

PROSJEKTRAPPORT:

Etablering av rutiner for forebygging, varsling og oppfølging ved overgrep mot mennesker med psykisk utviklingshemming (SUMO-prosjektet)

Oslo Universitetssykehus, Ullevål, Avdeling for nevrohabilitering
Sykehuset Innlandet, Habiliteringstjenesten i Hedmark
Helse Førde, Vaksenhabiliteringa, Sogn og Fjordane
Helse Finnmark, Voksenhabiliteringen Finnmark



Mars 2013

Innholdsfortegnelse:

Forord	side 4
Om forfatterne	side 6
Takk	side 7
1. Bakgrunn	side 8
1.1 Oppdraget	side 8
1.2 Prosjektbeskrivelse	side 9
2. Innledning	side 12
2.1 Historikk og grunnleggende begreper	side 12
2.2 Problemformulering	side 13
2.3 Målgruppe og definisjoner	side 14
2.4 Utviklingshemming – sårbarhetsfaktorer og forekomst av overgrep	side 16
3. Metode – informasjonsinnsamling og utarbeidelse av materiell	side 26
3.1 Internasjonale og nasjonale retningslinjer (guidelines)	side 26
3.2 <i>Safeguarding Of Vulnerable Adults (SOVA)</i> og ”No Secrets”	side 27
3.3 Nettverksbygging og SUMO-workshop	side 27
3.4 Etablering av nettbasert kunnskapsbank om overgrep mot mennesker med utviklingshemming	side 28
4. Resultater - beskrivelser av innsamlet og utarbeidet materiell	side 30
4.1 Internasjonale og nasjonale retningslinjer (guidelines)	side 30
4.2 Informasjons-, kartleggings- og opplæringsmateriell rettet mot personer med utviklingshemming, tjenesteytere og andre nærpersoner	side 31
4.3 Nærmere om <i>Safeguarding Of Vulnerable Adults (SOVA)</i> og ”No Secrets”	side 44
4.4 Nettverksbygging og SUMO-workshop	side 47
4.5 SUMO i Kunnskapsbanken (NAKU)	side 54
5. Sammenfatning av prosjektgruppas anbefalinger	side 55
Referanser	side 57
<u>Vedleggsdel</u>	
Rapporten har en vedleggsdel med egen innholdsfortegnelse, se:	side 62

Førord:

På begynnelsen av 1900-tallet benyttet overlege Ole B. Munch ved Emma Hjorts hjem (oppr. ”Fru Hjorths Pleie og Arbeidshjem for aandssvake”) seg av journalister for å fortelle befolkningen om de uverdige forholdene ved hjemmet (Fjermeros, 2009). Dr. Munch var en aktivist som fortvilet ønsket endringer og forbedringer for mennesker med utviklingshemming – ut fra sin tids overbevisning og kunnskap om ”beste praksis”.

På 2000- tallet har journalisten Thomas Ergo gjort det samme. Han har skrevet hele 83 nyhetsreportasjer i Dagbladet, Magasinet og dagbladet.no om utviklingshemmede som overgrepsofre. Dette har medført en synliggjøring av overgrepene, og det dannet grunnlaget for en interpellasjon i Stortinget om overgrep mot utviklingshemmede. Fungerende statsråd, Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, Tora Aasland, varslet 17. februar 2011 en rekke nye tiltak for å forebygge, avdekke og håndtere seksuelle overgrep mot utviklingshemmede.

Slik fungerer demokratiet og rettsstaten vår på sitt beste: Ytringsfriheten sikrer at uverdige forhold ved samfunnet blir gjort kjent for allmennheten, og følgene av dette er at det reises krav om endringer og forbedringer.

Storting og regjering gir oppdrag til departementene og direktoratene og byråkratene har handlingsevne til å iverksette oppdragene som fører til samfunnsendringer til det beste for enkeltmennesket – og samfunnet. Vi oppnår et ”samfunn for alle”. Men det skjer ikke av seg selv: Nå som før er det behov for at enkeltmennesker gjennom et særlig engasjement bidrar til å kaste lys inn i de kringelkroker av samfunnet, som av ulike grunner har falt utenfor medias og allmenninteressens søkelys.

”Mennesker med utviklingshemming skal heller ikke diskrimineres!”, fastslår Barne-, Likestillings- og Inkluderingsdepartementet i sitt informasjons- og utviklingsprogram for 2010 – 2013 av samme navn (BLD, 2010). Ansvarsreformen i 1991 (HVPU-reformen) hadde fokus på at utviklingshemmede skulle ha samme rettigheter som alle andre. Forfatterne av dette dokumentet ser at utviklingshemmede fortsatt blir diskriminert, ettersom det viser seg nødvendig å opprette

særordninger ved mistanke om vold og overgrep. Juridiske ordninger som gjelder allmennbefolkningen skulle ha ivaretatt dette, men gjør det ikke.

Som på overlege Munch's tid kreves det aktivister som snakker utviklingshemmedes sak. Fortsatt er det uklare økonomiske støtteordninger fra Staten og uklare krav til hvordan tjenestetilbudet ute i kommunene skal organiseres. Dette er medvirkende årsaker til at det å ha en utviklingshemming i seg selv er en sårbarhetsfaktor for å bli utsatt for vold, utnyttning og seksuelle overgrep.

Prosjektgruppa håper at denne rapporten vil bidra til debatt og inspirasjon på tvers av alle instanser og nivåer som har beslutningsmyndighet når det gjelder utviklingshemmedes levekår for framtida.

Oslo, 01.03.13

Peter Zachariassen

Wenche Fjeld

Hilde Kristiansen

Annie Mathisen

Om forfatterne:

Wenche Fjeld jobber i habiliteringstjenesten for voksne i Hedmark ved Sykehuset Innlandet HF. Hun er førskolepedagog og har videre tatt utdanning i spesialpedagogikk, målrettet miljøarbeid og sexologisk rådgivning. For tiden er hun i gang med å ta en mastergrad i sexologi ved universitetet i Malmö. Wenche Fjeld var i 1998 med på å etablere Nettverk: Funksjonshemming, Samliv og Seksualitet (NFSS), som er et faglig nettverk bestående av ansatte innen barne- og voksenhabilitering og rehabilitering, der hun også gjennom en årrekke har sittet i styret. Hun er en av hovedlærerne på utdanningen ”Sexologi og funksjonshemming” ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

Hilde Kristiansen jobber i Helse Finnmark på habiliteringstjenesten for voksne ved Kirkenes sykehus. Hun er ergoterapeut med videreutdanning innen helserett, spesialpedagogikk og sexologisk rådgivning. Hilde Kristiansen var medforfatter til Håndboka ”Utviklingshemming og seksualitet, Forebygge og Håndtere overgrep”. Hilde Kristiansen har deltatt på NFSS i mange år, hun sitter i arbeidsutvalget i de regionale nettverkene i Helse Nord ”Fagnettverk Seksualitet og Funksjonsnedsettelse (FSF)” og ”Utviklingshemmedes rettssikkerhet knyttet til å begå eller bli utsatt for lovbrudd”. I tillegg holder Hilde Kristiansen undervisning og kurs vedr utviklingshemming og seksualitet for kommunalt ansatte, pårørende og lærere.

Annie Mathisen jobber i habiliteringstjenesten for voksne i Sogn og Fjordane. Hun er barnevernspedagog, har videreutdanning i Psykisk helse, og seksualveilederutdanning fra Danmark, og har lang erfaring innen veiledning og kurs for utviklingshemmede, pårørende og tjenesteytere i temaer omkring seksualitet og samliv. Hun har siden 2003 sittet i styret for NFSS som representant for Helse Vest. Annie Mathisen er også fast foreleser ved Høgskolen i Sogn og Fjordane i temaet «funksjonshemming og seksualitet».

Peter Zachariassen jobber ved avdeling for nevrohabilitering, Oslo universitetssykehus, Ullevål. Han er spesialist i klinisk psykologi og er også utdannet som sexologisk rådgiver. Peter Zachariassen har deltatt i NFSS i en årrekke og vært delaktig i utarbeidelsen av kartleggings- og opplæringsmateriale om seksualitet for utviklingshemmede; sammen med Wenche Fjeld har han utarbeidet SexKunn-testen. Han er sammen med Wenche Fjeld en av hovedlærerne på utdanningen ”Sexologi og funksjonshemming” ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Peter Zachariassen har vært leder for SUMO-prosjektet og er hovedforfatteren for denne rapporten. For spørsmål vedrørende innholdet i rapporten kan man ta kontakt med ham på adressen: uxzape@ous-hf.no.

Takk

Vi vil rette en takk til våre arbeidsgivere: avdeling for nevrohabilitering, Oslo universitetssykehus, Ullevål; habiliteringstjenesten i Hedmark; vaksenhabiliteringa, Sogn og Fjordane og voksenhabiliteringen Finnmark for å ha båret over med vårt fravær – både fysisk og mentalt – i disse månedene der dette arbeidet har pågått.

En meget stor takk skal rettes til Samordningsrådet (SOR) ved Trude Stenhammer Wyatt og Jarle Eknes for samarbeidet rundt vår felles ekskursjon til England. Trude Stenhammer Wyatt var vår ”døråpner” til ”No Secrets” i Surrey, og sørget i tillegg for at vi hadde en komfortabel tur!

Vi vil også takke Kim Berge (NAKU) for velvillig bistand i å legge til rette for at SUMO-prosjektet får sin plass i NAKU’s kunnskapsbank.

En spesiell takk også til Yngvil Grøvdal (NKVTS) for konstruktive tilbakemeldinger underveis i skrivearbeidet!

Sist – men absolutt ikke minst – ønsker vi å takke alle deltakerne på SUMO-workshoppen 31.10.12 som ga oss verdifulle tilbakemeldinger på våre tanke og ideer. Innsatsen deres på denne lange og utvilsomt ganske slitsomme dagen var forbilledlig!

*

Forfatterne ønsker å dedikere denne rapporten til journalist Thomas Ergo som gjennom sine artikler i Dagbladet klarte å få det til å skje, som vi som fagpersoner ikke har formådd – nemlig å få politikerne til å ta tak i utviklingshemmede personers svært utsatte posisjon; en situasjon som inn i det 21. århundre fortsetter å stille store utfordringer til velferds- og rettsstaten Norge!

*

Maleriet på forsiden av denne rapporten er utført av Hansine Finvik. Det er gjengitt med kunstnerens tillatelse (Foto: P. Zachariassen).

1. Bakgrunn:

1.1 Oppdraget:

I brev av fra Barne-, Likestillings- og Inkluderingsdepartementet (BLD) fikk Helse Sør-Øst ved Avdeling for nevrohabilitering, Oslo universitetssykehus, forespørsel om å søke midler til et prosjekt som skulle gi innspill til utarbeidelse av nasjonale retningslinjer vedrørende forebygging, avdekking og håndtering av overgrep begått mot mennesker med psykisk utviklingshemning. I brevet heter det blant annet:

"I den senere tid har det blitt rettet søkelys mot seksuelle overgrep mot utviklingshemmede. Dagbladet har i en artikkelserie omtalt flere tilfeller av slike overgrep. I flere av disse tilfellene mener avisen at det har forekommet svikt i tjenesteapparatet når det gjelder å forebygge, avdekke og håndtere overgrep mot ofrene.

Statsråd Tora Aasland ga følgende svar i Stortinget på interpellasjon fra stortingsrepresentant Robert Eriksson den 17.02.2011:

"Jeg vil derfor ta initiativ til at det blir utarbeidet og organisert en landsomfattende formidling av kunnskapsmateriell som også kan fungere som veileder om de særlige problemstillinger som reises i forhold til å forebygge, avdekke og håndtere seksuelle overgrep mot utviklingshemmede. Her er det allerede utarbeidet gode grunnlag, blant annet fra fylkesmannen i Finnmark og Helse Sør-Øst, som kan være utgangspunkt for å danne et grunnlag, slik at rutiner ikke bare gjøres kjent, men også - for å komme representanten noe i møte - at det på den bakgrunn kan utarbeides systemer for varsling".

For å følge opp statsrådens signaler til Stortinget er det satt av kr 700 000 over kapittel 847.21. Det har videre vært arrangert seminar med brei deltakelse og det har vært arrangert møte med aktuelle fagmiljøer hvor utarbeidelse av slikt kunnskapsmateriell har vært tema.

Helse Sør-Øst har signalisert at de vurderer å søke prosjektmidler for å gjennomføre et slikt prosjekt. Dette har vært drøftet med Helsedirektoratet. Helsedirektoratet har ingen merknad til at Helse-Sør Øst påtar seg et slikt oppdrag. Helsedirektoratet ber om at minoritetsproblematikk inkluderes i kunnskapsmateriellet.

Et slikt oppdrag må støttes opp av en referansegruppe. Referansegruppen settes sammen av BLD. Representanter fra NAKU, Samarbeidsrådet SOR, NKVTS, Helsedirektoratet, Politihøgskolen i Bodø, Nordlandssykehuset, SAFO og Nordlandsforskning inviteres til å delta her.

I sitt innlegg i Stortinget fokuserte statsråden på utviklingshemmede. På møtet med

fagekspertisen på området ble det anbefalt at kunnskapsmateriellet

** omhandler alle sårbare voksne (ikke bare utviklingshemmede), men materialet bør innholde særlige avsnitt om utviklingshemmede*

** kunnskapsmaterialet må omhandle alle former for overgrep*

** materialet må fokusere på hvordan overgrep opptrer og hvordan en avdekker overgrep*

** eksisterende faghefter fra Helse Sør-Øst og Fylkesmannen i Finnmark og habiliteringsteamet ved Nordlandssykehuset i Bodø sitt hefte Kropp, identitet og seksualitet er gode grunnlag for arbeidet. En bør også se til andre land, blant annet "No Secrets" fra Storbritannia.*

I tillegg til omfattende bakgrunnsmateriell anbefaler ekspertgruppen at det også utarbeides lett tilgjengelig materiell for bruk i førstelinjetjenesten. Dette bør innholde:

· hvordan avdekke mulige overgrep

· rutiner ved mistanke om overgrep.

Vi finner det naturlig at prosjektet følger de rammer som ekspertgruppen anbefaler.

Referansegruppen må vurdere om en nettbasert løsning dekker behovet for publisering.

Implementeringen av kunnskapsmaterialet må skje i nært samarbeid med Helsedirektoratet.

JD og HOD informeres om opplegget før prosjektet igangsettes. Dette gjøres i eget brev."

1.2 Prosjektbeskrivelse:

Avdeling for nevrohabilitering, Oslo universitetssykehus HF, Ullevål skrev i samarbeid med voksenhabiliteringstjenestene ved Sykehuset Innlandet HF, Helse Førde HF og Helse Finmark HF en søknad om midler til et prosjekt med følgende generelle målsettinger:

"På grunnlag av allerede eksisterende materiale fra bl.a. Helse Finnmark og Helse Sør-Øst, samt annet relevant materiale som prosjektgruppen vil innhente – herunder bl.a. det engelske programmet "No Secrets", vil prosjektet ha som mål å sette opp forslag til en generell mal (standard) for forebyggings-, varslings- og oppfølgingsrutiner ved overgrep mot mennesker med psykisk utviklingshemning.

Gjennom dette arbeidet vil det også være en målsetting for prosjektet å skissere rammene for en informasjonsbank over eksisterende opplæringsmateriale som kan anvendes på førstelinjenivå for å bevisstgjøre ansatte i ft. overgrep og øke handlingskompetansen ved mistanke om eller avdekking av overgrep. Det vil være en målsetting at denne informasjonsbank kan tas i anvendelse av kommunene med tanke på opplæringsprogram for å øke kompetansen på dette

tema hos sine ansatte, hos nærpåersoner og hos brukere, samt videre sette kommunene i stand til å utarbeide en overgrepåforebyggende strategi basert på de standarder som dette prosjektet utarbeider."

Prosjektgruppa ble etablert høsten 2011 og hadde sitt første møte i desember samme år. Der ble det utarbeidet en foreløpig fremdriftsplan og mer konkretiserte målsettinger for prosjektet. Det ble også innledet dialog med BLD om etablering av en referansegruppe i henhold til de føringer som var gitt i "bestillingsbrevet" fra BLD. På grunn av skifte av saksbehandler i BLD ble dette arbeidet imidlertid forsinket, og en valgte i stedet å innkalle en bredt sammensatt gruppe av representanter for brukerorganisasjoner, politietat, departementer, forskningsmiljøer og ulike helseinstitusjoner til et arbeidsseminar høsten 2012 (se nedenfor).

Underveis i prosjektarbeidet utviklet det seg et eget navn for prosjektet: Sikring av Utviklingshemmede Mot Overgrep, forkortet SUMO. Dette navnet har vi valgt å holde fast ved på tross av at det muligens ikke tilfredsstillr absolutt alle krav til presisjon. Prosjektgruppa føler imidlertid at forkortelsen er "iørefallende", lett å huske - og samtidig også gir uttrykk for en styrke, som vi finner det ønskelig at prosjektet forbindes med. Prosjektet vil derfor i det følgende bli omtalt som: **SUMO-prosjektet**.

Prosjektgruppa har så langt ikke sett noe behov for å formulere særlige rutiner hva angår personer med minoritetsbakgrunn (som etterspurt i "bestillingsbrevet" – se ovenfor), eller å tilpasse de foreslåtte retningslinjer spesielt i ft. særskilte grupper. Dermed er det ikke sagt at en ikke erkjenner at det kan være spesielle utfordringer i så henseende – men det er prosjektgruppas oppfatning at de presenterte forslagene vil kunne dekke alle. Der en erfaringsmessig ser at minoritetsbakgrunn kan utgjøre en risikofaktor i seg selv, er dette forsøkt tatt inn i materialet. Behovet for å utarbeide eget opplæringsmateriell for personer med en ikke-vestlig bakgrunn bør vurderes nærmere. I Danmark har Socialt Udviklingscenter SUS utarbeidet en egen "idébank" om seksualundervisning for barn og ungdom med fysiske eller psykiske funksjonsnedsettelse, som kommer fra en etnisk minoritetsbakgrunn (Pedersen & Draiby, 2007). Det kan være aktuelt å utarbeide lignende materiell her i Norge. En vil anta at det er noen praktiske spørsmål, som for eksempel at seksualundervisning ut fra visse hensyn kan foregå i kjønnsdelte grupper, som en bør

forholde seg til. Når det gjelder for eksempel den svenske kursmodellen for forebygging av vold i nære relasjoner – *Schyssta Relationer* – vurderer prosjektgruppa at dette opplegget i seg selv ikke trenger noen spesielle tilpasninger i ft. individer med etnisk minoritetsbakgrunn. Igjen vil en anta at det snarere vil være et spørsmål om hvordan en praktisk legger slik undervisning opp, og hvordan en for eksempel gir pårørende informasjon om programmet, gjør bruk av tolketjenester og lignende.

2. Innledning

2.1 Historikk og grunnleggende begreper:

Europarådsrapporten *Safeguarding adults and children with disabilities against abuse* (Brown, 2003), som Norge var medforfatter av sammen med Italia, Luxemburg, Nederland, Portugal, Slovenia, Spania og Storbritannia, kommer med en rekke forslag til medlemslandene (de 47 hovedsakelig europeiske landene som er tilsluttet Europarådet; ikke å forveksle med EU) om tiltak som kan bidra til å minske faren for overgrep mot mennesker med funksjonsnedsettelse. Sentralt står å bygge opp systemer som ivaretar og beskytter de funksjonshemmedes sivile rettigheter, og som sikrer deres representasjon i fora der beslutninger med stor betydning for deres hverdag treffes. Videre oppfordres landene til å etablere klare rutiner for varsling og oppfølging ved mistanke om overgrep, samt bemyndige uavhengige instanser som kan belyse hvordan slike saker håndteres og som kan gripe inn ved sviktende rutiner.

I rapporten skilles det mellom *primær*, *sekundær* og *tertiær* forebygging. Primær forebygging er tiltak for i utgangspunktet å hindre/ redusere sannsynligheten for at overgrep mot målgruppen skal forekomme. Sekundær forebygging er tiltak som skal sikre at overgrep blir oppdaget og håndtert på en effektiv måte. Tertiær forebygging er tiltak som skal sikre oppfølging av den utsatte, nærpersoner og –miljø og straffeforfølging av (og beskyttelse av samfunnet mot) de som begår overgrep, inkludert behandling av overgripere. Det er altså et svært vidt spekter av tiltak som anbefales i rapporten.

I tillegg til å fokusere på disse tre trinnene innen forebygging opererer rapporten med tre ulike *tiltaksnivåer* som kan appliseres til hvert av de tre trinnene:

- 1) individet;
- 2) tjenesteleverandører og -bestillere;
- 3) regjering og samfunn.

Gjennomgående legges det stor vekt på at det må etableres *både* tiltak som er ”skreddersydd” for målgruppen funksjonshemmede – og samtidig at de generelle tjenestene innen helse, omsorg og beskyttelse (politi og rettsvesen) må være tilrettelagt på en slik måte at det er like god tilgang til denne typen tjenester for mennesker med en funksjonsnedsettelse (fysisk og/eller kognitiv).

Videre at det skal finnes kompetanse til å møte individer med en funksjonsnedsettelse, *for eksempel* en utviklingshemming innenfor de tjenestene som er ment å ivareta overgrepssatte på generelt grunnlag. Det betyr at bl.a. overgrepsmottak og politi bør ha tilstrekkelig kunnskap om utviklingshemming til å kunne ta i mot en utviklingshemmet (og evt. vedkommendes hjelpere) og gi et tilbud så nært det som andre ville mottatt som mulig. Spisskompetanse hva angår utviklingshemming kan en selvsagt ikke forvente å finne i ethvert ledd, men det må være kompetanse til å vite hvor en skal ta kontakt for videre bistand.

SUMO-prosjektet har tatt utgangspunkt i Europarådsrapportens forståelse av primær, sekundær og tertiær forebygging, og har dessuten tilstrebet å knytte intervensjonsforslag til de tre tiltaksnivåene som er beskrevet her. I vedleggsdelen finnes dokumentene *Primær forebygging*, *Sekundær forebygging* og *Tertiær forebygging*, som til sammen oppsummerer de forslagene som gruppa har vurdert som aktuelle tiltak for forebygging, avdekking og håndtering samt oppfølging av overgrep mot personer med utviklingshemming (se for øvrig avsnitt 4.4 samt dokumentet *Workshop oppsummering* i vedleggsdelen).

2.2 Problemformulering

SUMO-prosjektet har formulert følgende konkretiserte målsettinger:

- 1) Øke bevisstheten og handlingskompetansen i førstelinjestjenesten hva angår overgrep av seksuell, voldelig, økonomisk eller diskriminerende art mot gruppen av mennesker med psykisk utviklingshemming;
- 2) Legge til rette for at kommunene kan etablere rutiner for forebygging, varsling og oppfølging av overgrep mot målgruppen i henhold til en standard som er utviklet i samarbeid mellom fagpersoner fra alle involverte instanser som har – eller bør ha – befatning med overgrep mot målgruppen.
- 3) Lage et grunnlag for en ”informasjonsbank” om overgrep mot mennesker med utviklingshemming, som kan være lett tilgjengelig og holdes løpende oppdatert gjennom et samarbeid mellom fagfolk med spesialistkompetanse på dette feltet.

2.3 Målgruppe og definisjoner

Begrepsavklaring

SUMO-prosjektet har voksne mennesker med psykisk utviklingshemming (i det følgende omtalt som *mennesker/personer/individer med utviklingshemming* eller *utviklingshemmede*) som sin målgruppe. Internasjonalt ser vi en stadig økende bruk av begrepene *intellectual disability* og *learning disability* i omtale av denne gruppen, men foreløpig har disse begrepene ikke fått noen entydige norske oversettelser, og vi velger derfor å forholde oss til det eksisterende begrepet. I en rekke av de studiene vi her refererer til har man sett både på personer med utviklingshemming og med andre utviklingsforstyrrelser, og ofte gjøres det ikke noen eksplisitte forsøk på å skille mellom disse gruppene (bl.a. fordi institusjoner og servicetilbud generelt i de aller fleste tilfeller er innrettet for å gi tjenester til disse gruppene under ett). På denne bakgrunn gjør vi derfor heller ikke noe forsøk på å skille disse gruppene i vår gjennomgang.

