliggjort et behov for mer tilgjengelige og helhetlige tjenester for innbyggere med psykiske helseutfordringer, rusproblematikk og sammensatte behov. Et sentralt forslag er å overføre flere tjenester til bydel for å redusere kompleksiteten i innbyggerreisen. Det kan dreie seg om flere av lavterskeltilbudene så vel som enkelte døgnplasser som er utformet som rusfrie korttidsopphold for stabilisering og styrkning med tanke på å fungere i egen bolig. En mulighet her er å utvikle og vurdere desentraliserte døgnåpne lavterskeltilbud som kan ta et større ansvar for lavterskel helsehjelp til personer med psykiske helseutfordringer og/eller rusproblematikk. Dette vil kunne bidra til et mer likeverdig tilbud, uavhengig av hvor i byen man bor, og gjøre det mulig å møte målgruppen med tjenester som er tettere på – både geografisk og i tilgjengelighet. Det må samtidig tas høyde for at enkelte lavterskeltiltak fortsatt bør være i sentrum.

Ved å styrke bydelsvise lavterskeltilbud med utvidet kompetanse på rus og psykisk helse, og som er tilpasset målgruppens behov, kan man i større grad sikre døgnkontinuerlig tilgang til helsehjelp i nærmiljøet. Slike tilbud kan være mindre, lokale helseenheter som kan tilby akutt og oppfølgende helsehjelp utenfor ordinær åpningstid, og som er tett integrert med bydelens øvrige tjenester. De er ment som et supplement til den sentrale legevakten, og skal håndtere oppgaver som ikke krever spesialisthelsetjenestens nivå. Dette vil kunne være et viktig tiltak for å redusere risikoen for forverring, styrke tidlig innsats, og bidra til mer sammenhengende og koordinerte tjenester i første linje. For å lykkes med dette, kan det være nødvendig med tydelig rolleavklaring, gode samhandlingsstrukturer og sikre finansieringsmodeller.

Statistikk viser høy aktivitet i lavterskeltiltak som Brukerrommet og feltpleien. Selv om antallet brukere holder seg relativt stabilt, har det vært en tydelig økning i antall kontakter, inntak og distribusjon av utstyr¹⁴. Dette tyder på at brukerne benytter disse tjenestene oftere og i større grad enn tidligere. Likevel er det en utfordring at mange av disse tilbudene – som bruker rom og feltpleie – i hovedsak er sentralisert, noe som begrenser tilgjengeligheten i bydelene.

Et relevant eksempel er erfaringene fra Bydel Sagene, hvor det er etablert et lokalmedisinsk senter. Her samarbeider fastleger, fysioterapeuter, ernæringsfysiologer og hjemmetjeneste tettere i en felles struktur.¹⁵ Slike tverrfaglige arenaer legger til rette for helhetlig oppfølging og

¹⁴ Oslo kommune, *Sagene lokalmedisinske senter*, 2025. Hentet fra: [Sagene lokalmedisinske senter - Kommunale legekontor og leger for deg som ikke har fastlege - Oslo kommune](#)

kontinuitet i tjenestene, og kan bidra til å redusere behovet for at brukerne må forholde seg til mange ulike aktører spredt rundt i kommunen.

Det finnes også flere gode modeller for ulike lavterskeltilbud i bydelene som kan fungere som eksempler eller modeller for en fremtidig bydelsorganisering.

Forslag:

- Overføre og styrke kompetanse knyttet til ulike **lavterskeltilbud til bydel** og sørge for systematisk opplæring i risikovurdering og helhetlig oppfølging.
- Legge til rette for **bydelsvise lokale sentre** med helsekompetanse integrert i bydelen for de mest sammensatte brukerne.
- **Vurdere opprettelse av plasser for kortvarige rusfrie døgnopphold i bydel** med tanke på styrking og stabilisering for å kunne fortsatt bo hjemme.

5.3 Helhetlig organisering og ansvarslinjer i tjenestene

For å lykkes i møte med psykisk helse- og rusutfordringer, er en mulighet å utvikle strukturer som gjør det mulig for å levere tjenester innen psykisk helse og rus under ett tak i bydelene. Dette vil kunne gi tidlig identifisering, lavere terskel for hjelp og bedre sammenheng mellom sosialt arbeid/sosialhjelp, hjelpetiltak innen barnevern og tiltak innen behandling av rusavhengighet og psykisk helse for personer med psykiske helseutfordringer og/eller rusproblematikk som særlig sårbar gruppe.

