

Oslo

Velferdsetaten

Kunnskapsrapport:

Samlokaliserte boliger for kvinner med alvorlige og langvarige rus- og psykiske helseproblemer og voldsrisiko

Sammenfatning av forsknings- og erfaringsbasert kunnskap, med konkrete anbefalinger ved opprettelse av bolig- og tjenestetilbud til kvinner i målgruppen

Forsidebilde: Vincent van Gogh, «Slaapkamer te Arles» 1888, Van Gogh museum, Amsterdam
Design/layout: Oslo kommune
Utarbeidet av: Eldbjørg Solvoll
Ansvarlige: Program for boligforsyning, Velferdsetaten, 2026

Forord

I forbindelse med et oppdrag om å utarbeide konseptvalgutredning for Trygg+ menn, etter mal fra Ljabruveien bo og behandling, begynte Velferdsetaten i 2025 å se på behovet for et tilsvarende botiltak for kvinner. Tilbakemeldinger fra bydelene og meldt behov fra boligbehovskartleggingen fra november 2024, viste et udekket boligbehov på grunn av manglende boligtilbud for kvinner i Trygg+-segmentet. Boligbehovskartleggingen viste et meldt behov for 46 kvinner i gruppene 6 og 7 i Matrise for rusfeltet.[1] Trygg+ er et eksisterende boligkonsept for menn i gruppe 7, men siden Oslo kommune ikke har boligtiltak for kvinner i gruppe 7 per i dag, har det vært viktig å utføre en grundigere kartlegging av behovet for å identifisere hvordan et eventuelt boligtiltak for denne målgruppen bør utformes.

En kortere rapport om Trygg+ kvinner ble utarbeidet av Velferdsetaten i 2025. Den hadde som mål å kartlegge antallet kvinner i målgruppen og identifisere de mest markante kjennetegnene.[2] I forkant av denne kartleggingen var det en antakelse om at kvinnene i gruppe 7 hadde tilnærmet samme utfordringsbilde som menn i samme gruppe, der hovedutfordringene er alvorlige og langvarige rus- og psykiske helseproblemer og forhøyet voldsrisiko. Forholdsvis raskt viste det seg imidlertid at det ville være en feilslått beslutning å gå for et tilsvarende konsept som for menn. Kartleggingen fra 2025 fant kun 7-8 kvinner i målgruppen, noe som stemte dårlig med boligbehovskartleggingen og signaler vi har fått fra bydelene. Det viktigste med kartleggingen var at den pekte på vesentlige faktorer knyttet til kvinnene og viste tydelig at kvinnene har behov for et annet boligtilbud enn menn i gruppe 7.[3] Velferdsetaten fant det derfor nødvendig å gå bredere ut og utføre en større kartlegging i 2026 med tanke på å utarbeide et kunnskapsgrunnlag om målgruppen.

Denne kunnskapsrapporten viser at behovet for kvinner i målgruppen er langt større enn først antatt, med en estimert målgruppe på 58 kvinner i Oslo per første halvdel av 2026. Rapporten viser at kvinner i målgruppen har andre karakteristikker, utfordringer og behov enn mennene i samme målgruppe, og at Trygg+ for kvinner må planlegges utfra en rekke andre hensyn enn Trygg+ for menn.

[1] Velferdsetaten (2026a) og Velferdsetaten (2026b).
[2] Fremstad (2025).
[3] Ibid.

Innhold

1 Sammendrag 6

2 Anbefalinger 7

3 Metode 9

4 Kvinner i målgruppen til Trygg+ 11
4.1 Kjønnsperspektivets betydning i planleggingen av bolig- og tjenestetilbud 13
4.2 Kjønnsfordelingen blant personer med rusproblemer 15
4.3 Kvinner og utsatthet for vold 16
4.4 Traumer som bakgrunn for uro og uforutsigbar atferd 18
4.5 Traumer som bakgrunn for selvdestruktiv atferd 18
4.6 Ensomhet og manglende nettverk 19
4.7 Rus- og psykiske helseproblemer blant målgruppen 20
4.8 Forhøyet voldsrisiko og atferdsutfordringer 23
4.9 Effekten på de ansatte 26
4.10 Krav til personalgruppe og organisering 29

5 Behovet – hva er situasjonen i Oslo per i dag 29
5.1 Antall kvinner i målgruppen til Trygg+ 30
5.2 Utfordringsbildet 31
5.3 Hvor bor målgruppen? 33
5.4 Tap av bolig og botilbud 34
5.5 Behov for skjerming og besøkskontroll 35
5.6 Oppsummert; Trygg+ kun for kvinner 36

6 Innhold i tjenestene 36
6.1 Trygghet, trygghet, trygghet 36
6.2 Bemanning og kompetanse 38
6.3 Relasjonsbygging 39
6.4 Tverrfaglig samarbeid 42
6.5 Tilgang til helsetjenester 43
6.6 Ernæring 44
6.7 Aktiviteter 44

7 Boligtiltakets beliggenhet og beskaffenhet 45
7.1 Beliggenhet 45
7.2 Skjerming 47

7.3 Beskaffenhet 47
7.4 Antall boenheter 48
7.5 Noen fallgruver 48

8 Litteraturliste 50

1 Sammendrag

Kvinner i gruppe 7 i Matrise for rusfeltet, som er målgruppen for Trygg+ kvinner, utgjør en liten gruppe som hittil er lite eller ikke kartlagt. Gjennom arbeidet med denne kunnskapsrapporten har vi sammen med bydelene kartlagt 58 kvinner i Oslo. Dette er langt færre enn antallet menn i målgruppen. Selv om kriteriene for gruppe 7 i utgangspunktet er de samme for kvinner og menn; alvorlige og langvarige rus- og psykiske helseproblemer kombinert med forhøyet voldsrisiko, så er det samtidig betydelige forskjeller mellom kvinner og menn i denne gruppen.

Kvinnene kan beskrives som svært selvdestruktive og med en ukritisk atferd som kan innebære betydelig risiko. Mange har en lang historikk fra rusmiljøet, gjerne helt tilbake til 12–13-årsalderen. De er svært sårbare og har omfattende psykiske helseproblemer, og i likhet med mennene mangler de ofte tilstrekkelige utredninger fra spesialisthelsetjenesten. Mange har alvorlige traumeerfaringer, noe som kan gjøre både behandling, stabilisering og oppfølging mer krevende. Det beskrives også som vanskeligere å etablere en stabil relasjon til kvinnene enn til mennene, og det kan ta lang tid før de får et tjenestetilbud som er tilpasset behovene deres. For å klare seg i samfunnet beskrives kvinnene som mer tilbøyelige enn mennene til å bruke manipulasjon i møte med andre. De oppleves som svært utfordrende å følge opp, blant annet fordi de kan være høylytte, krevende og skape mye uro. Det beskrives også at de ofte «stikker» med ord og treffer andre på områder der de vet at det sårer mest. Dette kan gjøre relasjonsarbeidet krevende, og det kan ta lang tid å etablere den tilliten og stabiliteten som er nødvendig for å kunne gi god og målrettet oppfølging.

Kvinnene er i enda større grad enn mennene utsatt for vold, og volden de utsettes for, karakteriseres ofte som grovere. Mange befinner seg langt nede i hierarkiet i rusmiljøet, omtales som «hakkekyllinger» og lever med betydelig ensomhet og sosial utsatthet. Samtidig skiller kvinnenes egen voldsutøvelse seg fra mennenes ved at den i mindre grad omfatter farlig vold mot andre. Selv om også kvinnene kan utagere mot personer rundt seg, kommer dette oftere til uttrykk gjennom verbal utagering, kasting av gjenstander og vold rettet mot dem selv.

Trygg+ for kvinner må være et døgnbemannet boligtilbud med adgangskontroll og høy grad av skjerming og trygghet. Boligtiltaket bør ligge utenfor sentrumsområdet i Oslo, og det bør ikke ha flere enn åtte boenheter. Kvinnene har særlig behov for støtte til å håndtere besøk og grensesetting i egen bolig. Det bør tilstrebes tett samarbeid med spesialisthelsetjenesten, og det bør være somatiske helsetjenester på huset, gjerne i form av feltpleie. I motsetning til mennene i gruppe 7, kan det for kvinnene tilrettelegges for fellesarealer og aktiviteter, men disse må være ansattstyrt. Fellesareal kan ikke være tilgjengelig uten personalet til stede.

Erfaringene som er innhentet gjennom kartleggingen, tyder på at kvinner i målgruppen kan oppnå betydelig bedring når de får et tilpasset bolig- og tjenestetilbud kombinert med nødvendig behandling fra spesialisthelsetjenesten. Flere informanter vurderer at enkelte kvinner kan ha et raskere og mer markant forbedringspotensial enn det som ofte observeres blant menn i tilsvarende situasjon.

2 Anbefalinger

Basert på informasjonen som er innhentet og beskrevet i denne rapporten, presenterer vi i det følgende en kortfattet oppsummering av anbefalingene for et Trygg+ for kvinner.

Målgruppen
Målgruppen er kvinner i gruppe 7 i Matrise for rusfeltet, med alvorlige og langvarige rus- og psykiske helseproblemer kombinert med forhøyet voldsrisiko, som det må tas særlig hensyn til ved bosetting. Voldsrisiko kan blant annet omfatte verbal og fysisk vold, trusler, uforutsigbar adferd og selvskading. Kvinnene mangler egnede botilbud per i dag, og de kjennetegnes av en svært ustabil bosituasjon, blir stadig kastet ut og er krevende å komme i posisjon til. Mange mangler ofte utredning og behandling fra spesialisthelsetjenesten for psykiske lidelser. Kvinnene er ensomme med små eller fraværende sosiale nettverk og er svært utsatt for vold, overgrep og utnyttelse. Mange beskrives også som svært selvdestruktive med risikofylt atferd.

Boligen
Trygg+ for kvinner er et varig boligtilbud kun for kvinner i samlokaliserte boliger med døgnbemannet personalbase med ordinære husleiekontrakter. Det bør ikke være mer enn åtte boenheter samlet, og innflytting bør skje suksessivt. Botiltaket bør ligge utenfor Oslo sentrum, men ha god tilgang til offentlig transport og nærhet til nødvendige tjenester.

Boligene anbefales å være samlet i ett bygg i flere etasjer og ha én hovedinngang. Personalbasen bør plasseres slik at ansatte har god oversikt over inngang og fellesarealer. Det bør være adgangskontroll og tydelige rammer for besøk, samtidig som kvinnenes autonomi og rett til egne relasjoner blir ivaretatt. Det bør være god oversikt over tiltaket, og det bør være kameraovervåking. Så langt som mulig bør boenheter på bakkeplan unngås. Lange og trange ganger og unødvendige møtepunkter mellom beboerne bør unngås. Fellesarealer må være personalstyrte.

Boenhetene skal være fullverdige boliger med eget kjøkken og bad og soverom eller sovealkove. Det er viktig med god lydisolering. Boligene bør ha estetiske kvaliteter og gi mulighet for personlig tilpasning, slik at boenheten oppleves som et hjem og ikke som en institusjon. Dersom det er mulig, bør tiltaket ha tilgang til egnede utearealer for rekreasjon.

Det er litt uavklart om det er behov for bolig med ekstra spesifikke kvaliteter, slik menn i gruppe 7 har behov for. Per informasjon som er kommet frem, kan det tyde på at kvinner i gruppe 7 kan bo i boliger med ekstra kvaliteter. Ved prosjektering av boligtiltak bør dette kartlegges nærmere. Boligtiltaket bør være universelt utformet for å møte eventuelle somatiske helseproblemer.

Innhold i tjenestene
Trygghet, relasjonsbygging og stabile tjenester er viktig for å få botiltaket til å fungere. Det bør i tillegg legges vekt på ernæring og tilgang til (enkel) matservering, feltpleie, kvinnehelse,

smittevern, enkle aktiviteter, og langsiktig og forpliktende samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Ansatte må ha kapasitet til å følge kvinnene til nødvendige avtaler og bidra til kontakt med andre tjenester og aktører. Det skal være svært høy terskel for utkastelse. Tjenestene må være fleksible og samtidig ha tydelige og forutsigbare rammer. Kvinnene skal ha autonomi, men samtidig få støtte til grensesetting og til å beholde kontroll over egen bolig. Tiltaket må tåle høy grad av uro, samtidig som det tilbyr rammer som gir forutsigbarhet, trygghet og verdighet for beboerne. Boligen skal oppleves som, og være, et varig tilbud.

Ansatte
Trygg+ for kvinner må være døgnbemannet med våken nattevakt. Bemanning må være tilstrekkelig til å ivareta daglig oppfølging, sikkerhet, aktiviteter, følge til avtaler og samarbeid med andre tjenester. Det må også være mulighet for å øke bemanningen ved behov, spesielt ved innflytting.

Personalgruppen bør ha minst treårig utdannelse innen fagfeltet. De ansatte må være særlig egnet, ha kompetanse på målgruppen og være interessert i å jobbe med målgruppen. Så langt som mulig, bør det være høye stillingsbrøker for å unngå mange ansatte i lavere stillingsbrøker.. Det er en særlig utfordrende gruppe å jobbe med, så det må legges opp til veiledning og ivaretakelse etter hendelser på jevnlig basis.

3 Metode

Bakgrunn og formål

Denne kunnskapsrapporten er utarbeidet for å styrke kunnskapsgrunnlaget om kvinner som tilhører gruppe 7 i Matrise for rusfeltet, som er målgruppen for et botilbud kalt Trygg+ for kvinner. Frem til nå har det ikke blitt utarbeidet et samlet kunnskapsgrunnlag om denne målgruppen. Kunnskapen om målgruppens størrelse, kjennetegn, utfordringer og behov har vært begrenset. Det som har vært kjent, er at målgruppen består av kvinner med langvarige og sammensatte utfordringer knyttet til rus- og psykiske helseproblemer, og som har en forhøyet voldsrisiko. Per i dag mangler det et egnet bolig- og tjenestetilbud tilpasset denne målgruppen. Mange mister eksisterende botilbud, blir kastet ut eller får avsluttet tjenester på grunn av utfordrende atferd. Det har derfor vært behov for økt kunnskap om målgruppen for å kunne vurdere behovet for etablering av et Trygg+-botiltak for kvinner.

Datagrunnlag og datainnsamling

Kunnskapsgrunnlaget bygger i hovedsak på kvalitative intervjuer med relevante aktører som arbeider med eller har kjennskap til målgruppen. I tillegg er det sendt ut en kvalitativ undersøkelse til alle bydelene i Oslo kommune, og det er gjennomført workshop med ledere og mellomledere innen rusfeltet fra bydelene. Kunnskapsgrunnlaget er videre supplert med relevant forskning, offentlige dokumenter og tilgjengelig statistikk. Selv om det ikke er identifisert forskning som spesifikt omhandler denne målgruppen og deres bolig- og tjenestebehov, er det innhentet kunnskap fra forskning og faglitteratur om temaer som vurderes som særlig relevante for målgruppen. Dette omfatter blant annet tema som rusproblematikk, psykiske lidelser, vold, voldsutsatthet og traumeerfaringer. I tillegg inngår notater fra fire relevante fagforedrag i kunnskapsgrunnlaget. Det er gjennomført besøk ved to botiltak og to institusjoner. Huset Oslo ble også besøkt for å innhente innspill fra personer med egenerfaringer som kunne være relevante for målgruppen.

Intervjuer

Det ble gjennomført elleve semistrukturerte intervjuer på 90 minutter med aktører som har erfaring med eller kjennskap til målgruppen:

- APAS (Ambulant Psykose Avhengighet Sikkerhet), Lovisenberg sykehus (heretter kalt APAS)
- Sikkerhetsavdelingen ved Gaustad sykehus (heretter kalt Gaustad)
- Politiets psykiatrigruppe i Oslo (heretter kalt politiet)
- Bredtveit fengsel og forvaringsanstalt (heretter kalt Bredtveit)
- Ravneberget fengsel (heretter kalt Ravneberget)
- Svingen bo- og behandling (heretter kalt Svingen)
- Dalsbergstien hus
- Thereses hus
- Ljabruveien bo- og behandling (heretter kalt Ljabruveien)
- Bydel Bjerke

- Bydel St. Hanshaugen

Intervjuene med informanter i Oslo ble gjennomført fysisk, mens intervjuer med aktører utenfor Oslo ble gjennomført digitalt via Teams.

Metodiske begrensninger

Det var et mål å innhente erfaringer direkte fra kvinner i målgruppen. Det ble derfor forsøkt etablert kontakt gjennom Huset Oslo, men svakt oppmøte gjorde det ikke mulig å gjennomføre datainnsamling på denne måten. Flere av informantene anbefalte heller ikke å intervjue kvinnene direkte, blant annet på grunn av omfattende rusproblematikk, psykisk sykdom, høy sårbarhet og voldsrisiko.

Mangelen på brukermedvirkning kan sies å være en svakhet ved rapporten, men samtidig bygger denne rapporten på Velferdsetatens første kartlegging av målgruppen, som i stor grad var basert på brukermedvirkning og innspill fra erfaringskonsulenter fra rusmiljøet.[4] En annen metodisk utfordring har vært at de fleste informantene har hatt erfaring med relativt få kvinner i målgruppen. Datamaterialet består derfor av flere enkeltstående erfaringer og beskrivelser. Dette har gjort kvalitativ metode særlig relevant, da det har gitt mulighet til å dykke dypere ned i det som ofte kalles den tause eller erfaringsbaserte kompetansen til informantene.[5] Ved flere tilfeller har informantene måttet bli stilt en rekke spørsmål og gitt flere beskrivelser rundt målgruppen før de forsto fullt ut hvem vi var ute etter. Ved en ren kvantitativ undersøkelse, ville antakeligvis mye viktig informasjon ha gått tapt, da informanter med kjennskap til kun én til tre kvinner, med sannsynlighet ville ha beskrevet mer generelle forhold rundt kvinner i rusmiljøet. Ved bruk av kvalitativ metode har vi altså kunnet identifisere fellestrekk for målgruppen til tross for, eller kanskje på grunn av, de ulike erfaringsbakgrunnene og arbeidsfeltene informantene har kompetanse fra.

Gjennom å kombinere kunnskap fra aktører fra ulike deler av tjenesteapparatet, forskning og dokumentgjennomgang, vurderes datagrunnlaget samlet sett å gi et bredt bilde av målgruppen. Rapporten kan med dette bidra til å styrke kunnskapsgrunnlaget om kvinner i målgruppen for Trygg+, og være et utgangspunkt for eventuell planlegging av fremtidige boligprosjekter for målgruppen.

[4] Fremstad (2025).