Om psykisk utviklingshemming

Mennesker med utviklingshemming utgjør anslagsvis et sted mellom 1 og 3% av befolkningen. Grunnleggende for diagnosen psykisk utviklingshemming er omfattende lærevansker som fører til at disse individene får vansker med å tilpasse seg til samfunnets krav og forventninger. Det er ulike grader av utviklingshemming: lett, moderat, alvorlig og dyp. Lett utviklingshemming innebærer at man har en intelligenskvotient (IQ) på mellom 50 og 69 – der snittet for normalpopulasjonen er ca. 100 – og det vil grovt sett svare til en mental alder på maks 12 år. Ved moderat utviklingshemming (IQ 35 – 49) anslår man en mental alder fra 6 til under 9 år; ved alvorlig utviklingshemming (IQ 20 – 34) anslås en mental alder fra 3 til under 6 år, og ved dyp utviklingshemming (IQ under 20) en mental alder under 3 år (Statens Helsetilsyn, 2004).

I tillegg til at mennesker med utviklingshemming tilegner seg kunnskaper og ferdigheter i betydelig nedsatt tempo, har de som gruppe også ekstra utfordringer i form av økt forekomst av atferdsforstyrrelser og psykiske lidelser. Dessuten har særlig personer med alvorlig og dyp grad av utviklingshemming svært ofte tilleggsvansker i form av fysiske funksjonsnedsettelse samt en rekke kroniske lidelser som bl.a. epilepsi. Uansett grad av utviklingshemming – og eventuelle tilleggshandikap – vil de aller fleste mennesker med psykisk utviklingshemming trenge en eller annen form for praktisk og psykososial bistand gjennom hele livet.

Vi har ganske god oversikt over hvor mange individer i Norge som fyller kriteriene for dyp, alvorlig og (i hvert fall til dels) moderat grad av utviklingshemming, fordi disse mennesker er såpass bistandstrengende at de sjelden forblir uoppdaget av storsamfunnet. Når det gjelder gruppen med lett utviklingshemming er det derimot stor usikkerhet om antallet, men den er estimert å være den største gruppen av mennesker med utviklingshemming. Usikkerheten skyldes at ikke alle med lett grad av utviklingshemming blir fanget opp av storsamfunnet og hjelpeapparatet. Mange mennesker får først diagnosen lett utviklingshemming i (godt) voksen alder. Dette gjelder kanskje ikke minst for personer blant minoritetsbefolkningen, hvilket kan ha sammenheng med en høyere terskel for å ta kontakt med helseapparatet, større opplevelse av skam i familien ved å ha barn/familiemedlemmer med en funksjonsnedsettelse, en "tilsløring" av tilpasningsvansker på grunn av språkvansker, kulturelle forskjeller og lignende.

Definisjon av overgrep

Overgrep defineres i Europarådsrapporten fra 2003 (omtalt ovenfor) som:

"Enhver handling, eller fravær av handling, som resulterer i et betydelig brudd på en sårbar persons menneskerettigheter, borgerlige rettigheter og friheter, fysiske integritet, verdighet eller generelle velbefinnende, uansett om tilsiktet eller utilsiktet, inkludert seksuelle forhold eller økonomiske transaksjoner som personen ikke har gitt eller kan gi et gyldig samtykke til, eller som er av en overlagt utnyttende karakter.

Overgrep kan begås av enhver person (inkludert andre personer med en funksjonsnedsettelse), men må spesielt fokuseres på der det foregår innenfor et tillitsforhold eller en relasjon karakterisert ved sterke maktposisjoner basert på:

- 1 juridisk, profesjonell eller autoritær status;*
- 2 ulikheter i fysisk, økonomisk eller sosial makt;*
- 3 ansvarlighet i ft. personens daglige omsorg;*
- 4 og/eller ulikheter i ft. kjønn, rasetilhørighet, religion eller seksuell orientering.*

Overgrep kan oppstå ut fra individers grusomhet, inadekvate tjenestetilbud eller samfunnets likegyldighet."

(Brown, 2003, s. 9).

2.4 Utviklingshemming – sårbarhetsfaktorer og forekomst av overgrep

Det har blitt fremhevet at det ikke er utviklingshemmingen i seg selv, men i vel så stor grad de levekår som samfunnet "tilbyr" de som har en utviklingshemming, som er årsaken til disse menneskenes økte sårbarhet. Herunder hører også bestemte praksisformer innen funksjonshemmingsfeltet, samt den devaluerte og "avmektige" (engelsk: *disempowered*) statusen til funksjonshemmede personer (Mansell & Sobsey, 2001). Utviklingshemmede må i mange tilfeller tolerere å ha et stort antall tjenesteytere svært tett inn på seg, også i situasjoner som potensielt kan være grensekrenkende, for eksempel ved ivaretagelse av personlig hygiene (uten at grensekrenkningen nødvendigvis er tilsiktet fra tjenesteyterens side). Ofte er utviklingshemmede dårlige til å sette grenser for seg selv, bl.a. fordi de er oppdratt til å akseptere stor grad av overstyring fra "voksne" personer. Overdreven (og misforstått) trening på "instruksfølging" kan resultere i svært dårlig utviklede selvhevdelsesferdigheter, noe som gjør individer ekstra sårbare for ulike typer overgrep (Kirk Muff, 2001).

Vi vet ikke så mye om forekomsten av ulike typer overgrep mot mennesker med utviklingshemming, fordi det finnes relativt få studier på dette feltet. De studier som finnes kan det ofte være problematisk å trekke noen klare konklusjoner ut fra, fordi de omhandler små grupper, og i de fleste tilfeller såkalte *kliniske utvalg*, dvs. mennesker som bor på institusjon eller under institusjonslignende forhold. I tillegg er det også en del variasjon i hvordan de ulike studiene definerer begrepene vold og overgrep (Grøvdal, 2013). En gjennomgang av nyere studier over forekomsten av mishandling av mennesker med utviklingshemming konkluderer imidlertid med, at de trolig er mer utsatte for mishandling enn ikke-funksjonshemmede, og kanskje også mer utsatte enn personer med andre typer funksjonsnedsettelse enn utviklingshemming (Horner-Johnson & Drum, 2006). Mishandling eller overgrep er i denne studien definert omtrent som her (se ovenfor), men tallene i studien gir neppe grunnlag for å si noe generelt om hvor stort omfanget av de ulike typene overgrep er. Alene ut fra antallet publiserte artikler som fokuserer spesielt på *seksuelle* overgrep og krenkelser virker det imidlertid rimelig å påstå, at dette er den mest utbredte formen for overgrep mot gruppen av mennesker med utviklingshemming. Klinisk erfaring understøtter også dette synspunktet.

I en omfattende litteraturstudie peker Joan Petersilia fra University of California på en rekke faktorer som gjør mennesker med utviklingshemming spesielt utsatte for overgrep av voldelig, økonomisk og seksuell art (Petersilia, 2001). Det presenteres ulike "teorier" eller modeller for forståelsen av utviklingshemmedes økte utsatthet:

1) Overgreps- og funksjonshemmingssirkelen

Denne modellen viser til at funksjonsnedsettelse både kan være årsak til og resultat av å vokse opp i et voldelig miljø. Der for eksempel mor blir utsatt for vold fra en partner under graviditeten kan dette medføre at barnet fødes med en funksjonsnedsettelse. Dette gjør da barnet ytterligere sårbar for å bli utsatt for vold under oppveksten – og denne volden kan igjen bidra til å forverre konsekvensene av funksjonsnedsettelsen. Det å være vitne til vold, selv om barnet ikke selv er direkte utsatt, kan også påvirke dets utvikling og læring, og resultere i hva en kan kalle en *sekundær funksjonshemming* (Petersilia, 2001).

2) Rutineaktivitets- eller livsstilsmodellen

Ifølge denne modellen er utsatthet for overgrep – eller viktimisering – et resultat av de rutinemessige aktiviteter vi utfører, hvor vi bor, hvordan vi beveger oss rundt og lignende. Det er disse aktiviteter (og demografiske forhold) som gjør enkelte mer utsatte enn andre; hvis du for eksempel bor i en storby og må bevege deg rundt med kollektivtransport, kan det øke din utsatthet. Hvis du tilhører den fattigere delen av en befolkning, vil du også typisk ha vanskeligere for å unngå å måtte oppholde deg, eller bevege deg gjennom, risikable områder. Disse forholdene i seg selv kan gjøre at man oftere utsettes for potensielle utøvere (nærhet). I tillegg vil utøvere velge seg de ofrene som vurderes å gi mest uttelling (for eksempel "lett sex"), og de som vurderes å by på minst risiko (mangel på eller begrenset: beskyttende miljø, evne til å yte motstand samt tilgang til å kunne anmelde forbrytelsen). Personer med utviklingshemming møter helt klart alle disse kriteriene.

3) Avhengighet – stress modellen

Fra 1960-åra og frem til 90-tallet har dette vært en populær modell for å forklare hvorfor barn med funksjonshemninger utsettes for overgrep fra sine nærpå personer. Modellen sier at barn med funksjonsnedsettelse er avhengige av sine omsorgsgivere, og at denne avhengigheten igjen

representerer store *krav* til omsorgspersonene. Når det blir vanskelig å oppfylle disse kravene, skaper det stress hos omsorgspersonene, og dette kan føre til vold m.m. mot barnet.

4) En multifaktoriell modell av voldsutøvelse

Modellen er opprinnelig lansert i et upublisert manuskript av Sobsey og Calder fra 1999, men her altså presentert av Petersilia (2001). Den prøver å integrere offerrelaterte, utøverrelaterte, relasjonelle og miljømessige faktorer.

Til *offerrelaterte faktorer* hører:

- Direkte effekter av funksjonsnedsettelsen, inkludert nedsatt evne til å unnsnippe, søke hjelp, identifisere en overgrepssituasjon m.m.;
- Sosialt formidlede effekter av funksjonsnedsettelsen, herunder at utviklingshemmede ofte oppdras til lydighet, lærer å forholde seg likt til mange forskjellige personer, mangler opplæring om seksualitet m.m.
- Offerets ”utløsbarehet” (eng. *victim precipitation*), som innebærer at den utsatte kan fremvise en atferd som ”utløser” volden (eller overgrepet) fra utøvers side. Dette er et kontroversielt begrep, da det lett kan mistolkes i retning av at den utsatte ”selv var ute om det”, eller en rettferdiggjøring av utøveren, men det er ikke slik det skal forstås. Et eksempel som kanskje kan illustrere begrepet kunne være at en person med autisme ikke ville se bort eller fjerne seg fra en situasjon der en annen person ble voldsutsatt. I stedet kan vedkommende bli stående og stirre på episoden, kanskje bli tilsnakket av den utøveren uten å gi noe svar - og dermed med stor sannsynlighet risikere selv å bli utsatt for utøverens sinne.
- Offerets attraktivitet, som sjelden bare består i selve sårbarheten, men også må ha elementer av noe som utøver finner attraktivt og er motivert for å oppnå. Det kan dreie seg om: kontroll over den utsatte, sex, penger samt at den utsatte har få alternativer til å være i utøverens makt.

Overgriper-relaterte faktorer inkluderer:

- Den potensielle utøveren har en oppfatning av personer med utviklingshemming som spesielt sårbare.

- Overgriperen/utøverens profil, som omfatter bl.a. omsorgsytere som begår overgrep. Disse deles i modellen inn i to typer: den ”predatoriske omsorgsyter” er en person som søker seg inn i tjenester for utviklingshemmede (betalt eller frivillig arbeid) for å oppnå tilgang til ofre. Den ”korrupte omsorgsyter” kan i utgangspunktet være en utmerket tjenesteyter, men mangel på opplæring og tilsyn, stigende frustrasjon over arbeidsforhold eller lignende kan gjøre at personen går over grensen og begår overgrep.
- Utøver har selv en utviklingshemming/-forstyrrelse. Særlig to forhold spiller inn her: utøveren har selv vært utsatt for overgrep og dermed ”lært seg” et overgrepsmønster; i noen tilfeller skyldes utviklingshemming/-forstyrrelser skader i deler av hjernen som styrer impuls kontroll, og dermed gir personen økt risiko for å fremvise overgrepsatferd.

Relasjonelle faktorer:

- Personer med en funksjonshemming er ofte langt mer avhengig av omsorgspersoner enn andre på tilsvarende alder. Dette medfører en ulik maktfordeling og det er igjen en faktor som kan gjøre disse personer mer utsatte. I tillegg kommer at de ofte må forholde seg til et stort antall omsorgspersoner, noe som øker sjansen for at en av disse kan være en potensiell utøver.

Miljømessige faktorer:

- Barn av mødre som har rusmiddelproblemer eller har vært utsatt for partnervold under svangerskapet, har økt risiko for å bli født med utviklingsforstyrrelser. De som fødes inn i familier der vold allerede forekommer, har stor risiko for å bli utsatte.
- Isolasjon fra vanlig sosial omgangskrets og utvidet familie, enten i form av å vokse opp i en sosialt utstøtt familie eller på en institusjon, representerer også en risikofaktor.
- Plasseringer utfor familiehjemmet har ofte en tendens til å bringe utsatte grupper sammen med grupper som kan være tilbøyelige til å utnytte disse, uten at det tas nødvendige forholdsregler. Det er påvist økt forekomst av overgrep hos individer plassert i fosterhjem, gruppeboliger og institusjoner.
- Mens personer uten en funksjonshemming i mange situasjoner har kunnet unnsnippe fra situasjoner kjennetegnet ved overgrep, har funksjonshemmede ofte ikke dette valget.

- Funksjonshemmingen kan medføre at man utsettes for flere risikosituasjoner, som for eksempel det å måtte bruke offentlig transport, måtte leve eller jobbe sammen med andre som kan begår overgrep og lignende.

Sobsey & Calder's multifaktorielle modell er så langt det mest sofistikerte modellen for å belyse de ulike faktorene som til sammen utgjør den særlige utsattheten til personer med utviklingshemming og utviklingsforstyrrelser. Likevel er det klart at det trengs betydelig med forskning for å dokumentere om det faktisk er disse faktorene – eller evt. noen andre – som er de mest avgjørende (Petersilia, 2001).

Det er liten tvil om at det å tilhøre de økonomisk dårligst stilte lagene av samfunnet – og også å være blant de med lavest beskjeftigelsesgrad – i seg selv utgjør en betydelig risiko for å bli utsatt for ulike typer overgrep. Ikke minst skaper boforhold – det at man som utviklingshemmet ofte må avfinne seg med å bo tett inntil personer som har høyt potensial for å kunne utøve overgrep – en veldig utrygg situasjon for mange utviklingshemmede (Petersilia, 2001). En skal være litt forsiktig med å sammenligne forholdene i de land som danner utgangspunkt for modellen til Sobsey & Calder (hovedsakelig land som USA, England og Australia) med norske forhold. Dette er land som ikke har de samme velferdsordninger som vi har her i Norge, og der personer med utviklingshemming kanskje ofte vil mangle blant annet det økonomiske "sikkerhetsnettet", som utviklingshemmede tross alt har her. Likevel er det verdt å bemerke at det er noen paralleller, ikke minst det at vi har sett en økende tendens til at utviklingshemmede her i Norge samles i store (kanskje litt "gettolignende") kommunale boenheter – og i en del tilfeller sammen med andre brukergrupper som for eksempel personer med psykiatriske lidelser. Uavhengig av om individer med andre typer diagnoser enn utviklingshemming rent faktisk utøver overgrep mot mennesker med utviklingshemming, kan det å leve tett opp til dem utvilsomt være med på å skape utrygghet hos de sistnevnte.

Flere peker på at personer med utviklingshemming "henger etter" samfunnet i alminnelighet hva angår levestandard og økonomi; og det er en viktig medvirkende faktor til å øke deres utsatthet for overgrep. På et mer generelt plan handler dette om i hvilken grad ulike grupper i samfunnet er *synlige* og har mulighet for å delta på de samme arenaer som majoriteten. De som av ulike

årsaker er avholdt fra dette vil i utgangspunktet være lettere ofre for alle typer overgrep (se for eksempel Nilsson & Westlund, 2007).

Utviklingshemmede personer kan utsettes for overgrep fra andre personer med en utviklingshemming, dvs. medbeboere eller kollegaer, og overgrep finner typisk sted der den utviklingshemmede bor eller på jobben. Dette understreker poenget til Mansell og Sobsey: at det er måten samfunnet forholder seg til mennesker med en utviklingshemming, like mye som utviklingshemmingen i seg selv, som forårsaker deres økte utsatthet for overgrep (se side 15). Støtte til dette synet gis også i funnene til Marit Hoem Kvam (2004), selv om disse omhandler en annen gruppe mennesker med funksjonsnedsettelse: Hoem Kvam konkluderer med at "døve barn har høyere risiko for å bli utsatt for seksuelt misbruk enn hørende barn. Spesialskolene for døve representerer en ekstra risikofaktor, uansett om de døve elevene bor hjemme eller på kostskoler" (Hoem Kvam, 2004, s. 241). Flere andre artikler peker også på at det er nettopp på de arenaer som er innrettet spesielt med tanke på mennesker med utviklingshemming, at disse blir utsatt for overgrep (se for eksempel Zemp, 2002, og Beadle-Brown, Mansell, Cambridge, Milne, & Whelton, 2010). En liten, men i denne sammenhengen interessant, israelsk studie peker også på noe viktig: de utviklingshemmede ungdommene i studien er ikke mer utsatte på skolen, men derimot i høy grad under transporten til og fra skolen, altså på skolebussen - og spesifikt fra bussjåføren (Reiter, Bryen, & Shachar, 2007). Studien understreker poenget, at de "systemene" som samfunnet etablerer for mennesker med utviklingshemming, kan være med på å øke deres utsatthet for overgrep.

I de fleste tilfeller viser undersøkelsene at utøvere av overgrep er andre personer med utviklingshemming, men i tillegg står profesjonelle hjelpere (tjenesteytere) for en del av overgrepene. En ganske omfattende amerikansk spørreundersøkelse blant styrere i boliger/institusjoner for mennesker med utviklingshemming/-forstyrrelser viste at seksuelle overgrep i 65% av tilfellene var begått av andre beboere, mens de i 28% av tilfellene var begått av ansatte (Gust, Wang, Grot, Ransom, & Levine, 2003). En engelsk studie gikk igjennom saker som var henviste for "Adult protection" (som ledd i "No Secrets"-programmet, som ble startet opp i England i 2000 – se mer om dette nedenfor). Studien fokuserer på saker der det har vært mistanke om seksuelle overgrep, og dekker en periode på åtte år. Her fant man bl.a. at i de saker som

vedrørte antatte seksuelle overgrep var den antatte utøveren i 15,5% av tilfellene tjenesteytere, mens det tilsvarende tallet for andre antatte overgrep lå på 49,4% (Cambridge, Beadle-Brown, Milne, Mansell, & Whelton, 2011). Det er for store forskjeller i utførelsen av disse to studiene til at det er rimelig å sammenligne dem, og det er uansett vanskelig å si om disse tallene kan si oss noe om situasjonen her til lands. Men det er kjent at seksuelle overgrep blir begått av ansatte i tjenester for utviklingshemmede også i Norge. I tillegg er det liten tvil om at tjenesteytere utøver fysisk vold og uhjemlet tvang overfor mennesker med utviklingshemming. I en svensk studie fortalte 35% av respondentene (ansatte i botilbud) at de hadde vært involvert i voldelige episoder med beboere; 14% fortalte at de selv hadde vært utøvere av vold (i studien definert som: fysiske, psykologiske, seksuelle eller økonomiske handlinger) mot tjenestemottakere med utviklingshemming (Strand, Benzein, & Saveman, 2004). Dette skal trolig forstås på bakgrunn av at det kan forekomme en god del "represalier" overfor utviklingshemmede brukere av botilbud, som selv opptrer voldelig, truende eller sterkt provoserende.

Når en utviklingshemmet person fremviser voldelig og/eller på annen måte provoserende atferd, er det - som den ovennevnte studien illustrerer - i seg selv en risikofaktor for at vedkommende kan bli utsatt for vold eller andre former for overgrep fra tjenesteytere. Det kan i tillegg til fysisk vold være ulike former for "straff" som tilbakeholdelse av mat eller andre goder, kjefting eller trusler, låsing av dører og lignende. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, kapitel 9 (Lovdata, 2013), setter klare grenser for hva tjenesteytere har anledning til å gjøre dersom tjenestemottakere fremviser en atferd som kan være farlig for vedkommende selv eller andre. Selv om denne loven (tidligere: Lov om sosiale tjenester, kapitel 4A) utvilsomt har medvirket til å redusere og regulere den alvorligste tvangsbruken overfor mennesker med utviklingshemming, forekommer det sannsynligvis fortsatt en ikke ubetydelig anvendelse av uhjemlet tvang rundt omkring i botilbudene (Kroken, 2008).

Også personer som har psykotrop medikasjon (medisiner som antas å påvirke "psyken") for atferdsproblemer eller symptomer på psykiske lidelser kan være mer utsatt for overgrep av ulike typer (Baker & Tabor, 2005). Noen vil kanskje til og med hevde at overdreven eller feilaktig bruk av psykotrop medikasjon for å "behandle atferd" kan være et overgrep i seg selv, og det er godt

mulig at vi burde se tilnærmedesvis like kritisk på feilaktig bruk av slik medikasjon som vi ser på feilaktig bruk av tvang og makt overfor mennesker med utviklingshemming (Holden, 2004).

Spesielt om seksuelle overgrep

SUMO-prosjektet omhandler *alle* typer overgrep mot utviklingshemmede voksne, jf. definisjonen gitt i Europarådsrapporten (se ovenfor). Når vi her velger å ha et spesielt fokus på *seksuelle* overgrep og krenkelser mot denne gruppen, skyldes det at:

- seksuelle overgrep mot mennesker med utviklingshemming er som allerede nevnt den form for overgrep som er mest beskrevet i litteraturen;
- det er sannsynligvis også den hyppigst forekommende typen av overgrep;
- det er utvilsomt en av de alvorligste typene av overgrep mot denne gruppen;
- det er god grunn til å tro at det er en positiv korrelasjon mellom forekomst av seksuelle overgrep og forekomst av andre typer overgrep mot målgruppen;
- et funksjonelt system for forebygging, varsling og oppfølging ved seksuelle overgrep vil gjøre samme nytten i forbindelse med andre typer overgrep.

Mennesker med utviklingshemming anslås å være *minst* dobbelt så utsatte for seksuelle overgrep som normalbefolkningen. Dette estimatet er basert dels på studier fra andre land og dels på norske studier av personer med andre typer funksjonsnedsettelse (Eggen, Fjeld, Malmø, Welle, & Zachariassen, 2009). Det er antagelig et forsiktig estimat, og det er mulig at det faktiske tallet kan være vesentlig høyere. Det bør ikke være vanskelig å forstå at det er forbundet med store utfordringer – både metodemessig og etisk – å gjøre gode og pålitelige studier av forekomsten av seksuelle overgrep blant mennesker med svake kognitive og språklige ferdigheter. Som beskrevet ovenfor foreligger det likevel noen studier fra utlandet som kan brukes til å belyse forekomsten av overgrep – ikke minst seksuelle – innen gruppen av mennesker med utviklingshemming, men det er ikke gjort tilsvarende studier i Norge.

Selv om det er gjort få undersøkelser over utviklingshemmedes ønsker og tanker om kjærlighets- og seksuelle relasjoner, er det neppe grunn til å tro annet enn at mennesker med utviklingshemming langt på vei har de samme ønsker og behov i så henseende som folk flest. Vi har imidlertid grunn til å tro at mange personer med utviklingshemming også kan oppleve et større uoppfylt behov i forhold til det å inngå i intime relasjoner (se for eksempel McCabe, 1999).