Dagens organisering er preget av fragmentering og parallelle strukturer – både mellom bydeler og etater, og mellom helse, velferd og rus. Dette gjør det vanskelig å sikre helhetlige tjenester på tvers. At tjenestetilbudet innen rus og psykisk helse i Oslo er delt mellom to etater uten tilstrekkelig integrasjon med bydelenes helsetjenester, fører til strukturelle skiller som svekker muligheten for helhetlig behandling og oppfølging. Flere peker på behov for å etablere en koordinerende instans med ansvar for felles inntak, kapasitetsoverblick og bedre ressursdisponering på tvers av bydelene. For å få til dette foreslås det en opprydding i styringslinjene og en mer helhetlig organisering av tjenestene etter prinsippet om én dør inn.

Et grep i denne sammenhengen kan være å vurdere en samling av virksomheter med overlappende ansvar. Dette kan bidra til å redusere intern skyving og sikre bedre flyt i tjenestene. Ved å samle faglig og økonomisk ansvar i én helhetlig struktur, kan man bedre legge til rette for likeverdig tilgang til tjenester, styrket fagkompetanse og mer effektiv drift. Samtidig må det sikres at beslutningsmyndighet og økonomisk ansvar følger hverandre, slik at ingen aktør stilles ansvarlig uten reell mulighet til å påvirke tilbudet. Her må man også se på mer likeartede finansieringssystemer.

Forslag:

- Gjennomføre en **opprydding i styringslinjene** for psykisk helse og rus i kommunen, med mål om å redusere fragmentering og sikre klar ansvars- og myndighetsfordeling mellom nivåer og etater.

- Vurdere å **samle virksomheter med overlappende ansvar** innen psykisk helse og rus.

5.4 Felles datagrunnlag og analysemiljø for mer likeverdige tjenester

Dagens system kan synes å være preget av stor variasjon i tilbud mellom bydeler og manglende oversikt, både for innbyggere og fagpersoner. Det er etablert en felles, digital tjenestekatalog som gir oversikt over minimumstilbudet og tilgjengelige tiltak i hele byen og det foreslås at denne videreutvikles. Samtidig kan det se ut til å være et behov for en samordning av tjenestetilbudet på tvers av bydeler for å legge bedre til rette for digital tjenesteutvikling. Det utvikles et stadig bredere spekter av digitale selvhjelpstilbud på nasjonalt nivå, og det er behov for at Oslo kommune legger til rette for en helhetlig og koordinert tilnærming til implementeringen av disse hjelpemidlene på tvers av bydelene. Dette vil gjøre det lettere å sikre likhet og forutsigbarhet for innbyggerne, og redusere behovet for at personer flytter til andre bydeler for å få hjelp. Arbeidsgruppen peker også på behovet for en mer samordnet og fremtidsrettet bruk av teknologi. Det utvikles i dag styrings- og datasystemer på ulike nivåer og i ulike bydeler, uten felles standarder. Ved å etablere felles plattformer, som kan gi oversikt over pasientflyt, tjenestebruk og kapasitetsbehov i sanntid, kan kommunen styre mer kunnskapsbasert og proaktivt. Dette vil være særlig viktig for å redusere dyre og ineffektive ad hoc-løsninger, og gi bedre grunnlag for å utvikle tjenester i takt med behovet i befolkningen.

Det er synliggjort at det finnes store mengder tilgjengelig statistikk og styringsdata innen psykisk helse og rus i Oslo kommune, både på bydelsnivå og i sentrale etater. Samtidig beskrives det behov for bedre evne til å analysere og omsette denne informasjonen til beslutningsstøtte og helhetlig innsikt. Det foreslås derfor å etablere et sentralt analysemiljø med ansvar for å gjennomføre kapasitetsanalyser, følge utviklingstrekk over tid og støtte både bydeler og sentrale etater med relevante analyser innen psykisk helse og rus. Et slikt miljø kan med fordel ha tverrfaglig kompetanse og kunne fungere som en felles ressurs på tvers av kommunen.

Et sentralt analysemiljø kan også ha ansvar for å utarbeide prognoser, kapasitetsanalyser og styringsdata knyttet til psykisk helse og rus. Dette vil kunne gi grunnlag for mer kunnskapsbasert beslutningsstøtte, styrke kommuneovergripende innsikt og gjøre det mulig å følge utviklingen over tid. Et slikt miljø må ha tverrfaglig kompetanse og arbeide tett med både bydelene og sentrale etater.

Forslag:

- Utvikle en **digital tjenestekatalog** innen psykisk helse og rus for Oslo kommune, som gir innbyggere og ansatte oversikt over tilgjengelige tiltak og sikrer lik tilgang til tjenester uavhengig av bosted.
- Etablere et **analysemiljø** med ansvar for å utarbeide prognoser, kapasitetsanalyser og styringsdata innen psykisk helse og rus, og for å støtte bydelene og sentrale etater med helhetlig og kunnskapsbasert beslutningsstøtte.