[5] Taus kunnskap viser til kunnskap som er erfaringsbasert og handlingsorientert, og som ikke fullt ut kan uttrykkes verbalt. Kunnskapen utvikles gjennom praksis og kommer til uttrykk gjennom handlinger og ferdigheter snarere enn gjennom eksplisitte beskrivelser (Polanyi, 2009; Grimen, 2008).

4 Kvinner i målgruppen til Trygg+

Målgruppen til Trygg+ kvinner kjennetegnes av alvorlige og langvarige rus- og psykiske helseproblemer, forhøyet voldsrisiko, ustabil bosituasjon med stadig tap av botilbud, og begrensede muligheter til å nyttiggjøre seg tjenestetilbud eller behandling. Kvinnene har ofte en ustabil bosituasjon preget av hyppig flytting, tap av botilbud og utkastelser. Dette fører til en rekke kortvarige og avbrutte relasjoner til ansatte i hjelpeapparatet, noe som gjør det vanskeligere å komme i posisjon for å sikre at kvinnene får riktige tjenester, nødvendig utredning og behandling. Når det gjelder voldsrisiko tar vi utgangspunkt i definisjonene til WHO (Verdens helseorganisasjon) og Per Isdahl.

WHO sin overordnede definisjon av vold innbefatter også handlinger utført mot en selv, noe som er særlig aktuelt for kvinnene i målgruppen til Trygg+.

> *«Villet bruk av fysisk styrke, makt eller trusler om dette, mot en selv, en annen person, en gruppe eller et samfunn, som resulterer i eller har høy sannsynlighet for å resultere i fysisk skade, død, psykisk skade, skjevutvikling eller deprivasjon».*[6]

I Norge brukes ofte Per Isdals definisjon fra 2000. Denne definisjonen tydeliggjør at handlingen har en villet intensjon som bakgrunn for volden, noe vi mener spisser betydningen av voldshandlingen.

> *«Vold er enhver handling rettet mot en annen person, som gjennom handlingen skader, smerter, skremmer eller krenker, får denne personen til å gjøre noe mot sin vilje, eller slutte å gjøre noe den vil»*[7]

I intervjuene har vi spurt informantene hvordan de vil beskrive målgruppen. Flere har svart at dette er krevende, fordi kvinnene er svært ulike, og fordi hver av aktørene vi har intervjuet har hatt kontakt med et begrenset antall kvinner i målgruppen knyttet til deler av kvinnenes forløp. De ulike aktørene representerer ulike tjenesteområder og møter ofte kvinnene i avgrensede perioder, for eksempel under opphold i institusjon, utredning, behandling, innleggelse eller fengsling. Ingen av informantene har derfor hatt full oversikt over målgruppen som helhet eller gjennom store deler av deres livsforløp.

Likevel har intervjuene gitt god og relevant kunnskap basert på erfaringene til elleve aktører fra kommunale og statlige virksomheter. Dette er supplert med informasjon fra fire fagforedrag, bydelskartleggingen og relevant forskning og faglitteratur. Samlet har dette gitt et tydeligere

[6] World Health Organization (2002).
[7] Isdal (2000).

bilde av hvem kvinnene i målgruppen er, hvilke utfordringer og behov de har, og hvor mange kvinner som per i dag vurderes å tilhøre målgruppen i Oslo.

For å komme frem til et så korrekt anslag som mulig på antallet, valgte vi å gjennomføre en egen kartlegging blant bydelene. Bydelene har over tid kontakt med innbyggerne og ansvar for å gi personer med rus- og psykiske helseproblemer nødvendige kommunale bolig- og tjenestetilbud. De vurderes derfor å ha den beste samlede oversikten over aktuelle kvinner i sine respektive bydeler. Som nevnt over ble det kartlagt 58 kvinner i målgruppen for Trygg+ kvinner. Tretten av de 15 bydelene besvarte kartleggingen og identifiserte til sammen 50 kvinner. Ved å beregne et estimat for de to bydelene som ikke svarte, basert på gjennomsnittet i de øvrige bydelene, ble det samlede anslaget 58 kvinner for Oslo som helhet.

I de neste kapitlene beskriver vi nærmere hva som kjennetegner målgruppen. For å vise bredden i målgruppen presenterer vi først noen eksempler på ulike kvinner, basert på beskrivelser fra informantene. Enkelte opplysninger er endret for å redusere risikoen for at personene kan gjenkjennes, spesielt gjelder dette hendelser som kan ha vært omtalt i media. Eksemplene er delt inn i fire kategorier: generell informasjon om målgruppen, atferd, selvskading og vold mot andre, samt kriminalitet og betydningen av riktig tjenestetilbud.

Eksempel 1, kort om målgruppen:

> *Kvinnene har ofte vært veldig lenge i rusmiljøet, gjerne fra 12-13 års alder. Typisk er at de har opplevd gjentakende overgrep og vanskelig ting opp gjennom årene, med påfølgende og voksende traumer. De har mange utskrivelser fra Velferdsetatens institusjoner. Får de egen bolig, mister de den. De har stort sett ingen boevne, for det har de ikke lært. De har ikke hatt et normalt liv. De er svært syke og har en massiv og ukritisk rusbruk. De kan for eksempel være så ruset, at når de mister «kokekaret» på gulvet, feier de opp stoffet og injiserer, selv om det kan være sølevann blandet med det.*[8]

Eksempel 2, atferd

> *Har en kvinne med særlig outrert atferd. Alvorlig sinnslidelse i bunn. «Venner» med ulik hensikt. Så ekstrem atferd at tidligere naboer/medbeboere er utrygge selv et halvt år etter at de har flyttet ut.*[9]

[8] Dalsbergstien Hus (2026).
[9] Bydel Bjerke (2026).

Eksempel 3, hvor galt må det gå for kvinnen selv før noe skjer?

> *Det var en som hadde vært mange steder. Hadde en veldig fysisk utageringsproblematikk. Vi var usikre på om vi skulle ta henne inn, men etter et kortere opphold i spesialisthelsetjenesten [psykiatri], kom hun hit. Det gikk fint de første dagene, men så slår hun plutselig hardt en av de ansatte i hodet. Brått og uprovosert. Ble skrevet ut og gikk til angrep på et barn. Det førte til reinnleggelse i spesialisthelsetjenesten. Etter lengre opphold kom hun tilbake, og virket mye bedre. Men så var det igjen først et angrep på en ansatt og like etter utsatte hun seg selv for en livstruende handling, som har ført til at hun nå er alvorlig skadet og har pådratt seg en alvorlig og varig funksjonsnedsettelse.*[10]

Eksempel 4, hvor galt må det gå for andre før noe skjer?:

> *Vi hadde en for noen år siden som var farlig. Var i spesialisthelsetjenesten [psykiatri], men mistet schizofreni-diagnose og ble skrevet ut. Ødela fullstendig miljøet på huset, og det gikk utover samarbeidet utenfor huset. Hun truet med saks og tok halsgrep på en ansatt. Det eskalerte og endte først da hun først knivstakk en person i sentrum og deretter drepte en annen person et annet sted i byen.*[11]

Eksempel 5, eskalering av kriminelle handlinger uten riktig tjenestetilbud

> *En kvinne hadde 16 aktive (kriminalitets-) saker ved inntak i 2023. Dette økte til 118 i løpet av kort tid. Etter utredning i psykiatrien og behandling for schizofrenidiagnose, ble hun etter hvert overført til egen bolig med oppfølging fra FACT. Resultatet var en nedgang til under 5 saker allerede i 2024. Eksempelet understreker behovet for stabil bolig, helhetlig oppfølging, riktig medisinsk behandling og tverrfaglig samarbeid mellom politi, helse og bydel.*[12]

4.1 Kjønnsperspektivets betydning i planleggingen av bolig- og tjenestetilbud

I forbindelse med kartleggingen av kvinnene til Trygg+, har vi fått en tydelig forståelse av hvor viktig det er å planlegge et tiltak som er særskilt tilpasset kvinnenes behov. Det er derfor vesentlig å ivareta kjønnsperspektivet gjennom hele planleggingsprosessen. Selv om utgangspunktet for Trygg+ er det samme for kvinner og menn, viser kartleggingen at

[10] Svingen (2026).
[11] Svingen (2026).
[12] Politiets psykiatrigruppe (2026).

utfordringene, erfaringene og behovene kan være svært ulike. Et tiltak for kvinner må derfor utvikles med utgangspunkt i kvinnenes faktiske behov og livssituasjon.

Å ta utgangspunkt i menns utfordringer og behov, for deretter å generalisere kunnskapen som allmenngyldig også for kvinner, har vært vanlig praksis over mange år. Det er forsket mye på hvordan kvinner og menn møtes ulikt, og hvordan samme type atferd kan oppfattes forskjellig avhengig av om den uttrykkes av en kvinne eller en mann.[13] Dette handler ikke nødvendigvis om bevisst diskriminering, men kan være knyttet til ubevisste kulturelle og sosiale mønstre. Slike mønstre formes over tid, blant annet gjennom oppvekst og samfunnets forventninger, og kan påvirke hvordan vi forstår og møter kvinner og menn, uten at vi nødvendigvis er bevisste på det.

Kjønnsforskjeller kommer også til uttrykk innen helse- og behandlingsfeltet. Historisk har mye medisinsk forskning tatt utgangspunkt i mannlige pasienter, og menn har i stor grad vært normen for både forskning, diagnostisering og behandling. Selv om dette har fått økende oppmerksomhet de senere årene, finnes det fortsatt områder der kvinners symptomer, sykdomsbilder og behandlingsbehov er mindre kartlagt enn menns. Dette gjelder både innen somatisk medisin, medikamentell behandling og kirurgi.[14] Konsekvensen kan være at kvinner får forsinket diagnostisering, mindre treffsikker behandling og medisinering som i utgangspunktet er utviklet og evaluert med utgangspunkt i menn.[15]

For kvinner med alvorlige rus- og psykiske helseproblemer, som klart færre enn antall menn, kan slike skjevheter få særlig store konsekvenser. Kari Lossius har tatt opp kjønnsperspektivet i rusbehandling flere ganger og har uttalt:

> *Å jobbe med kvinner krever at du har et feministisk blikk. Du må forstå kvinner, forstå kjønn og makt. Det kan skade mer enn å hjelpe dersom du tar ordinær behandling av menn over på kvinner.*[16]

Lossius har lang erfaring med terapeutisk behandling av personer med rusproblemer og har løftet frem flere utfordringer knyttet til både behandlingen og synet på kvinner. Hun har blant annet pekt på at kvinner som utsettes for vold, ofte blir spurt om hva de selv gjorde i forkant av hendelsen. Dette kan gi en implisitt forståelse av at kvinnen selv har bidratt til å fremprovosere volden. Mange kvinner opplever at de blir betraktet som den agiterende parten, og dermed som delvis ansvarlige for det som har skjedd. En lignende tendens er beskrevet i voldtektssaker, der fornærmede ofte må redegjøre for blant annet bekledning, tidligere seksuell aktivitet og alkoholpåvirkning. I dommer der slike forhold omtales, er straffene i gjennomsnitt betydelig lavere.[17] Dette kan bidra til en forståelse av at kvinnen selv bærer noe av ansvaret for overgrepet. Vi trekker fram dette fordi det er relevant for omtalen av voldsutsatthet og seksuelle overgrep i kapittel 3.3.

---

[13] Whitten, et.al. (2026), Anderson & Leaper (1998), Smith-Lovin & Brody (1989), *og* Miller & Sutherland (2023).
[14] Steinberg (2021)
[15] Gualtierotti, R. (2025), Wallis et al. (2022), Bierer et al. (2022). og Morgan & Rotenstein (2025).
[16] Lossius (2026).
[17] Rinde m.fl. (2025) og Laugerud (2020).

Det er også tydelige kjønnsforskjeller når det gjelder behandling og bruk av tvang. Menn utgjør 66 prosent av pasientene i ordinær rusbehandling gjennom tverrfaglig spesialisert behandling (TSB), men kvinner har historisk vært overrepresentert blant personer som tvangsinnlegges etter ruslovgivningen. Rokkan-rapporten fant at det var om lag 60 prosent av de som var underlagt tvang, var kvinner, selv om kvinner bare utgjorde om lag en tredjedel av målgruppen totalt.[18] Forskjellen er blant annet forklart med høy forekomst av alvorlig helsesvikt, voldserfaringer, omsorgsansvar og særlig sårbarhet blant kvinnene som kommer inn under disse bestemmelsene.[19]

Informantene i denne kartleggingen beskriver også forskjeller i hvordan kvinner og menn forholder seg til behandling, soning og planlegging av fremtiden. Erfaringer fra Ravneberget er at kvinner ofte har et mer relasjonelt perspektiv på egen situasjon enn menn. I planleggingen av tiden etter behandling eller soning er kvinnene sjeldent opptatt bare av egne behov, men trekker ofte inn hensynet til partner, kjæreste, barn, foreldre eller andre nære relasjoner. Menn beskrives i større grad som orientert mot egne behov, og hva som vil være best for dem selv. Kvinnene forsøker oftere å ivareta flere personer samtidig.[20] Flere informanter beskriver dette som et sentralt tema i arbeidet med kvinnene. Særlig kan omfattende og komplekse avhengighetsforhold til menn gjøre det vanskeligere for kvinnene å gjennomføre egne behandlings-, stabiliserings- eller bedringsprosesser.

4.2 Kjønnsfordelingen blant personer med rusproblemer

Nasjonale og Oslospesifikke oversikter viser at kvinner er i mindretall når det gjelder personer med rusproblemer. Ser vi på antallet av personer i TSB, som er den delen av spesialisthelsetjenesten som gir behandling til personer med rus- og psykiske helseproblemer, var det i 2025 totalt 33 313 personer som var registrert i løpet av året. Av disse var 61,5 prosent menn og 38,5 prosent kvinner.[21] I 2023 var det 66 prosent menn og 34 prosent kvinner. Selv om kvinneandelen økte noe fra 2023 til 2025, ligger andelen kvinner likevel et godt stykke under menn, der menn utgjør om lag to tredjedeler og kvinnene en tredjedel.

I Oslo viste tall fra BrukerPlan 2019, som var den siste grundige kartleggingen av totalantallet av personer med rusproblemer, at kvinneandelen blant personer med rusproblemer var en tredjedel, og altså ganske likt med kjønnsfordelingen i TSB.

[18] Lundeberg (2010).
[19] Ibid. og FHI (2023) og Lossius (2026).
[20] Ravneberget (2026).
[21] Folkehelseinstituttet, Aktivitetsdata for spesialisthelsetjenesten Tverrfaglig spesialisert rusbehandling, årsdata 2023 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling - Norsk pasientregister (NPR) - FHI Statistikk, lest 14.7.26. TSB er en tjeneste som er tverrfaglig sammensatt og inkluderer medisinsk, psykologisk og sosialfaglig behandling, både poliklinisk og i døgninstitusjon. SSB, kildetabell 14820 og 14824, Pasienter i spesialisthelsetjenesten – SSB

4.3 Kvinner og utsatthet for vold

Forskning viser at kvinner i langt større grad enn menn utsettes for gjentatt vold, vold i nære relasjoner og seksuelle overgrep. Selv om menn oftere rapporterer erfaringer med enkeltstående fysisk vold, rammes kvinner i større grad av den groveste og mest alvorlige volden.[22] Ifølge Lossius har om lag 30 prosent av kvinner som har vært utsatt for vold blitt fysisk skadet, mot kun 2 prosent av menn. Dette viser med tydelighet at vold mot kvinner ofte får mer alvorlige konsekvenser enn vold mot menn. Tallet gjelder kvinner og menn generelt. Kvinner i rusmiljøer er i enda større grad utsatt for vold og grov vold enn kvinner generelt: mange utsettes daglig for dette.[23]

Rusmiljøene beskrives som preget av tydelige hierarkier og maktstrukturer, der kjønn, alder, adgang til rusmidler og sosial posisjon påvirker den enkeltes status og handlingsrom. Unge kvinner og eldre, mer «slitne» kvinner, befinner seg ofte lavt i hierarkiet og kan være særlig utsatt for press, kontroll og overgrep. Informantene beskriver en betydelig maktubalanse mellom kvinner og menn i deler av rusmiljøet. Mange kvinner har omfattende voldserfaringer fra tidligere i livet, og flere opplever såkalt re-victimisering, det vil si gjentatte vold og overgrep. Tidligere traumer kan øke sårbarheten nye voldshendelser, samtidig som konsekvensene av volden kan svekke muligheten til å beskytte seg mot nye overgrep.[24]

De åpne rusmiljøene i Oslo beskrives som preget av vold, trusler og interne oppgjør. Velferdsetaten (2025) beskriver miljøene som «preget av mye intern vold, våpenbruk, trusler og ulike interne oppgjør» (s. 13). KORUS Oslo (2020) viser til at voldshendelser er utbredt, og at mange opplever miljøet som utrygt, særlig på kveld og natt. Konflikter kan blant annet oppstå i forbindelse med kjøp og salg av rusmidler, gjeld, høyt rusnivå og abstinens.

Dalsbergstien Hus beskriver samtidig at kvinner sjelden bruker våpen, men at enkelte kan bære små gjenstander som gir en opplevelse av trygghet. Gaustad sykehus peker på at kvinner i enkelte situasjoner kan gripe til gjenstander eller våpen for å kompensere for fysisk underlegenhet overfor menn.

Informantene fra Thereses Hus fortalte at kvinnene sjelden forteller om at de har vært utsatt for vold. Beboerne kan benekte voldshendelser den siste uken, selv når ansatte ser blåmerker eller andre tegn på vold og vet at mange utsettes for vold og trusler nesten daglig. Motstanden mot å fortelle om vold kan forstås som uttrykk for normalisering av vold, manglende språk for egne erfaringer, eller et behov for å distansere seg fra belastende hendelser for å mestre hverdagen.[25]

Kvinner i aktive rusmiljøer beskrives også som særlig sosialt marginaliserte. Ifølge Svingen opplever mange kvinner å bli ekskludert ikke bare fra storsamfunnet, men også fra de ordinære

[22] Dale (2023) og Tollerud (2026).
[23] Thereses Hus (2026), Lossius m.fl. (2021)
[24] Tollerud (2026) og informanter, blant annet Svingen og Bredtveit.
[25] Lossius (2026).

rusmiljøene. De har ofte svært begrensede sosiale nettverk og få trygge relasjoner. Mange står igjen med relasjoner preget av utnyttelse, kontroll og vold. Voldserfaringene kan komme fra kjærester, andre i rusmiljøet, sexkjøpskunder eller gjennom tilfeldig vold. Svingen viste blant annet til en tidligere beboer som var liten, svært tynn og synlig preget etter mange år med rusproblemer. De ansatte på Svingen opplevde at kvinnen, istedenfor å bli møtt med sympati, ofte ble offer for tilfeldig og grov vold når hun var utenfor huset.