Det å ha en kjæreste er noe som kan være svært viktig for en person med utviklingshemning, og noe som den utviklingshemmede kan strekke seg svært langt for å få oppleve; dette kan også innebære å akseptere å bli utsatt for seksuelle (og andre) overgrep fra "kjæresten". Dette ønsket om å ha en partner – og å være ansett som "normal" – er i litteraturen omtalt som "the desire to be partnered" (Kuosmanen & Starke, 2011).

Når det gjelder ulike seksuelle legninger blant utviklingshemmede finnes det om mulig enda mindre dokumentasjon. Men erfaring tilsier at utviklingshemmede kan fremvise samme variasjoner som befolkningen for øvrig. Det betyr at hjelpere og pårørende må klare å forholde seg til at en person med utviklingshemning kan være lesbisk, bi- eller homofil. Videre er det velkjent at det også finnes transseksuelle og transvestitter blant utviklingshemmede. Personer med utviklingshemning som er *skeive* kan bli møtt med liten forståelse, og deres atferd og preferanser kan lett bli oppfattet av omgivelsene som et "atferdsavvik" – og kanskje bli forsøkt gjort til gjenstand for behandling. Den skeive legningen kan bli oppfattet av omgivelsene som et "ekstra handikap" – og noe som en helst ikke bør bygge opp under. Dette kan sette den skeive utviklingshemmede i en vanskelig og risikabel situasjon, fordi legningen må holdes skjult for tjenesteytere og pårørende.

I en engelsk intervjuundersøkelse blant lesbiske, homo- og bifile utviklingshemmede rapporterte halvparten av deltakerne at de hadde vært utsatt for en eller annen form for overgrep - de fleste av seksuell art (Abott & Howarth, 2005). I Sverige har Lotta Löfgren-Mårtenson gjort en intervjustudie der det fremkommer at det både blant utviklingshemmet ungdom og blant tjenesteytere og foreldre finnes liten innsikt i at også mennesker med en utviklingshemning kan være homo- eller bifile; det er en usynlig gruppe (Löfgren-Mårtenson, 2009). Det er rimelig å anta at en slik "usynliggjøring" medvirker til å øke risikoen for å bli utsatte for overgrep; i første omgang seksuelle overgrep, men en kan anta at det også vil kunne være tale om andre typer overgrep og ulike former for utnyttelse.

Det er en utbredt oppfatning at mangelfulle seksuelle kunnskaper blant mennesker med utviklingshemning er en betydningsfull årsaksfaktor bak deres utsatthet for seksuelle overgrep - og også en årsaksfaktor til at noen utviklingshemmede kan bli seksuelle overgripere (Eggen et al.,

2009; McCabe & Cummins, 1996; Zachariassen, 2002). Utviklingshemmede vet ikke alltid at de har vært utsatt for et seksuelt overgrep, og grensene mellom samtykkebasert og ikke-samtykkebasert sex kan være flytende (se for eksempel Murphy & O'Callaghan, 2004). Mange vil også kunne ha vansker med å melde fra om seksuelle overgrep, fordi de ikke har begreper for disse handlingene. Behovet for å gi god og tilpasset seksualopplysning til mennesker med utviklingshemming påpekes ganske unisont i litteraturen. De vansker som utviklingshemmede i alminnelighet har med å overføre lærte ferdigheter fra en situasjon til en annen (generalisering) har vist seg å være en stor utfordring, og det trengs fortsatt utvikling av effektive opplæringsprogram, spesielt hva angår ferdigheter i å sette egne grenser og forstå andres (se for eksempel Miltenberger, Roberts, Ellingson, Galensky, Rapp, Long, & Lumley, 1999, og Fjeld, 2009).

3. Metode – informasjonsinnsamling og utarbeidelse av materiell

I det følgende gis en kort beskrivelse av hvordan prosjektgruppa har jobbet for å innhente bakgrunnsmateriell for sine konklusjoner, og jobbet med faglige nettverk for å få informasjon og innspill til prosessen med å utarbeide SUMO-prosjektets eget materiale. I resultatdelen gis det en nærmere beskrivelse av resultatene av våre undersøkelser, av det innsamlede materiale og dessuten av materialet som SUMO-prosjektet har utarbeidet. Videre redegjøres for den kunnskapsbasen som er påbegynt i samarbeid med NAKU.

3.1 Internasjonale og nasjonale retningslinjer (guidelines):

Vi har gjennomført søk etter internasjonale retningslinjer (*clinical guidelines*) basert på anbefalingene gitt i ”Retningslinjer for retningslinjer” (Statens Helsetilsyn, 2002):

- 1) National Institute for Clinical Excellence (NICE)
- 2) Canadian Medical Association Clinical Practice Guidelines Infobase
- 3) Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)

I tillegg har vi søkt på Guidelines International Network via Medisinsk bibliotek, Oslo universitetssykehus. Norske/nordiske kliniske retningslinjer er søkt gjennom Helsebiblioteket.

Både internasjonale og nasjonale retningslinjer er søkt med hjelp fra bibliotekjennesten ved Sykehuset Innlandet HF (SI). Det ble gjort to såkalte ”pyramidesøk” hvor vi sammen med bibliotekaren fant fram til søkeord som kunne være aktuelle. Slike ”pyramidesøk” innebærer å først søke etter kunnskapsoppsummeringer som samler etterprøvd, implementert og dokumentert viten. Deretter fortsetter søket nedover i ”pyramiden” hvor man på nederste trinn finner artikler fra mindre anerkjente tidsskrift og med single-case studier. På denne måten ”støvsuges” databasene etter aktuell litteratur innen et definert område. Denne metoden ble benyttet for å finne relevant litteratur som grunnlag for denne rapporten. Vi søkte i databasene MedLine, PsykInfo, Embase, Cochrane Library, Mac Plus, Amed, British Nursing Index og ERIC. MESH-termene *mentally disabled*, *mentally retarded*, *vulnerable adults*, *intellectual disability/disabled*, *intellectual impairment*, *sexual abuse*, *sex abuse*, *sexual crime*, *sex offences*, *sexual harassment*, *battered females*, *patient abuse* var blant de begrepene som ble benyttet. Vi kombinerte søkeord med OR, AND og NOT i de aktuelle databasene. Vi prioriterte artikler fra 2000 til d.d. – med unntak av enkelte artikler hvis forfattere er kjente for oss som betydelige bidragsytere innen

feltet. Artiklene ble registrert og relevans ble vurdert av to personer i SUMO-gruppa hver for seg. Deretter valgte vi ut artikler som begge hadde vurdert som relevante. Artikler har også blitt avdekket ved "snowballing"; dvs. at vi har funnet relevant litteratur i referanselister og at kollegaer/nettverket har gjort oss oppmerksomme på litteratur.

3.2 Informasjons-, kartleggings- og opplæringsmateriell rettet mot personer med utviklingshemming, tjenesteytere og andre nærpersoner:

Tre av medlemmene i prosjektgruppa har fra før deltatt i utarbeidelsen av henholdsvis håndboka fra fylkesmannen og habiliteringstjenesten i Finnmark: "Utviklingshemming og seksualitet. Forebygge og håndtere overgrep" (Bogetun, Kristiansen & Ovrud, 2012) og fagheftet fra Helse Sør-Øst: "Utviklingshemming og seksuelle overgrep – forebygging og oppfølging (Eggen et al., 2009). To av prosjektdeltakerne har dessuten utarbeidet et eget kartleggingsverktøy om sosioseksuelle kunnskaper, *SexKunn-testen* (Fjeld, Zachariassen & Fiske, 2000). Gjennom deltakelse i Nettverk: Funksjonshemming, Samliv og Seksualitet (NFSS) og klinisk virksomhet har prosjektdeltakerne på ulik vis vært involvert i utforming og utprøving av diverse undervisningsmateriell om kropp, identitet og seksualitet for mennesker med utviklingshemming. Under resultatdelen gis en nærmere beskrivelse av håndboka fra Finnmark, fagheftet fra Helse Sør-Øst, kartleggingsverktøyet samt utvalgte eksempler på undervisningsmateriell.

To av prosjektdeltakerne deltar sideløpende med SUMO-prosjektet i en revidering av fagheftet fra Helse SørØst, og var i den forbindelse på gruppelederutdanning i *Schyssta Relationer* høsten 2012 under Utvæg Skareborg (www.utvag.se). Dette er et program for forebygging av vold i nære relasjoner, som er utviklet spesielt med tanke på personer med utviklingshemming, og vil også bli beskrevet nærmere i det følgende.

3.3 Safeguarding Of Vulnerable Adults (SOVA) og "No Secrets":

Prosjektgruppa har vært på ekskursjon til Surrey County (England) og sett på hvordan *Sefeguarding of Vulnerable Adults (SOVA)* gjennomføres der. Ekskursjonen ble gjennomført i samarbeid med Samordningsrådet (SOR) og i forbindelse med SOR's eget prosjekt "Ingen hemmeligheter!" (www.surreycc.gov.uk/social-care-and-health/adult-social-care/protecting-adults-from-harm/safeguarding-adults-information-for-professionals/safeguarding-adults-multi-

[agency-procedures-and-protocols](#)). I Surrey traff vi bl.a. den overordnende (*Senior Manager*) for sikring av sårbare voksne i Surrey County, samt en representant for *Department of Health* (helsedepartementet). Videre deltok vi på den årlige SOVA-workshopen der alle instanser som er involvert i arbeidet med sikring av sårbare voksen mot overgrep i Surrey County var samlet. I workshopen ble det presentert resultater og statistikk fra ulike ledd av det forebyggende arbeidet, og det ble gjennomført gruppediskusjoner med utgangspunkt i konstruerte kasuistikker som belyste ulike stadier i *safeguarding*-prosessen. Denne workshopen ble utgangspunkt for at SUMO-prosjektet som et forsøk arrangerte sin egen workshop på høsten 2012 i samarbeid med BLD (se nedenfor).

3.4 Nettverksbygging og SUMO-workshop:

Ettersom SUMO-prosjektet representerer en ”ny” måte å tenke tverrsektoriell sikring av en sårbar gruppe voksne mot overgrep, har vi i liten grad kunne basere oss på eksisterende nettverk og informasjonskanaler. Prosjektdeltakerne har benyttet egne faglige nettverk, samt innspill fra BLD og andre, i arbeidet med å samle informasjon og få tilbakemeldinger på gruppas arbeid underveis i prosjektet. Dermed kan det selvsagt være instanser/personer som potensielt kan ha en viktig funksjon, eller ha viktige opplysninger i ft. det videre arbeidet, som en hittil ikke har ”tenkt inn i” dette prosjektet. Vi har jobbet bevisst med å gjøre prosjektet kjent, bl.a. ved å presentere våre foreløpige tanker i ulike konferanser og gjennom media, og på den måten håper vi at instanser som vi eventuelt har ”oversett” selv vil ta kontakt med oss, dersom de mener å ha viktige bidrag til oss.

Høsten 2012 inviterte SUMO-prosjektet til en workshop hos BLD. Invitasjonen gikk til en lang rekke av ”interessenter”, herunder brukerorganisasjoner, fylkesmenn, departementer, spesialisthelsetjenesten, politietaten, overgrepsmottak, forskningsinstitusjoner m.m. (se vedleggsdelen for detaljer). Workshopen hadde to formål:

1. Få innsamlet og systematisert tilbakemeldinger fra ”interessentene” på SUMO-prosjektets foreløpige konklusjoner;
2. Prøve ut modellen for ”tverrsektorielle diskusjoner” av konstruerte – men realistiske – konkrete problemstillinger med gjennomgående kasuistikker, som skal belyses i ulike nivåer av forebyggingsarbeidet.

Workshoppen hadde ca. 40 deltakere som etter en kort introduksjon ble delt opp i fire grupper med hver sin referent og ordstyrer. Gruppene jobbet i tre økter på rundt en time hver med overskriftene: Primær forebygging, Sekundær forebygging og Tertiær forebygging. Alle fire grupper fikk utdelt samme gjennomgående kasuistikk som de jobbet med ut fra disse tre perspektivene. Innen hvert perspektiv skulle de fremme forslag på individ-, tjenesteytings- og samfunnsnivå (politisk nivå). På slutten av workshoppen la gruppene frem sine forslag, som ble innsamlet av SUMO-prosjektets deltakere for oppsummering. De oppsummerte forslagene ble systematisert av SUMO-prosjektet og deretter sendt ut til alle deltakerne for utdypning og presiseringer. De bearbejdede oppsummeringene utgjør vedleggsdelen i dokumentet *Workshop oppsummering*. Programmet for workshoppen samt kasuistikker med spørsmålsstillinger finnes i vedleggsdelen.

3.5 Etablering av nettbasert kunnskapsbank om overgrep mot mennesker med utviklingshemming:

Det har vært et samarbeid mellom SUMO-prosjektet og Nasjonalt Kompetansemiljø om Utviklingshemning (NAKU) om etablering av en kunnskapsbank om overgrep mot mennesker med utviklingshemming som del av NAKU's allerede eksisterende kunnskapsbank.

4. Resultater - beskrivelser av innsamlet og utarbeidet materiell

4.1 Internasjonale og nasjonale retningslinjer (guidelines):

4.1.1 National Institute for Clinical Excellence (NICE)

Søket ga ingen treff på retningslinjer vedr. voksne personer med utviklingshemming og overgrep (*abuse*). Det finnes retningslinjer for mistanke om overgrep når det gjelder barn (se for eksempel National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (2009): *When to suspect child maltreatment*), som muligens kan være til støtte, men prosjektgruppa vil anbefale en viss forsiktighet når det gjelder å trekke paralleller mellom voksne utviklingshemmede og barn i denne sammenhengen. Dessuten finnes retningslinjer for oppfølging av posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD), som gjelder både voksne og barn (National Institute for Clinical Excellence (2005): *Post-traumatic stress Disorder (PTSD) – The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*). PTSD kan være en følge av at pasienten har opplevd overfall, familievold, seksuelle overgrep m.m. og retningslinjene beskriver både psykologiske og medisinske tiltak. Prosjektgruppes vurdering er at disse retningslinjene kan være aktuelle også overfor personer med utviklingshemming, men det fordres psykologisk/medisinsk spesialistkompetanse å sette PTSD-diagnosen i disse tilfellene.

4.1.2 Canadian Medical Association Clinical Practice Guidelines Infobase

Søket ga følgende funn: *Canadian Pediatric Society: The sexual abuse of young people with a disability or chronic health condition* (Kaufmann, 2011). Dette er en *clinical guideline*, som etter prosjektgruppas oppfatning er nok så generell, men den gir likevel noen gode innspill til tenkningen rundt tematikken. Dette er en guideline som henvender seg spesifikt til leger i primærhelsetjenesten (fastlegen), og fastslår at legen er i en unik posisjon for å kunne avdekke og følge opp pasienter som utsettes for overgrep. Legen bør være en modell når det gjelder å fremvise respekt for pasienten ved undersøkelser og i kommunikasjon med vedkommende. Det gis konkrete anvisninger hva angår tegn på at pasienten kan ha vært utsatt for overgrep, og for hvordan man kan kommunisere med pasienter som har lite eller intet verbalspråk (tegnspråk, Bliss). Videre gis det anbefalinger hva angår forebygging, inkludert opplæring om seksualitet for funksjonshemmede, trening

på selvhevdelses- og selvforsvarsferdigheter, grundig utvelgelse av profesjonelle tjenesteytere osv. (Kaufmann, 2011). Denne *guideline* finnes i vedleggsdelen.

4.1.3 Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)

Det ble ikke gjort noen funn på søk om voksne individer med utviklingshemming/-forstyrrelser og overgrep (*abuse*).

4.1.4 Guidelines International Network

Det ble ikke gjort noen funn på søk om voksne individer med utviklingshemming/-forstyrrelser og overgrep (*abuse*). Søk på *sexual abuse* ga fem treff, men alle vedrørte barn og det fremgikk ikke at det var noen av disse som spesielt vedrørte barn med en funksjonsnedsettelse.

4.1.5 Norske/skandinaviske søk

Det ble ikke funnet noen norske eller skandinaviske kliniske retningslinjer hva angår voksne mennesker med utviklingshemming/funksjonshemming og overgrep/sekuelle overgrep.

4.2 Informasjons-, kartleggings- og opplæringsmaterieil rettet mot personer med utviklingshemming, tjenesteytere og andre nærpersoner

4.2.1 Håndboka ”Utviklingshemming og seksualitet. Forebygge og håndtere overgrep”:

Håndboka er utarbeidet som et resultat av at Fylkesmannen i Finnmark i 2007 gjennomførte områdeovervåking, som avdekket at sikring av barn og ungdommer med funksjonsnedsettelse mot seksuelle overgrep ikke var godt nok ivaretatt av kommunene. Den er et resultat av et samarbeid mellom habiliteringstjenestene for barn og voksne i Finnmark, samt fylkesmannen i Finnmark. Første versjon av håndboka forelå i 2009 (Bogetun, Kristiansen & Ovrud, 2009). Håndboka kan gratis lastes ned fra Internett: www.helsekompetanse.no/sites/helsekompetanse.no/files/H%C3%A5ndbok%20seksuelle%20overgrep%20revidert%20juni%202012_0.pdf.

Håndboka har fokus på å være et lett tilgjengelig arbeidsredskap for å forebygge overgrep, og har ansatte i kommunale tiltak for personer med utviklingshemming som sin primære målgruppe. Den er delt i to hoveddeler: Del 1 som omhandler generell, grunnleggende kunnskap om seksuell utvikling og om hvordan seksualitet kan forstås hos mennesker med utviklingshemming, og Del 2 som gir en innføring i hvordan seksuelle overgrep kan forebygges og hvordan mistanke eller viten om seksuelle overgrep skal håndteres. Håndboka gir mange konkrete eksempler og har linker til en lang rekke ressurser og kontaktinformasjon. Dessuten inneholder den konkrete prosedyrer for hvordan ansatte i tjenestetilbud skal gå frem ved mistanke/avdekking og akutte hendelser av overgrep. Håndboka revideres og oppdateres årlig.

4.2.2 Fagheftet ”Utviklingshemming og seksuelle overgrep – forebygging og oppfølging”:

Fagheftet er en del av et større arbeid med å utarbeide ”best practices” for voksenhabiliteringstjenestene innen det tidligere Helse Øst (Oppland, Hedmark, Akershus, Oslo og Østfold). Dette arbeidet ble påbegynt i 2004 og har hittil resultert i en rekke faghefter innen ulike tema som er vurdert å være av stor aktualitet for ansatte innen voksenhabiliteringsfeltet. Fagheftene har blitt presentert i ulike fora både innen og utenfor habiliteringstjenestene og ligger fritt tilgjengelig på nettet under hjemmesiden til de respektive helseforetakene. Fagheftet ”Utviklingshemming og seksuelle overgrep – forebygging og oppfølging” ble ferdigstilt i 2009 (Eggen et al., 2009). Som det fremgår av ovenstående henvender fagheftet seg primært til ansatte innen spesialisthelsetjenesten – men det er likevel tenkt å kunne være praktisk anvendelig også for ansatte innen kommunale tjenester for mennesker med utviklingshemming.

Fagheftet ”Utviklingshemming og seksuelle overgrep – forebygging og oppfølging” gir en teoretisk bakgrunn for forståelsen av seksuelle overgrep mot mennesker med utviklingshemming. Det er likevel først og fremst ment å skulle være et praktisk verktøy for habiliteringstjenestene i å jobbe forebyggende og å kunne bistå kommunene ved konkrete saker samt med individuell oppfølging av utsatte. Fagheftet gir konkrete forslag til forebyggende tiltak, inkludert kartlegging av bistandsbehov, sosioseksuelle kunnskaper (se også nedenfor), opplæringsmateriell m.m. Videre gis det anbefalinger hva angår

retningslinjer som første- og andrelinjetjenestene bør følge ved mistanke om/avdekking av overgrep, samt hvilke metoder som finnes for oppfølging/behandling av utsatte.

Fagheftet baserer seg på anerkjente litterære kilder, men det er ikke gjort systematiske litteratursøk i forbindelse med utarbeidelsen av det; fagheftet er i betydelig grad basert på forfatterens egen kjennskap til feltet og kliniske erfaringer.

Det pågår nå et arbeid med å revidere fagheftet; ikke minst på bakgrunn av at det har skjedd endringer hva angår lovgrunnlaget som refereres til i heftet. Det foreligger foreløpig ikke konkrete planer for hvordan fagheftet er tenkt oppdatert/revidert videre. Ettersom fagheftet er under oppdatering er det anbefalt at de respektive habiliteringstjenestene tar det ut av sine hjemmesider på nettet. Det oppdaterte fagheftet vil bli gjort tilgjengelig via hjemmesidene til habiliteringstjenestene i Oslo, Akershus, Østfold, Hedmark og Oppland samt i NAKU's Kunnskapsbanken (se nedenfor).

4.2.3 SexKunn-testen:

SexKunn-testen - et tilpasset hjelpemiddel for kartlegging av kunnskap om seksualitet (Fjeld, Zachariassen & Fiske, 2000) er et seminstrukturert intervju utarbeidet med tanke på å kunne kartlegge sosioseksuelle kunnskaper. Med det menes den viten og de ferdigheter som relaterer seg til seksualitet i vid forstand. Det inkluderer grunnleggende kunnskaper om kroppen, dens funksjoner og utvikling, kjønnsorganene og deres funksjon – herunder forplantning, ulike former for seksualitet, seksuelle relasjoner mellom mennesker samt normer og regler for seksuelle handlinger.

Bakgrunnen for utarbeidelsen av SexKunn-testen var et stigende behov for å kunne vurdere sosioseksuelle kunnskaper, også hos personer med svake verbale ferdigheter. Gjennom søk i litteratur m.m. fant en ikke noe nordisk-språklig verktøy som gjorde bruk av bilder eller lignende i denne typen kartlegging. Søkene pekte imidlertid på at det fantes et australsk kartleggingsredskap, som tilsynelatende kunne fylle noen av de kriteriene som forfatterne bak SexKunn-testen hadde satt, herunder at det var tatt spesielle hensyn til individer med svake verbale evner. Dette instrumentet het SEXKEN (*Sexual Knowledge, Experience, and Needs Scale*, McCabe, 1999). SexKunn-testen er utarbeidet med

inspirasjon fra, men er ikke noen oversettelse av denne; forfatterne av SexKunn mener at denne har enklere spørsmålsformuleringer, og den har flere spørsmål som kan besvares ved bildepeking, enn SEXKEN (Zachariassen, 2002).

SexKunn-testen er oppdelt i tema 1: "Kroppen" med undertemaene "Kjønn og kroppsdel", "Pubertet" og "Hygiene"; tema 2: "Følelser"; tema 3: "Sex"; tema 4: "Holdninger"; og tema 5: "Prevensjon". Mange av spørsmålene (men ikke alle) i SexKunn-testen besvares ved peking på ett eller flere bilder i et utvalg (fire bilder som presenteres i en perm i A4-format). På grunnlag av gjennomføring av testen (intervjuet) kan det settes opp en "kunnskapsprofil" for vedkommende, som igjen kan danne grunnlag for vurdering av hvilke tiltak som bør iverksettes for å styrke personens sosioseksuelle kompetanse. SexKunn-testen har gjennom en årrekke blitt anvendt som pre- og posttest (før- og etter-) ved kurs for utviklingshemmede om samliv og seksualitet ved voksenhabiliteringstjenestene i Oslo, Akershus og Hedmark.

Per dags dato foreligger ikke aktuelle planer for en oppdatering/revidering av SexKunn, men forfatterne ser at behovet er tilstede, ikke minst at det trengs spørsmål i SexKunn, som vedrører bruk av mobiltelefoner og sosiale media.