5.5 Etablering av kommunale botilbud og styrket boligforvaltning

Mangel på egnede botilbud, særlig for personer med psykiske helseproblemer i overgangssituasjoner eller med særlig krevende og sammensatte behov, pekes på som en av de mest gjennomgående utfordringene i dagens tjenestetilbud. Bydelene er i økende grad avhengige av kostbare og lite forutsigbare enkeltkjøp fra private aktører for å dekke behovet. Dette oppleves som verken faglig tilfredsstillende eller økonomisk bærekraftig. For å møte denne utfordringen foreslår arbeidsgruppen at kommunen retter det sentrale byomfattende botilbudet mot innbyggere med særlig krevende og sammensatte utfordringer – både for korttids- og langtidsbehov. For å unngå at personer med komplekse utfordringer skrives ut til uegnede eller ustabile boforhold, foreslås det også å utvikle og teste fleksible overgangsboliger og korttidsløsninger.

I tillegg foreslås det å identifisere tiltak som gjør det lettere for innbyggere med utfordringer innen psykisk helse og rus å få tilgang til egnet bolig i egen bydel, herunder å se boligbehovet i SET og HLS sektor i sammenheng. Dette omtales nærmere under utredningsarbeidet knyttet til boligområdet.

Forslag:

- Etablere **byomfattende botilbud i regi av bydelene** for innbyggere med særlig sammensatte og komplekse behov.
- **Utvikle og teste fleksible overgangsboliger og korttidsløsninger**, slik at brukere ikke skrives ut fra PHV til uegnede boforhold.
- Identifisere tiltak som gjør det lettere for innbyggere med utfordringer innen psykisk helse og rus å få tilgang til egnet bolig, herunder å **se boligbehovet i SET og HLS sektor i sammenheng**.

5.6 Økonomiske insentiver og ansvar

Dagens finansieringsmodeller oppleves som lite hensiktsmessige og i enkelte tilfeller direkte motvirkende til ønsket tjenesteutvikling. Modellen gir få økonomiske insentiver til å bygge opp og vedlikeholde kommunale tilbud i egen regi, samtidig som den i praksis belønner midlertidige og kostbare kjøp fra private aktører. Når kommunen ikke selv har tilgjengelige tilbud, blir enkeltkjøp ofte den eneste løsningen – til tross for at dette er både dyrere, mindre forutsigbart og vanskeligere å følge opp faglig. Flere bydeler beskriver at det ofte er lettere og billigere å kjøpe plass på en rusinstitusjon enn å sette i gang tiltak for arbeid og rehabilitering. Dette svekker langsiktige mål om inkludering og selvstendighet, og er uttrykk for at økonomiske strukturer i dag motvirker helhetlig tenkning. Det blir en måte å "kjøpe seg ut av" krevende enkeltsaker, fordi det mangler systemkapasitet og ressurser til å håndtere disse innenfor eksisterende strukturer.

Dette skaper en vedvarende økonomisk risiko, særlig i situasjoner hvor én bruker med høyt hjelpebehov legger beslag på store deler av bydelenes budsjett. Når slike saker oppstår tidlig i budsjettåret, reduseres muligheten til å opprettholde tilbudet for andre brukere betraktelig.

Samtidig gir manglende normering av oppholdstid i ulike tiltak og uklar ansvarsdeling mellom etater og bydeler liten forutsigbarhet i styring og økonomisk planlegging.

Dagens ordning for kontraktsforvaltning og oppfølging av avtaler oppleves også som lite effektiv. Hver bydel forvalter sine egne avtaler og oppfølgingsrutiner, noe som fører til betydelig dobbeltarbeid og manglende oversikt over helheten i tilbudet. Dette svekker muligheten for kvalitetskontroll og ressursoptimalisering på tvers av kommunen.

Forslag:

- Etablere tydelig **skille mellom botilbud og behandling**, som er i tråd med *Meld. St. 5*¹⁶ om integrert ettervern i regi av TSB, skal tildeling av tjenester bli mer presis, og det økonomiske ansvaret fordeles i samsvar med tiltakets formål¹⁷.
- Utvikle **ny finansieringsmodell** for institusjonsplasser i kommunen basert på tilgjengelig kapasitet, fremfor kun beleggsprosent, og samtidig sikre at vedtaksmyndighet forblir hos bydelene.
- **Samordne kontraktsforvaltning** og oppfølging av private avtaler på tvers av bydeler, med mål om å redusere dobbeltarbeid, styrke faglig kvalitet og forbedre ressursutnyttelsen.



¹⁶ Helse- og omsorgsdepartementet. (2022). *Meld. St. 5 (2022-2023) – Bedre rusbehandling – med pasienten i sentrum*. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon.

¹⁷ Det fremkommer også Meld. St. 5 at regjeringen vil vurdere døgntilbud utenfor spesialisthelsetjenesten og utrede bemannede botilbud (kap 7.6.2.). Dette vil kunne få betydning for Oslo kommune.