Voldsutsattheten kommer også til uttrykk på mer indirekte måter. Enkelte kvinner kan bevisst eller ubevisst forsøke å gjøre seg mindre attraktive for potensielle overgripere. Storhamar (2026) beskriver for eksempel hvordan noen kvinner kan bruke store, skjermende klær og vaske seg sjelden for å lukte vondt, som en strategi for å redusere risikoen for overgrep. Hun uttalte at:

> *Det kan gi trygghet å gjøre seg uattraktiv.*

En sentral utfordring er å motvirke forestillinger om at vold mot kvinner som ruser seg, er mindre alvorlig eller mer selvforskyldt enn vold mot andre kvinner. Behovet for beskyttelse, behandling og støtte er like stort. Flere fagpersoner peker på at volden ofte blir usynlig i møtet med hjelpeapparatet. Tollerud (2026) fremhever at voldens konsekvenser er de samme uavhengig av om kvinnen ruser seg eller ikke. Likevel kan volden bli underkjent eller oversett når det rammer personer med rusproblemer. Dette kan blant annet skyldes at situasjonen oppleves som kompleks og overveldende, eller at oppmerksomheten rettes mot rusproblemer, konflikter eller andre forhold fremfor voldserfaringene. Konsekvensen kan være at volden normaliseres eller tillegges mindre betydning enn den faktisk har.

> *Vi må ta inn over oss at voldens konsekvenser er de samme for kvinner som ruser seg.*[26]

Sammenhengen mellom rus og vold er kompleks og gjensidig forsterkende. Voldserfaringer kan bidra til økt rusmiddelbruk når rus brukes for å dempe traumer, frykt og psykisk smerte. Samtidig kan rusmiddelbruk øke risikoen for å bli utsatt for vold og overgrep. Kvinner kan være avhengige av personer som også utøver vold mot dem, blant annet fordi disse gir tilgang til rusmidler, økonomiske ressurser eller beskyttelse. Rus kan dessuten redusere muligheten til å beskytte seg mot vold, og enkelte kvinner utsettes for vold som ledd i kontroll eller som reaksjon på rusmiddelbruken.

[26] Tollerud (2026).

4.4 Traumer som bakgrunn for uro og uforutsigbar atferd

Fagmiljøene og informantene beskriver kvinner i målgruppen som sterkt preget av traumer, og at det er grunn til å se traumer i sammenheng med triggere, sinne, utageringer, uro, m.m. Det er vesentlig å hensynta dette i møte med kvinnene. En bydel uttalte at «de fleste kvinnene i målgruppen har store, ubearbeidede traumer».[27] Lossius (2026) fortalte at kvinnene i målgruppen kan bli rasende og ha manglende evne til å kontrollere atferd når de står i emosjonelt krevende situasjoner, noe som er typisk for posttraumatisk stresslidelse (PTSD).

En kartlegging fra 2022 viser at hele 94 prosent av personer i rusbehandling, har erfart traumatisk hendelse minst en gang, og at 72 prosent har traumer fra barndommen.[28] Skilhagen og Rygh (2022) henviser til traumeklinikken Modum Bad, som erfarer at komplekse traumelidelser ofte har sammenheng med tidligere eller samtidig rusmiddelbruk, og at kombinasjonen rus og komplekse traumer gir så sammensatte totale utfordringer at det er krevende å behandle disse personene.

En norsk studie fant at 45 prosent av personer med rusproblemer har PTSD. Studien beskriver hvordan rusmidler blant annet kan brukes som selvmedisinering og for å dempe traumesymptomer som angst og vedvarende beredskap. Ved samtidig rusproblem og traumelidelse er det økt risiko for frafall fra behandling og dårligere behandlingsutfall. Personene har også flere fysiske helseproblemer, dårligere sosial fungering, flere selvmordsforsøk, økt risiko for voldsutsatthet og svakere oppfølging i behandlingsapparatet.[29]

Personer med rusproblemer og gjentatte traumer kan også ha vansker med følelsesregulering, noe som kan utløse konflikter. Små hendelser i en dagligdags interaksjon kan føre til misforståelser og utvikle seg til uforutsigbare eller voldelige situasjoner. «Tidligere voldserfaringer kan føre til at personer feiltolker sosiale signaler som truende, selv i trygge situasjoner, særlig i relasjoner som inneholder makt- eller omsorgsdynamikker».[30]

4.5 Traumer som bakgrunn for selvdestruktiv atferd

Kvinnene i målgruppen beskrives av flere informanter som ekstremt selvdestruktive. Det kan være en nærmest grenseløs måte å ruse seg på, der verken mengde og blandinger synes å bli vurdert ved inntak. Det kan også være en måte å bruke kropp og seksualitet på for å fremprovosere reaksjoner eller antatte fordeler, også overfor tjenesteapparatet.[31]

Forskning på komplekse traumer og kompleks posttraumatisk stresslidelse (C-PTSD) viser at gjentatt eksponering for traumatiske hendelser kan bidra til vansker med følelsesregulering,

[27] Bydel Bjerke.
[28] Belfrage et al. (2022).
[29] Wisløff Nysæter, et.al. (2026).
[30] Velferdsetaten (2025, s. 11).
[31] Gaustad sykehus (2026) og Dalsbergstien (2026).

impulskontroll og ivaretakelse av egen sikkerhet. Dette kan komme til uttrykk gjennom selvdestruktiv atferd, risikotaking og økt sårbarhet for vold, overgrep og utnyttelse.[32]

En av bydelene fortalte at kvinnene kan oppsøke situasjoner med høy risiko for voldtekt, og at de drar tilbake til områder som «åpenbart ikke er bra for dem». For å illustrere hvor grenseløse atferden kan være, ble det fortalt at «De [til og med] blir kastet ut av OnlyFans, fordi de er for drøye» (Bydel Bjerke). Bydel St. Hanshaugen beskriver også mange av kvinnene som selvdestruktive og viser til at de kan sette seg i svært sårbare situasjoner der risikoen for utnyttelse er stor. Det ble vist til et tilfelle fra et tidligere kvinnetiltak sentralt i Oslo som ikke hadde regler for besøk eller adgangskontroll. Her kunne fem menn oppholde seg på ett beboerrom om natten. I slike situasjoner kunne kvinnen være svært utsatt for vold og overgrep, samtidig som hun hadde begrensede muligheter til å få mennene ut dersom hun ønsket det. Også andre beboere kunne bli utsatt når menn først hadde fått adgang til bygningen og kunne bevege seg fritt i fellesarealene. Bydelen erfarte også at enkelte kvinner kunne selge sex som inntektskilde, men også for å unngå å være alene. Informantene beskriver gjennomgående et stort behov for trygghet og for at ansatte har kontroll med hvem som får adgang til boligtiltaket.

Å være selvdestruktiv er i dette delkapittelet beskrevet som situasjoner kvinnene setter seg i, men selvskading, inkludert spiseforstyrrelser, er også en del av bildet og beskrives nærmere i kapittel 3.8.

4.6 Ensomhet og manglende nettverk

Dalsbergstien Hus og Svingen har fremhevet hvor små eller fraværende nettverk kvinnene i målgruppen til Trygg+ har. Ensomhet og fravær av nettverk kan gjøre at de blir utnyttet, og det kan også gjøre dem mer utsatte for vold. En ansatt ved Svingen uttalte:

> *Mange av kvinnene på Svingen blir også utstøtt i det ordinære rusmiljøet. De blir en slags hakkekyllinger, nederst på rangstigen, og det er mange som er svært ensomme, med lite eller ingen nettverk. De blir lett utnyttet av menn og kommer tilbake på Svingen banket både gule og blå, og sier det er av enten av kjæresten, en guttegjeng, en vekter eller av politi.*

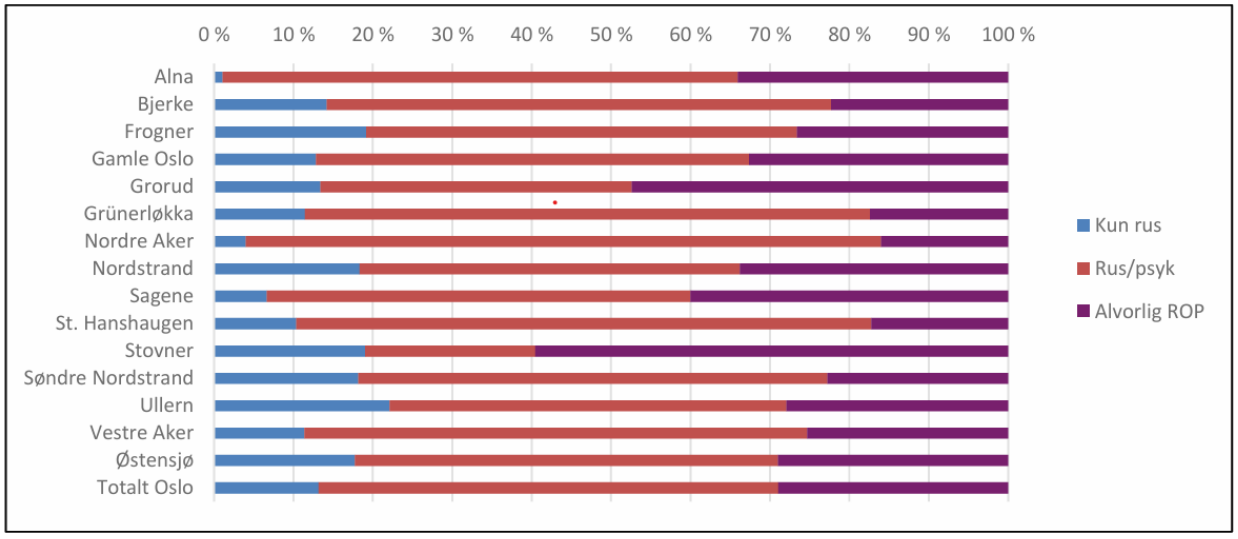
Dalsbergstien Hus beskriver også små eller fraværende nettverk og en høy grad av ensomhet blant kvinnene. De erfarer også at kvinner med minoritetsbakgrunn ofte har enda svakere nettverk, samtidig som de kan være utsatt for rasisme og kjønnsundertrykking. Dalsbergstien Hus mener det er viktig å legge til rette for kontakt med pårørende når dette er relevant. Effektene av ensomhet og manglende nettverk kan gi utfordring med å tilnærme seg kvinnene og skape relasjonen som kreves for å kunne gi gode og riktige tjenester.

[32] Harris, m.fl. (2024).

4.7 Rus- og psykiske helseproblemer blant målgruppen

BrukerPlan-kartleggingen fra 2025 viste at nesten 90 prosent av personer med rusproblemer også har psykiske helseproblemer, og at 30 prosent er i kategorien ROP (rus- og psykiske lidelser). Begrepet psykiske helseproblemer brukes for personer der det er, eller antas å være milde til moderate psykiske lidelser, eller for personer der det er berettiget grunn til å anta at de har en udiagnostisert psykiatridiagnose. ROP er betegnelsen som brukes for personer med langvarige rusproblemer og som i tillegg er diagnostisert med en psykiatridiagnose.[33] I 2019 var det 81 prosent av personene med rusproblemer, som også hadde psykiske helseproblemer. En økning på 9 prosent i løpet av syv år er markant. Tjenestesteder sentralt i byen og bydelene erfarer at personer med rusproblemer i stadig større grad også har utfordringer med psykiske helseproblemer.[34] Samtidig må det påpekes at BrukPlan kartleggingen i 2019 kartla 4000 flere personer enn kartleggingen i 2025.[35] Dette gjør at man må være forsiktig med å så fast at endringen har vært så høy, men andelen er sannsynligvis nærmere 90 prosent i dag enn 81 prosent. Tabellen under viser oversikten fra BrukerPlan over andel personer med rusproblemer og rus- og psykiske helseproblemer fra 2025.

Figur 1: Andel kartlagte med hhv. rusproblemer, psykiske helseproblemer og alvorlige rus- og psykiske helseproblemer (ROP).



Kilde: BrukerPlan 2025

Kvinnene i gruppe 7 vil i hovedsak befinne seg i gruppen kartlagt som «Alvorlig ROP», selv om ikke alle kvinnene nødvendigvis er diagnostisert på nåværende tidspunkt. Som for mennene i gruppe 7, er det unisont blant informantene at de som anses å være i gruppe 7 i Matrise for rusfeltet har én eller flere alvorlige psykiatridiagnoser. Data fra Ljabruveien boliger og prosjekt Sammen om bolig understøtter dette, og særlig kartleggingen av brukerdatabasen til Sammen

[33] Fauchald, et.al (2026).
[34] Blant annet Bredtveit og bydelene generelt.
[35] Ibid.

om bolig, viste at svært mange av de kartlagte personene som var diagnostisert, hadde flere alvorlige psykiatridiagnoser samtidig.[36] Flere av informantene beskriver kvinnene i målgruppen med omfattende, alvorlig og langvarig rusproblemer, og at psykiske helseproblemer er en sentral del av problematikken. Bydelskartleggingen med svar fra 13 bydeler viser at kvinner i målgruppen «I høy grad» har psykiske helseproblemer. I tillegg melder ti av bydelene at kvinnene «I høy grad» har utfordringer med ADL-ferdigheter, mens de resterende tre bydelene mener at kvinnene «I noen grad» har utfordringer med ADL-ferdigheter, se figur 4.

Kvinnene i målgruppen til Trygg+ beskrives som svært unge når de kommer inn i rusmiljøet, ofte bare 12 – 13 år gamle, og de er av dem som har vært lengst i miljøet. Mange har hatt tilknytning til tjenesteapparatet i minst 10 – 20 år. Informantene beskriver omfattende og sammensatte rus- og psykiske helseproblemer, ofte med et kronisk og langvarig sykdomsforløp preget av gjentatte innleggelser, ustabile boforhold og behov for omfattende oppfølging. Rus og psykiske lidelser påvirker hverandre gjensidig, og omfattende rusmiddelbruk kan gjøre det vanskelig å identifisere underliggende psykiske lidelser. Konsekvensen kan være at oppmerksomheten rettes mot rusproblemet, selv om den primære utfordringen er en alvorlig psykisk lidelse som krever behandling i spesialisthelsetjenesten.

Informantene er samstemte om at målgruppen ofte er underutredet når det gjelder psykiske lidelser. Flere beskriver at kvinner med alvorlige psykiske lidelser kommer senere inn i spesialiserte behandlingstilbud enn menn. Erfaringene fra sikkerhetspsykiatrien er at kvinnene ofte har en lang historie med psykiske helseproblemer, traumer, rus og selvskading før behovet for spesialisert behandling blir anerkjent.[37] Gaustad sykehus sier at kvinnene som kommer til sikkerhetspsykiatrien ofte har kommet lengre i sykdomsforløpet enn menn. En mulig forklaring er at kvinnenes utagering og voldsutøvelse gjerne vurderes som mindre truende enn menns, samtidig som institusjoner og botiltak ofte strekker seg langt for å romme kvinnene. Når de først kommer til sikkerhetspsykiatrien, kan de derfor være eldre og dårligere fungerende enn de mannlige pasientene. Sen behandling kan også innebære lengre behandlingsforløp og dårligere muligheter for tilfriskning. De sier at:

> *Inntrykket er at kvinnene er bedre kjent i systemet enn menn, og de har strukket strikken lenger. De oppleves mange ganger som dårligere fungerende enn menn. Sikkerhetsavdelingen har den ene promillen av kvinner hjelpeapparatet ikke har klart å følge opp, og som har vært vanskeligst å gi et godt nok tilbud til.*

[36] Sammen om bolig var et FoU-prosjekt over fem år, der seks bydeler og Velferdsetaten samarbeidet om å kartlegge målgruppen tilsvarende gruppe 7 i Matrise for rusfeltet, og utarbeidet en metode for boligtilbud og oppfølging. Kartleggingen av personene i prosjektet viste at alle hadde flere og alvorlige psykiatridiagnoser, kombinert med alvorlig rusmiddelbruk og sikkerhetsproblematikk. De som fikk egnet botilbud med oppfølging fra 1. og behandling fra 2. linjetjenesten, fikk markant bedring i markørene til BrukerPlan, Solvoll, 2020.

[37] Blant annet bydelene Bjerke og St. Hanshaugen og Thereses Hus.

Thereses Hus beskriver tilsvarende at mange kvinner aldri er tilstrekkelig utredet i psykisk helsevern. Hos enkelte blir alvorlige psykiske lidelser, selvskading, spiseforstyrrelser, relasjonelle vansker og andre utfordringer først tydelige når rusmiddelbruken reduseres. Enkelte kvinner har opplevd betydelig bedring etter utredning, diagnostisering og medisinsk behandling. Erfaringene fra Ljabruveien boliger viser også at et målrettet botiltak, kombinert med utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten, kan gi markant reduksjon iblant annet fysisk og verbal vold, trusler, rusmiddelbruk, kriminalitet og psykiske helseproblemer.

Målgruppen beskrives med alvorlig psykiske lidelser som psykoser, schizofreni, bipolar lidelse og ulike personlighetsforstyrrelser, ofte i kombinasjon med omfattende rusproblemer.[38] Flere informanter trekker også frem kognitiv svikt og mistanke om psykisk utviklingshemming (PU) som et område som i for liten grad blir utredet. Politiets psykiatrigruppe beskriver dette som et gråsoneansvar mellom ulike tjenester. Manglende utredning kan samtidig innebære at personer ikke får tilgang til rettigheter og tjenester som kunne gitt et mer helhetlig tilbud.

Personlighetsforstyrrelser, særlig emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse, trekkes frem som en særskilt utfordring. Kvinnene kan ha behov for tett og langvarig oppfølging, samtidig som for omfattende involvering fra hjelpeapparatet kan øke konfliktnivået eller avhengigheten av tjenestene. Flere opplever gjentatte avslag eller avbrutte behandlingsforløp i spesialisthelsetjenesten og har samtidig store vansker med å mestre ordinære botilbud. Bydel Bjerke opplyser at de derfor ofte må kjøpe plasser fra private tilbydere. Dette stiller store krav til kompetanse, kontinuitet og koordinering mellom tjenestene.

Flere av informantene har opplyst at kapasiteten i psykisk helsevern er under press, noe som påvirker mulighetene for både utredning og innleggelse. Det beskrives et økende press på døgnplasser, og kapasiteten innen sikkerhetspsykiatri og langtidsbehandling har blitt redusert over tid. APAS og Thereses Hus viser til at flere personer dømmes til tvungent psykisk helsevern (TPHD), samtidig som antallet tilgjengelige plasser ikke har økt tilsvarende. Når disse pasientene skal prioriteres, kan personer uten dom få større utfordringer med å få til nødvendig innleggelser og behandling. Thereses Hus erfarer også at det særlig er yngre kvinner som får tilgang til spesialisthelsetjenesten, mens kvinner over 35 år i langt mindre grad får tilbud. Sett sammen med erfaringene fra Gaustad kan dette tyde på at enkelte kvinner har et begrenset tidsvindu for å få tilstrekkelig utredning og behandling.