Selv om SexKunn-testen ikke har blitt validert gjennom standardprosedyrer for validering av denne typen instrumenter, har vi gjennom praktisk bruk sett at instrumentet er anvendelig og gir klinisk relevant informasjon. Det finnes også en barnevernsversion av SexKunn, utarbeidet av barnehabiliteringstjenesten i Hedmark: KroppKunn (Falk, A., Lillebo, M.Z., Solberg A., & Velema, E., 2010).

KroppKunn (Falk et al., 2010):

Barn og ungdom med funksjonshemninger og/eller utviklingshemning skal i likhet med andre barn og unge ha undervisning på skolen om kropp, pubertet, hygiene, følelser, vennskap og kjærest. For enkelte skaper selve funksjonsnedsettelsen behov for informasjon om hvordan den påvirker deres liv, både mentalt og fysisk. Noen har behov for konkret opplæring og støtte til å etablere relasjoner til andre mennesker. For å kunne si

noe om hvilken opplæring et barn har behov for, har barneseksjonen ved habiliteringstjenesten i Hedmark utarbeidet KroppKunn som er et tilpasset hjelpemiddel for kartlegging av barns kunnskap om kropp, pubertet, hygiene, følelser, venner og kjærester. KroppKunn er laget for barn og ungdom 10-15 år med lett til moderat utviklingshemming, med eller uten fysisk funksjonshemming.

4.2.4 Undervisningsmateriell om kropp, identitet, sosiale relasjoner, etikk og seksualitet:

I denne seksjonen beskrives undervisningsmateriell som er utarbeidet spesielt for målgruppen mennesker med utviklingshemming. Det er materiell som kan brukes i undervisning av både ungdommer og voksne personer. Undervisning i mindre grupper (4-8 personer) har vist seg å være hensiktsmessig. Gruppene kan være av blandet kjønn, eller de kan være kjønnsdelte; tema og fokus vil være avgjørende for hva som er mest hensiktsmessig. Undervisningen bør ikke være lærerstyrt, men involvere deltakerne så mye som mulig; det bør i stor grad legges opp til øvelser, rollespill, diskusjoner m.m. (Eggen et al., 2009; Fjeld, 2009). Det er likevel viktig å poengtere at gruppebasert undervisning ikke egner seg for alle individer; det bør gjøres en grundig vurdering i forkant av om vedkommende besitter de ferdighetene som kreves for å kunne dra nytte av denne typen tiltak. Hvis ikke, må en vurdere andre muligheter, herunder individuell opplæring, tilrettelegging av miljøbetingelser o.a.

Materialet som beskrives her stammer fra ulike kilder, og skal omtales kort for hvert enkelt element. Felles for materialet er at det er godt kjent og har vært anvendt gjennom en årrekke både av SUMO-prosjektets deltakere og av en lang rekke av våre kollegaer i habiliteringstjenestenes faglige nettverk NFSS. På hjemmesiden til NFSS ligger det også linker til mer informasjon om dette og annet undervisningsmateriell: www.nfss.no. Vi har her bare tatt med materiell som vi har et godt kjennskap til og derfor kan innestå for kvaliteten. Dermed er ikke sagt at det ikke finnes annet utmerket materiale; det kommer hele tiden nytt på markedet, og det er umulig å være fullt oppdatert til enhver tid. I tillegg til NFSS' hjemmeside som holder et høyt faglig nivå og oppdateres jevnlig, vil vi også anbefale hjemmesiden til Socialt Udviklingscenter SUS i Danmark, der en finner mye relevant materiell, hvorav en betydelig del kan lastes ned gratis:

www.sus.dk/udgivelser/. Norsk Forbund for Utviklingshemmede (NFU) har også utviklet kursmateriell om samliv og seksualitet som henvender seg direkte til ungdommer og voksne med utviklingshemming (to hefter), samt ett hefte som er en veileder til hvordan kursmaterialet kan anvendes. Heftene fra NFU finnes på:

www.nfunorge.org/no/Nettbutikk/Kurshefter/.

Etikk, samliv og seksualitet, ESS. Dvd og lettlesthefte (Barstad, 2005)

ESS er en opplæringspakke for mennesker med utviklingshemning og består av en dvd-plate og en lettlestbok. Undervisningspakken tar for seg emner som folkeskikk, kropp, utvikling og pubertet, venner, kjærester, sex alene eller sammen med noen, grensesetting, overgrep, seksuelt overførte infeksjoner, prevensjon og graviditet. På pc eller tv kan man se på dvd'en og velge hvilket emne man vil inn på. Går man for eksempel inn på folkeskikk, vil man få se en scene utspille seg og deretter ulike løsninger på situasjonen. Slik kan man undre seg fram til hva som måtte være den beste løsningen. ESS er moro å arbeide med, alle kan greie noe, alle lærer noe, det er humor og en "ungdommelig" tone. Noen scener er animasjoner, mens noen scener kan man velge mellom animasjon eller film. I utgangspunktet anbefales scenene med animasjon, da noen reagerer negativt på å se film med virkelige mennesker som har sex. Lærerne bør se gjennom materialet før kursoppstart. Utgiver er Exben DA ved Bjørg Neset og Bernt Barstad.

På vej til voksen. Dansk billedmateriell med veileder (Løwert & Løt, 2003)

"På vej til voksen" er inspirert dels av det hollandske materialet "Geen Kind Meer (Ikke barn lengre)" og den engelske versjonen "Not a child anymore". Materialet består av en undervisningsveileder på 96 sider, 31 plansjer med 75 fotografier og 33 plansjer med over 100 illustrasjoner. Undervisningsveilederen er tilrettelagt for foreldre, pedagoger, lærere og andre hjelpepersoner og inneholder rammer, strategier, metodeanvisninger og forslag til øvelser. Veilederen er selvsagt skrevet med utgangspunkt i danske forhold, men dette er ikke noe hinder for at man lett kan tilpasse oppleggene etter norske normer og regler. Bildene er i svart-hvitt og er klare og direkte. De omfatter alt fra den kroppslige utviklingen fra barn til voksen, personlig hygiene, sex alene, sex sammen med noen, bruk av kondom, samleiestillinger, familie- og kjønnsroller, graviditet og fødsel og seksuelt

misbruk. Anette Carling Løwert og Karsten Løt har oversatt og tilpasset "På vej til voksen".

Kropp, identitet og seksualitet KIS (Lappegård, Nilsen & Rønvik, 2010)

Kropp, identitet og seksualitet er et materiell som kan brukes i undervisning, veiledning og i samtaler om temaet kropp, identitet og seksualitet. Materialet består av: CD med tegninger, bilder og filmer; perm med 230 sider muntlig tekst og historier til CD.

Målgruppa for materialet er ungdom med funksjonsnedsettelse, med hovedvekt på ungdom med lett utviklingshemming, men det kan også brukes av andre. "Anne" og "Marius" er to figurer som er gjennomgående i de ulike scenarier som illustrerer innholdet i KIS. I tillegg er det historier om andre figurer under de ulike temaene. Under "identitet" er det 8 historier om som vil være gjenkjennbare for mange i målgruppen. KIS skal være et bidrag til at målgruppen kan utvikle en tryggere identitet og bedre seksualliv gjennom undervisning, veiledning og dialog. Tema i materialet er: Kropp; Identitet; Venner og kjærester; Seksualitet; Prevensjon/kjønnsykdommer; Sette grenser; Mobil og Internett. Andre tema og tilleggsstoff som: hygiene, følelser, erting, mobbing, seksualtekniske hjelpemidler, leve uten barn, seksuelle overgrep og ekstra filmklipp. Materialet har vært til utprøving gjennom bl.a. NFSS; det er - så langt SUMO-prosjektet kjenner til - det mest oppdaterte undervisningsmateriell som per i dag foreligger på norsk, og det gjør bruk av elementer (tegninger, filmsekvenser osv.) fra flere av de her omtalte materialene.

Veileder til opplæringsprogram (Fjeld, 2001)

Veilederen er på 91 sider og inneholder foruten en pedagogisk plan for opplæringsprogram, også en instruktiv og illustrert veiledning av hver enkelt kursøkt. Veilederen er skrevet med det formålet at den skal være så kortfattet og instruktiv som mulig. Temaene i SexKunn er de samme som i Veilederen. Veilederen inneholder også et kartleggingsmateriell som viser hva nærpå personer mener at klientene kan om samliv og seksualitet. Temaer i opplæringsprogrammet er bl.a. å forebygge seksuelle overgrep og å veilede utviklingshemmede til ikke å bli gravide. I den forbindelse inneholder veilederen et forslag til saksgang ved mistanke om seksuelle overgrep og en veileder til bruk ved

steriliseringssaker.

Samlivsspillet (Fjeld, udatert)

Samlivsspillet er et stigespill hvor opptil fire deltagere kan være med. Deltageren slår en terning og flytter sin brikke framover til plasser med ulike farger. Han velger så et kort som matcher fargen på plassen han står på med brikken sin. Deltageren, eller hans hjelper, leser høyt spørsmålet som står på kortet. Deltageren kan svare på spørsmålet selv, si "pass" eller åpne for at de andre deltagerne kan svare. Deltagerne kan komme med forslag til spørsmålskort selv, eller spill-lederen lager tilpassede spørsmål til gruppen. Noen av spørsmålene er fra blant annet TV-serien "Hotel Cæsar", og disse må selvsagt endres/fjernes etter hvert som rollefigurene byttes ut i serien. Spørsmålene er i samsvar med temaene og innholdet i "SexKunn-testen" og "Veileder til opplæringsprogram; Utviklingshemmede, samliv og seksualitet". Samlivsspillet er utviklet av ansatte i kommuner i Hedmark Fylke i samarbeid med habiliteringstjenesten.

"Jeg lurere på" (Larsen & Grude, 2008)

Sørlandet sykehus HF Arendal har produsert og selger det egenutviklede spillet "Jeg lurere på". Hensikten er å få til dialog med utviklingshemmede omkring temaene sosiale ferdigheter, kropp og seksualitet gjennom lek. Slik sett har spillet samme funksjon som det litt eldre *Samlivsspillet* fra habiliteringstjenesten i Hedmark beskrevet ovenfor. Nærmere beskrivelser av hvordan disse spillene, samt det øvrige materialet omtalt her, kan inngå i opplæringsprogram for utviklingshemmede finnes for eksempel hos Fjeld (2009).

Overgrepsmateriell fra Socialt Udviklingscenter SUS

Socialt Udviklingscenter SUS i København som har laget en serie av lettleste hefter om seksuelle overgrep mot mennesker med funksjonsnedsettelse. Heftene henvender seg både til nærpersoner og til de handikappede selv, og heter "Seksuelle overgrep mod mennesker med handicap - gode råd om at se og forebygge overgrep" (Grünberger, 2010); "Seksuelle overgrep mod mennesker med handicap - gode råd når skaden er sket" (Grünberger, 2010) samt "Seksuelle overgrep - nej tak!" (Jørgensen & Nejstgaard, 2010). Sistnevnte er først

og fremst henvendt direkte til individer med utviklingshemming, og er et bildemateriale som viser ulike lett gjenkjennbare scenarier. Materialet kan lett anvendes for norske forhold, da det består av bildeserier med et veldig enkelt språk.

4.2.5 Schyssta Relationer (Utväg Skaraborg):

Kursmateriellet *Schyssta Relationer* er utarbeidet som en del av prosjektet Utväg Skaraborg, der 15 kommuner i Västra Götalands Län sammen med helseinstitusjoner, sykehus, politi- og påtalemyndighet, kriminalomsorg, kvinnehus, voldsoffersentre og en rekke andre organisasjoner siden 1996 har jobbet for å hindre gjentatt vold i nære relasjoner og hjelpe voldsutsatte. Til grunn for arbeidet i Utväg Skaraborg ligger WHO's økologiske modell for forståelse av årsaker til vold fra 1998. Men modellen er modifisert noe og en ser voldsfenomener som mer komplekse – og samtidig med et større innslag av individuelle valgmuligheter (dvs. også *utveier*) – enn tilfellet var i den opprinnelige, mer radikalfeministiske tenkningen (Utväg Skaraborg: Kursmanual for Schyssta Relationer, udatert). Mer informasjon om Utväg Skaraborg og Schyssta Relationer finnes på:

www.utvag.se.

Kunnskapen om vold mot personer med funksjonsnedsettelse er begrenset i Sverige, akkurat som tilfellet er i Norge. I 2007 utga imidlertid Brottsförebyggande rådet (BRÅ) rapporten "Våld mot personer med funktionshinder" (Nilsson & Westlund, 2007). I denne rapporten pekes det på at særlig tre faktorer har betydning for at funksjonshemmede personer er mer utsatte for vold enn andre: usynlighet, sårbarhet og avhengighet. Den svenske rapporten viser at kvinner med funksjonsnedsettelse, og særlig de med intellektuell funksjonsnedsettelse, er spesielt utsatte for overgrep, ikke minst seksuelle overgrep. Denne kunnskapen er med på å danne bakgrunnen for tiltakene som Utväg Skaraborg har iverksatt, og herunder altså kursprogrammet Schyssta Relationer.

Rapporten kan lastes ned her: www.bra.se.

Kursmanualen til Schyssta Relationer beskriver fem samlinger som går over to-tre timer hver, og der temaene er som følger: 1) Relasjoner, Bra Person; 2) Sex, ansvar og grenser; 3) Sex, ansvar og grenser (forts.); 4) Sex og samliv (på dette treffet anbefaler manualen at

Ungdomsmottagningen (rådgivning for ungdom om seksualitet og samliv) er invitert og bidrar med informasjon og diskusjon sammen med de faste kurslederne); 5) Vold og ansvar. Anbefalt gruppestørrelse er minimum 12 deltakere med utviklingshemming, og det er åpent for at man kan ha med ledsager, som da inngår i gruppen på lik linje med de andre kursdeltakere. Undervisningsformen er lite lærerdrevet, men baserer seg i stor grad på at deltakerne skal være aktivt deltakende. Kursledere legger imidlertid opp til en rekke praktiske øvelser som danner grunnlag for diskusjon i gruppa. Kursmodellen og måten en jobber på i Schyssta Relationer har en del fellestrekk med seksualitets- og samlivskursene, som voksenhabiliteringstjenesten i Norge har en del erfaring med å avholde.

4.2.6 SUMO-risikoanalyse, trygghetsvurdering og handlingsplaner m.m.

Som et resultat av SUMO-prosjektets informasjonsinnhenting og samarbeid med ulike fagpersoner har vi ut-/bearbeidet et relativt omfattende materiale av kartleggingsredskap, som skal belyse ulike aspekter av et individs sårbarhet for å bli utsatt for overgrep. Inspirasjonskildene til dette materialet er mange og det vil føre for vidt å omtale alle her; men risikoanalyseredskapet ARMIDILO (Boer, Haaven, Lambrick, Lindsay, McVilly, Sakdalan, & Frize, 2012) bør trekkes frem, så vel som nettsiden til Communication Disabilities Access Canada (CDAC). Se: www.accpc.ca/Resources_Abuse.htm. Boka "Scanning the Horizon (Baker & Tabor, 2005) har også vært til stor nytte, og herfra har vi oversatt tre skjemaer som også inngår i materialet vårt. Dessuten har vi tatt med *Thomson's Skjema*, oversatt til norsk i fagheftet fra Helse SørØst (Eggen et al., 2009).

Kartleggingen forsøker å inkludere risikofaktorer som er knyttet direkte til individet, risikofaktorer som vedrører de nære relasjoner som vedkommende inngår i, samt risikofaktorer knyttet til omfanget og kvaliteten på tjenestetilbudet som personen mottar. Hele materialet ligger i vedleggsdelen til denne rapporten; det gjelder også de konkrete forslag til handlingsplaner ved ulike "trinn" av avdekking/mistanke om at en utviklingshemmet person er utsatt for overgrep. De enkelte skjemaene og handlingsplanene skal kort presenteres her, men for øvrig anbefaler vi at man studerer vedleggsdelen for å bli bedre kjent med redskapene. Etersom dette er resultatet av prosjektets arbeid innen en begrenset tidsramme, er (det meste av) dette materialet ennå

ikke prøvd ut i praksis, og SUMO-prosjektet kan derfor ikke på inneværende tidspunkt gå god for at de har funnet sin endelige form. Det er vårt ønske å få gjort en systematisk utprøving av dette materialet i utvalgte norske kommuner (pilotprosjekt).

Før vi gir en kort presentasjon av materialet er det nødvendig å si ett par ord om etiske aspekter av å gjøre en såpass omfattende kartlegging av – tross alt – ganske sensitive personlige opplysninger, som det her er tale om. Selv om en stor del av kartleggingen ikke involverer den utviklingshemmede personen selv som informant, men derimot baserer seg på komparertopplysninger (pårørende, tjenesteytere), er det likevel viktig at både personen selv og de som gir denne informasjonen om vedkommende skjønner hensikten med dette – og ikke minst at de ser at informasjonen blir brukt til beste for personen som er gjenstand for kartleggingen! Derfor bør kartleggingen – der det avdekkes forbedringspotensialer og områder for intervensjon – alltid føre til utarbeidelsen av en handlingsplan, og dette er også poengtert og forsøkt ”tvunget frem” i måten materialet er utformet på.

SUMO Risikoanalyse

Del 1: tar for seg risikofaktor primært knyttet til personen og de nære relasjonene som vedkommende inngår i, men også boforhold, arbeids- og fritidstilbud m.m. Det inngår også en *Sjekkliste for brukersamtale i bolig* som er en kartlegging av personens følelse av trygghet og fornøydhet med boligen, sine medbeboere og sine tjenesteytere.

Del 2: tar for seg risikofaktorer primært knyttet til forhold ved et bomiljø; hvordan arbeidsmiljøet er, hvilke rutiner for jobbutførelse og opplæring/veiledning som finnes osv. Denne delen kan utføres med utgangspunkt i en bestemt tjenestemottaker, men kan også anvendes på et tjenestested som sådan. Selv om skjemaet i utgangspunktet er tenkt å skulle belyse risikofaktorer ved bomiljøet, skulle det ikke være noe til hinder for å bruke det samme skjemaet i ft. andre typer tjenestesteder som arbeids- eller dagtilbud.

SUMO-Risikoanalyse kan utmerket suppleres med de tre oversatte skjemaene fra ”Scanning the Horizon” (se nedenfor).

Vi vedlegger også fire skjema fra fagheftet "Fra hjem til hjem" (Fjeld, Hinsch, Øyslebø, Jansson, Ottesten & Berget, 2006), som vi mener kan være nyttige i forbindelse med etablering av en person med utviklingshemming i egen bolig.

Personlig trygghets-vurdering og Personlig trygghets-plan

- 1) *Personlig trygghets-vurdering*: er ment å skulle fylles ut ved hjelp av komparentopplysninger, men i noen tilfeller vil personen med utviklingshemming også kunne svare på spørsmålene selv.
- 2) *Min personlige trygghets-plan*: fylles ut i samarbeid med personen med utviklingshemming (eller representant), og kan både være en kartlegging av hvilke selvbeskyttelsesferdigheter vedkommende har, og en konkretisering og hjelp for vedkommende til å systematisere og tydeliggjøre strategier for å forebygge trusler mot egen sikkerhet.
- 3) *Tjenesteyteres plan for NN's personlige trygghet*: inneholder de samme punktene som *Min personlige trygghets-plan*, men formulert med utgangspunkt i hva tjenesteytere skal gjøre i de tilsvarende risikosituasjoner. De to planene bør selvsagt være samkjørte, og personen med utviklingshemming (eller dennes representant) bør være kjent med og involvert i utarbeidelsen av begge.

Oversatte skjema fra "Scanning the Horizon"

- 1) *The Tolerance Scale*: kan anvendes som rask "skanning" for opplagte faresignaler i et bomiljø for mennesker med utviklingshemming (eller andre tjenestesteder). Forfatterne foreslår at sjekklisten kan tilpasses til det enkelte tilfelle, og at den anvendes som en første indikasjon på om det bør foretas en mer omfattende kartlegging av forhold ved tjenestestedet (Baker & Tabor, 2005).
- 2) *Faktorer som kjennetegner en økt-risiko-situasjon (tjenestemottaker)*: Sjekklista tar for seg faktorer som både ut fra klinisk erfaring og litteraturen er kjente risikomarkører knyttet til personen med utviklingshemming, og gir også operasjonelle definisjoner av disse.

3) *Faktorer som kjennetegner en økt-risiko-situasjon (tjenesteyter):* Sjekklista tar for seg faktorer som både ut fra klinisk erfaring og litteraturen er kjente risikomarkører knyttet til tjenesteyteren, og gir også operasjonelle definisjoner av disse.

Disse tre skjemaene kan anvendes som et supplement til SUMO-Risikoanalyse.

Sjekkliste for hjelp til vurdering av samtykkekompetanse

Tar for seg helt grunnleggende ferdigheter som må være tilstede for at en person kan sies å ha samtykkekompetanse på et generelt grunnlag, samt mer spesifikke kunnskaper som vedkommende må ha for å kunne gi informert samtykke til et seksuelt forhold. Skjemaet er ment å skulle generere refleksjoner hos personen med utviklingshemming og dennes nærpåersoner, og kan selvsagt ikke benyttes som en *absolutt* rettesnor for om denne personen bør støttes eller ikke i egne valg.

Thomson's skjema

Skjemaet er i denne formen hentet fra fagheftet fra Helse Sør-Øst (Eggen et al., 2009), der det er oversatt til norsk fra den tidligere omtalte danske litteraturstudien til Elsebeth Kirk Muff (2001). Dette skjemaet er etter vår vurdering kanskje ikke helt up-to-date, da det kun gir åpning for at overgriper kan være en mann. Vi har likevel valgt å ta det med her, fordi det kan være et utmerket utgangspunkt for refleksjoner over hvorvidt en person med utviklingshemming kan befinne seg i en relasjon som kan innebære risiko for overgrep.

Retningslinjer ved mistanke om og avdekking av overgrep

- 1) *Sjekkliste: Tegn på at fysiske og/eller seksuelle overgrep kan ha funnet sted:* Denne sjekkliste er basert på håndboka fra Finnmark samt den eneste kliniske retningslinje vi fant, som var direkte rettet mot (seksuelle) overgrep mot mennesker med en funksjonsnedsettelse (Kaufmann, 2011).
- 2) *Gjør og ikke-gjør ved avdekking av overgrep:* gir konkrete råd om hvordan nærpåersoner skal forholde seg når en får mistanke om at overgrep har funnet sted eller finner sted. Den er basert på håndboka fra Finnmark.
- 3) *Retningslinjer ved akutte, konkrete hendelser:* basert på håndboka fra Finnmark; men det er i denne versjonen presisert at det må gis *konkret* og *oppdatert* informasjon om

kontaktpersoner i politiet samt telefonnumre til disse og til overgrepsmottak. Videre at det må fremgå av planen *hvem* som er ansvarlig for å holde den oppdatert på disse punktene.

4.3 Nærmere om *Safeguarding Of Vulnerable Adults (SOVA)* og ”No Secrets”:

I mars 2000 lanserte det engelske *Department of Health* tiltaket ”No Secrets”. Etter flere tilfeller i England med avdekking av grove overgrep mot ”sårbare voksne” krevde *Department of Health* at lovbestemte, frivillige og uavhengige virksomheter skulle arbeide sammen for å ”produsere politikk, veiledning og opplæring” om hvordan ulike instanser skulle bistå voksne med behov for ivaretagelse, som ble ansett for å være spesielt sårbare.

Tiltaket ble kalt ”No Secrets” i England og ”In safe hands” i Wales. Et sett med prosedyrer ble iverksatt i desember 2001 for at ansatte i ulike etater og organisasjoner skulle oppfylle sin plikt til omsorg og handling for å beskytte og støtte sårbare voksne. De lokale *Safeguarding of Vulnerable Adults Boards (SOVA-boards)* foretar stadige evalueringer og endringer i prosedyrene.