Til tross for de omfattende utfordringene beskriver informantene et tydelig potensial for bedring. Gode, stabile og trygge rammer fremheves som avgjørende for å kunne gi målgruppen riktig bolig-, tjeneste- og behandlingstilbud. Politiets psykiatrigruppe erfarer blant annet at kriminalitet og utagering kan reduseres betydelig når kvinnene får en stabil bolig og strukturert oppfølging over tid.

[38] Solvoll (2020), bydels kartlegging fra 2026, Thereses Hus, APAS, Gaustad sykehus, politiets psykiatrigruppe, m.fl.

4.8 Forhøyet voldsrisiko og atferdsutfordringer

I planleggingen av samlokaliserte boliger med personalbase for personer med rus- og psykiske helseproblemer, legger Oslo kommune til grunn Matrise for rusfeltet.[39] Målgruppen for Trygg+ kvinner og menn tilhører gruppe 7, som kjennetegnes av forhøyet voldsrisiko, som det må tas særlig hensyn til ved planlegging av bolig- og tjenestetilbud. Kvinnenes omfattende utsatthet for vold og overgrep er beskrevet i kapittel 3.3. I dette kapittelet retter vi oppmerksomheten mot kvinnenes egen utagering og forhøyet voldsrisiko.

Kartleggingen viser at forhøyet voldsrisiko kan arte seg forskjellig for kvinner og menn. Informantene beskriver voldsrisiko som vedvarende og tidvis uforutsigbar for begge kjønn, men med tydelige forskjeller i hvordan utageringen kommer til uttrykk. Menn i målgruppen forbindes oftere med alvorlig fysisk vold som kan påføre andre betydelig skade. Blant kvinnene beskrives i større grad verbal vold og trusler, roping og skriking, kasting av gjenstander, slåssing og vold rettet mot dem selv. Alvorlig fysisk vold mot andre forekommer også, men beskrives som mindre fremtredende enn blant mennene. Svingen viser blant annet til at kvinnene svært sjelden er domfelt for drap eller drapsforsøk, og at utageringen sjeldnere fører til anmeldelse.

Voldshendelser beskrives også å kunne skje langt mer plutselig og uventet, fordi kvinnene i større grad enn menn venter med en utagering til de har større sannsynlighet for å kunne treffe eller lykkes.[40] Dette har både med at kvinner i kraft av å ofte være en svakere part, må planlegge for angrep for å være sikker på å ikke komme i fare selv, men også at kvinner kan bruke voldsatferd mer strategisk og planmessig enn menn i samme målgruppe. Gaustad sykehus sier at «personalgruppen MÅ sitte i nærheten av døren, fordi man ikke kan stole på at kvinnene holder grensen». Bydel Bjerke erfarer at kvinnenes utagering ofte er knyttet til emosjonelle reaksjoner, frykt eller en overlevelsesstrategi, mens mennenes utagering i større grad kan være preget av dyssosial atferd. Bydelen mener også at voldsrisikoen kan reduseres dersom ansatte er i posisjon til å fange opp og dempe situasjoner før de eskalerer.

> *«Menn bruker ofte vold for å markere seg, mens kvinner [bruker vold] for å beskytte seg».*[41]

Rusmiddelbruk og alvorlige psykiske lidelser kan samtidig forsterke voldsrisikoen. APAS trekker særlig frem kombinasjonen av sentralstimulerende rusmidler og blant annet personlighetsforstyrrelser med paranoide trekk eller paranoid schizofreni som risikofylt. Deres erfaring er at rusmiddelbruk kan forsterke symptomtrykk og gjøre atferden vanskeligere å forutse og håndtere.

[39] Velferdsetaten, 2026b.
[40] APAS (2026).
[41] Bydel Bjerke (2026).

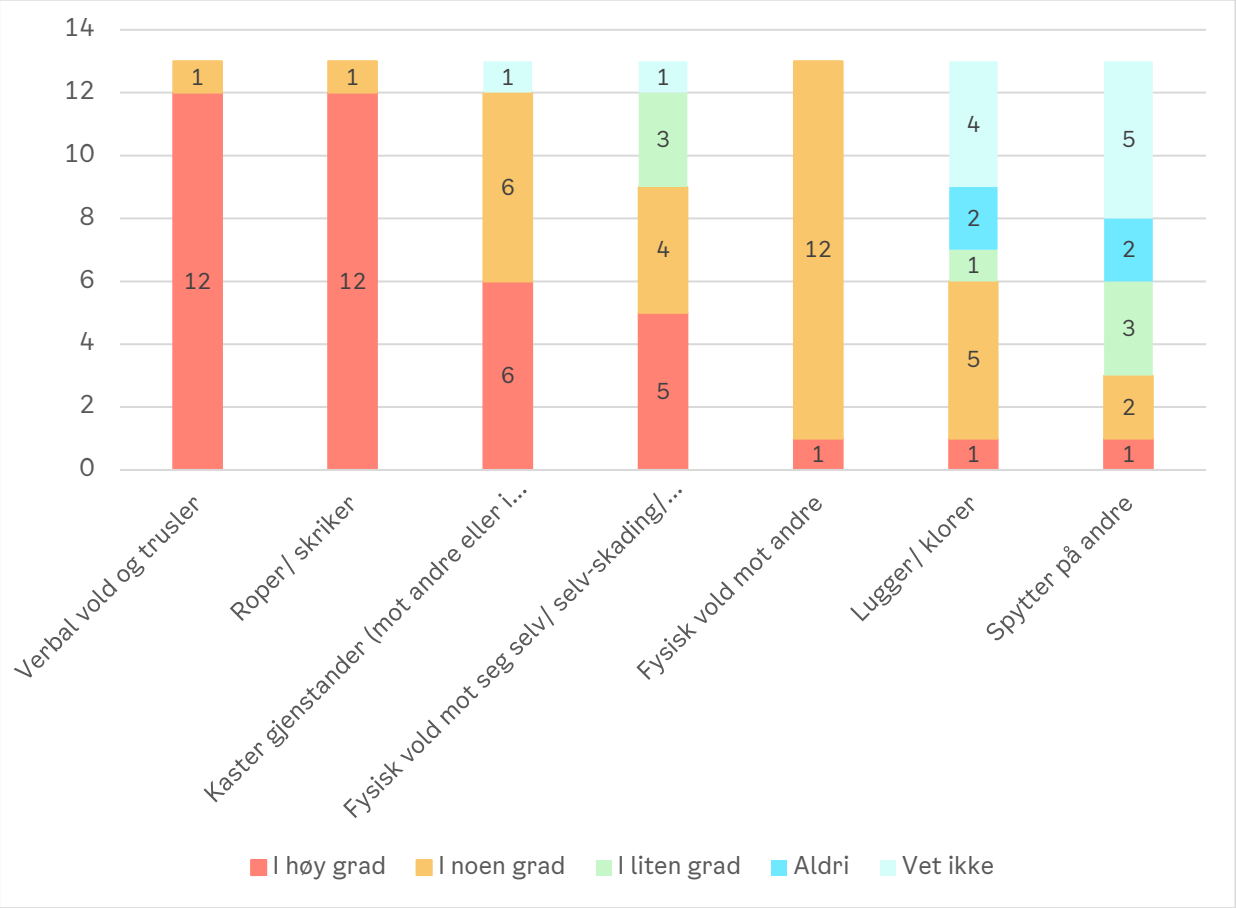
> *«Rus forvansker alt. Putter du sentralstimulerende på de diagnosene, så er pasientene tikkende bomber. Ingen av våre, som også bruker rus, ville vi bosatt nært sentrum. Vi må ofte ha dem i private tiltak langt unna, der det ikke er så lett tilgang til rusmidler».*[42]

Dalsbergstien Hus beskriver at kvinnenes vold sjeldnere er rettet mot mennesker og oftere mot gjenstander. Flere informanter peker samtidig på at kvinner kan opptre mer indirekte eller planmessig. Dalsbergstien Hus og Bydel St. Hanshaugen har blant annet erfaring med at enkelte kvinner kan påvirke andre til å utføre alvorlig kriminalitet eller vold på deres vegne. Bydel St. Hanshaugen viste til et eksempel der en kvinne i målgruppen «har fått andre til å utføre kidnapping og tortur, og en mann ble funnet drept i leiligheten hennes. Det er hun som organiserer, men hun blir ikke tatt for å utføre noe selv». Så å si alle informantene, blant annet Svingen, Thereses Hus, APAS og Gaustad bekrefter hvordan kvinners utøvelse av vold kan være mer utstudert og krever at de ansatte er mye mer påpasselig til enhver tid. De sier videre at kvinner påvirker hverandre i mye sterkere grad enn menn, at «de setter i gang mye», og har «mye mer volum enn menn, de skriker, hyler og utagerer mot seg selv.»

I bydelsundersøkelsen ble de 13 bydelene som svarte, bedt om å vurdere hvilke former for utagering og vold som kjennetegner kvinnene i målgruppen. Datagrunnlaget er begrenset, ettersom bydelene våren 2026 hadde erfaring med mellom én og syv kvinner hver. Bydelene understreker derfor at det er vanskelig å generalisere om målgruppen.

[42] APAS (2026)

Figur 2: 13 bydelers vurdering av fysisk og verbal vold for kvinner i målgruppen til Trygg+



Figuren viser at verbal vold og trusler samt roping og skriking er de mest fremtredende formene for utagering. Tolv av 13 bydeler vurderer at verbal vold og trusler forekommer «i høy grad», og det samme gjelder roping og skriking. Alle bydelene oppgir at fysisk vold mot andre forekommer, men 12 vurderer dette til «i noen grad», mens én vurderer det til «i høy grad». Til sammenligning ble 13 av 14 menn kartlagt før innflytting i Ljabruveien boliger vurdert å utøve fysisk vold «i høy grad», mens én ble vurdert på moderat nivå. Datagrunnlagene er ulike og kan ikke sammenlignes direkte, men funnene støtter informantenes beskrivelser av at kvinnenes voldsutøvelse ofte arter seg annerledes enn mennenes.

Selvskading inngår også i voldsbildet. Tolv av 13 bydeler oppgir at fysisk vold mot seg selv eller selvskading forekommer i ulik grad, mens én svarer «vet ikke». Dette samsvarer med informantenes beskrivelser av kvinnene som svært selvdestruktive. Selvskading og annen selvdestruktiv atferd må derfor inngå i vurderingen av sikkerhets- og oppfølgingsbehov, i tillegg til risikoen for vold mot andre.

Kriminalomsorgen og politiet beskriver et kriminalitetsbilde som blant annet omfatter frihetsberøvelse, trusler, vold mot offentlig tjenesteperson, ran og lovbrudd knyttet til rusmiddelbruk. Dalsbergstien Hus beskriver kriminaliteten som tett sammenvevd med

rusproblemer, psykiske lidelser, sosial marginalisering og ustabile livssituasjoner. Lovbrudd kan blant annet være knyttet til behov for å skaffe rusmidler, penger eller beskyttelse.

Samlet viser kartleggingen at kvinnenes voldsrisiko må forstås bredere enn risikoen for alvorlig fysisk vold mot andre. Verbal utagering, trusler, uforutsigbarhet, påvirkning av andre og omfattende selvskading kan samlet skape betydelige sikkerhets- og oppfølgingsbehov. Et Trygg+-tiltak for kvinner må derfor ha stabile og forutsigbare rammer, tilstrekkelig bemanning og ansatte med kompetanse til å forebygge og håndtere både utagering mot andre og skade rettet mot kvinnene selv.

4.9 Effekten på de ansatte

Målgruppen beskrives som svært krevende å følge opp, og at det er stor risiko for belastning og slitasje i ansattgruppen, om det ikke tas særskilte hensyn for å ivareta dem. Ved opprettelse av et boligtiltak må det være en bevissthet på hvem som kan jobbe med målgruppen, og de ansatte må ivaretas gjennom tett oppfølging fra ledelse og kollegaer. Det bør også utarbeides en egen arbeidsmetodikk for å gi gode og helhetlige tjenester som totalt gir en bedret livssituasjon og -kvalitet for kvinnene.[43] Målgruppen er så krevende å jobbe med at risikoen for utskifting er svært høy om det ikke rett og høy nok bemanning i boligtiltaket.[44] Dette igjen kan gi negative utslag for beboergruppen. Maagerø-Bangstad (2022) skriver om hvordan effekten av å arbeide i et miljø der vold er en stadig utfordring kan gå ut over både de ansatte og brukerne:

> *Etter hvert vokste imidlertid en erkjennelse frem hos meg om hvordan trusler og vold påvirker relasjonene mellom hjelpere og brukere, og jeg så også hvor avmektige og hjelpeløse ansatte, ledere og organisasjonene ofte var i møte med problematikken. Jeg registrerte at konsekvensene var engstelige og utmattede medarbeidere, ofte med påfølgende sykefravær. Jeg fornemmet også konsekvenser i form av økt avstandstaken til brukerne, lavere engasjement, og mindre sammenheng og kvalitet i tjenesteutførelsen til brukerne (s. 29 og 30).*

Om slitasje på ansatte, sier Svingen at:

> *«kvinnene har en atferd som tærer veldig på de ansatte. De gjør at de ansatte føler seg nedverdiget og manipulert, og det medfører slitasje fordi det er tungt å stå i over tid. Det er grenser for hva man kan stå i».*

[43] Dette har vi erfart gjennom Trygg+ for menn er nøkkelen for å heve livskvaliteten til beboerne, og redusere fysisk og verbal vold, rusmiddelbruk og psykiske helseproblemer. Dataene er uoffisielle, og stammer fra kartlegging fra 2019-2025.

[44] Vi kommer nærmere inn på egnethet av ansatte under kapittel x.

Oppsummert viser tidligere beskrivelser at kvinnene, i tillegg til alvorlige psykiske lidelser og langvarige rusproblemer, ofte har erfaring med ustabile relasjoner, tap av bolig og institusjonsopphold, brutte løfter, vold og overgrep. Mange har også opplevd perioder der helt grunnleggende behov ikke er blitt ivaretatt. Lossius (2026) beskriver at flere kvinner hun har behandlet, opplever at ingen liker dem eller bryr seg om dem, og at de tror andre mener de fortjener livet de lever. Slike erfaringer kan bidra til dyp mistillit, sårbarhet og behov for kontroll i møte med andre.

Informantene beskriver at dette kan komme til uttrykk gjennom målrettet utagering, verbale krenkelser og forsøk på å påvirke eller kontrollere omgivelsene. Kvinnene er ofte fysisk underlegne menn, og flere informanter opplever derfor at de i større grad bruker timing, relasjoner og psykisk påvirkning når de utagerer. Dette kan også forstås i et avmaktsperspektiv, der manglende opplevelse av kontroll og påvirkningsmulighet over eget liv kan bidra til aggresjon og utagering. Maagerø-Bangstad (2022) skriver:

> *(…) opplevelsen av maktesløshet i møte med psykisk helsetjenester, blant annet gjennom ikke å bli møtt på sine behov for trygghet, forståelse og empati, kan forårsake aggresjon, trusler og voldshendelser rettet mot ansatte (s. 62).*

Fysisk utagering og uforutsigbarhet

I det følgende beskriver vi hvordan kvinnenes utagering og relasjonelle atferd kan påvirke ansatte i hjelpeapparatet, boligtiltak og institusjoner, der ansatte er tett på kvinnene over lengre tid.[45]

APAS beskriver kvinnene som mer uforutsigbare enn menn når de blir sinte eller mister kontrollen. Mens menns utagering oftere beskrives som direkte og affektstyrt, kan kvinnenes aggresjon være mer sammensatt og i enkelte tilfeller mel målrettet. Flere informanter peker på at aggresjonen kan rettes mot personer kvinnene oppfatter som mindre truende eller sårbare, og at voldshendelser derfor ikke alltid oppstår i de mest åpenbart konfliktfylte situasjonene.

> *Kvinner er mye skumlere sinna enn menn. De er mye mer uforutsigbare. Når de klikker, går det på vrangen. Det er ingen hemning. Det er det som er skummelt. De er mer utspekulerte enn menn. Hos menn er det mer affekt. Mens kvinner går ikke på folk som er større enn seg, men ser etter de som er litt svakere, en mor med barnevogn, eldre, mindre.*
>
> *Kan være enig i at det er mer kjefting og knuffing og kasting av ting enn slåing. Men det er mer av det, og klarer man ikke å de-eskalere i tide, så blir det verre og verre. De skumleste jeg har til behandling er to kvinner. De blir ofte så sinte. Hisser seg opp. Kan slå, ta kvelertak. Ha*

[45] Forskning viser at det er mer utagering på institusjoner enn utenfor, men i særdeleshet på lukkede institusjoner, der avmakten og gapet mellom pasient og ansatt er større, jfr. blant annet Iozzino et al. (2015).

> *våpen. Også litt kognitivt. Hvis det er i affekt, så kan det smelle uansett, men hvis de har tid til å tenke over det og overveie, så kan de vurdere hvem de skal ta.*[46]

Erfaringene understreker betydningen av å identifisere og håndtere eskalerende situasjoner tidlig. Verbal aggresjon eller mindre utageringer kan utvikle seg til alvorligere hendelser dersom ansatte ikke klarer å de-eskalere situasjonen. APAS trekker særlig frem alvorlige personlighetsforstyrrelser i kombinasjon med andre psykiske lidelser og rusproblemer som krevende å håndtere.

På sikkerhetspsykiatrisk avdeling på Gaustad sykehus er det en særlig alvorlig syk gruppe kvinner som har psykoseproblematikk som regel i kombinasjon med andre psykiske lidelser. «De er den ene promillen av kvinner som har vært vanskeligst å følge opp og vanskeligst å gi tilbud». Deres erfaring er at kvinnene hos dem er mer «infame i måten de utfører vold på», og de spiller ofte på kjønnet over ansatte og andre innlagte. De sier at det er lettere å stå i en situasjon med en truende mann, enn en kvinne «som byr på hele registeret. Sikkerhetsnivået illustreres blant annet ved at bestikk telles tolv ganger i døgnet, og at pasientene ikke får tilgang til gjenstander som lett kan knuses eller brukes til å skade andre.

Relasjonell og psykisk belastning på ansatte

Belastningen for ansatte handler ikke bare om risikoen for fysisk vold. Flere informanter beskriver relasjonell kompleksitet, emosjonell ustabilitet og vedvarende grensetesting som minst like krevende over tid. Ansatte må kontinuerlig balansere hensynet til omsorg og beskyttelse mot behovet for tydelige grenser og sikkerhet for kvinnene selv, andre beboere og personalet.