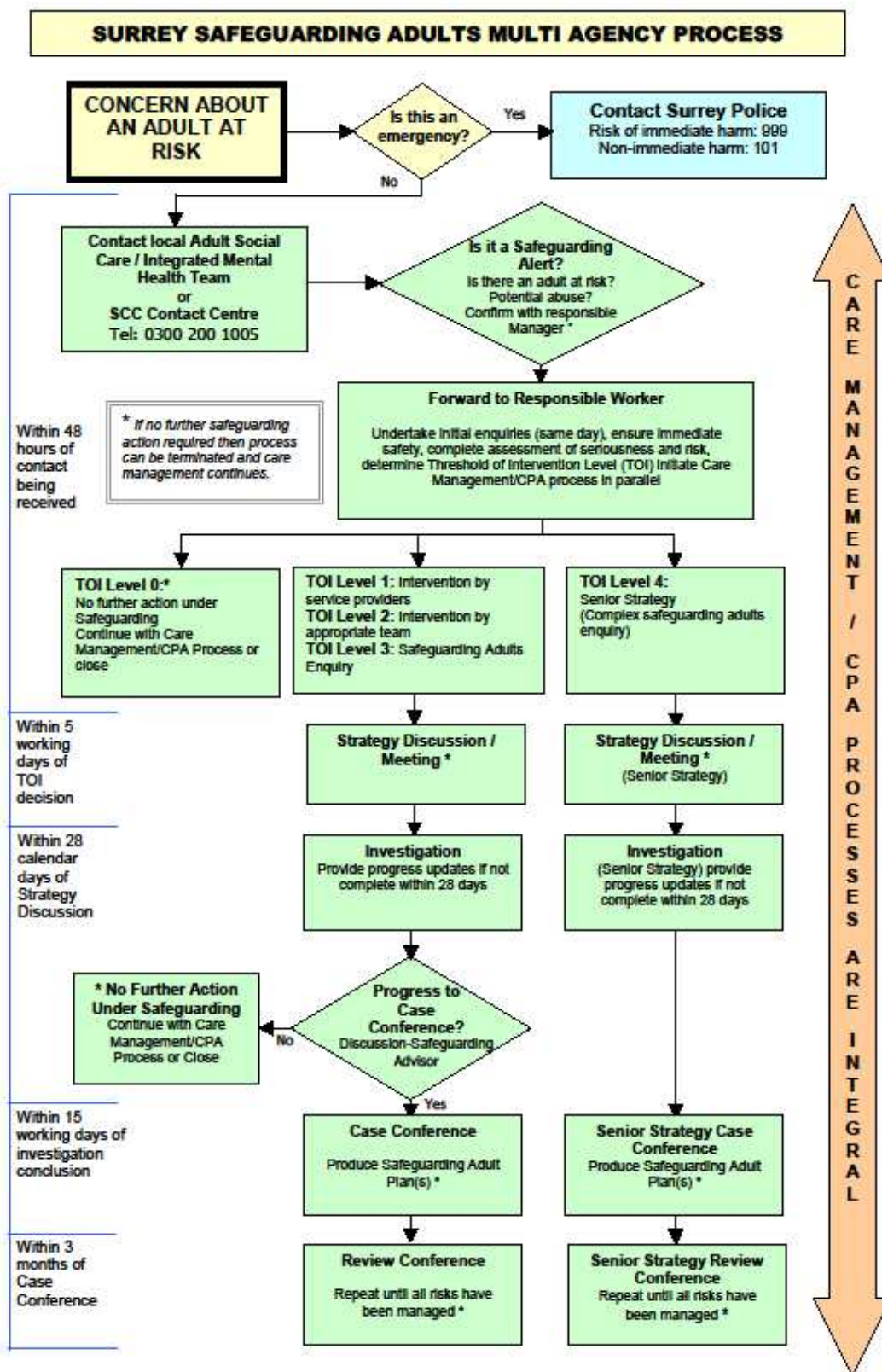
Å beskytte og sikre sårbare voksne har som utgangspunkt at alle voksne har rett til å leve fri fra overgrep og nedverdiggende behandling, men at noen mennesker har en livssituasjon som fører til økt risiko for overgrep. En slik gruppe mennesker er individer som mottar omsorgstjenester fra samfunnet. Det kan være eldre, funksjonshemmede, utviklingshemmede, rusavhengige, psykiatri for å nevne noe. Siden lanseringen av ”No Secrets” har det blitt vist at denne gruppen mennesker mer sannsynlig enn andre i befolkningen vil oppleve overgrep og kan ha problemer med å få tilgang til de allmenne hjelpetjenestene i samfunnet og/eller spesialiserte tjenester som er til for å holde dem trygge.

Målsetningen er at ved varsling til en hjelpeinstans om at det er mistanke om overgrep, så skal spesielt utpekte kontaktpersoner fra alle lokale hjelpeetater komme sammen, og innen 48 timer skal det være avklart hvilket tiltak som er det riktige for enkeltindividet som er utsatt (se flytskjemaet i Figur 1). Det skal presiseres at konklusjonen i mange tilfeller kan være at det *ikke* skal iverksettes spesielle tiltak – poenget er likevel at det har blitt gjort en tverretattlig vurdering

som har kommet opp med denne konklusjonen. Dermed flyttes ansvaret fra for eksempel en ufaglært ansatt i en kommunal bolig til en person som både er definert til og kvalifisert for å kunne – i samråd med andre kvalifiserte fagpersoner – foreta en slik vurdering. I skrivende stund er det, så langt SUMO-prosjektet har forstått, ikke lovpålagt for fylkene i England og etablere SOVA-boards, men det er ventet at dette vil skje i nær fremtid (Surrey Safeguarding Adults Board, 2011). I dagens situasjon fremgår det dermed ikke tydelig hvem eller hvilke instanser SOVA-boardene selv overvåkes av. Dette vil være et aktuelt tema å få klargjort nærmere, dersom en skal innføre en lignende modell i Norge.

I Figur 1 (neste side) er det vist hvordan SOVA-prosessen er ment å skulle fungere ved bekymring for at en sårbar voksen person kan være utsatt for overgrep. Bemerk spesielt tidsfristene som er anført ytterst til venstre i figuren. TOI som refereres til i fjerde linje eller nivå i figuren står for *Threshold Of Intervention* (terskel for intervensjon), og her opereres det altså med nivåene 0 – 4. 0 betyr ingen intervensjon; saken vurderes ikke å falle inn under SOVA; nivå 1 betyr at det er de nærmeste omsorgsgivere som håndterer saken; nivå 2 betyr at det er et mer spesialisert team som går inn, og nivå 3 og 4 innebærer at det opprettes en full SOVA-sak enten av enklere eller mer kompleks karakter (*Senior Strategy*).

Figur 1. Flytskjema over prosedyrer ved bekymring for en sårbar voksen person



4.4 Nettverksbygging og SUMO-workshop:

I arbeidet med SUMO-prosjektet har prosjektdeltakerne i stor grad basert sin kunnskapsinnsamling på egne faglige nettverk og en mangeårig klinisk erfaring innen habiliteringsfeltet. I tillegg har vi tatt BLD's innspill til sammensetting av en referansegruppe til etterretning (selv om vi altså ikke fikk opprettet en formell referansegruppe ved oppstart av prosjektperioden – som det er beskrevet ovenfor).

Inspirert av vår ekskursjon til Surrey County bestemte vi oss på et tidlig tidspunkt for å arrangere et arbeidsseminar med deltakelse av de personer/instanser som vi, basert på egne nettverk og innspillene fra BLD, så som aktuelle ”interessenter” i dette arbeidet. Arbeidsseminaret (SUMO-workshoppen) ble avholdt i BLD's lokaler 31. oktober 2012 og hadde et program med en ganske kort presentasjon av ”teori” og bakgrunnsdata, hvoretter størsteparten av dagen besto av gruppediskusjoner som ble notatført og bearbeidet til dokumentet i vedleggsdelen av denne rapporten: *Workshop oppsummering* (omtales nærmere nedenfor). I vedleggsdelen finnes også programmet for workshoppen, deltakerliste og gruppeoppgavene som ble stilt.

På et mer ”anekdotisk” nivå skal det anføres at vi fikk til dels svært positive tilbakemeldinger på workshoppen, og vi ble etterlatt med et meget klart inntrykk av at en slik type dialogmøter vil kunne være av stor nytteverdi fremover. Det er ikke gitt at vi i denne ”pilot-utprøvingen” klarte å treffe akkurat de rette personer og instanser, men tilbakemeldingene kan tyde på at vi nok ikke var helt ”i tåka”, og workshoppen vil være en verdifull erfaringsbakgrunn for å gå videre med denne modellen for slike dialogmøter.

Erfaringene med avholdelsen av SUMO-workshoppen – og med SUMO-prosjektet i sin helhet – har vist oss bygging av et nettverk rundt dette tema er en stadig pågående prosess; vi er ikke i mål og det mangler etter vår vurdering fortsatt en samlet oversikt over hvilke instanser og personer som har roller i arbeidet med å forbygge, avdekke og håndtere overgrep mott mennesker med utviklingshemming. Det er neppe helt urimelig å påstå at vanskene med å skaffe en slik oversikt reflekterer det faktum at ansvaret for sikring av utviklingshemmede mot overgrep per i dag ikke er tydelig plassert, eller det er ikke klart for alle aktører hvor ansvaret ligger for de ulike delene av det forebyggende, oppfølgende og behandlende arbeid. SUMO-prosjektet har prøvd å belyse

dette arbeidet fra så mange perspektiver som mulig (ut fra de kunnskaper vi har her og nå), og det innebærer også at vi presenterer forslag som omfatter ulike nivå (individnivå, tjenesteytingsnivå og samfunnsnivå/politisk nivå), så vel som ulike ”trinn” innen den handlingskjeden som består av primær, sekundær og tertiær forebygging (se definisjoner ovenfor).

Dokumentet *Workshop oppsummering* i vedleggsdelen er inndelt i Primær forebygging, Sekundær forebygging og Tertiær forebygging, og forslagene som kom under gruppearbeidet på workshopen (sammen med enkelte av SUMO-prosjektets egne forslag) er forsøkt plassert inn både på nivå og på ”trinn”. Skjemaene er delt opp i feltene: *Tiltaksområde* som beskriver selve tiltaket); *Verktøy* som beskriver kartleggingsredskap som kan anvendes, opplæringsmateriale og tips om arbeidsmetoder; *Kvalitetsmål* som beskriver hva som vil være ønskelige og så langt mulig målbare resultater av tiltakene); *Ansvar* som beskriver hvem eller hvilke instanser som bør ha ansvar for implementering) og *Oppfølging/kontroll* som antyder hvilke instanser som bør ha en rolle i å føre tilsyn eller lignende med tiltakene. I det følgende tar vi for oss enkelte punkter i de tre dokumentene som oppsummerer SUMO-workshopen, som vi mener trenger en nærmere utdyping. For øvrig vil vi henvise til dokumentet *Workshop oppsummering* i vedleggsdelen.

Oppsummering av SUMO-workshopen

Primær forebygging – 1) Individnivå:

Forslagene innen dette området kan deles inn i tre områder: 1) Kartlegging/individuell plan; 2) Styrke individets evne til selvbeskyttelse; 3) Deltakelse og sjølbestemmelse. I tillegg kommer som et eget punkt SUMO-prosjektets forslag om en rådgivningstelefon etter dansk modell (Sosialt Udviklingscenter SUS, 2012).

Generelt om de tre punktene som vedrører kartlegging og individuell plan ønsker vi å presisere viktigheten av en match mellom individets behov og tjenestetilbud. Enkeltvedtaket som fattes etter Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (KHOL) skal være i samsvar med hva enkeltindividet har behov for av bistand for å *leve et verdig liv* til enhver tid (Lovdata, 2013). Derfor er en grundig diagnostisk utredning viktig, men det trengs også mer spesifikk kartlegging av hva vedkommende faktisk kan og hva han/hun ikke kan. Dette ligger ikke fast over et livsforløp; ting kan endre seg over tid som følge av livshendelser, sykdomsforverring (eller -

forbedring) osv. Derfor kan det være klokt å gjøre en fornyet vurdering. En sårbarhetsvurdering kan være aktuell i mange situasjoner gjennom et individs livsforløp, men særlig ved vesentlige forandringer i vedkommendes livssituasjon, for eksempel ved flytting i egen (eller ny) bolig, jobbskifte og lignende.

En del av de kartleggingsredskap som vi her refererer til trengs det egen sertifisering eller særskilt opplæring for å anvende (Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS), Vineland Adaptive Behavior Scale), og det er psykolog eller lege som kan sette diagnosen psykisk utviklingshemming eller annen form for utviklingsforstyrrelse. Det er *svært* viktig at den som setter en slik diagnose samtidig sikrer seg at pasienten og/eller dennes representanter virkelig har skjønnet hva diagnosen innebærer, og ikke minst hvordan den påvirker pasientens sårbarhet.

SUMO-prosjektets eget kartleggingsmateriale krever ikke spesielle forutsetninger for å kunne tas i anvendelse, men de er per i dag *ikke* validerte kartleggingsverktøy og de har heller ikke vært prøvd ut; derfor kan SUMO-prosjektet ikke anbefale at de tas i anvendelse i sin nåværende form. Det er planen å gjøre en systematisk utprøving av dette materialet, som vil danne bakgrunn for den endelige utformingen.

Primær forebygging – 2) Tjenestenivå:

De områdene som peker seg ut her er 1) Personalkompetanse, -holdninger og utvelgelse; 2) Organisering av tjenestene, opplæringsplaner for personal og voldsforebyggingspolitikk og 3) fysisk utforming av boliger.

I tillegg til grunnlagsdokumentene ”Hvordan holde orden i eget hus” (Helsedirektoratet, 2004) og Meld.st. 13 – ”Utdanning for velferd. Samspill i praksis” (Kunnskapsdepartementet, 2012) vil vi fremheve fagheftet fra Helse SørØst *Grunnlagsarbeid for å fremme systematikk og kvalitet i tjenestetilbudet til personer med et omfattende og sammensatt bistandsbehov* (Finstad, Fredheim, Grønnerud, Stubstad, Vandbakk & Aasen, 2009) som et utmerket verktøy for å jobbe med kvalitetssikring av tjenestene for personer med utviklingshemming. Dette fagheftet er siktet inn mot mennesker med særlig store og sammensatte bistandsbehov, men prinsippene og verktøyene som her beskrives kan anvendes også i forhold til personer med mindre og ”enklerer”

bistandsbehov.

Et eksempel på en voldsforebyggende politikk gis i SUS-heftet *Forebygge vold på arbeidsplassen* (Sosialt Udviklingscenter, SUS, 2009). I vedleggsdelen har vi også tatt med et eksempel på en seksualpolitikk i kommunen; dette eksemplet er fra Stange kommune i Hedmark (se vedleggsdelen).

SUMO-prosjektet er av den oppfattelse at det er nødvendig å øke vektleggingen av *utvelgelse* av tjenesteytere for mennesker med utviklingshemming. God informasjon til jobbsøkere om jobbinnhold og arbeidsplassens overgrepforebyggende politikk, seksualpolitikk og lignende kan medvirke til at uegnede søker "siles ut" på et tidlig tidspunkt. Fremleggelse av *politiattest* er nå obligatorisk i Norge, men SUMO-prosjektet ønsker å understreke at dette langt fra er noen garanti for at det ikke kommer personer i disse tjenestene som har blitt straffet for forbrytelser som kan gjøre dem uegnede som tjenesteytere for sårbare personer. Politiattesten gjelder bare for overtredelser under straffelovens kapitel om seksualforbrytelser, og vedrører dermed ikke andre forhold som evt. ville kunne gjøre vedkommende uskikket til å yte omsorg for sårbare personer. Videre er fremleggelse av politiattesten per i dag en engangsforeteelse (så lenge en ikke skifter jobb), og det at den ikke trenger fornys kan være med på å redusere verdien av en politiattest. En norsk politiattest vil heller ikke fange opp om vedkommende er straffet for seksualforbrytelser i utlandet. I Sverige har man etter det vi forstår ikke valgt å gjøre fremleggelse av politiattest obligatorisk ved ansettelse i tjenester for mennesker med utviklingshemming, nettopp fordi en vurderer at dette bare gir en falsk trygghet (Nilsson & Westlund, 2007).

Primær forebygging – 3) Samfunnsnivå:

Punktene som er tatt inn her er:

1. Øke status til de som jobber nærmest tjenestemottakere – og også på spesialistnivå
2. Skape aksept for bruk av ulike typer turnus (for eksempel såkalt medlevertturnus, se nedenfor)
3. Unngå små stillingsbrøker for tjenesteytere
4. Utbrede forståelsen av KHOL og de plikter den pålegger kommunene
5. Øke utviklingshemmedes synlighet i det offentlige rom

Som det også er pekt på i Europarådsrapporten er lav lønn, få karrieremuligheter og lav status innen tjenester for mennesker med utviklingshemming medvirkende til å øke risikoen for overgrep og/eller forsømmelser mot denne gruppen (Brown, 2003). Flere av de artiklene vi har omtalt i denne rapporten peker også på at høy turn-over, samt at det som regel er et stort antall tjenesteytere ”innom” personen med utviklingshemming i løpet av en uke, er faktorer som gjør dem mer utsatte. Det har vist seg å være positivt for mange utviklingshemmede at man har organisert turnus i boliger som såkalt ”medlevertturnus”, dvs. at tjenesteytere jobber i større bolker, gjerne over flere døgn der en altså også sover i boligen. Denne typen turnus innebærer at man følger tjenestemottakeren mer sammenhengende, og en får mulighet for å gjøre ting sammen som ellers ville være vanskelig gjennomførbare (se for eksempel Linde, 2011). Om slike ordninger i hvert enkelt tilfelle er det beste, må bero på en individuell vurdering; generelt er vi i SUMO-prosjektet imidlertid av den oppfatning at det kunne trenge en større fleksibilitet i kommunenes planlegging og gjennomføring av tilbud for denne gruppen; det være seg så vel for boligområdet som for arbeid og fritid.

Det trengs holdningsendringer i samfunnet generelt overfor mennesker med utviklingshemming. Gjennom tv-serier som ”Tangerudbakken borettslag” har mange fått et innblikk i hvordan mennesker med utviklingshemming lever og tenker, og det er bra – men nettopp seriens store popularitet sier nok også noe om hvor lite synlige utviklingshemmede ellers er i det norske samfunnet. Det er forsvinnende få mennesker med utviklingshemming som er integrerte i det vanlige arbeidslivet, for eksempel: har en jobb i den lokale butikken eller lignende (Haram, 2011). Heller ikke innen organisert fritid og foreningslivet forøvrig merkes noe stort innslag av personer med utviklingshemming i de alminnelige tilbudene. Mange foreninger (for eksempel idrettsforeninger) har nok – eller kunne vært interessert i å ha – *integrerte* tilbud til denne gruppen, men erfaringsmessig benyttes disse i liten grad. Kanskje fordi en del utviklingshemmede trenger følge til slike aktiviteter, og det er ikke alltid fra kommunens side avsatt tilstrekkelig med ressurser til å kunne tilby dette. ”Integrerende aktiviteter” (deltakelse på *vanlige* samfunnsarenaer sammen med vanlige folk) må i langt større grad ivaretas gjennom individuell plan og lignende redskap, enn det som er tilfellet i dag.

Sekundær forebygging:

OBS. Under dette punktet har vi valgt å ikke skille mellom individ-, tjenesteytings og samfunns/politisk nivå, da det viste seg i praksis å være temmelig vanskelig holde nivåene klart atskilte fra hverandre.

Dette er ”trinnet” hvor de konkrete forslagene til retningslinjer for håndtering av mistanke om og avdekking av overgrep kommer inn. I tillegg er også ”sjekklister” over tegn på at et individ er utsatt for overgrep aktuelle her. Vi har valgt – i tillegg til SUMO’s eget materiale – å legge ved en klinisk retningslinje: *Canadian Pediatric Society: The sexual abuse of young people with a disability or chronic health condition* (Kaufmann, 2011). Vi mener denne guideline gir gode føringer også for voksne mennesker med utviklingshemming (se nærmere omtale ovenfor).

SUMO-materialet som anbefales anvendt her er:

- *Sjekkliste: Tegn på at fysiske og/eller seksuelle overgrep kan ha funnet sted*
- *Retningslinjer ved akutte, konkrete hendelser*
- *Gjør og ikke-gjør ved avdekning av overgrep*

Vi har anbefalt at det gjennomføres jevnlige øvelser på tjenestestedet der medarbeiderne får beskrevet et overgrepsscenario vedrørende en tjenestemottaker, og skal finne frem til en egnet handlingsplan. Det er viktig å faktisk ”tørrtrene” på det å ta telefoner til ulike instanser som politi, Barnehus, overgrepsmottak og lignende. Dermed får en tenkt igjennom hvordan en karest mulig får presentert en bekymring eller lagt frem sin viten om at et overgrep har skjedd. Samtidig bør en også ta en sjekk på om de telefonnumre som står i tjenestestedets prosedyrebeskrivelser fortsatt er gjeldende; dette bør en gjøre minst en gang i året, da vi dessverre erfarer at telefonnumre skiftes ut relativt hyppig.

Tertiær forebygging – 1) Individnivå:

Forslagene under dette punktet konsentrerer seg rundt oppfølging av *både* utsatt og utøver etter overgrep. Vi tror at det i mange tilfeller trengs nok så like tiltak; utøver kan for eksempel også trenge trening på selvhevdelsesferdigheter, bedre sosioseksuelle kunnskaper osv. Vi har også anbefalt at det tilbys veiledning til par der den ene parten har utsatt den andre for overgrep, og der

begge parter ønsker å forbli i forholdet. Dette er selvsagt et kontroversielt punkt, men vi mener at et slikt valg også må kunne være tilgjengelig for mennesker med utviklingshemming. Vi ser at det, for eksempel med kursopplegget *Schyssta Relationer*, faktisk går an å jobbe med par der den ene (eller begge) utøver vold eller annen form for overgrep. Selvsagt må alvorligheten av de begåtte overgrep veie tungt i en vurdering av aktuelle tiltak.

Profesjonelle omsorgsyttere har imidlertid også et ansvar for å veilede en person til ikke å bli i en relasjon som er opplagt skadelig for vedkommende. Som en hjelp til å gjøre slike vanskelige avveininger har vi lagt ved *Thompson's skjema* (fra: Eggen et al., 2009). Dette skjemaet kan – tross sine åpenbare mangler – brukes til å igangsette refleksjoner hos nærpå personer, og medvirke til at beslutninger treffes hva angår om man skal intervensjonere i tjenestemottakeres liv på denne måten.

Både internasjonale og nasjonale studier viser at mennesker med utviklingshemming som soner fengselsstraffer ikke får tilstrekkelig oppfølging under soningen – og ofte har de heller ikke vært ”plukket opp” av hjelpeapparatet før de begår forbrytelsene (Myrbakk & Søndena, 2010). I tråd med tilrådingene i Europarådsrapporten (Brown, 2003) ønsker SUMO-prosjektet å poengtere at det ligger et svært viktig forebyggende arbeid i også å følge opp de personer med utviklingshemming som har begått overgrep – eller som står i fare for å gjøre det.

Tertiær forebygging – 2) Tjenesteytingsnivå:

Forslagene under dette punktet omfatter: 1) at det opprettes kontaktpersoner innen politiet med tanke på saker der utviklingshemmede utsettes for overgrep (må vurderes om det er naturlig at en slik funksjon legges til familievoldskoordinatorerne) og et løpende samarbeid mellom politi (Statens Barnehus) og sosialtjenesten; 2) vurdering av utøvers boforhold (der utsatt er en medbeboer); 3) vurdering av utøvers arbeidsforhold (der utsatt er en kollega på jobben).

De to siste punktene er utfordrende for hjelpeapparatet: på den ene side kan det opplagt være klanderverdig å la en (kjent) utøver bo eller jobbe sammen med en person som vedkommende har utsatt for overgrep; på den andre siden har vedkommende også rettigheter som skal ivaretas, og det kan ikke være slik at absolutt ethvert overgrep skal føre til slike alvorlige konsekvenser for

utøveren som å miste bolig eller jobb. I slike saker vil etter SUMO-prosjekts oppfatning et samarbeid mellom politiet og sosialtjenesten være hensiktsmessig.

Tertiær forebygging – 3) Samfunnsnivå:

Forslagene som er oppsummert under dette punktet dreier seg om: 1) det er behov for systematisert kunnskap om anmeldelser og eventuelle strafferettslig oppfølging ved overgrep mot og av personer med utviklingshemming, herunder også bruken av dommeravhør; 2) det trengs en økt bevissthet om at alternative strafferettslige reaksjonsmuligheter, inkludert bruk av tvungen omsorg (unngå i størst mulig grad bruk av KHOL kap. 9 i saker der det faktisk er tale om kriminell atferd) og at Konfliktråd og samfunnsstraff også kan tas i bruk der utøver og/eller utsatt er utviklingshemmet; 3) det trengs et enda tydeligere lovverk som ivaretar utviklingshemmedes trygghet ved å pålegge kommunene å gi nødvendig og tilstrekkelig bistand og sikre kvaliteten på tjenestene; 4) det bør etableres regionale tverretatlige konsultasjonsteams for saker om overgrep begått mot mennesker med utviklingshemming.

I tillegg til disse fire punktene mener SUMO-prosjektet at det burde opprettes en alarmtelefon for voksne med utviklingshemming etter modell av *Alarmtelefon for barn og unge* (116 111); evt. at det vurderes om denne kan utvides til å omfatte gruppen av utviklingshemmede – eller: *sårbare voksne*.

4.5 SUMO i Kunnskapsbanken (NAKU):

Det er etablert en egen side under NAKU's kunnskapsbank for SUMO-prosjektet (se: <http://naku.no/node/1023>). Siden kan nåes fra Kunnskapsbankens meny side under tittelen: ”Overgrep: Sikring av utviklingshemmede – SUMO”. Fra andre av emnene under Kunnskapsbanken er det også lagt linker til denne siden, for eksempel under temaet ”Seksuelle overgrep”. Siden er i sin startfase, og det er håpet etter hvert å få lagt inn betydelig mer fagstoff, herunder ikke minst materialet som SUMO-prosjektet har utarbeidet, og som finnes i vedleggsdelen av denne rapporten. Dette forutsetter imidlertid at vi får gjennomført en systematisk utprøving av materialet, slik det også er nevnt tidligere.

5. Sammenfatning av prosjektgruppas anbefalinger

1. Gjøre en utprøving i utvalgte kommuner av de kartleggingsverktøy, handlingsplaner og retningslinjer, som SUMO-prosjektet har oppsamlet/utarbeidet

- SUMO-prosjektgruppa er positiv til å delta i et slikt prosjekt i samarbeid med BLD og/eller andre departementer ut fra BLD sine vurderinger
- Målet med utprøvingen er at SUMO blir implementert i alle kommuner og i alle tjenestetilbud for personer med utviklingshemming.

2. Implementere program etter modell av "No Secrets" (Surrey); etablering av en norsk modell for *Safeguarding of Vulnerable Adults Boards (SOVA-boards)*

- Nedsette en arbeidsgruppe som vurderer hvordan modellen kan omsettes til norske forhold.
- Arbeidsgruppa må være tverrdepartementtelt sammensatt.
- Viktige spørsmål som må avklares:

På hvilket nivå (fylke/helseregion/inndeling i hht. barnehus...?) skal *SOVA-boards* etableres?

Hvordan harmonerer norsk lovverk med det engelske i ft. å kunne overføre den engelske modellen til Norge?

Vurdere om et slikt system bør innbefatte en større gruppe enn bare voksne med utviklingshemming; *sårbare voksne*...?

Hvor skal et slikt system være forankret og finansiert; og hvordan sikre at de personer som er tilknyttet *SOVA-boards* faktisk har anledning til å komme sammen på meget kort varsel (for eksempel innen 24 timer) ved alvorlige saker?

3. Etablering av en varslingstelefon for utsatte personer med utviklingshemming (etter modell av *Alarmtelefon for barn og unge*, 116 111):

- Det bør gjennomføres et prosjekt der en slik varslingstelefon prøves ut; eventuelt i samarbeid med Statens Barnehus.
- Det kan vurderes om en skal utvide målgruppen til å omfatte "sårbare voksne" (jf. definisjonen i "No Secrets").

4. Etablering av en rådgivningstelefon om samliv og seksualitet etter modell av ULF's rådgivningstelefon i Danmark

- Et slikt prosjekt vil kunne gjennomføres i samarbeid med brukerorganisasjonene, Klara Klok, NFSS (Nettverk: Funksjonshemming, Samliv og Seksualitet) og NFKS (Norsk Forening for Klinisk Sexologi).

5. Kunnskap om vold og seksuelle overgrep mot mennesker med utviklingshemming skal være obligatorisk del av utdanningsplaner på alle helse- og sosialfaglige profesjonsutdanninger.

Jf. Stortingsmelding 13 (2011-2012) *Utdanning for velferd. Samspill i praksis*

(Kunnskapsdepartementet, 2012).

- Materialet som nå er innsamlet og utarbeidet gjennom dette prosjektet, i tillegg til den kompetansen som finnes innen habiliteringstjenesten og bl.a. NFSS, vil være tilgjengelig for lærere og studenter.

6. Alle som skal yte tjenester til personer med utviklingshemming skal ha dokumentert gjennomført grunnleggende opplæring om varsling og oppfølging ved avdekking av eller mistanke om overgrep.

- E-læringsprogram som er under utarbeidelse av SOR vil kunne være et nyttig redskap i denne sammenheng; det bør gjøres en systematisk utprøving av dette programmet.

7. Programmet for forebygging av vold i nære relasjoner – *Schyssta Relationer* – prøves ut systematisk i utvalgte kommuner – med voksne utviklingshemmede som målgruppe.

- En slik utprøving bør hovedsaklig belyse hvordan kompetanse i å anvende programmet kan overføres til kommunale innstanser, herunder om det evt. bør inn i høgskolesystemet eller lignende.
- Det bør vurderes å trekke kompetanse fra Utväg Skaraborg inn i planleggingen av en slik systematisk utprøving, særlig med tanke på å kunne bruke de svenske erfaringene på å få etablert tverrsektorielt samarbeid om vold i nære relasjoner.

Referanser:

- Abbott, D. & Howarth, J. (2005). *Secret loves, hidden lives? Exploring issues for people with learning difficulties who are gay, lesbian or bisexual*. Bristol: The Policy Press.
- Baker, S., & Tabor, A. (2005). *Scanning the Horizon. Using Organizational Data to Prevent Abuse and Neglect of People with Intellectual Disabilities*. Homewood, Illinois: High Tide Press, Inc.
- Barne-, Likestillings- og Inkluderingsdepartementet, BLD (2010). "Mennesker med utviklingshemming skal heller ikke diskrimineres!", *Informasjons- og utviklingsprogram 2010-2013* (Publikasjonskode Q-1176 B). www.publikasjoner.dep.no.
- Barstad, B. (2005). *ESS – etikk, samliv og seksualitet. En opplæringspakke for mennesker med utviklingshemning*. DVD videogram + arbeidshefte. Trondheim: Exben DA.
- Beadle-Brown, J., Mansell, J., Cambridge, P., Milne, A., & Whelton, B. (2010). Adult Protection of People with Intellectual Disabilities: Incidence, Nature and Responses. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 23: 573–584.
- Boer, D.P., Haaven, J.L., Lambrick, F., Lindsay, W.R., McVilly, K.R., Sakdalan, J., & Frize, M. (2012). [Online] Webadresse: <http://www.armidilo.net/#> [19.02.13]
- Bogetun, G., Kristiansen, H. & Ovrid, T. (2012). *Håndbok: Utviklingshemming og seksualitet. Forebygge og håndtere overgrep*. Bodø: Helse Nord RHF
- Brown, H. (2003). *Safeguarding adults and children with disabilities against abuse*. Strasbourg: Council of Europe Publishing.
- Cambridge, P., Beadle-Brown, J., Milne, A., Mansell, J., & Whelton, B. (2011). Patterns of Risk in Adult Protection Referrals for Sexual Abuse and People with Intellectual Disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 24: 118–132.
- Eggen, K., Fjeld, W., Malmo, S., Welle, S., & Zachariassen, P. (2009). *Utviklingshemming og seksuelle overgrep – forebygging og oppfølging*. Hamar: Helse Sør-Øst.
- Falk, A., Lillebo, M.Z., Solberg A., & Velema, E., (2010). *KroppKunn. En idebok for arbeidet med barns kunnskap om kropp, pubertet, hygiene, følelser og venner og kjærester*. Hamar: Sykehuset Innlandet HF.

- Finstad, J., Fredheim, T., Grønnerud, E.M.K., Stubstad, B., Vandbakk, M., & Aasen, B. (2009). *Grunnlagsarbeid for å fremme systematisk og kvalitativ tjenesteyting - Samsvar mellom brukers behov, vedtak og tilbud*. Hamar: Helse Sør-Øst.
- Fjeld, W. (udatert). *Samlivsspillet*. Hamar: Habiliteringstjenesten for voksne i Hedmark.
- Fjeld, W., Zachariassen, P. & Fiske, A. (2000). *SexKunn testen – et tilpasset hjelpemiddel for kartlegging av kunnskap om seksualitet*. Hamar: Habiliteringstjenesten i Hedmark.
- Fjeld, W. (2001). *Veileder til opplæringsprogram - utviklingshemmede, samliv og seksualitet*. Hamar: Habiliteringstjenesten i Hedmark.
- Fjeld, W., Hinsch, M., Øyslebø, E., Jansson, C., Ottesen, K., & Berget, A. (2006). *Fra hjem til hjem. Forberedelser og gjennomføring av flytting fra foreldrehjem til eget hjem for mennesker med utviklingshemming*. Hamar: Helse Øst.
- Fjeld, W. (2009). Mennesker med utviklingshemning og seksualitet: hvordan undervise og veilede? *Spesialpedagogikk*, 74 (3), 26-35.
- Fjermeros, H. (2009). *Åndssvak! Et bidrag til sentralinstitusjonenes og åndssvakeforsorgens kulturhistorie*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Grünberger, P. (2010). *Seksuelle overgrep mod mennesker med handicap - gode råd om at se og forebygge overgrep*. København: Socialt Udviklingscenter SUS.
- Grünberger, P. (2010). *Seksuelle overgrep mod mennesker med handicap - gode råd når skaden er sket*. København: Socialt Udviklingscenter SUS.
- Grøvdal, Y. (2013). Vold og overgrep mot mennesker med psykisk utviklingshemming (upublisert manus).
- Gust, D.A., Wang, S.A., Grot, J., Ransom, R., & Levine, W.C. (2003). National Survey of Sexual Behavior and Sexual Behavior Policies in Facilities for Individuals With Mental Retardation/Developmental Disabilities. *Mental Retardation*, 41 (5): 365-373.
- Haram, Ø. (2011). (foiler) [Online] Webadresse:
http://www.regjeringen.no/upload/BLD/funksjonshemmede/oystein_harmam.pdf
[19.02.13]
- Helsedirektoratet (2004). *Hvordan holde orden i eget hus – Internkontroll i sosial- og helsetjenesten (IS-1383)*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Holden, B. (2004). Bruk av psykotrop medikasjon blant mennesker med psykisk utviklingshemming – En undersøkelse i Hedmark. *SOR rapport*, 5: 35-39.

- Horner-Johnson, W. & Drum, C.E. (2006). Prevalence of maltreatment of people with intellectual disabilities: A review of recently published research. *Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 12: 57-96.
- Jørgensen, F.U. & Nejstgaard, L.O. (2010). *Seksuelle overgreb - nej tak!* København: Socialt Udviklingscenter SUS.
- Kaufmann, (2011). [Online] Webadresse: <http://www.cps.ca/documents/position/sexual-abuse-youth-disability-chronic-condition> [12.01.12]
- Kirk Muff, E. (2001). *Seksuelle overgreb på mennesker med handicap – et litteraturstudie*. København: Socialt Udviklingscenter SUS.
- Kroken, J. (2008). For lite kunnskap om tvang og makt. *Fontene*, 5: 40-46.
- Kunnskapsdepartementet (2012). *Meld. St. 13 – Utdanning for velferd. Samspill i praksis*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kuosmanen, J. & Starke, M. (2011). Women and Men With Intellectual Disabilities Who Sell or Trade Sex: Voices From the Professionals. *Journal of Social Work in Disability & Rehabilitation*, 10: 129-149.
- Kvam, M.H. (2004). Sexual abuse of deaf children. A retrospective analysis of the prevalence and characteristics of childhood sexual abuse among deaf adults in Norway. *Child Abuse & Neglect*, 28: 241-251.
- Lappegård, H., Nilsen, H., & Rønvik, G. (2010). *Kropp, Identitet og Seksualitet*. Arbeidsperm + DVD videogram. Bodø: Nordlandssykehuset.
- Larsen, V. M. & Grude, T. (2008). *"Jeg lurer på?" Et pedagogisk verktøy*. Grimstad: TalkPed AS.
- Linde, S. (2011). Tilpasset turnus = lavere sykefravær – lavere kostnader – flere fagfolk – bedre tjenester. *SOR Rapport*, 1: 27-35.
- Lovdata (2013). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)* [Online]. Webadresse: <http://www.lovdata.no/all/tl-20110624-030-009.html> [19.02.2013]
- Löfgren-Mårtenson, L. (2009). The Invisibility of Young Homosexual Women and Men with Intellectual Disabilities. *Sexuality and Disability*, 27: 21-26.
- Løwert, A.C. & Løt, K. (2003). *På vej til voksen... - et undervisningsmateriale til seksualvejledning af unge*. Vejle (DK): Speciallæge Anette Løwert ApS.

- Mansell, S. & Sobsey, D. (2001). *The Aurora Project. Counselling People with Developmental Disabilities Who Have Been Sexually Abused*. New York: NADD Press.
- McCabe, M. & Cummins, R. (1996). The Sexual Knowledge, Experience, Feelings and Needs of People with Mild Intellectual Disability. *Education an Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 31: 13-22.
- McCabe, M.P. (1999). Sexual Knowledge, Experience and Feelings Among People with Disability. *Sexuality and Disability*, 17 (2): 157-170.
- Miltenberger, R.G., Roberts, J.A., Ellingson, S., Galensky, T., Rapp, J.T., Long, E.S., & Lumley, V.A. (1999). Training and generalization of sexual abuse prevention skills for women with mental retardation. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 32(3): 385–388.
- Murphy, G. & O'Callaghan, A. (2004). Capacity of adults with intellectual disabilities to consent to sexual relationships. *Psychological Medicine*, 34: 1347-1357.
- Myrbakk, E. & Søndena, E. (2010). Lovbrudd begått av mennesker med utviklingshemming. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 47 (4): 322-325.
- National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (2009). [Online] Webadresse: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG89FullGuideline.pdf> [19.02.13]
- National Institute for Clinical Excellence (2005). [Online] Webadresse: <http://www.nice.org.uk/CG26> [19.02.13]
- Nilsson, L. & Westlund, O. (2007). *Våld mot personer med funksjonshinder. Rapport 2007: 26*. Stockholm: Brottsförebyggande rådet, Information och förlag.
- Pedersen, K. & Draiby, P. (2007). *Kys frøen. Idéer til seksualundervisning på specialskoler for børn og unge med funktionsnedsættelser – med fokus på elever med etnisk minoritetsbaggrund*. København: Socialt Udviklingscenter SUS.
- Petersilia, J.R. (2001). Crime Victims with Developmental Disabilities: A Review Essay. *Criminal Justice and Behavior*, 28 (6): 655-694.
- Reiter, S., Bryen, D.N., & Shachar, I. (2007). Adolescents with intellectual disabilities as victims of abuse. *Journal of Intellectual Disabilities*, 11 (4): 371-387.
- Socialt Udviklingscenter SUS (2009). *Forebygge vold på arbejdspladsen*. København: Socialt Udviklingscenter, SUS.

- Socialt Udviklingscenter SUS (2012). *Evaluering af ULFs seksualrådgivning. En rådgivning om kærlighedslivet, sund seksualitet og forebyggelse af seksuelle krænkelser til mennesker med udviklingshæmning*. København: Socialt Udviklingscenter SUS.
- Statens Helsetilsyn (2002). *Retningslinjer for retningslinjer. Prosesser og metoder for udvikling og implementering av faglige retningslinjer*. Oslo: Statens Helsetilsyn.
- Statens Helsetilsyn (2004). *ICD-10. Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. (6. oplag) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Strand, M.L., Benzein, E., & Saveman, B.I. (2004). Violence in the care of adult persons with intellectual disabilities. *Journal of Clinical Nursing*, 13: 506-514.
- Surrey Safeguarding Adults Board (udatert). *Surrey Safeguarding Adults Board (SSBA) – Induction Pack*. (Handout fra workshoppen: "Safeguarding Adults Investigations Roles and Responsibilities", Runnymede Centre, Chertsey, 26.03.12).
- Utväg Skaraborg (udatert): Kursmanual for Schyssta Relationer. (Handout fra: Gruppledarutbildning *Schyssta Relationer*, Skövde, 28.-29.11.12.
- Zachariassen, P. (2002). Kartlegging av kunnskaper om seksualitet hos mennesker med psykisk utviklingshemning. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 40 (2): 102-108.
- Zemp, A. (2002). Sexuelle Gewalt gegen Menschen mit Behinderung in Institutionen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 51: 610-625.

VEDLEGG

Innholdsfortegnelse:

SUMO Risikoanalyse:	side 64
- SUMO Risikoanalyse del 1: Sårbarhetsfaktorer knyttet til personen	side 65
- SUMO Risikoanalyse del 2: Sårbarhetsfaktorer ved bomiljøet	side 74
- Forslag til <i>Sjekkliste ved brukersamtale i bolig</i>	side 76
- Sjekkliste fra fagheftet ”Fra hjem til hjem” – hele prosessen	side 77
Personlig trygghets-vurdering og Personlig trygghets-plan:	side 81
- Personlig trygghets-vurdering	side 82
- Min personlige trygghets-plan	side 84
-Tjenesteyteres plan for ivaretagelse av NN’s personlige trygghet	side 86
Oversatte skjema fra ”Scanning the Horizon”:	side 88
- <i>The Tolerance Scale</i>	side 89
- Faktorer som kjennetegner en økt-risiko-situasjon (tjenestemottaker)	side 90
- Faktorer som kjennetegner en økt-risiko-situasjon (tjenesteyter)	side 91
Sjekkliste for hjelp til vurdering av samtykkekompetanse	side 92
<i>Thompson’s skjema</i>	side 94
Retningslinjer ved mistanke om og avdekking av overgrep:	side 96
- Sjekkliste: <i>Tegn på at fysiske og/eller seksuelle overgrep kan ha funnet sted</i>	side 97
- <i>Gjør og ikke-gjør ved avdekning av overgrep</i>	side 98
- <i>Retningslinjer ved akutte, konkrete hendelser</i>	side 99
- <i>The sexual abuse of young people with a disability or chronic health condition</i>	side 100
Eksempel på retningslinjer fra Stange kommune:	side 106
- Verdidokument – Utviklingshemmede og opplæring i forhold til tema seksualitet og forebygging av seksuelle overgrep	side 107
- Stange kommune - prosedyre for å varsle seksuelle overgrep mot tjenestemottakere i kommunen	side 112
- Kurs: Utviklingshemmede og opplæring i forhold til tema seksualitet samt forebygging av seksuelle overgrep	side 115

Dokumenter SUMO-workshop:	side 116
- Deltakerliste	side 117
- Program	side 120
- SUMO-Gruppearbeid	side 121
Workshop oppsummering:	side 123
- Primær forebygging	side 124
- Sekundær forebygging	side 132
- Tertiærforebygging	side 135

SUMO Risikoanalyse:

Del 1: tar for seg risikofaktor primært knyttet til personen og de nære relasjonene som vedkommende inngår i, men også boforhold, arbeids- og fritidstilbud m.m. Det inngår også en *Sjekkliste for brukersamtale i bolig* som er en kartlegging av personens følelse av trygghet og fornøydhhet med boligen, sine medbeboere og sine tjenesteytere.

Del 2: tar for seg risikofaktorer primært knyttet til forhold ved et bomiljø; hvordan arbeidsmiljøet er, hvilke rutiner for jobbutførelse og opplæring/veiledning som finnes osv. Denne delen kan utføres med utgangspunkt i en bestemt tjenestemottaker, men kan også anvendes på et tjenestested som sådan. Selv om skjemaet i utgangspunktet er tenkt å skulle belyse risikofaktorer ved et bomiljøet, skulle det ikke være noe til hinder for å bruke det samme skjemaet i ft. andre typer tjenestesteder som arbeids- eller dagtilbud.

Vi vedlegger også fire skjema fra fagheftet "Fra hjem til hjem" (Fjeld, Hinsch, Øyslebø, Jansson, Ottesten & Berget, 2006), som vi mener kan være nyttige i forbindelse med etablering av en person med utviklingshemming i egen bolig.