Bydel Bjerke beskriver at akutte situasjoner med kvinner kan være svært ressurskrevende; «når det er akutt med kvinner er det 1000 ganger mer enn med menn». Svingen peker på at kvinnene kan utfordre grenser og relasjoner på måter som skaper avmakt, utilstrekkelighet og utmattelse hos personalet. Enkelte kvinner, særlig med alvorlige personlighetsforstyrrelser, beskrives av informantene som svært krevende i samspillet med ansatte. Personalet kan bli utsatt for vedvarende krav, trukket inn i konflikter eller satt opp mot hverandre. Videre uttaler de at:

> *Kvinner er kanskje mer manipulative. Mer utspekulerte. Særlig de som har personlighetsforstyrrelser. Det er ubehagelig å være rundt dem. Får man ikke pause fra det, så blir det tungt. Bemanning må være høy og god nok.*

[46] Mannlig ansatt, APAS (2026).

Den psykiske belastningen kan også bestå av gjentatte personlige kommentarer rettet mot den ansattes utseende, familie, personlighet eller sårbare punkter. Når dette gjentas over tid, kan det føre til betydelig slitasje og i enkelte tilfeller bidra til sykefravær eller at ansatte slutter.

Flere informanter beskriver også at enkelte kvinner kan forsøke å etablere en særlig nær relasjon til én ansatt, for eksempel ved å fremheve at denne personen er den eneste de stoler på eller ønsker kontakt med. Slike strategier kan benyttes for å oppnå særbehandling eller andre fordeler, men kan også skape splittelser i personalgruppen og utfordre felles grenser og arbeidsmåter, og i ytterste konsekvens få sikkerhetsmessige konsekvenser.

4.10 Krav til personalgruppe og organisering

Informantene understreker derfor betydningen av tilstrekkelig bemanning, stabile personalgrupper og tett faglig veiledning. Det er særlig viktig at ansatte arbeider etter en felles metodikk og praktiserer grenser og sikkerhetsrutiner på samme måte.

Ljabruveien boliger legger stor vekt på å unngå favorisering av enkeltansatte og på at hele personalgruppen følger samme arbeidsform. Erfaringen er at avvik fra felles praksis ikke bare kan skape uro og splittelse i personalgruppen, men også øke risikoen for alvorlige hendelser.

For denne målgruppen er det derfor ikke tilstrekkelig bare å dimensjonere tiltaket ut fra risikoen for fysisk vold. Personalgruppen må også være rustet til å håndtere vedvarende relasjonelle belastninger, sterke følelsesuttrykk, grensetesting og forsøk på å skape allianser mellom beboere og ansatte. Dette stiller krav til bemanning, kompetanse, kontinuitet, ledelsesstøtte og regelmessig veiledning.

5 Behovet – hva er situasjonen i Oslo per i dag

Som vist til tidligere i rapporten er det ingen av informantene som mener at vi har et egnet boligtilbud for målgruppen i Oslo per i dag. Av kommunale tilbud ble rusinstitusjonen Svingen, som er driftet av Velferdsetaten, oppgitt av en av informantene til å være det næreste til å kunne være egnet for målgruppen, men Svingen selv sier at verken byggets utforforming eller dagens tilbud er riktig dersom de skulle hatt gruppe 7 som målgruppe på huset. Dalsbergstien Hus sier at de kan ha kanskje to til tre kvinner i målgruppen på huset samtidig, men at det utelukkende fungerer fordi de ansatte strekker seg langt for å få det til å fungere best mulig. Thereses Hus forsøker å få kvinner henvist videre hvis de får inn noen som er i gruppe 7. Det er ikke et egnet sted for dem eller for de andre beboerne på huset. Alle disse stedene er dessuten institusjoner med avgrenset oppholdstid, fra 1-2 uker på akuttopphold på Thereses Hus til to år på Svingen. Thereses hus sier at:

> *«Hadde vi hatt Trygg+ målgruppe, så hadde vi fylt opp med en gang.»*

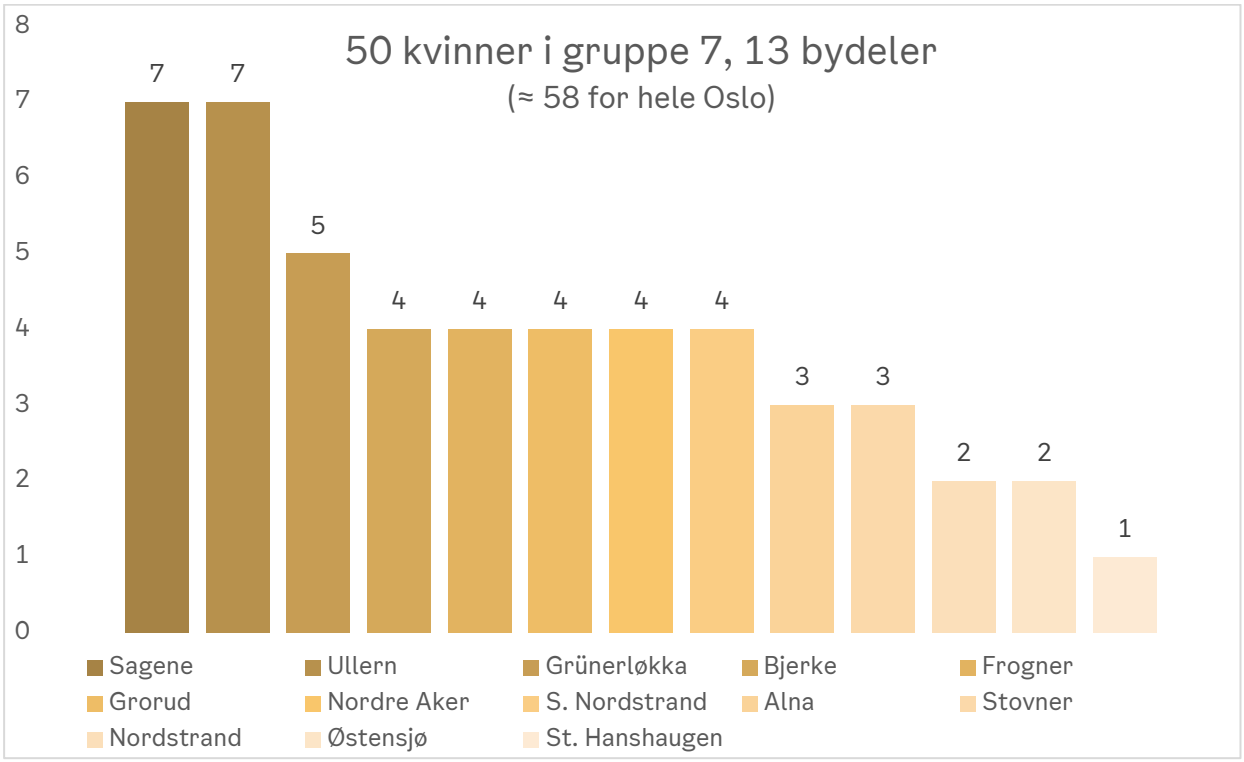
APAS erfarer at de fleste av pasientene de har i målgruppen til Trygg+, ikke har egen bolig. De som har kommunal bolig, mister den ofte. Det er kjøpsplasser som blir aktuelt i siste instans, men plassene er svært kostbare, og bydelene opplever at egnetheten er varierende.

5.1 Antall kvinner i målgruppen til Trygg+

Basert på bydelskartleggingen i april 2026, er det beregnet at det er 58 kvinner i målgruppen til Trygg+ kvinner i Oslo. Selve kartleggingen viste 50 kvinner fordi vi manglet data fra to bydeler. Ved å legge til grunn et gjennomsnitt fra de andre bydelene, kommer vi til totalt 58 kvinner i gruppe 7 i Matrise for rusfeltet, som er målgruppen til Trygg+ for kvinner.
Boligbehovskartleggingen fra 2024 viste et meldt behov for kommunal bolig for 46 kvinner i gruppene 6 og 7.[47] Med tanke på den jevne økningen av behov som meldes fra år til år i boligbehovskartleggingene, er det grunn til å anta at antallet kommer til å være høyere ved tellingen som skal utføres i uke 48 i 2026. Selv om tallene fremstår som sammenlignbare med 46 i 2024 og 58 i 2026, er det vesentlig å påpeke at disse tallene ikke er direkte sammenlignbare, all den tid boligbehovet meldt i 2024 er for både gruppe 6 og 7, samt at det kun er kartlagt personer som er i behov for kommunal bolig for gruppen 6 og 7 i Matrise for rusfeltet, ikke antallet personer i målgruppene totalt. Kartleggingen i 2026 gjelder kun gruppe 7 og det gjelder for antallet i målgruppen totalt, ikke utelukkende de som er i behov for kommunal bolig per kartleggingstidspunktet eller innen nær fremtid. Figuren viser antallet kartlagte kvinner i målgruppen, med fordeling av antall per de 13 bydelene som har besvart kartleggingen.

[47] Velferdsetaten (2025b)

Figur 3: Antall kvinner i gruppe 7 i Matrise for rusfeltet våren 2026, basert på 13 bydeler

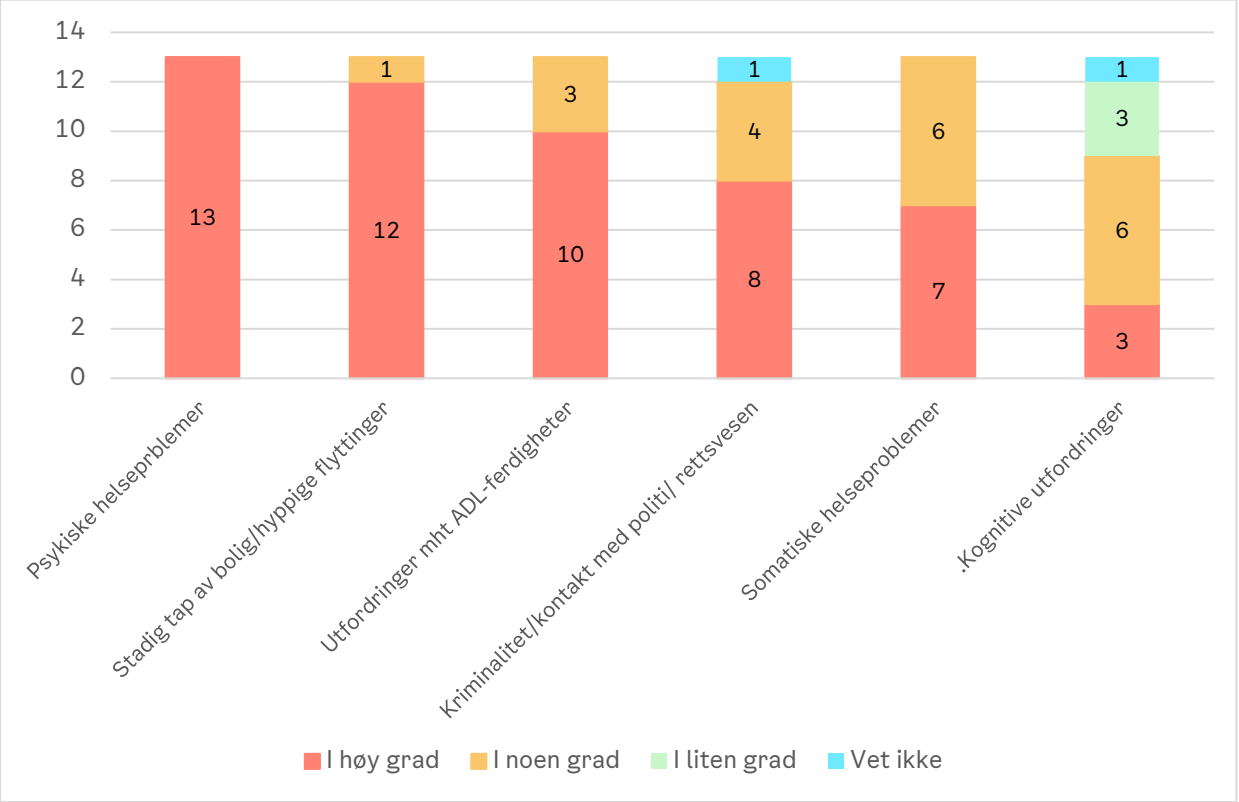


Demografi og utfordringsbildet er svært ulikt mellom bydelene i Oslo, noe som tydelig gjenspeiler kartleggingen av kvinner i målgruppen til Trygg+, der spennet er forholdsvis stort fra en til syv. De fleste bydelene ligger på rundt fire. Sammenlignet med totalt antall personer med rus- og psykiske helseproblemer, utgjør målgruppen en mindre andel, men det er en målgruppe som er kostnadskrevende og fører til høy ressursbruk fra en rekke ulike tjenestesteder.

5.2 Utfordringsbildet

I kartleggingen ble bydelene bedt om å gi en vurdering av målgruppen innenfor kategoriene: psykiske helseproblemer, tap av bolig/flyttinger, utfordringer med ADL-ferdigheter, kriminalitet, somatiske helseproblemer og kognitive utfordringer. Vi ba om en totalvurdering av målgruppen, altså ikke en vurdering av hver enkelt person. Det innebærer at bydeler med flere kvinner i målgruppen, har måttet gjøre en generalisering av utfordringsbildet. Med en så liten målgruppe, som ikke har vært kartlagt særskilt tidligere, er kategoriene overordnet for å få et innblikk i hvilke utfordringer målgruppen har, og i hvor stor grad det gjelder. Siden 13 bydeler har besvart kartleggingen, er totaltallet 13 i figuren under.

Figur 4: Antall kvinner i gruppe 7 i Matrise for rusfeltet våren 2026, basert på 13 bydeler



Som figuren viser, er kategoriene sortert etter i hvor stor grad bydelene vurderer at utfordringene forekommer. Alle de 13 bydelene oppgir at kvinnene i målgruppen i høy grad har psykiske helseproblemer. Dette samsvarer godt med funnene fra den kvalitative datainnhentingen. Målgruppen skårer også høyt på hyppige flyttinger og gjentatte tap av bolig, samt utfordringer med ADL-ferdigheter.

ADL-utfordringer er også trukket frem av informantene, men bydelskartleggingen viser en større alvorlighetsgrad enn intervjuene alene kunne gi grunn til å anta. Dette kan blant annet henge sammen med at bydelene har vurdert konkrete kvinner de hadde ansvar for på kartleggingstidspunktet.

Somatiske helseproblemer er også fremtredende. Samtlige bydeler vurderer at kvinnene har slike utfordringer enten «i høy grad» eller «i noen grad». Sett i sammenheng med anbefalingen om feltpleie og et særskilt fokus på kvinnehelse i botiltaket, se kapittel 6.5, vil det være relevant å undersøke nærmere hvilke somatiske helseproblemer som er mest utbredt. Dette kan bidra til å målrette helseoppfølgingen i botiltaket.

Også kognitive utfordringer bør tas hensyn til i utformingen av tjenestetilbudet. Ni av 13 bydeler vurderer at kvinnene har slike utfordringer «i høy grad» eller «i noen grad».

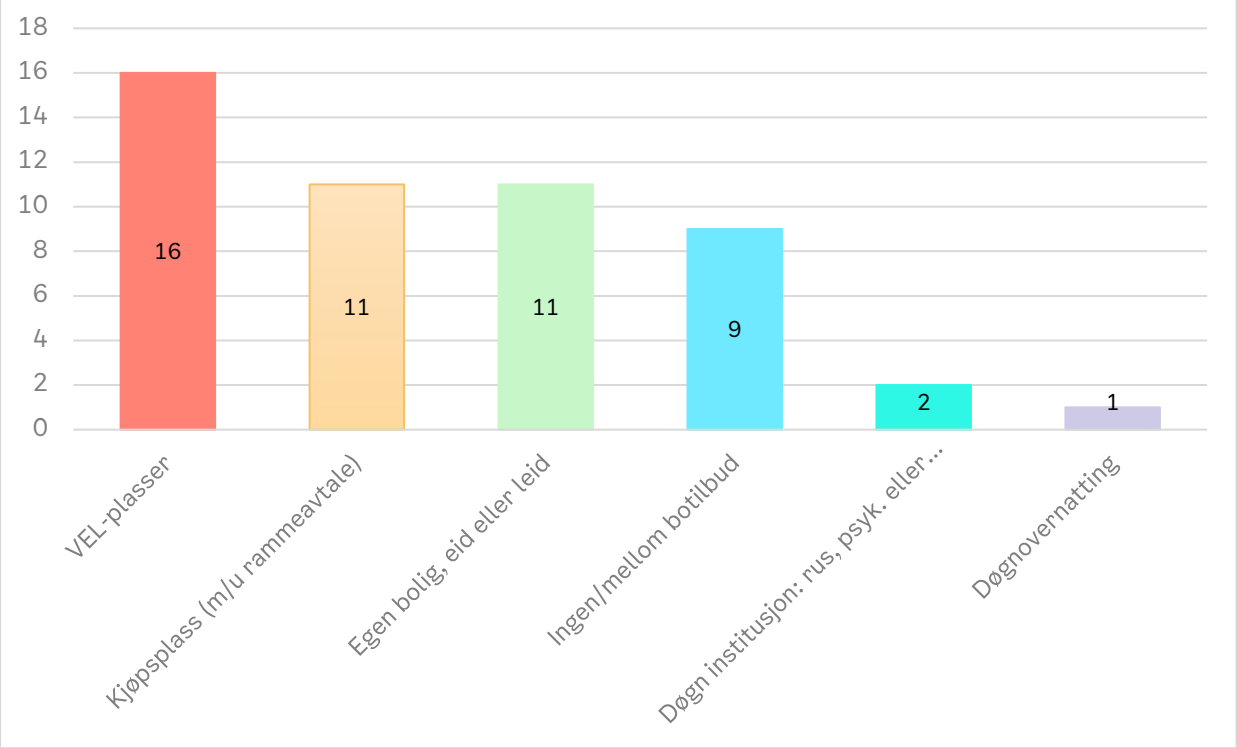
5.3 Hvor bor målgruppen?

Informantene beskriver en målgruppe preget av hyppige flyttinger og ustabile boforhold. Mange bor midlertidig i Velferdsetatens institusjoner, på kjøpsplasser eller befinner seg mellom ulike botilbud. Svingen og Thereses Hus har blant annet erfart at kvinnene ofte mister ordinære kommunale boliger kort tid etter innflytting.

Det ville vært interessant å følge utviklingen for de 11 kvinnene som på kartleggingstidspunktet bodde i egen eid eller leid bolig og sett på hvor lenge de ville kunne klare å opprettholde egne boforhold. Flere informanter har uttrykt bekymring for at menn og andre besøkende kan bidra til uro og forhold som gjør at kvinnene mister boligene sine, se kapittel 5.4.