SUMO RISIKOANALYSE

1) SÅRBARHETSFAKTORER KNYTTET TIL PERSONEN

Tema: Identitet	Ja	Nei	Vet ikke
Har personen kjennskap til sin egen funksjonsnedsettelse (diagnose)?	0	2	1
Aksepterer personen diagnosen?	0	2	1
Aksepterer familie/pårørende diagnosen?	0	2	1
Har personen tilleggsdiagnoser?	2	0	1
Har personen kjennskap til disse?	0	2	1
Har noen informert personen om å være en sårbar voksen?	0	2	1
Definerer personen seg (eller: oppfattes personen) som ensom?	2	0	1

Tema: Boforhold (kryss av for aktuell boform)	
Bor personen hjemme hos foresatte? VIKTIG: hvis personen er over 23 år skal dette punktet skåres med 2 poeng!!!	0/2
Bor personen utenfor sin egen hjemkommune?	2
Bor personen i bofellesskap/-kollektiv med heldøgnsomsorg?	0
Bor personen i bofellesskap/-kollektiv uten heldøgnsomsorg (dvs. det er tider av døgnet der det ikke er bemanning i boligen)?	1
Bor personen i leid kommunal bolig utenom bokollektiv (satellittbolig) men med botjenester?	1
Bor personen i bolig uten tilknytning til hjelpesystemet	2
Bor personen i annen boform (spesifiser):	

Tema: Rammer/vedtak	Ja	Nei	Vet ikke
Har personen IP-koordinator?	0	2	1
Er det foretatt kartlegging av personens bistandsbehov?	0	2	1
Er det vedtak om bistand etter KHOL (enkeltvedtak)?	0	2	1
Hvis Ja: Hvor mange timer bistand har personen hver uke? _____ timer			
Er det samsvar mellom vedtaket og det reelle bistandsbehovet?	0	2	1
Personen har omfattende/kompliserte behov for medisinsk omsorg, inkludert psykotrop medikasjon?	2	0	1
Personen har omfattende behov for assistanse til personlig stell/pleie?	2	0	1
Personen fremviser utfordrende atferd, som gjør det nødvendig for tjenesteytere å utøve tvang/makt?	2	0	1
Hvis Ja: Er det fattet vedtak om bruk av tvang/makt etter KOHL kap. 9?			
Virker personen positivt innstilt til å motta bistand?	0	2	1
Virker personen generelt sett fornøyd med tjenestetilbudet vedkommende mottar?	0	2	1
Er det blant tjenesteyterne noen som har et spesielt godt kjennskap til vedkommende og hennes/hans bakgrunnshistorie?	0	2	1

Tema: Jobb/dagtilbud	Ja	Nei	Vet ikke
Har personen jobb/tilbud?	0	2	1
Mestrer personen jobben sin (virker dagtilbudet og være godt tilpasset personens evner/interesser)?	0	2	1
Viser personen trivsel på jobben/dagtilbudet?	0	2	1
Er personen avhengig av tjenestekjøring til/fra arbeid/dagtilbud?	2	0	1
Hvor mange timer pr. uke er personen i jobb/dagtilbud? _____ timer			
Er jobben tilknyttet en (kryss av i rubrikk):			
Ordinær bedrift?			
Dagsenter?			
VTA-bedrift?			
Annet: (Spesifiser)			

Tema: Fritid	Ja	Nei	Vet ikke
Er personen med på fritidsaktiviteter?	0	2	1
Har personen interesser/hobbyer som deles med eller <i>kan</i> deles med andre?	0	2	1
Trives personen dårlig i eget selskap? (klarer ikke å holde seg selv beskjeftiget på en positiv måte; kjeder seg lett og/eller bli fort rastløs når alene)	2	0	1
Tilbringer personen store deler av sin fritid alene?	2	0	1
Har personen interesser som er "altoppslukende" for vedkommende, men som bare deles av svært få andre ("besettelser")?	2	0	1
Har personen støttekontakt og/eller treningskontakt?	0	2	1

Tema: Økonomi	Ja	Nei	Vet ikke
Har personen god økonomi?	0	2	1
Har personen verge?	0	2	1
Har personen forståelse av sin egen økonomi og pengebruk? (skår Vet ikke (1 poeng) hvis personen har litt forståelse)	0	2	1
Tar personen hånd om kontanter og oppbevarer de på en trygg måte?	0	2	1
Lar personen seg utnytte f.eks. ved å gi penger/gaver til andre?	2	0	1

Tema: Historikk	Ja	Nei	Vet ikke
Har personen hatt kontakt med barnevernet i oppveksten?	2	0	1
Har personen bodd i et fosterhjem?	2	0	1
Har personen vokst opp (delvis) i institusjon?	2	0	1
Har personen vokst opp i barnebolig eller lignende?	2	0	1
Foreligger det pålitelig informasjon om at personen har vært utsatt for vold, seksuelle overgrep eller grov forsømmelse?	2	0	1

Tema: Historikk (fortsatt)			
Har personen skiftet bosted: (kryss av for ett av nedenstående alternativer)			
Aldri eller bare 1-2 ganger og/eller uten oppbrudd fra viktige sosiale arenaer (barnehage, skole, venner, organiserte fritidsaktiviteter)?			0
Mer enn 2 ganger og/eller med minst ett oppbrudd fra viktige sosiale arenaer?			1
Mange flytninger og oppbrudd fra viktige sosiale arenaer og/eller vanskelig å skaffe oversikt over personens bosteder gjennom oppveksten?			2
Vet ikke			1

Tema: Familie/relasjoner/kjæresteforhold	Ja	Nei	Vet ikke
Har personen god kontakt med mor/fostermor?	0	2	1
Har personen god kontakt med far/fosterfar?	0	2	1
Har personen god kontakt med søsken/fostersøsken?	0	2	1
Har personen god kontakt med besteforeldre/fosterbesteforeldre?	0	2	1
Har personen god kontakt med tanter/onkler?	0	2	1
Har personen god kontakt med annen familie/fosterfamilie?	0	2	1
Har personen kjæreste?			
Hvis Ja: 1) Kjenner pårørende vedkommende?	0	2	1
Hvis Ja: 2) Kjenner ansatte i boligjeneste/hjelpeapparat eller på personens arbeidsplass vedkommende?	0	2	1
Hvis Nei: Har personen noen gang hatt en kjæreste?	0	2	1
Har personen nære venner?	0	2	1
Pleier personen jevnlig omgang med vennene sine?	0	2	1

Tema: Kompetanse	Ja	Nei	Vet ikke
Har personen hatt opplæring om seksualitet og samliv?	0	2	1
Vet personen hva seksuelle overgrep er?	0	2	1
Vet personen hva voldtekt er?	0	2	1
Vet personen hva utnyttning er (seksuell, økonomisk, annen)?	0	2	1
Kan personen noen regler for bruk av sosiale medier?	0	2	1
Har personen strategier for hva han/hun gjør i en truende situasjon?	0	2	1

Tema: Tilleggsinformasjon	Ja	Nei	Vet ikke
Har personen en klar kjønnsidentitet?	0	2	1
Har personen en annen kjønnsidentitet enn det ytre kjønnsuttrykket?	2	0	1
Er personen homo- eller bifil?	2	0	1
Har personen tidligere vært utsatt for (eller foreligger det mistanke om at vedkommende har vært utsatt for) seksuelle og/eller voldelige overgrep?	2	0	1
Har personen atferdsvansker?	2	0	1
Misbruker personen rusmidler?	2	0	1
Har personen en (eller flere) psykiatrisk(e) diagnose(r)?	2	0	1
Kommer personen fra en etnisk bakgrunn der seksualitet er tabuisert? (for eksempel der førekteskapelig sex eller sex med samme kjønn anses som synd og/eller svært forkastelig)	2	0	1
Kan personen selv velge hvem han/hun vil være kjæreste med? (dvs. det er ingen kulturelle/familiære forhold som begrenser egne valgmuligheter?)	0	2	1
Skifter personen kjæreste ofte?	2	0	1
Er nærpå personer bekymret hva angår personens valg av kjæreste(r)?	2	0	1

Tema: Brukersamtale i bolig* (sammenfatning)	Ja	Nei	Vet ikke
<i>Hvor fornøyd er du med å bo her i _____?</i> Skår "Ja" (0 poeng) ved skårer i grønt felt, "Nei" (2 poeng) ved skårer i rødt felt, "Vet ikke" (1 poeng) ved skårer i gult felt	0	2	1
<i>Er det noe du spesielt liker ved å bo her i _____?</i> Skår "Ja" (0 poeng) hvis personen har angitt ett eller flere forhold	0	2	1
<i>Er det noe du spesielt misliker ved å bo her i _____?</i> Skår "Ja" (2 poeng) hvis personen har angitt ett eller flere forhold	2	0	1
<i>Hvor fornøyd er du med å ha _____ som primærkontakten din?</i> Skår "Ja" (0 poeng) ved skårer i grønt felt, "Nei" (2 poeng) ved skårer i rødt felt, "Vet ikke" (1 poeng) ved skårer i gult felt	0	2	1
<i>Føler du at du kan prate med primærkontakten din om alt mulig?</i>	0	2	1
<i>Føler du deg trygg her i boligen?</i>	0	2	1
<i>Liker du de andre som bor her i _____?</i>	0	2	1
<i>Er det noen av de som bor her du liker spesielt godt?</i>	0	2	1
<i>Er det noen av de som bor her du liker spesielt dårlig?</i>	2	0	1
<i>Er det noen av de som jobber her du liker spesielt godt?</i>	0	2	1
<i>Er det noen av de som her du liker spesielt dårlig?</i>	2	0	1

* Se eget skjema: *Forslag til sjekkliste ved brukersamtale i bolig*

SUMO risikoanalyse: Oppsummering sårbarhetsfaktorer		
Identitet	/14	0-3=grønt 4-10=gult 11-14=rødt
Rammer/vedtak	/20	0-5=grønt 6-15=gult 16-20=rødt
Jobb	/8	0-2=grønt 3-5=gult 6-8=rødt
Fritid	/12	0-3=grønt 4-9=gult 10-12=rødt
Økonomi	/10	0-3=grønt 4-7=gult 8-10=rødt
Historikk	/12	0-3=grønt 4-9=gult 10-12=rødt
Familie/relasjoner/kjæresteforhold	/22	0-6=grønt 7-18=gult 19-22=rødt
Kompetanse	/12	0-3=grønt 4-9=gult 10-12=rødt
Tilleggsinformasjon	/22	0-5=grønt 7-17=gult 18-22=rødt
<i>Brukersamtale i bolig (sammenfatning)</i>	/22	0-5=grønt 7-17=gult 18-22=rødt
Boforhold:	/8	0-2=grønt 3-5=gult 6-8=rødt
NN bor i _____		
NN mottar bistand _____ timer per uke		
Jobb:		Har jobb =grønt
NN har ikke jobb <input type="checkbox"/>		Har ikke jobb =rødt
NN jobber i _____		
NN jobber _____ timer per uke		

Hvordan bruke SUMO-risikoanalyse:

Skårene i dette risikoanalyseskjemaet skal ikke oppfattes som noe annet enn retningsgivende. Skjemaet og skåringen av det er ment å skulle føre til refleksjoner over om personen som skåren utføres for kan betraktes som værende i en spesielt sårbar situasjon. Det vil alltid være en helhetlig vurdering som tilsier om tiltak bør iverksettes – og i gitt fall hvilke.

Det *kan* være forbigående forhold som gjør at en person skårer høyt på enkelte av områdene, som for eksempel at vedkommende nylig har flyttet inn i en bolig og derfor ikke har blitt så godt kjent med andre beboere og betjening enda. Slike forhold må selvsagt alltid tas med i en vurdering.

Dersom personens skårer ligger på *rødt* risikonivå på flere områder, vil det imidlertid være en ganske sterk indikasjon på at det er forhold ved personens situasjon/tilbud som bør vurderes nærmere, for eksempel bytte av bolig, skifte jobb eller lignende. Skårer innen rødt risikonivå bør alltid føre til at det gjøres en nærmere vurdering, og der de(n) høye skåre(n)e ikke har en umiddelbart innlysende og forbigående årsak bør det iverksettes strakstiltak.

Skårer i *gult* risikoområde kan være en indikasjon på at det er forhold som bør gjennomgås nærmere. Her kan en imidlertid ta seg bedre tid til å gå gjennom situasjonen og prate med personen selv og/eller dennes pårørende/representanter om hvordan vedkommende opplever sin situasjon/tilbud. Flere skårer innen gult risikonivå bør også være en foranledning til at man gjennomfører en ny risikoanalyse etter en viss tid.

Bemerk at forhold som hvorvidt en person bor i forelderhjemmet eller i en bolig med døgnbemanning *ikke* er gitt noen skåre i SUMO-risikoanalyse skjemaet. Det skyldes at begge deler kan være så vel beskyttelses- som risikofaktorer, alt avhengig av personens situasjon for øvrig. Hvis det for eksempel er mistanke om at en person utnyttes økonomisk av foreldre eller søsken, kan det å bo i forelderhjemmet neppe betraktes som en beskyttende faktor. Eller hvis det er mistanke om at en tjenesteyter forgriper seg på en person, er det å bo i en døgnbemannet bolig i aller høyeste grad en risikofaktor for vedkommende.

Tilsvarende må også de forholdene som i SUMO-risikoanalyse skjemaet gis en tallmessig skåre, vurderes i lyset av personens omstendigheter for øvrig: For eksempel kan en person ha høy kompetanse om overgrep nettopp fordi vedkommende har vært utsatt for overgrep, og i den situasjonen er ikke nødvendigvis høy kompetanse en tilstrekkelig beskyttelse, fordi vi vet at det å ha vært utsatt er en faktor som i seg selv øker sannsynligheten for å bli utsatt på nytt. Derfor er det uhyre viktig å ikke stirre seg blind på skårene på de enkelte områdene, men å se personens situasjon/tilbud i sin helhet.

SUMO RISIKOANALYSE

2) RISIKOFAKTORER VED BOMILJØET

Tema: Arbeidsmiljø	Ja	Nei	Vet ikke*
De som jobber her er stort sett fornøyde med sine arbeidsforhold og arbeidsmiljøet	0	2	1
Det prates mye om kollegaer som ikke gjør jobben sin, dårlig ledelse, uklare ansvarsforhold og lignende	2	0	1
Det er lett å ta opp problemer knyttet til forhold på arbeidsplassen med nærmeste leder	0	2	1
På denne arbeidsplassen gis og mottas tilbakemeldinger på jobbutførelse på en god og konstruktiv måte	0	2	1
Det er rimelig god stabilitet i personalgruppen (liten turn-over)	0	2	1
Vi stoler på hverandre	0	2	1
Vi er stolte av arbeidsplassen vår	0	2	1

* Skår "Vet ikke" hvis du er usikker eller synes at svaret ligger midt imellom "Ja" og "Nei"



Tema: Holdninger til tjenestemottakere	Ja	Nei	Vet ikke*
Det skjer sjelden eller aldri at ansatte hever stemmen overfor tjenestemottakere	0	2	1
Det fortelles ofte historier om tjenestemottakere som stiller disse i et dårlig lys eller latterliggjør dem	2	0	1
Det skjer at ansatte kjefter på eller truer tjenestemottakere verbalt	2	0	1
Vi prøver å forstå hva tjenestemottaker selv ønsker – og så langt mulig imøtekomme dette	0	2	1
Vi tar ikke med oss tjenestemottakere ut på private gjøremål (med mindre dette er del av en avtalt plan for vedkommende)	0	2	1
Vi tilstreber å ha et seksualvennlig miljø på tjenestestedet	0	2	1
Tjenestestedet har en nedfelt seksualpolitikk	0	2	1

* Skår "Vet ikke" hvis du er usikker eller synes at svaret ligger midt imellom "Ja" og "Nei"

Tema: Lojalitet til rutiner, veiledning og fagadministrasjon	Ja	Nei	Vet ikke/
Nyansatte må gjennomgår grunnleggende opplæring om målgruppen og arbeidsmetoder som anvendes	0	2	1
Grunnleggende opplæring inkluderer også informasjon om tegn på overgrep og rutiner som skal følges ved mistanke	0	2	1
Skriftliggjorte rutiner er lett tilgjengelige og blir lest av alle som jobber med vedkommende bruker	0	2	1
Vi må kvittere for at vi har lest nye rutinebeskrivelser, miljøregler eller lignende viktig informasjon angående bruker	0	2	1
Vi følger oppsatte rutiner og miljøregler for brukerne	0	2	1
Skriftliggjorte rutiner evalueres og oppdateres jevnlig etter en oppsatt plan	0	2	1
Vi får veiledning i hvordan vi skal utføre jobben av en overordnet og/eller kompetent veileder	0	2	1
Det er klare rutiner for hvem som skal gi veiledning, i hvilken form veiledning skal gis og hvor ofte	0	2	1
Gjentatt manglende utføring av jobben i henhold til oppsatte retningslinjer vil få konsekvenser for ansettelsesforholdet	0	2	1

SUMO risikoanalyse: Oppsummering risikofaktorer ved bomiljøet		
Arbeidsmiljø	/14	0-3=grønt 4-10=gult 11-14=rødt
Holdninger til tjenestemottakere	/14	0-3=grønt 4-10=gult 11-14=rødt
Lojalitet til rutiner, veiledning og fagadministrasjon	/18	0-5=grønt 6-12=gult 13-18=rødt

Forslag til Sjekkliste ved brukersamtale i bolig:

1. Hvor fornøyd er du med å bo her i _____?
(sett kryss på streken)
⊖ Veldig misfornøyd Veldig fornøyd ⊕

2. Er det noe du spesielt liker ved å bo her i _____?
(Vil du fortelle meg hva det er?)
3. Er det noe du spesielt misliker ved å bo her i _____?
(Vil du fortelle meg hva det er?)
4. Hvor fornøyd er du med å ha _____ som primærkontakten din?
(sett kryss på streken)
⊖ Veldig misfornøyd Veldig fornøyd ⊕

5. Føler du at du kan prate med (primærkontakten) om alt mulig?
Ja Nei Vet ikke
6. Hvis Nei eller Vet ikke:
Vil du fortelle meg noe om hva det er du føler at du ikke kan prate med (primærkontakten) om?
7. Vet du hva det er å føle seg trygg? (Hva er det?)
8. Føler du deg trygg (bruk evt. vedkommendes eget ord) her i boligen?
Ja Nei Vet ikke
9. Hvis Nei eller Vet ikke: Vil du fortelle meg hvorfor du ikke føler deg trygg?
10. Liker du de andre som bor her i _____?
Ja Nei Vet ikke
11. Er det noen av de som bor her du liker spesielt godt? (Vil du fortelle meg hvem det er?
Hva er det du liker ved _____?)
12. Er det noen av de som bor her du liker spesielt dårlig (Vil du fortelle meg hvem det er?
Hva er det du ikke liker ved _____?)
13. Er det noen av de som jobber her du liker spesielt godt? (Vil du fortelle meg hvem det er?
Hva er det du liker ved _____?)
14. Er det noen av de som jobber her du liker spesielt dårlig (Vil du fortelle meg hvem det er?
Hva er det du ikke liker ved _____?)
15. Har du noen forslag til hvordan vi som jobber her kan gjøre en bedre jobb?

SJEKKLISTER FRA FAGHEFTET "FRA HJEM TIL HJEM" - HELE PROSESSEN

<i>DEL 1: Saksgang fra HJEM til HJEM</i>			
Oppgave	Ansvarlig instans	<i>Utført</i>	
	Navn:	Ja:	Nei:
Koordinerende fagperson valgt			
Ansvarsgruppe etablert			
Foresatte gjort kjent med tanken om at det er 5 år til barnet er 18 og at planer for flytting kanskje bør innlemmes i Individuell Plan (Ved ca 13 års alder)			
Kontakt med voksenhabilitering etablert			
Individuell plan utarbeidet			

DEL 2: Kartlegging av ønsker, behov og forutsetninger

Oppgave	Ansvarlig instans	Utført	
	Navn:	Ja:	Nei:
Behov for habilitering vurdert.			
Diagnostisering og kartlegging av generelt funksjonsnivå utført.			
Eventuelle spesielle behov i forhold til kulturbakgrunn avdekket.			
Eventuelle behov i forhold til medisinsk behandling og oppfølging avdekket.			
Klientens eventuelle behov for økonomiske endringer avdekket.			
Klientens behov for transportordninger avdekket.			
Klientens eventuelle behov i forhold til sosialt nettverk og fritidsaktiviteter avdekket.			
Klientens eventuelle behov for hjelpeverge avdekket.			
Ulike boalternativer vurdert. Foretatt en konsekvensvurdering av valg av type bolig.			
Behov for habilitering vurdert.			
Diagnostisering og kartlegging av generelt funksjonsnivå utført.			

DEL 3: Gjennomføring

Oppgave	Ansvarlig instans	Utført	
	Navn:	Ja:	Nei:
<i>Samarbeid barn- og voksenhabiliteringen etablert.</i>			
Kurs for klienten og pårørende. Samarbeid barn- og voksenhabiliteringen.			
Foreldrene fått tilbud om å møte andre i samme situasjon.			
Foreldre som ikke ønsker å delta på – eller har fått tilbud om kurs, har mottatt informasjon om rettigheter og ytelser på andre måter.			
Fremtidig habilitering planlagt.			
Fritidsaktiviteter planlagt.			
Støttekontakt vurdert.			
Skole/folkehøyskole planlagt.			
Arbeidstilbud planlagt.			

**DEL 4: Forutsetninger for å lykkes –
kompetent tjenesteyting**

Oppgave	Ansvarlig instans	Utført	
	Navn:	Ja:	Nei:
Individuelt behovsbaserte tjenester planlagt.			
Formaliteter ved personalet sikret.			
Plan for opplæring og veiledning av personale foreligger.			
Primærgruppe etableres.			
Turnus tilrettelagt for klienten utarbeides.			
Fagadministrative systemer etablert.			
Plan for evalueringsordning av tjenestetilbudet foreligger.			

Personlig trygghets-vurdering og Personlig trygghets-plan:

1) *Personlig trygghets-vurdering*: er ment å skulle fylles ut ved hjelp av komparantopplysninger, men i noen tilfeller vil personen med utviklingshemming også kunne svare på spørsmålene selv.

2) *Min personlige trygghets-plan*: fylles ut i samarbeid med personen med utviklingshemming (eller representant), og kan både være en kartlegging av hvilke selvbeskyttelsesferdigheter vedkommende har, og en konkretisering og hjelp for vedkommende til å systematisere og tydeliggjøre strategier for å forebygge trusler mot egen sikkerhet.

3) *Tjenesteyteres plan for NN's personlige trygghet*: inneholder de samme punktene som *Min personlige trygghets-plan*, men formulert med utgangspunkt i hva tjenesteytere skal gjøre i de tilsvarende risikosituasjoner. De to planene bør selvsagt være samkjørte, og personen med utviklingshemming (eller dennes representant) bør være kjent med og involvert i utarbeidelsen av begge.

PERSONLIG TRYGGHETS-VURDERING

Har personen kunnskap om hvordan han/hun skal beskytte seg mot:	Ja	Nei	Vet ikke*
Tyveri?	0	2	1
Økonomisk utnyttelse?	0	2	1
Bedrageriforsøk på telefon, Internett og lignende?	0	2	1
Å bli oppsøkt av uvedkommende/uønskede personer i sitt eget hjem?	0	2	1
Å bli utsatt for mobbing eller trakassering?	0	2	1
Å bli utsatt for uønskede seksuelle tilnærminger?	0	2	1
Seksuelle overgrep?	0	2	1
Vold i nære relasjoner?	0	2	1
Annen form for vold ("tilfeldig" vold, angrep fra ukjente eller personer vedkommende ikke har noen nær relasjon til)?	0	2	1
At det skal oppstå brann i boligen?	0	2	1

Har personen strategier for å rømme, forsvare/gardere seg, gjøre anskrik eller lignende i tilfelle:	Ja	Nei	Vet ikke*
At han/hun utsettes for tyveri?	0	2	1
At han/hun utsettes for økonomisk utnyttelse?	0	2	1
At han/hun utsettes for bedrageriforsøk på telefon, Internett og lignende?	0	2	1
At han/hun blir oppsøkt av uvedkommende/uønskede personer i sitt eget hjem?	0	2	1
At han/hun utsettes for mobbing eller trakassering?	0	2	1
At han/hun utsettes for uønskede seksuelle tilnærminger?	0	2	1
At han/hun utsettes for seksuelle overgrep?	0	2	1
At han/hun utsettes for vold i nære relasjoner?	0	2	1
At det oppstår brann i boligen?	0	2	1

Vet personen hvordan han/hun skal melde fra i tilfelle:	Ja	Nei	Vet ikke*
At han/hun har blitt utsatt for tyveri?	0	2	1
At han/hun har blitt utsatt for økonomisk utnyttelse?	0	2	1
At han/hun har blitt utsatt for bedrageriforsøk på telefon, Internett og lignende?	0	2	1
At han/hun har blitt utsatt oppsøkt av uvedkommende/uønskede personer i sitt eget hjem?	0	2	1
At han/hun har blitt utsatt for mobbing eller trakassering?	0	2	1
At han/hun har blitt utsatt for uønskede seksuelle tilnærminger?	0	2	1
At han/hun har blitt utsatt for seksuelle overgrep?	0	2	1
At han/hun har blitt utsatt for vold i nære relasjoner?	0	2	1
At det oppstår brann i boligen?	0	2	1

* Skår 1 poeng (Vet ikke) hvis personen har *noe* kunnskap, *noen* strategier eller *noe* viten på området, men ikke tilstrekkelig til å kunne iverksette effektive tiltak på egen hånd.