Figuren under viser hvor de 50 kartlagte kvinnene bodde på kartleggingstidspunktet.

Figur 5: Antall kvinner i gruppe 7 i Matrise for rusfeltet våren 2026, basert på 13 bydeler



Som vi ser av figuren, er det kun 11 av 50 kvinner, altså 22 prosent, som hadde et varig botilbud i form av egen bolig, eid eller leid på kartleggingstidspunktet. 32 prosent av kvinnene bodde på institusjonsplasser i Velferdsetaten, 22 prosent på kjøpsplasser, og 18 prosent, nesten hver femte kvinne, hadde ingen, eller var mellom botilbud. En av kvinnene hadde tilbud på døgnovernatting.

5.4 Tap av bolig og botilbud

Informantene og bydelene beskriver målgruppen som utfordrende å finne egnede boligløsninger til, og bosituasjonen kjennetegnes av hyppige flyttinger og utkastelser. En viktig årsak er at det per i dag ikke finnes boligtilbud i Oslo som er særskilt tilpasset målgruppen. Enkelte tilbud, som rusinstitusjonene Svingen og Dalsbergstien Hus, kan tidvis romme én til to kvinner, men tilbudene er ikke utviklet med tanke på denne målgruppen. At de likevel tar imot kvinnene, synes derfor først og fremst å være et uttrykk for fleksibilitet og vilje til å strekke seg langt, heller enn at tilbudene nødvendigvis er riktige for noen av kvinnene i målgruppen. At kvinnene også mister plasser i Velferdsetatens institusjoner, må ses i sammenheng med mangelen på egnede alternativer. Trusler og utagering er ofte utløsende årsaker til utskriving eller utkastelse.

Flere informanter, blant annet Bydel Bjerke, Thereses Hus og Svingen, beskriver at kvinnene også ofte mister egne leieboliger. Mannlige besøkende, enten kjærester, partnere eller andre fra rusmiljøet, kan ta seg inn i boligen og skape uro og utrygghet i bomiljøet. Det beskrives gjentatte konflikter, voldshendelser, åpenlys rusbruk og kriminalitet, med påfølgende naboklager og risiko for tap av boligen. Svingen fortalte at flere kvinner som har flyttet direkte derfra til egen bolig, raskt har fått omfattende utfordringer knyttet til besøkende. I enkelte tilfeller har kvinnene selv hatt begrenset mulighet til å bruke boligen fordi andre i praksis har tatt den over. Selv om kvinnen formelt står som leietaker, kan hun ha liten mulighet til å regulere situasjonen eller få besøkende til å forlate boligen. Svingen beskriver at dette også kan skje når kvinnen mottar oppfølging i hjemmet:

> *Når kvinner flytter i egen bolig, blir den tatt over utrolig fort. Uten besøkskontroll er det utrolig vanskelig.*

Flere beskriver behovet for boliger som kombinerer selvstendighet med tilgjengelig støtte og beskyttelse. Det sentrale er ikke å begrense kvinnenes autonomi, men å etablere strukturer som bidrar til trygghet og gjør det mulig å beholde boligen over tid.

På tvers av intervjuene er det bred enighet om at kvinner i målgruppen trenger tydeligere rammer og mer oppfølging enn det som finnes i dag. Informantene beskriver hvordan kriser, vold, utnyttelse og tap av bolig ofte kunne vært forebygget gjennom tettere tilsyn, mer systematisk oppfølging og tydeligere avtaler knyttet til besøk, sikkerhet og støtte ved behov.

Samlet peker erfaringene på at bolig for denne målgruppen ikke kan forstås som et spørsmål om å disponere en leilighet. Stabil bosetting forutsetter for mange også beskyttelse mot utnyttelse, støtte til grensesetting og hjelp til å beholde kontroll over eget hjem. Boligtilbudet må derfor utformes med særlig oppmerksomhet på sikkerhet, relasjoner og risikoen for negativ påvirkning fra personer i rusmiljøet.

5.5 Behov for skjerming og besøkskontroll

> *Det er menn som setter premissene i rusmiljøet. De setter rammer for kvinners handlingsrom. Det er veldig kjønnsdelt. Kvinnene har lite å spille på.*[48]

Som beskrevet i kapittel 3 har mange kvinner i målgruppen Trygg+ komplekse relasjoner til menn i rusmiljøet. Relasjonen kan innebære vold, kontroll og utnyttelse, men samtidig gi tilgang til rusmidler, penger, beskyttelse, sosial tilhørighet og praktisk hjelp. For å kunne orientere seg og overleve i dette miljøet, er kvinnene avhengige av mennenes gunst. Det kan være tryggere å holde seg til én person, som kanskje kan beskytte mot andre, selv om denne personen også kan representere utnytting eller et forhold med trusler og vold.

Som en del av en overlevelsesstrategi, har mange av kvinnene normalisert voldelige og utnyttende forhold, forhold som for de fleste andre ville vært oppfattet som uakseptabelt og i mange tilfeller straffbart.[49] Lossius og Storhamar fremhever at denne normaliseringen gjør det enda viktigere å anerkjenne hva kvinnene gjennomgår av overgrep, at kvinnene ikke må gis skylden for hva de utsettes for, at det ikke bagatelliseres eller overses. Tjenesteapparatet må forstå alvorlighetsgraden av overgrepene kvinnene utsettes for og samtidig skape rom for samtaler med kvinnene rundt overgrep, vold, trusler, skam, tabuer, m.m. Enkelte av informantene har også advart mot å gjøre brudd med voldelige eller utnyttende relasjoner til et eksplisitt mål i oppfølgingen, siden forholdene representerer så komplekse sider rundt de rent basale behovene kvinnene kan ha.

Informantene beskriver derfor et tydelig behov for boligløsninger som gjør det lettere for kvinnene å beholde kontroll over eget hjem og skjerme seg mot personer som kan utsette dem for press, vold eller utnyttelse. Bydel Bjerke beskriver behov for rammer som hindrer at kvinnene «blir invadert», mens Svingen viser til erfaringer der besøksbegrensninger konkret har beskyttet kvinner mot menn de har vært redde for. Flere informanter har også beskrevet hvordan besøkende menn kan bidra til uro, konflikter og utrygghet, og i enkelte tilfeller til at kvinnene mister boligen.

Behovet handler samtidig om mer enn fysisk sikkerhet. Ravneberget erfarer at kvinner i større grad kan rette oppmerksomheten mot egne behov og bedringsprosesser når de ikke kontinuerlig må forholde seg til menn fra rusmiljøet. Storhamar (2026) beskriver også mer ro i rene kvinnegrupper. Informantene som har erfaring fra bolig og institusjon, anbefaler derfor et kjønnsdelt Trygg+-botiltak for kvinner, med mulighet for kontroll med besøkende.

---

[48] Storhamar, 2026
[49] Storhamar (2026).

Samtidig må slike rammer balanseres mot kvinnenes autonomi og behov for kontakt med kjærester, familie og andre nære relasjoner. I workshop med bydelene ble det også reist innvendinger mot for omfattende besøksbegrensninger. Utformingen av tiltaket bør derfor ivareta både behovet for beskyttelse og kvinnenes rett til egne relasjoner og valg.

5.6 Oppsummert; Trygg+ kun for kvinner

Informantene med erfaring fra bolig- og institusjonstilbud er samstemte om at Trygg+ for kvinner bør være et kjønnsdelt tilbud. Begrunnelsen er både kvinnenes omfattende volds- og traumeerfaringer, deres sårbarhet for utnyttelse og behovet for ro, trygghet og handlingsrom i egen bolig. Storhamar (2026) beskriver større ro i rene kvinnegrupper, mens Ravneberget erfarer at kvinner i større grad kan rette oppmerksomheten mot egne behov og bedringsprosesser når de ikke kontinuerlig må forholde seg til menn fra rusmiljøet.

Et kvinnetiltak vil ikke være risikofritt, men kan redusere risikoen for utnyttelse og bidra til større stabilitet og trygghet. På bakgrunn av kartleggingen vurderes det derfor som nødvendig at Trygg+ etableres som et tilbud kun for kvinner, med døgnbemanning og rammer som gjør det mulig å ivareta sikkerhet og kontroll med besøkende. Samtidig må tiltaket utformes slik at kvinnenes autonomi og rett til egne relasjoner ivaretas.

Et kjønnssensitivt tilbud handler dermed ikke bare om fysisk å skille kvinner og menn, men om å forstå hvordan kjønn, makt, traumer og relasjonserfaringer påvirker behovet for bolig, tjenester og oppfølging. Dette omtales nærmere under.

6 Innhold i tjenestene

6.1 Trygghet, trygghet, trygghet

Unisont fra informantene er at det viktigste aspektet ved et Trygg+ botiltak for kvinner er at det er trygt. Uten trygghet vil det være vanskelig å jobbe med relasjonsbygging, det blir krevende å få et godt bomiljø på huset, og risikoen for konflikter og utagering kan øke.

Trygghet handler om flere forhold. De fysiske rammene må skjerme kvinnene fra personer og forhold utenfra, og redusere risikoen for konflikter mellom beboerne. Psykologisk trygghet forutsetter egnede og tilstrekkelig mange ansatte og døgnbemanning. De ansatte må kunne håndtere både konflikter, utagering, sorg og kriser. Trygghet kan også ligge i vissheten om at noen passer på. Dalsbergstien Hus har erfart at enkelte kvinner velger å sove på sofaen i fellesarealet eller nær personalbasen når de vet at en våken nattevakt er til stede.

Når det gjelder trygghet i form av færre utageringer og vold mellom beboere og beboere og ansatte, skriver Elvegård og Bruteig (2025, s. 51):

> *Bo- og tjenestetilbud gir stabilitet, bedre helse og så videre, men ikke nødvendigvis reduksjon i volds- eller risikoatferd, til tross for at disse tiltakene er utformet til målgruppen og ofte individuelt tilpasset i tillegg. Enkelte studier viser hvordan bolig- og tjenesteutforming kan utføres for å redusere antall uønskede hendelser, men kunnskapsgrunnlaget er svært lite. Gitt at institusjoner er bygget ned over tid i Norge og flyttet ut til kommunene, bør metoder for håndtering videreutvikles og tilpasses til en ny situasjon; håndtering av atferd utenfor institusjoner».*

Elvegård og Bruteig anbefaler å videreutvikle og tilpasse metoder for håndtering av utagering utenfor institusjon. Velferdsetatens erfaringer viser at egnede boliger kombinert med tverrfaglige og koordinerte tjenester kan bidra til å redusere utfordringer og bedre helsen for personer med rus- og psykiske helseproblemer (Velferdsetaten, 2026a). Erfaringene fra Ljabruveien boliger og prosjektet Sammen om bolig viser blant annet markant reduksjon i rusmiddelbruk, psykiske helseproblemer og fysisk og verbal vold etter etablering av tilpassede bolig- og tjenestetilbud[50]. Selv om forskningsgrunnlaget om samlokaliserte boliger for denne konkrete målgruppen er begrenset, har Velferdsetaten siden 2020 samlet omfattende erfaringer gjennom intervjuer, kartlegginger og befaringer av boligtiltak for ulike grupper i Matrise for rusfeltet.[51]

De fysiske rammene til bygget er sentrale for tryggheten. Siden det i dag ikke finnes et boligtiltak særskilt utviklet for målgruppen Trygg+ kvinner, er det ulike syn på om tiltaket bør etableres i en bygård eller blokk med én kontrollert inngang, eller som småhus med egne innganger på bakkeplan, tilsvarende Ljabruveien boliger.

Basert på kompetansen og erfaringene til informantene er anbefalingen et samlet bygg med én hovedinngang og muligheten for å regulere adgang og besøk. Selv om selvstendig bolig er et viktig mål, viser erfaringene at mange av kvinnene trenger støtte til å opprettholde kontroll over egen boenhet. Dette understøtter behovet for adgangskontroll, oversikt over besøkende og tydelige rammer. Bydel St. Hanshaugen fremhever at dette kan være særlig viktig for kvinner som er eller har vært utsatt for vold, utnyttelse eller sterk påvirkning fra rusmiljøet.

Småhus kan også organiseres slik at personalbasen har god oversikt over området. En utfordring er imidlertid at alle boenhetene vil ligge på bakkeplan, noe som kan øke utryggheten dersom uønskede personer oppholder seg på eller oppsøker eiendommen. Det kan også være vanskeligere for ansatte å stanse besøkende før de kommer frem til den enkelte boligen enn i et bygg med én kontrollert hovedinngang.

Et samlet bygg har på sin side andre utfordringer. Beboerne bør i minst mulig grad være nødt til å passere hverandre i trange ganger og fellesarealer. Svingen peker på at trange arealer kan

[50] Solvoll (2020).
[51] Velferdsetaten (2026a).

skape utrygghet for både beboere og ansatte. Målgruppen har så omfattende utfordringer at boligtiltaket bør utformes slik at kvinnene også kan skjerme seg fra hverandre, særlig i den første tiden før de eventuelt opplever økt trygghet og bedring i helse og atferd.

6.2 Bemanning og kompetanse

Døgnbemanning

Som i Ljabruveien boliger, som er et Trygg+ botiltak for menn, må det være døgnbemanning med våken nattevakt i et Trygg+ boligtiltak for kvinner. Hvilende eller ambulante tjenester på kveld og natt vil ikke være tilstrekkelig for denne målgruppen.

Et kvinnetiltak sentralt beliggende i Oslo, drevet av en ideell organisasjon, erfarte at manglende ansatte kveld og natt førte til et mer krevende bomiljø, lavere opplevd trygghet, og større usikkerhet rundt hvem som oppholdt seg i boligene og gangene når de ansatte kom på vakt. Boligtiltaket var for en målgruppe med noe høyere funksjonsnivå enn målgruppen til Trygg+, erfaringene er relevante, for dette har vært et av de få samlokaliserte botilbud med personalbase kun for kvinner.

Kompetanse på målgruppen

APAS understreker betydningen av å de ansatte må være særlig kvalifiserte:

> *Det er underkommunisert hvor viktig det er at det er riktig bemanning på stedene (...), at det er vernepleiere særlig, og noen med erfaring fra spesialisthelsetjenesten. De må kunne risiko og lovverk og hvordan de skal være i møte rundt sikkerhetssituasjoner. Ansatte må få mye veiledning. Noen må følge dem opp. Det er belastning over tid.*

De ansatte må være spesielt egnet og ha en interesse i å stå i arbeidet med målgruppen. APAS understreker betydningen av at ansatte får tett oppfølging og regelmessig veiledning, fordi arbeidet med målgruppen innebærer stor belastning over tid, som vi også beskriver i kapittel 3.9. Behovet for systematisk opplæring trekkes frem av flere informanter. Ansatte må ha kunnskap om sikkerhetsforståelse, de-eskalering, traumebevisst omsorg og håndtering av vold og trusler. Det bør etableres standardiserte opplæringsløp, regelmessig veiledning og trening gjennom simuleringer og øvelser. Flere understreker at sikkerhet ikke først og fremst handler om kontrolltiltak, men om at personalgruppen har tilstrekkelig kompetanse til å forebygge, forstå og håndtere krevende situasjoner på en trygg måte. Gaustad sykehus sier at kvinnene har et omfattende omsorgsbehov, som personalgruppen må være rustet til å ivareta.

Flere av informantene beskriver at å arbeide med kvinnene kan innebære mer uro og relasjonell kompleksitet enn arbeid med menn, og at kvinner skaper mer «kaos».[52] De ansatte må følge med

[52] Blant annet Gaustad sykehus, Svingen, Thereses Hus, Bredtveit og Storhamar (2026).

og være til stede, fordi kvinner skaper konflikter på en annen måte enn menn. De ansatte må kunne romme svingningene til kvinnene. Bredtveit uttaler at konfliktene kvinnene utløser, oppsøker eller blir utsatt for ofte går mer på det psykiske enn det fysiske. Enkelte kvinner kan aktivt teste grenser, søke å spille ansatte ut mot hverandre eller etablere relasjoner som kan komplisere oppfølgingsarbeidet. Dette stiller store krav til felles praksis, tydelige rammer og et personale som arbeider koordinert og konsistent. Erfaringen med kvinner i målgruppen er at det er mer grupperinger enn hos menn, med blant annet bevisste utestenginger for posisjonering eller som en del av en strategi. Er det ikke ansatte til stede som kan fange opp dette, kan det skape stor uro og også føre til fysiske eller verbale vold og trusler.

Sikkerhetsavdelingen på Gaustad sykehus trekker også frem at ansatte må være rustet til å håndtere seksualisert språk og grenseutprøving. De beskriver at kvinnene kan bruke kropp og seksualitet aktivt i samspillet med ansatte, og at dette krever ansatte som forstår atferden og er trygge på grensesetting: «Det er evig sexprat, og det kan være drøyt. Og det er ofte testing, så du må ha folk som er velskolerte og vet hva det handler om […] Og du må vite når du skal sette foten ned.» Gaustad sykehus understreker derfor betydningen av erfarne ansatte som kan takle kvinnene. Det bør dessuten være en blanding av menn og kvinner i ansattgruppen.

Høy nok bemanning
Det er viktig at det er høy nok bemanning til at kvinnene kan få tilstrekkelig oppfølging i hverdagen, både når det gjelder rutiner i hverdagen (Gaustad sykehus, 2026), oppfølging på huset og kontakt med eksterne samarbeidspartnere. Det må blant annet være kapasitet til å kunne følge til avtaler med lege og tannlege, men også mulighet for deltakelse i samarbeidsmøter, ansvarsgruppemøter, osv. Bydel St. Hanshaugen sier at Trygg+ botiltaket bør fungere som en god samhandlingsarena, slik at samarbeidspartnere, og særlig spesialisthelsetjenesten, lettere kan komme i posisjon.

Det er også viktig med faste ansatte i høye stillingsbrøker, slik at antallet som er tilknyttet botiltaket begrenses. Dette kan bidra til større kontinuitet, mer forutsigbarhet og bedre muligheter for å bygge stabile relasjoner til kvinnene.

Bredtveit, Thereses Hus og Svingen har erfaring med fellesarealer og beskriver økt risiko for konflikter dersom disse ikke er ansattstyrt. Åpne fellesrom uten ansatte til stede frarådes. Bemanningen må derfor være tilstrekkelig til at ansatte kan være til stede i fellesarealene når de er i bruk.

6.3 Relasjonsbygging

Relasjonsarbeid er en grunnleggende del av behandling og oppfølging av personer med rus- og psykiske helseproblemer. Forskning og nasjonale faglige retningslinjer understreker at en trygg, stabil og tillitsfull relasjon mellom bruker og tjenesteutøver er avgjørende for motivasjon, behandlingsdeltakelse og bedringsprosesser. Helsedirektoratet fremhever at personer som

trenger oppfølging over tid, bør få støtte fra kontaktpersoner de har en god relasjon til, og at det skal benyttes metoder som bygger på respekt, samarbeid og brukermedvirkning, noe blant annet recovery-orientert praksis bygger på.[53] I den nasjonale retningslinjen for ROP-lidelser understrekes betydningen av integrert og langvarig oppfølging, der en stabil terapeutisk relasjon er et sentralt element i behandlingen.[54] Helsedirektoratet peker også på at for mange med samtidige rusproblemer og psykiske lidelser kan en god og stabil behandlingskontakt over tid være like viktig som selve behandlingsmetoden, og at langsiktige relasjoner bidrar til mestring, motivasjon og bedring.[55]

De nasjonale veiledningene støttes av informantene, som sier at relasjonen mellom kvinnene og tjenesteapparatet er en av de viktigste faktorene for å lykkes i komme i posisjon til å bistå kvinnene. Mange av kvinnene har omfattende erfaringer med svik, overgrep, avvisning og brutte relasjoner, både i privatlivet og i møte med hjelpeapparatet. Dette preger ofte deres forventninger til nye relasjoner. Kvinnene beskrives ofte som preget av sterke følelsesuttrykk, stor sårbarhet og betydelig relasjonell uro. Storhamar (2026) omtaler dem som «vandrende kaos», preget av kriser, tap, ustabilitet og sterke emosjonelle reaksjoner. Samtidig påpekes det at hyppige flyttinger gjør relasjonsarbeidet ekstra krevende. Bydel St. Hanshaugen sier at «det er vanskelig å nå kvinnene når de bor så mange ulike steder med hyppige flyttinger.» Begge kvinnefengslene erfarer det samme og uttaler at det tar tid å komme i posisjon. Bredtveit uttaler:

> *Er det noe kvinner er skadet av, så er det relasjon. Man kan bruke flere år på å komme inn. Må ha tålmodighet. Det er markant ulikt for menn. Kvinner bygger relasjoner på andre måter enn menn. Kvinner kan raskere fortelle hva de har opplevd og så videre, men tillitsbiten bruker kvinner mer tid på. Man må være veldig forsiktig med å tråkke over streken. Må bruke list og lempe og være tålmodig. Menn er raskere til å ha tillit, men bruker lenger tid på å fortelle om hva som har skjedd med dem. Kvinner er motsatt.»*

Ravneberget sier det er viktig å møte kvinnene der de er. Relasjonsbygging kan starte med helt grunnleggende behov, som hjelp til klær og sko, og utvikles gradvis derfra. Mange av kvinnene har opplevd gjentatte relasjonsbrudd og hatt kontakt med svært mange ansatte i tjenesteapparatet. Mange av kvinnene har fortalt at de opplever dette som svik og tegn på at de ikke får hjelp, og det er ikke uvanlig at kvinnene har mye sinne mot tjenesteapparatet.

Ravneberget erfarer at relasjonsbygging tar svært lang tid, og det krever at kvinnene er på stedet over tid. De har god erfaring med å snakke litt når det er en åpning for det, stille åpne spørsmål og anerkjenne hva kvinnene står i, og at man aldri lover noe man ikke vet at man kan holde. Ravneberget anbefaler å ta utgangspunkt i kvinnenes ressurser, og jobbe med det som er

[53] Helsedirektoratet, 2025.
[54] Helsedirektoratet, 2022.
[55] Helsedirektoratet, 2022b.

«friskt» og fungerer. Aktiviteter som hagearbeid, matlaging eller håndarbeid kan gi mestring og samtidig være gode innganger til relasjonsbygging. Deres anbefaling er å anlegge hage eller uteareal i et Trygg+ for kvinner, så langt det er mulig.

Lossius (2026) peker på at mange av kvinnene hun har behandlet, forventer å bli avvist eller mislikt. Enkelte har en grunnleggende oppfatning av at hjelpeapparatet og samfunnet ser ned på dem, og at de selv fortjener livssituasjonen og belastningene de utsettes for. Lossius har erfart at kvinner kan bli oppriktig overrasket når hun forteller at hun liker dem og gleder seg til å se dem igjen. For kvinner som over lang tid har opplevd vold, marginalisering, ustabile relasjoner og gjentatte avvisninger, kan det å bli møtt med genuin interesse, respekt og varme være en uvant og betydningsfull erfaring. Dette illustrerer hvorfor stabile relasjoner og tillit må stå sentralt i tjenestene til målgruppen.

Morsrollen

Temaet barn og morsrollen blir beskrevet av noen av informantene, og er viktig å ta opp i forbindelse med relasjonsbygging. Forskning viser at tap av omsorg for egne barn ofte representerer en dyptgripende livskrise for mødre med rus- og psykiske helseproblemer. Mange beskriver omsorgsovertakelsen som et tap som påvirker deres identitet, selvfølelse og opplevelse av mening i livet. Skyldfølelse, skam, sorg og opplevelser av stigmatisering er gjennomgående temaer i forskningen. Samtidig kan omsorgsovertakelsen bidra til mistillit til hjelpeapparatet.

Flere studier peker på at mødre som mister omsorgen for barna sine, har økt forekomst av psykiske helseplager, herunder depresjon, traumesymptomer og selvmordsatferd. Samtidig viser internasjonal forskning viser at selve omsorgsovertakelsen også ofte skjer i en kontekst preget av traumer, psykiske helseutfordringer og sosial marginalisering. Med andre ord kan alvorlige psykiske helseproblemer både være del av konteksten for omsorgsovertakelse, men også være en direkte konsekvens av det. I slike situasjoner blir relasjonsarbeid særlig viktig. Dette understreker behovet for en helhetlig og langvarig oppfølging som også retter seg mot de eksistensielle og relasjonelle konsekvensene av å miste omsorgen for egne barn. Å bli møtt med respekt, anerkjennelse og ikke-dømmende holdninger kan bidra til å redusere skam og styrke kvinnens mulighet til å delta i behandling og bedringsprosesser.[56]

Både politiets psykiatrigruppe og Ravneberget har tatt opp den komplekse morsrollen i forbindelse med relasjonsbygging og livssituasjonen generelt når det gjelder målgruppen. Mange av kvinnene har egne barn, som de har mistet daglig omsorg for. I likhet med hva forskningen viser, erfarer Ravneberget at kvinnene er svært preget av tapet av omsorgen for barna, og at dette ikke bør underkommuniseres eller at tjenesteapparatet skal være redd for å ta opp temaet. Ravneberget erfarer at sorgopplevelsen til mødrene er «stor og sterk», og at mange kvinner straffer seg selv på grunn av dette. I tråd med anbefalingene fra forskningen, anbefaler

[56] Russell et.al., 2022 og Oslo universitetssykehus, 2026.

også Ravneberget at det gis rom for å ta opp tap av omsorg og morsrollen inn i relasjonsarbeidet og oppfølgingen.

6.4 Tverrfaglig samarbeid

Erfaringen fra Ljabruveien boliger viser at tverrfaglig samarbeid, særlig med spesialisthelsetjenesten, har vært avgjørende for å få til et godt og trygt boligtilbud. Beboerne forteller at de trives, bostabiliteten er hundre prosent, og kartlegginger viser en markant bedring i psykisk helse etter innflytting. Det er også sterk nedgang i bruk av rusmidler, utøvelse av fysisk og verbal vold og trusler og kriminalitet. Det er også registrert betydelig reduksjon i rusmiddelbruk, fysisk og verbal vold, trusler og kriminalitet, samt noe bedring i sosiale forhold og nettverk.[57] Ifølge daglig leder for Ljabruveien boliger er skyldes de gode resultatene et godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten, og at beboerne har fått nødvendig medisinsk behandling. I Ljabruveien boliger har alle beboerne alvorlige psykiske lidelser i tillegg til alvorlige og langvarige rusproblemer, noe som også kjennetegner målgruppen for Trygg+ kvinner.

Også informantene fremhever tverrfaglig samarbeid som en grunnleggende forutsetning for å lykkes med denne målgruppen. Kvinnene har behov som går på tvers av psykisk helsevern, rusbehandling, somatiske helsetjenester og kommunale tjenester. Bydel Bjerke understreker betydningen av tett og løpende kontakt mellom botiltaket, bydelen og øvrige tjenester, slik at bekymringer og hendelser raskt kan følges opp. Flere påpeker at god samhandling ikke først og fremst handler om formelle møter, men om kontinuerlig dialog og et felles ansvar for oppfølgingen av den enkelte kvinne. Bydel St. Hanshaugen mener RusFACT i større grad bør kunne benyttes for målgruppen, blant annet på grunn av teamenes kompetanse på alvorlige psykiske lidelser.

Både Bydel Bjerke og Bydel St. Hanshaugen har erfart at kvinner i målgruppen kan ha et betydelig bedringspotensial når de får riktig behandling. Bydel St. Hanshaugen uttaler at:

> *Kvinnene i målgruppen kan ha et ekstremt stort potensial for behandling. Mange av kvinnene får stor bedring når de får rett behandling.*

Overganger mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester beskrives som krevende, spesielt for kvinner med alvorlige psykiske lidelser og forhøyet voldsrisiko. Gaustad sykehus beskriver utskrivningsprosesser som svært ressurskrevende og tidkrevende, hvor det kan gå måneder eller år med dialog, dokumentutveksling og forhandlinger før en pasient kan skrives ut. Dette blant annet fordi kommunen mangler egnede bolig- og oppfølgingstilbud eller det kan være usikkerhet om risiko eller ansvarsfordeling. Gaustad trekker fram at overgangene fungerer best når kvinnene skrives ut til tiltak med stabile fagmiljøer og ansatte som har kompetanse på

[57] Velferdsetaten besitter konkrete tall fra kartlegging rundt dette, men dataene er ikke offentlige per i dag.

voldsrisiko og risikovurdering. De fremhever betydningen av å etablere gode kommunale tilbud som kan ivareta kvinnene på et tidligere tidspunkt, siden lange institusjonsopphold kan bidra til passivisering, redusert selvstendighet og vanskeligere overganger til et liv utenfor institusjonen.

Kriminalomsorgen trekkes frem som en viktig samarbeidspartner for flere av kvinnene. Samtidig beskrives det utfordringer når ulike sektorer arbeider ut fra ulike målsettinger og faglige perspektiver. Bydel Bjerke viser blant annet til at spesialisthelsetjenesten og kriminalomsorgen i enkelte tilfeller har ulike tilnærminger til risiko, rehabilitering og miljøterapeutisk arbeid. Dette kan gjøre det vanskelig å etablere en helhetlig oppfølging og skape uklarhet rundt ansvar og målsettinger.

For målgruppen Trygg+ kvinner er det særlig viktig med tydelig ansvarsfordeling, systematisk kompetanseoverføring og en felles forståelse av mål og oppfølging. Kvinnene har så sammensatte utfordringer at fragmenterte tjenester skaper økt risiko for tilbakefall, kriser og gjentatte innleggelser. Langsiktige samarbeidsrelasjoner mellom kommune, spesialisthelsetjeneste, kriminalomsorg og øvrige aktører med tydelig avklaringer av roller og ansvar er en forutsetning for å skape et godt botilbud.

6.5 Tilgang til helsetjenester

God tilgang til helsetjenester fremheves som en sentral forutsetning for å ivareta målgruppen. Mange av kvinnene har omfattende somatiske helseutfordringer, men svært begrenset kontakt med det ordinære helseapparatet. Thereses Hus beskriver at «kvinner har et ikke-forhold til kroppen sin», og erfarer at kvinner i aktiv rus i liten grad oppsøker helsetjenester. Dette samsvarer med Gatehospitalets erfaringer. Et prosjekt Gatehospitalet har gjennomført de siste årene, viser at det kan være krevende å få kvinnene til å oppsøke lege, selv når tilbudet har vært et gratis lavterskeltilbud. Langvarig rusmiddelbruk, voldserfaringer, traumer og psykiske helseproblemer kan bidra til at kroppslige symptomer overses eller nedprioriteres. Konsekvensen kan være at helseproblemer oppdages sent eller ikke blir behandlet.

Dalsbergstien Hus fremhever behovet for systematisk oppfølging av generell somatisk helse, gynekologisk helse, seksuelt overførbare infeksjoner, tannhelse og ernæring. Blant helseutfordringene som beskrives, er abscesser, seksuelt overførbare infeksjoner, tannhelseproblemer, vitaminmangel og underliggende somatiske sykdommer, i tillegg til utfordringer knyttet til kosthold og ernæring. Tannbehandling kan være særlig krevende for kvinner med overgrepserfaringer, påpeker Bydel Bjerke.

Tilgjengeligheten til helsetjenestene ser ut til å ha stor betydning. Thereses Hus viser til Legevaktens erfaring med færre henvendelser fra målgruppen etter flyttingen fra Storgata til Aker sykehus. Det er ikke kjent om kvinnene benytter andre tilbud, men det er bekymring for at en del lar være å oppsøke helsehjelp fordi tilbudet oppleves som mindre tilgjengelig. Informantene understreker derfor behovet for helsetjenester som er lett tilgjengelige,

oppsøkende og gratis. For mange vil det ikke være tilstrekkelig å vise til eksisterende helsetilbud andre steder i byen.

Gatehospitalet anbefaler regelmessig tilgang til lege i selve botiltaket, for eksempel én gang i uken. Det bør også være mulig å gjennomføre gynekologiske undersøkelser og testing for seksuelt overførbare infeksjoner (SOI). Flere informanter peker på at kvinnelig lege kan være viktig for at kvinner med erfaringer fra seksuelle overgrep, vold eller salg av sex skal føle seg trygge nok til å gjennomføre gynekologiske undersøkelser. Flere av kvinnene beskrives som ikke å ha gjennomført slike undersøkelser på mange år. Et fast og lett tilgjengelig helsetilbud i Trygg+ kan derfor være viktig både for å oppdage sykdom tidligere og for å sikre at kvinnene faktisk får nødvendig behandling i boligtiltaket.

6.6 Ernæring

Forskning viser at personer med rusproblemer har dårligere ernæringsstatus og større risiko for underernæring og mangel på viktige næringsstoffer enn befolkningen ellers.[58] Ernæring trekkes frem som et sentralt område i oppfølgingen av kvinner med alvorlige rus- og psykiske helseproblemer.

Flere kvinner i målgruppen har et komplisert forhold til egen kropp, mat og spising. Hos enkelte av kvinnene har dette ført til spiseforstyrrelser. Informantene understreker at regelmessige måltider og tilgang til næringsrik mat er grunnleggende for både fysisk og psykisk helse, og muligheten til å nyttiggjøre seg øvrige tjenester. Matutdeling og tilrettelegging for måltider beskrives som viktige tiltak for å nå kvinner som ellers kan ha utfordringer med å ivareta egne grunnleggende behov. Bydel Bjerke har erfart at enkelte kvinner har så lav vekt at de ikke får hjelp fra spesialisthelsetjenesten fordi BMI-en er for lav, noe som kan fremstå som kontraintuitivt, men som bydelen erfarer å være en realitet. Når det gjelder Trygg+ for kvinner, er det en unison tilrådning fra informantene at det legges vekt på ernæring og matutdeling.

Storhamar (2026) erfarte at en av kvinnene i et boligtiltak alltid stilte til måltidene og forsynte seg med mat. Hun gikk rundt og holdt på maten, tok den med på rommet, men kastet det deretter i søplekassen. Først da dette ble oppdaget, ble det avdekket alvorlig spiseforstyrrelse. Det er altså viktig at de ansatte er observante og kan fange opp om det er beboere som ikke får i seg nok næring.

6.7 Aktiviteter

Fellesskap og sosiale aktiviteter kan være arenaer der personer kan møtes på mer likeverdige premisser. Det er også sentrale virkemidler for å fremme deltakelse, tilhørighet og mestring

[58] KORUS, 2023.

generelt. Men der det frarådes fellesrom med aktiviteter for menn i gruppe 7, anbefales det at det legges til rette for ansattestyrt fellesrom for kvinner. Med utgangspunkt i fellesrommet kan det være faste eller planlagte aktiviteter gjennom uken. Bydel Bjerke sier at kvinnene både må ha mulighet til å kunne trekke seg tilbake til sitt eget, og ha noe å gjøre for å unngå at «de blir rastløse». Dalsbergstien Hus erfarer det samme og anbefaler struktur i hverdagen med faste aktiviteter, men med mulighet for fleksibilitet.

Bydel St. Hanshaugen påpeker at aktivitetene er viktigere enn selve fellesrommet, og at fellesrom med kun kaffe og TV, blir mer passivt og ikke gir samme mulighet til å jobbe med inkludering og normalisering. Aktivitetene trenger ikke være kostbare eller krevende å få i stand, og kan gjerne være lavterskelaktiviteter som strikking, matlaging, se film, perling, sier Dalsbergstien Hus. Det kan også være matutdeling eller andre aktører som kommer innom på fast basis, eksempelvis Sykepleie på hjul (Bydel Bjerke, 2026). Det bør også ses på tilbud i nærmiljøet, som eventuelt kan være aktuelt for beboerne. Aktivitet må alltid vurderes individuelt ut fra kvinnenes behov for skjerming og trygghet.

Ravneberget sier at de «jobber ut fra hva kvinnene kan eller mestrer og jobber videre ut fra det». Deltakelse på kjøkkenet er noe de ser er viktig for mange av kvinnene. De sier:

> *Mange trenger basis opplæring i ADL-ferdigheter, men kjøkken og matlaging er noe veldig basis og noe vi ser fungerer veldig godt.*

Ravneberget har også mulighet til å være ute i en hage, og erfarer at mange profitterer på hagestell og det å kunne være ute. De har kvinner som har vært utsatt for mye, og som gjør at en del av de innsatte føler seg tryggere ute.

Informantene fremhever betydningen av sosiale aktiviteter som en arena for å bygge relasjoner, trygghet og mestring, uten at rus- og helseproblemer eller traumeerfaringer står i sentrum. Samtidig kan slike aktiviteter bidra til å forebygge eller redusere ensomhet og sosial isolasjon, og skape grunnlag for relasjonsbygging, som igjen kan styrke tjenestetilbudet og legge til rette for eventuell behandling.

7 Boligtiltakets beliggenhet og beskaffenhet

7.1 Beliggenhet

Som for mennene i gruppe 7, er det anbefalt at kvinnene boligtilbud ligger utenfor sentrum. Men der mennenes må være helt skjermet fra ordinært bomiljø, kan kvinnenes være noe skjermet. Men botiltaket må gi tilstrekkelig med skjerming og kontroll med besøkende.

Anbefalingen om beliggenhet utenfor sentrum bygger på informantenes erfaringer fra ulike bolig- og institusjonstilbud i og utenfor Oslo sentrum. Det viktigste hensynet er behovet for å skjerme kvinnene mot hyppige og uønskede besøk. APAS peker i tillegg på at sentrumsnær beliggenhet kan innebære lettere tilgang til rusmidler, og anbefaler derfor at deres pasienter ikke bosettes for sentralt.

Samtidig bør botiltaket ha god tilgang til offentlig transport og kort vei til dagligvarebutikk, apotek og andre nødvendige tjenester. Tilgang til uteområder og natur kan også bidra til økt trivsel og trygghet.[59]

Det finnes få botiltak for kvinner i den aktuelle målgruppen som det kan hentes direkte erfaring fra. Tre tilbud i Oslo er likevel relevante: et tidligere botiltak for kvinner i Steenstrups gate drevet av Kirkens Bymisjon, Brenneriveien i regi av Bydel St. Hanshaugen og rusinstitusjonen Svingen i regi av Velferdsetaten. Ingen av tilbudene er utviklet spesifikt for gruppe 7, men de har erfaring med kvinner i gruppe 6 og enkelte kvinner i gruppe 7.

Erfaringene viser betydningen av både beliggenhet, bemanning og adgangskontroll. Steenstrups gate lå svært sentralt plassert i en bygård i ordinært bomiljø på Grünerløkka og var kun bemannet på dagtid. Kirkens Bymisjon etablerte lager og kontor i første etasje ut mot gateplan, og beboerrom fra andre etasje og oppover. Ved befaring våren 2025 beskrev ansatte hyppige besøk av menn, i enkelte tilfeller flere samtidig i én leilighet. Etter besøk kunne menn oppholde seg i gangene og skape utrygghet for andre beboere. Det forekom også at menn sto utenfor bygget, ropte eller kastet gjenstander mot vinduer for å få kontakt med kvinnene. Dette førte til naboklager, og kvinnene åpnet i enkelte tilfeller døren for å få slutt på uroen.

Svingen ligger på Brynseng, noe utenfor sentrum, men med god tilgang på offentlig transport. Der er erfaringen at uønskede besøk i mindre grad er et problem. Samtidig er Svingen en institusjon med egne regler for besøk og besøkstider, noe som sannsynligvis også bidrar til at beliggenheten fungerer godt. Brenneriveien ligger sentralt, men har døgnbemanning og kameraovervåkning, noe som illustrerer at bemanning og adgangskontroll kan redusere noen av utfordringene ved en sentral beliggenhet.

Tilgang til uteområder eller natur kan gi økt trivsel, sier Ravneberget og Bydel Bjerke.

Samlet taler erfaringene for at Trygg+ for kvinner bør ligge utenfor sentrum, men samtidig ha god kollektivtilgjengelighet og nærhet til nødvendige tjenester. Beliggenheten må likevel vurderes og sees i sammenheng med bemanning, adgangskontroll, fysiske rammer og muligheten for å skjerme beboerne mot uønskede besøk.

[59] Ravneberget (2026) og Bydel Bjerke (2026).

7.2 Skjerming

Når det gjelder skjerming fra omkringliggende bomiljø, henger behovet blant annet sammen med forskjeller i voldsrisiko mellom kvinner og menn i målgruppen. Informantene beskriver at kvinnene i mindre grad enn menn utøver alvorlig fysisk vold mot andre, og at et Trygg+-tiltak for kvinner derfor innebærer lavere risiko for naboer og nærområde enn et tilsvarende tiltak for menn. Det er også færre beskrivelser av at kvinnene oppsøker naboer eller naboeiendommer.

En utfordring kan derimot være høyt støynivå og uro i uteområdene. Svingen forteller at de ofte kan høre når kvinnene kommer hjem fra t-banen, allerede før de har kommet frem til bygget. Gaustad beskriver tilsvarende at kvinnene kan ha et høyt lydnivå, med mye roping og skriking. Svingen opplyser samtidig at de mottar relativt få naboklager, noe de selv mener kan ha sammenheng med at nærområdet i hovedsak består av forretningsbygg.

7.3 Beskaffenhet

Når det gjelder bygningsutforming anbefales det å ha ett bygg med flere etasjer, der personalbasen er i første etasje og at det er besøkskontroll og god oversikt over hvem som til enhver tid er på huset. Så langt det lar seg gjøre, bør det ikke være boenheter i første etasje, men kan vurderes ved høy førsteetasje, for å øke tryggheten i boligen.[60] Gangene må være brede nok til at beboerne kan passere hverandre uten at dette øker risiko for konflikter og utrygghet.

Thereses Hus påpeker at det ikke bør være gjennomgang i fellesrom for å komme til egne boenheter. Det bør være så få møtepunkter i gangene som mulig. Ved å ha ett bygg med én hovedinngang og adgangskontroll, er det heller ikke behov for å tenke høye gjerder og beskyttelse på samme måte som det er i Ljabruveien, der det er småhus og inngang til boenhetene fra bakkeplan. Det anbefales kameraovervåkning, slik for eksempel Ljabruveien og Brenneriveien har. Ljabruveien har god erfaring med kameraovervåkning i fellesområder som gir økt trygghetsfølelse for beboere og ansatte.

Boenhetene må ha fullverdig boligstandard med eget kjøkken og bad, og enten eget soverom eller sovealkove. Det bør være ekstra fokus på god lydisolering, siden kvinnene kjennetegnes av å være høylytte.[61] Flere av informantene, blant annet Ravneberget og Dalsbergstien Hus, fremhever betydningen av estetiske kvaliteter og muligheten for personlig tilpasning. Mulighet til å påvirke farger, innredning og egne omgivelser beskrives som viktig for å skape en følelse av eierskap og hjemlighet. Informantene generelt beskriver kvinnene som mer opptatt av hjemmekos, farger og interiør i boligene. Det skal være et hjem, og ikke bare en bolig.

[60] Dalsbergstien Hus og Bydel St. Hanshaugen (2026).
[61] Dalsbergstien Hus (2026).

7.4 Antall boenheter

Når det gjelder hvor mange boenheter som bør være samlet i Trygg+ botilbud for kvinner, er informantene enige om at det bør være færre enn tilsvarende botiltak for menn.

Både Bydel Bjerke og Bydel St. Hanshaugen mener at seks kan være et riktig utgangspunkt. Bydel St. Hanshaugen sier at av de ti kvinnene de har identifisert i målgruppen per i dag, er det kanskje 6-7 som kan bo i samme botiltak.

Dalsbergstien Hus mener at det ikke bør være flere enn ti boenheter. Thereses Hus sier 8-10, mens Svingen mener at åtte kvinner må være maks, men med forbehold om tiltakets beskaffenhet. Svingen slik det er utformet per i dag, kunne ikke hatt åtte kvinner i gruppe 7. Det bør nevnes at de tre sistnevnte informantene representerer institusjoner, som har en annen bemanningstetthet, tilbud og regler knyttet til bolig- og leieforholdene, enn hva som er vanlig i samlokaliserte boliger med personalbase med ordinære husleiekontrakter som bydelene Bjerke og St. Hanshaugen drifter.

Erfaringene med antall samlet kan således være noe ulik. Anbefalingen til denne kunnskapsrapporten, etter all informasjonsinnhentingen, er at Trygg+ for kvinner bør kunne oppføres med seks til åtte boenheter. Med bare seks boenheter vil beboerne kunne sikres gode og trygge boforhold med mulighet for ro i huset og trygghet i boligene. Men det er samtidig også et stort behov for plasser for Trygg+ kvinner. Det finnes ingen egnede botiltak i dag, og bærekraftig økonomisk drift tilsier et antall på åtte boenheter.

Det bør være suksessiv innflytting slik det ble gjort i Ljabruveien. Det må også være mulighet for å trekke inn ekstra personale ved behov. Botiltaket må ha tilstrekkelig fleksibilitet til å ivareta tryggheten og sikkerheten til både beboere og ansatte.

7.5 Noen fallgruver

Det er flere faktorer som kan føre til at Trygg+ for kvinner ikke fungerer etter intensjonen. Noen av de viktigste fallgruvene som informantene nevner:

- For mange boenheter i tiltaket
- Lange, smale ganger og kroker man kan gjemme seg bak
- For lav bemanning
- For mange ansatte i lave stillingsbrøker
- Ikke egnethet eller nok kompetanse i ansattegruppen
- Liten bevissthet rundt beboersammensetningen
- Manglende kompetanse på å håndtere rus og psykiatri samtidig
- For liten fleksibilitet i boligtilbudet
- For lite fokus på ivaretakelse og veiledning av de ansatte

- Uavklarte ansvarsforhold mellom aktører, eksempelvis kommunen og spesialisthelsetjenesten
- Manglende besøkskontroll

8 Litteraturliste

Anderson, Kristin J. & Leaper, Campbell (1998) "*Meta-Analyses of Gender Effects on Conversational Interruption: Who, What, When, Where, and How"* kan leses her: https://doi.org/10.1023/a:1018802521676, Sex Roles, Vol. 39, Nos. ¾, 1998, s. 225-252

Belfrage, Anna, Anne Lill Mjølhus Njå, Siri Lunde og Janne Årstad (2022) "*Traumatic experiences and PTSD symptoms in substance use disorder: A comparison of recovered versus current users*", publisert i *Nordic Studies on Alcohol and Drugs 9.8.2022*

Bierer et al. (2022) "*Advancing the inclusion of underrepresented women in clinical research"*, Cell Reports Medicine. Volume 3, Issue 4, 100553, April 19, kan leses her: [cell.com]

BrukerPlan 2018, Oslo kommune

BrukerPlan 2025, Oslo kommune

Dale, M. T. G., Aakvaag, H. F., Strøm, I. F., Augusti, E. M., & Skauge, A. D. (2023) «*Omfang av vold og overgrep i den norske befolkningen*» Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS). https://www.nkvts.no/rapport/omfang-av-vold-og-overgrep-i-den-norske-befolkningen/

Elvegård, Kurt og Rebekka Bruteig (2025), «*Voldsatferd, helse og andre utfallsmål for personer med rus og alvorlig psykisk lidelse i bo- og tjenestetilbud: en kunnskapsoppsummering*», NAPHA, NTNU Samfunnsforskning AS, Trondheim

Fauchald, Kari, Ragnhild Audestad og Synnøve Seljeflot (2026), *Helhetlig russtatistikk Oslo kommune, mars 2026*, Velferdsetaten, Oslo kommune

Fremstad, Laurence (2025) «*Trygg+ for kvinner – Karlegging av behov for utvikling av et trygt og tilpasset botilbud for kvinner i særlig sårbare livssituasjoner*», kan leses her (25.6.2026): https://www.oslo.kommune.no/get-file/1429516/85cd88d946ee79745a655654265c9e7787a6b59aa8d238b7b34ddf453feb5c46 Velferdsetaten, Oslo kommune

Grimen, Harald (2008) "Profesjon og kunnskap», Oslo, Universitetsforlaget

Gualtierotti, R. (2025) "Bridging the gap: Time to integrate sex and gender differences into research and clinical practice for improved health outcomes", European Journal of Internal Medicine

Harris J, Loth E and Sethna V. (2024) "*Tracing the paths: a systematic review of mediators of complex trauma and complex post-traumatic stress disorder*", Front. Psychiatry 15:1331256. doi: 10.3389/fpsyt.2024.1331256

Helsedirektoratet (2022), ROP-lidelser – *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse, kan leses her* (15.8.26): *ROP-lidelser - Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse - Helsebiblioteket, 2022.*

Helsedirektoratet (2022b). Behandling av samtidige rusproblemer og psykiske lidelser, kan lese her (15.8.26): https://www.helsenorge.no/rus-og-avhengighet/behandling-av-samtidige-rusproblemer-og-psykiske-lidelser/, Oslo: Helsedirektoratet; oppdatert onsdag 8. juni 2022

Helsedirektoratet (2025), Nasjonal veileder i lokalt psykisk helse- og rusarbeid for voksne, kan leses her (15.8.26): Psykisk helse- og rusarbeid for voksne - nasjonal veileder - Helsebiblioteket, 2025

Iozzino, Laura, Clarissa Ferrari, Matthew Large, Olav Nielssen og Giovanni de Girolamo (2015) «*Prevalence and Risk Factors of Violence by Psychiatric Acute Inpatients: A Systematic Review and Meta-Analysis", Kan leses her (aug-26):* https://doi.org/10.1371/journal.pone.0128536, Published: June 10, 2015

Isdal, Per (2000) "*Meningen med volden*", Oslo, Kommuneforlaget

Kolk, B. van der (2015) "*The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*", Penguin Books, London, England

KORUS Oslo (2020) ««*Utrygg markedsplass» En kartlegging av det åpne rusmiljøet i Brugata/Storgata i Oslo sentrum*», HKH rapport 2020, Velferdsetaten, Oslo kommune

KORUS Oslo (2023) «*Håndbok om ernæring og rus*», kan leses her (15.8.26): Gratis, nedlastbar håndbok om ernæring og rus (ROP.no) - Helsebiblioteket,

Laugerud, Solveig (2020) "Om hvordan rettssystemet konstruerer forestillinger om det «leselige» eller troverdige voldtektsofferet"

Lillevik, O. G. & Øien, L. (2014). «*Miljøterapeutisk arbeid i møte med vold og aggresjon*», Gyldendal Akademisk

Lossius, K. (2021) «*Håndbok i rusbehandling*» (3. utg.), Gyldendal, Oslo

Lundeberg, I. R., Mjåland, K., Søvig, K. H., Nilssen, E., & Ravneberg, B. (2010) «*Tvang overfor rusmiddelavhengige: Evaluering av lov om sosiale tjenester §§ 6-2, 6-2a og 6-3*», Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier

Miller, M. G., & Sutherland, J. L. (2023) "*The effect of gender on interruptions at congressional hearings*", *American Political Science Review, 117*(1), 103-121

Smith-Lovin & Brody (1989) "*Interruptions in Group Discussions"*, American Sociological Review, 54(3), 424-435. https://doi.org/10.2307/2095614

Morgan & Rotenstein (2025) "*One Step Closer to Achieving Gender Representation in Clinical Trials"*, kan leses her: https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2840283, JAMA Network Open

Maagerø-Bangstad, Erlend R. (2022) «*Kompetanse for bedre tjenester En kvalitativ studie av betydningen av kompetansetiltak og verktøy rettet mot ansatte i psykisk helsetjenester som samarbeider med brukere som kan være truende og/eller voldelige*», Universitetet i Sørøst-Norge, Fakultet for helse- og sosialvitenskap, doktoravhandling nr. 144

Oslo universitetssykehus (2026) «*Gravide, småbarnsforeldre og rusmiddelavhengighet»*, kan leses her (15.8.26): Gravide, småbarnsforeldre og rusmiddelavhengighet - Oslo universitetssykehus HF, Oslo universitetssykehus

Rinde, Kirsten, Tea Vučić, Maria Grønland Andresen, Audun Havnen og Stian Solem (2025), «*She Asked for It? Descriptions of Victims' Behaviors Are Associated With Sentencing in Norwegian Rape Trials*", Scandinavian Journal of Psychology, Volume 66, issue 3, juni 2025

Russell, Lynda, Ruchika Gajwani, Fiona Turner og Helen Minnis (2022), "*Gender, addiction, and removal of children into care"*, Frontiers in Psychiatry, 13, 887660, kan leses her (15.8.26): Gender, Addiction, and Removal of Children Into Care - PubMed, 2022

Steinberg et al. (2021) "*Analysis of Female Enrollment and Participant Sex by Burden of Disease in US Clinical Trials Between 2000 and 2020"*, JAMA Network Open

Solvoll, Eldbjørg B. (red.) (2020) «Bosetting av personer med sikkerhetsproblematikk i egne boliger – «Sammen om bolig»; et innovasjonsprosjekt utarbeidet av seks bydeler i Oslo», Velferdsetaten, Oslo kommune

Velferdsetaten v/Martin Gulbrandsen, Noordjan Svedin Fronth og Børge Erdal (2025) «*Åpne rusmiljø i Oslo sentrum – Sommeren 2025*», Oslo kommune

Velferdsetaten (2025b) «*Boligbehovskartlegging 2024*», Velferdsetaten, Oslo kommune

Velferdsetaten v/Synnøve Seljeflot, Eldbjørg Solvoll og Magne Ådna (2026a) "*Kunnskapsrapport: Samlokaliserte boliger med personalbase og småhus*», kan lastes ned her: 0b15171db9105ce9e5cc1d23af439442242db908fc8da7f161937d6f79332624, PRIOslo, Oslo kommune 2023, rev. 2026

Velferdsetaten v/Synnøve Seljeflot, Eldbjørg Solvoll, Magne Ådna og Mikal Råheim (2026b) "*Matrise for rusfeltet*», kan lastes ned her:

a72031075d8deb98f1d295a92623c9c45563df26297bee38864705374b65dce1, PRIOslo, Oslo kommune 2023, rev. 2026

Wallis et al. (2022), "*Association of Surgeon-Patient Sex Concordance With Postoperative Outcomes",* kan leses her: https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/fullarticle/2786671, JAMA Surgery

Whitten, Dwayne, Wendy R. Boswell og Susan Oldroyd (2026), "*What 60 years of Data Reveals About How Men and Women Experience Leadership"*, Harvard Business Review Digital Article, 10.7.2026

Wisløff Nysæter, Anne Kathrine, Kristine Abel, Espen Ajo Arnevik & Karina Egeland (2026) «*Innføring av EMDR i tverrfaglig spesialisert rusbehandling*», Publisert: 01.07.2026 | Utgave: 7 | Sider: 439-444, Psykologtidsskriftet

World Health Organization. (2002). World report on violence and health. Geneva: World Health Organization.

Foredrag

Fredriksen, Anne og Guro Lindseth, «*Kvinnehelseprosjekt på Gatehospitalet Oslo – resultater og veien videre*», et foredrag under Fagdag kvinner og rus, regi Velferdsetaten, Oslo 16.4.2026

Lossius, Kari (2026), «*Kvinner, rus og dobbel skam»*, et foredrag under Fagdag kvinner og rus, regi Velferdsetaten, Oslo 16.4.2026

Storhamar, Hege H. (2026), «*Kjønnsspesifikt sosialt arbeid – å jobbe med kvinner»*, et foredrag under Fagdag kvinner og rus, regi Velferdsetaten, Oslo 16.4.2026

Tollerud, Lill Marie (2026), «*Kvinne, minoritet og rusavhengig – hvordan forstå og møte henne med kultursensitivitet og et interseksjonelt perspektiv*», et foredrag under Fagdag kvinner og rus, regi Velferdsetaten, Oslo 16.4.2026

Ansvarlige: Velferdsetaten ved Eldbjørg Solvoll og Anne Katrine Sivesind

Ferdigstilt: 01.09.2026