MIN PERSONLIGE TRYGGHETS – PLAN:

(Bruk evt. Piktogramsymboler eller lignende for de som ikke kan lese)

Hvis jeg oppdager at noen prøver å stjele noe fra meg kan jeg:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. Melde fra til: _____

Hvis jeg finner ut at noen prøver å lure til seg penger fra meg kan jeg:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. Melde fra til: _____

Hvis det kommer noen hjem til meg som jeg ikke vil ha besøk av kan jeg:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. Melde fra til: _____

Hvis noen er *ekle* (mobber, trakasserer, diskriminerer: anvend gjerne personens egne ord) mot meg kan jeg:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. Melde fra til: _____

Hvis noen tar på meg på uten at jeg vil det eller på måter som jeg ikke liker kan jeg:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. Melde fra til: _____

Hvis noen prøver å ha sex med meg mot min vilje kan jeg:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. Melde fra til: _____

Hvis en jeg kjenner slår, sparker eller klyper meg, truer meg eller behandler meg respektløst kan jeg:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. Melde fra til: _____

Hvis en jeg ikke kjenner særlig godt slår, sparker eller klyper meg, truer meg eller behandler meg respektløst kan jeg:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. Melde fra til: _____

Hvis det blir brann i huset kan jeg:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. Melde fra til: _____

Viktige telefonnumre:

Primærkontakt _____
Pårørende _____

Politi _____
Brannvesen _____
Ambulanse _____

Andre (navn) _____

TJENESTEYTERES PLAN FOR IVARETAKELSE AV NN'S PERSONLIGE TRYGGHET

(Beskriv handlingsplaner *både* for scenarier der følgende situasjoner faktisk forekommer og der du har grunn til å tro at de forekommer)

Hva gjør du hvis noen stjeler eller prøver å stjele noe fra personen?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. Melder fra til: _____

Hva gjør du hvis noen lurer eller prøver å lure til seg penger fra personen?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. Melder fra til: _____

Hva gjør du hvis noen oppsøker personen som du vet eller antar at han/hun ikke vil ha (eller bør få) besøk av?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. Melder fra til: _____

Hva gjør du hvis noen mobber, trakasserer, diskriminerer eller på annen måte krenker personens rettigheter?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. Melder fra til: _____

Hva gjør du hvis noen gjør seksuelle tilnærminger mot personen mot dennes vilje?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. Melder fra til: _____

Hva gjør du hvis noen prøver å ha sex med personen mot hans/hennes vilje?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. Melder fra til: _____

Hva gjør du hvis personen er utsatt for vold innen en nær relasjon*?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. Melder fra til: _____

Hva gjør du hvis personen er utsatt for vold fra andre enn personer som vedkommende har en relasjon til?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. Melder fra til: _____

Hva gjør du hvis det blir brann i personens bolig:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. Melder fra til: _____

Viktige telefonnumre:

Primærkontakt _____
Pårørende _____

Politi _____
Brannvesen _____
Ambulanse _____

Andre (navn) _____

Oversatte skjema fra "Scanning the Horizon":

- 1) *The Tolerance Scale*: kan anvendes som rask "skanning" for opplagte faresignaler i et bomiljø for mennesker med utviklingshemming (eller andre tjenestesteder). Forfatterne foreslår at sjekklisten kan tilpasses til det enkelte tilfelle, og at den anvendes som en første indikasjon på om det bør foretas en mer omfattende kartlegging av forhold ved tjenestestedet (Baker & Tabor, 2005).
- 2) *Faktorer som kjennetegner en økt-risiko-situasjon (tjenestemottaker)*: Sjekklista tar for seg faktorer som både ut fra klinisk erfaring og litteraturen er kjente risikomarkører knyttet til personen med utviklingshemming, og gir også operasjonelle definisjoner av disse.
- 3) *Faktorer som kjennetegner en økt-risiko-situasjon (tjenesteyter)*: Sjekklista tar for seg faktorer som både ut fra klinisk erfaring og litteraturen er kjente risikomarkører knyttet til tjenesteyteren, og gir også operasjonelle definisjoner av disse.

The Tolerance Scale*

Forekommer	Forekommer ikke	Tema	
		1	Ansatt vasker sitt vasketøy i bofellesskapet
		2	Ansatt latterliggjør en tjenestemottaker foran vedkommendes venner
		3	Ansatt foretar private ærend på jobben
		4	Ansatt skriker til en tjenestemottaker
		5	Ansatt følger ikke program
		6	Ansatt gjør en feil med medikasjon; feil person / feil dose
		7	Ansatt drar en tjenestemottaker i armen
		8	Ansatt bruker bankkortet til en tjenestemottaker
		9	Ansatt flytter urvisere for at det skal se ut som sengetid
		10	Ansatt prater med venner på jobb
		11	Ansatt tar barna sine med på jobb
		12	Ansatt tilbakeholder middag fordi tjenestemottaker har vært "slem"
		13	Ansatte krangler med hverandre i påsyn av tjenestemottakere
		14	Ansatt samler ikke inn data fra program
		15	Ansatt bruker upassende språk overfor en tjenestemottaker
		16	Ansatt faller i søvn på jobb
		17	Ansatts bil blir vasket av klient
		18	Ansatt bruker alkohol på vekten
		19	Ansatt tar fysisk igjen
		20	Ansatt purerer ikke mat i hht. spesiell diett eller purerer alles mat
			Total

* Fra boka *Scanning the Horizon* av Steve Baker & Amy Tabor (2005)

Faktorer som kjennetegner en økt-risiko-situasjon (tjenestemottaker)*:

Indikator		Operasjonell definisjon
Tjenestemottaker (person):		
P1	Historie med overgrep og omsorgssvikt	Personen har vært utsatt for overgrep/omsorgssvikt
P2	Rykte	Personen er sett på som "vanskelig" eller "slem"
P3	Involvert medisinsk omsorg	Personen har behov for omfattende medisinsk hjelp
P4	Involvert personlig omsorg	Personen har behov for omfattende personlig bistand
P5	Atferdsmessige tema	<ul style="list-style-type: none"> - Det foreligger beskrivelser av "atferdshåndtering" - Personen bruker psykotrop medikasjon - Personen har selv begått overgrep - Personen er involvert i skadeverk
P6	Økonomisk utsatthet	<ul style="list-style-type: none"> - Personen har betydelig med kontanter eller verdifull eiendom i boligen - Personen får store lønnsutbetalinger - Personen har lett tilgang til penger
P7	Empowerment	<ul style="list-style-type: none"> - Personen har ikke vært involvert i individuell opplæring/trening i ft. empowerment - Det foreligger treningsprogram for samarbeid/"instruksfølging"
P8	"Nede-tid"	Store deler av dagen er personen ikke i meningsfull aktivitet
P9	Tilfredshet	Personen virker/uttrykker å være misfornøyd med tjenestene
P10	Individuell plan	<ul style="list-style-type: none"> - Personens individuelle plan er utdatert, ukomplett eller ikke tilpasset vedkommende - Det er lite eller ingen måloppnåelse

* Basert på boka *Scanning the Horizon* av Steve Baker & Amy Tabor (2005)

Faktorer som kjennetegner en økt-risiko-situasjon (tjenesteyter)*:

Indikator		Operasjonell definisjon
Tjenesteyter (stab):		
S1	Sårbarhet	- Stabmedlem viser dårlig jobbutførelse og angir årsaken som betydelige personlige vansker - Stabmedlem har for mange personlige telefonsamtaler på jobben
S2	Integritet (lojalitet)	- Stabmedlem utfører til stadighet personlige gjøremål mens vedkommende er på jobb - Stabmedlem gjør bruk av "konsumprodukter" til private formål
S3	Isolasjon	- Jobber jevnlig alene på vakt - Har en supervisor/overordnet som sjelden er innom - Er tilstede ved eller involvert i en "uvanlig episode" - Er tilstede ved eller involvert i en "uforklarlig skade"
S4	Kompetanse	- Gjennomfører ikke påkrevd opplæring - Bruker straff som respons på utfordrende atferd
S5	Trygghet	- Responderer med usikkerhet på utfordrende situasjoner - Virker "redd" i jobben med tjenestemottakerne
S6	Stemme/språkbruk	- Bruker jevnlig høy stemme i samhandling med tjenestemottakere - Har lite øyekontakt med tjenestemottakere - Språkbruken virker å ha som mål å kontrollere tjenestemottakeres atferd
S7	Overtid	Jobber jevnlig overtid i "usunt" omfang eller jobber fulltid i annen jobb
S8	Tilfredshet med jobben	- Uttrykker jevnlig negative oppfatninger om arbeidsmiljø og/eller tjenestemottakere - Viser en negativ holdning i sin opptreden
S9	Forhold til supervisor/overordnet	- Forholdet til supervisor beskrives som "negativt" - Sender formelle eller uformelle klager - Stor utskiftning av personal
S10	Arbeidstaker feedback	- Ingen utført evaluering innenfor det siste året - Mottar ikke jevnlig feedback på individuelle oppgaver - Fravær av på-jobben-veiledning

* Basert på boka *Scanning the Horizon* av Steve Baker & Amy Tabor (2005)

Sjekkliste for hjelp til vurdering av samtykkekompetanse:

Tar for seg helt grunnleggende ferdigheter som må være tilstede for at en person kan sies å ha samtykkekompetanse på et generelt grunnlag, samt mer spesifikke kunnskaper som vedkommende må ha for å kunne gi informert samtykke til et seksuelt forhold. Skjemaet er ment å skulle generere refleksjoner hos personen med utviklingshemming og dennes nærpersoner, og kan brukes som et utgangspunkt for å vurdere om vedkommende har behov for veiledning vedrørende relasjoner som han/hun inngår i eller ønsker å inngå i.

SJEKKLISTE FOR HJELP TIL VURDERING AV SAMTYKKEKOMPETANSE

1. Grunnleggende kompetanse*

Område	Kan	Kan ikke	Usikker
Evne til å uttrykke valg			
Evne til å forstå informasjon som er relevant for å ta en beslutning			
Evne til å forstå konsekvenser av valg			
Evne til å bruke relevant informasjon til å veie for og imot en beslutning			

* Basert på notat fra Børge Holden, habiliteringstjenesten i Hedmark

2. Spesifikk kompetanse**

Område	Kan	Kan ikke	Usikker
Grunnleggende seksuelle kunnskaper (for eksempel om kroppsdeler, seksuelle relasjoner og seksuelle handlinger)			
Kunnskaper om konsekvensene av seksuelle handlinger, inkludert seksuelt overførbare infeksjoner og graviditet			
Forståelse av hva som er passende seksuell atferd og rammene for som den bør foregå innenfor			
Forståelse av at seksuelle kontakt alltid skal være et valg som en foretar			
Evne til å gjenkjenne potensielt krenkende situasjoner			
Evne til å vise selvhevdende atferd i sosiale og personlige situasjoner og dermed avvise enhver uønsket tilnærming på det gitte tidspunkt			

**Basert på artikkelen "Capacity of adults with intellectual disabilities to consent to sexual relationships" (Murphy & O'Callahan, 2004).

Thompson's skjema:

Skjemaet er i denne formen hentet fra fagheftet fra Helse SørØst (Eggen et al., 2009), der det er oversatt til norsk fra den tidligere omtalte danske litteraturstudien til Elsebeth Kirk Muff (2001). Dette skjemaet er etter vår vurdering kanskje ikke helt up-to-date, da det kun gir åpning for at overgriper kan være en mann. Vi har likevel valgt å ta det med her, fordi det kan være et utmerket utgangspunkt for refleksjoner over hvorvidt en person med utviklingshemming kan befinne seg i en relasjon som kan innebære risiko for overgrep.

Thompson's skjema

Kategori:	Karakteristika ved mannen med psykisk utviklingshemning	Karakteristika ved det potensiell offerer	Omgivelsenes nødvendige handlinger
Seksuelt overgrep	<ul style="list-style-type: none"> - fremkommer med trusler, bruker vold, eller skremmer med deres styrke og/eller kjønn - utser seg sårbare mennesker - ignorerer offerets signaler om motstand eller smerte 	<ul style="list-style-type: none"> - skremt av eller liker ikke personen - stor forskjell i kompetanse, særlig hvis personen er alvorlig utviklingshemmet - liker ikke seksuell kontakt - avslår seksuell kontakt 	<ul style="list-style-type: none"> - blande seg for å avbryte overgrepet - involvere politiet - sikre at offeret ikke plasseres i en sårbar situasjon igjen
Seksuell utnyttelse	<ul style="list-style-type: none"> - avgir løfter som ikke holdes (for eksempel "jeg vil være din kjæreste") - den eneste relasjon mellompersonene er seksuell, selv om de har jevnlig kontakt - erkjenner at sex er for deres egen skyld og ikke for partnerens - respekterer ikke eller setter ikke pris på partneren 	<ul style="list-style-type: none"> - tydeligvis mindre kompetent - mottar penger eller annet for sex - nyter ikke noen aspekter ved den seksuelle kontakten - er redd for at forholdet vil opphøre hvis sex avvises 	<ul style="list-style-type: none"> - fastlegge hvordan omgivelsene medvirker til å gjøre offeret sårbart. For eksempel ved at bo eller jobbe samme sted som menn eller med personer som tidligere har begått overgrep - fastlegge om ulikheten mellom partene er av et slikt omfang at personalet skal gripe inn og stoppe utnyttelsen av personen
Ufølsom relasjon	<ul style="list-style-type: none"> - manglende viten om kvinners kropp og deres seksuelle nytelse - har vansker med å forstå andres opplevelse - ingen oppmerksomhet på HIV-smitte eller uønsket graviditet 	<ul style="list-style-type: none"> - ingen viten om potensiell egen seksuell nytelse - oppfatter sex som noe man gir til gjengjeld for et forhold - tar ikke initiativ til den seksuelle kontakten - aksepterer at analt og vaginalt samleie "naturligvis" er smertefullt 	<ul style="list-style-type: none"> - seksualundervisning for begge parter - selvhevdelsestrening for partneren - utfordre mannens ufølsomhet
Gjensidig seksuelt forhold	<ul style="list-style-type: none"> - har presis viten om handlinger som partneren nyter og ikke nyter - er felles om initiativet - foretar sammenlignbare seksuelle handlinger på hverandre (for eksempel masturbasjon, analsex) 	<ul style="list-style-type: none"> - selvhevdende - har positiv opplevelse av deres seksualitet - får orgasme 	<ul style="list-style-type: none"> - praktisk støtte til forebygging av HIV og uønsket/ønsket graviditet

Thompson, 1996 – upublisert skjema (Kirk Muff, 2001, s. 86). Oversatt fra dansk og bearbeidet av forfatterne.

Retningslinjer ved mistanke om og avdekking av overgrep:

- 1) *Sjekkliste: Tegn på at fysiske og/eller seksuelle overgrep kan ha funnet sted:* Denne sjekkliste er basert på håndboka fra Finnmark samt den eneste kliniske retningslinje vi fant, som var direkte rettet mot (seksuelle) overgrep mot mennesker med en funksjonsnedsettelse (Kaufmann, 2011).
- 2) *Gjør og ikke-gjør ved avdekking av overgrep:* gir konkrete råd om hvordan nærpersoner skal forholde seg når en får mistanke om at overgrep har funnet sted eller finner sted. Den er basert på håndboka fra Finnmark.
- 3) *Retningslinjer ved akutte, konkrete hendelser:* basert på håndboka fra Finnmark; men det er i denne versjonen presisert at det må gis *konkret og oppdatert* informasjon om kontaktpersoner i politiet samt telefonnumre til disse og til overgrepsmottak. Videre at det må fremgå av planen *hvem* som er ansvarlig for å holde den oppdatert på disse punktene.
- 4) *Canadian Pediatric Society: The sexual abuse of young people with a disability or chronic health condition* (Kaufmann, 2011). Dette er en guideline som henvender seg spesifikt til leger i primærhelsetjenesten (fastlegen), men kan etter prosjektgruppas mening også gi gode tips til ikke-medisinsk personell. Det gis konkrete anvisninger hva angår tegn på at pasienten kan ha vært utsatt for overgrep, og for hvordan man kan kommunisere med pasienter som har lite eller intet verbalspråk (tegnspråk, Bliss). Videre gis det anbefalinger hva angår forebygging, inkludert opplæring om seksualitet for funksjonshemmede, trening på selvhevdelses- og selvforsvarsferdigheter, grundig utvelgelse av profesjonelle tjenesteytere osv. Vi har valgt å legge ved retningslinjen i sin helhet. Den kan lastes ned på: www.cps.ca/documents/position/sexual-abuse-youth-disability-chronic-condition.

Sjekkliste:

*Tegn på at fysiske og/eller seksuelle overgrep kan ha funnet sted**

1) Forandring i atferd

Overgrep kan føre til mange forandringer i personens atferd. Det kan være å isolere seg, konsentrasjonsvansker, passivitet, aggressivitet rettet mot seg selv eller andre. Plutselig og tilsynelatende uforklarlig sinne rette mot nærpersoner. Reagerer uvanlig på vanlige hendelser (smak, lyd, lukt, bevegelser.....)

2) Kroppslige, somatiske tegn

Vondt i hodet og magen, stramme muskler, ofte urinveisinfeksjon, enurese/ enkoprese, søvnproblemer, uforklarlig vekttap, gjentatte mareritt, tannråte, blåmerker.

Evt. avdekket ved legeundersøkelse:

Uforklarlig redsel for fysisk eller gynekologisk undersøkelse, vaginalt eller analt traume, seksuelt overførbare sykdommer.

3) Redsel for personer eller arenaer som tidligere har vært trygge

Hvis en person er utsatt for fysiske eller seksuelle overgrep, kan man se vegring for å forlate et sted eller gå til steder hvor overgriper befinner seg. Redsel ved nærvær eller omtale av en bestemt person.

4) Overdreven seksualisert atferd

Hvis en person er utsatt for seksuelle overgrep, vil hun eller han kunne vise en overdreven seksuell atferd, eller bruke konkrete ord og uttrykk som ikke harmonerer med personens alder og kunnskapsnivå. Tvinger seg på andre på en tvangspreget måte

5) Regresjon

Personen går tilbake i utvikling og viser mindre selvstendighet enn tidligere: hygiene, adl, begynner å tisse seg ut, kan ikke huske ord som han/hun ellers har kunnet, kan også begynne å stamme...

6) Depresjon og tristhet

"Det er noe med Leif.....han smiler ikke lenger, han virker ulykkelig og trist."

Disse signalene trenger ikke være tegn på overgrep. Det kan være mange ulike årsaker til bl.a. atferdsendring. Signalene vil variere etter personens alder og sosial- og kulturell tilhørighet, nettverk og stimulering, både psykisk og fysisk. Vi må være ydmyke og ta oss tid til å innhente opplysninger som kan gi oss mest mulig informasjon om saken eller som kan gi andre forklaringer.

* Basert på *Håndbok - Utviklingshemmede, seksualitet og tiltak for å forebygge og varsle seksuelle overgrep*, Fylkesmannen i Finnmark (2012), *Seksuelle overgrep mod mennesker med handicap – gode råd om at se og forebygge overgrep*, Sosialt Utviklingscenter, SUS, København (2010) og *The sexual abuse of young people with a disability or chronic health condition*, Kaufman, M.; Canadian Paediatric Society (2011).

Gjør og ikke-gjør ved avdekning av overgrep*

Hvordan du skal gå frem ved mistanke om at overgrep skjer eller har skjedd:

Gradvise observasjoner:

Ved mistanke om fysiske og/sekuelle overgrep skal alle relevante observasjoner noteres fortløpende. Noter ned når du fikk mistanken og hva den besto i (hendelsesforløp)

- dato
- arena for observasjon
- hvem som er til stede når observasjon forekommer
- nøyaktig beskrivelse av observasjoner
- Navn på den som har laget notatet

Antatt overgriper må **ikke** konfronteres med mistanke før anmeldelse pga. fare for bevisforspillelse.

- Sikre at du ikke er alene med mistanken. Henvend deg til nærmeste overordnet eller ta kontakt i henhold til det som er angitt i kommunens egen struktur/handlingsplan for vold i nære relasjoner.
- Dersom mistanke ikke rettes mot foreldre/pårørende må leder sørge for at de blir informert om mistanken.
- Dersom det dreier seg om et barn **skal** det gis melding til barnevernstjenesten. Virksomheten skal ha egne rutiner for melding til barneverntjenesten. Dersom leder ikke melder om bekymringen har du et selvstendig ansvar for å informere barneverntjenesten.
- Oppgi at personen har en utviklingshemming.
- Søk råd hos politiet, også **anonymt** om du vil
- Dersom den utsatte forteller selv, så skal det oppfordres til å fortelle fritt uten press.
- Skriv ned ordrett hva som blir fortalt. Du kan spørre når hendelsen skjedde sist gang, bruk åpne spørsmål! Skriv ned detaljer og uttalelser den utsatte kommer med så ordrett som mulig
- Si at du vil hjelpe
- La personen forstå at du tar henne/ham på alvor i ft. det som vedkommende legger frem; unngå å avvise selv om det du hører kan virke usannsynlig på deg!
- Ikke lov at du ikke skal si det til noen
- Fortsett å føre notater etter hvert som du observerer eller snakker med den utsatte; sinnstilstand – for eksempel, gråt, sinne, hva som sies...

**NB: Den yrkesmessige taushetsplikten
er IKKE til hinder for at du kan melde til Barneverntjenesten
HUSK: strl.§139 – plikt til å melde!**

* Basert på *Håndbok - Utviklingshemmede, seksualitet og tiltak for å forebygge og varsle seksuelle overgrep*, Fylkesmannen i Finnmark (2012)

Retningslinjer ved akutte, konkrete hendelser*:

Ta **kontakt med politi umiddelbart** og spør hvordan du skal håndtere situasjon og hvordan du kan sørge for at spor ikke blir ødelagt fram til politiet overtar ansvaret.

Telefonnummer politi (kontaktperson vedr overgrep mot sårbare voksne):

_____ (navn)

**Det kan finnes biologiske spor som må sikres før det har gått 72 timer.
Vanlig prosedyrer er:**

- Personen må ikke dusje/vaske seg.
- Klær, sengetøy, laken etc. oppbevares tørt og pakkes i papir, hver for seg.
- Personen det gjelder skal til undersøkelse på overgrepsmottak om kommunen har det, eller bli undersøkt på legevakt.

Telefonnummer overgrepsmottak/legevakt:** _____

- Om det er en person du mistenker for å ha begått overgrepet, skal denne **ikke** konfronteres med dette. Vi kan da risikere at personen får mulighet til å dekke over eller slette spor slik at politiet ikke får bevis for handlingen som er begått.

NB! Sporsikring gjøres av politiet!

Når personen har en utviklingshemming, må dette opplyses om når politiet blir kontaktet. Dette for at noen polititjenestemenn har særlig kompetanse i forhold til å møte overgreputsatte barn og mennesker med utviklingshemming. Og for å sikre at vedkommende kan få tilbud om å komme til Barnehuset. Politiet jobber etter sine regler og prosesser uansett *hvem* som blir utsatt for overgrep.

Ansvarlig for oppdatering av disse retningslinjer er: _____

* Disse retningslinjer er basert på: *Håndbok - Utviklingshemmede, seksualitet og tiltak for å forebygge og varsle seksuelle overgrep* (Bogetun et al., 2012)

**Det finnes en oppdatert liste over overgrepsmottak på:
<http://www.helse.uni.no/ContentItem.aspx?site=35&ci=1979&lg=1>

Fra: <http://www.cma.ca/> (12.01.12)

The sexual abuse of young people with a disability or chronic health condition

M Kaufman; Canadian Paediatric Society, [Adolescent Health Committee](#)

[Index of position statements from the Adolescent Health Committee](#)

The Canadian Paediatric Society gives permission to print single copies of this document from our website. Visit the [index of position statements](#) to see which are available as pdf files. For permission to reprint or reproduce multiple copies, please submit a detailed request to info@cps.ca.

ABSTRACT

For a number of reasons, children and youth with a disability or chronic health condition are at an increased risk of sexual abuse. Health care providers, along with parents and caregivers, need to maintain a high level of suspicion concerning possible sexual abuse of this population. Physicians especially need to advocate for policies to prevent or detect abuse in hospitals, schools and other institutional settings. Such policies include the thorough screening and monitoring of employees and volunteers; chaperoning physical examinations and treatment procedures; supervised outings; and ensuring an institutional culture that promotes patient privacy. In addition, physicians should promote patient self-awareness and empowerment, and provide early anticipatory guidance concerning sexuality, personal empowerment and abuse risks. The present document replaces the previous Canadian Paediatric Society position statement published in 1997.

Key Words: *Adolescent; Sexual abuse; Prevention; Disability; Chronic condition; Sexual health*

Contents

- [Introduction](#)
- [Factors increasing the risk of abuse](#)
- [Recognizing abuse](#)
- [Disclosure](#)
- [Prevention](#)
- [Conclusion](#)
- [Recommendations](#)
- [Additional resource](#)

- [Acknowledgement](#)
 - [References](#)
-

There is clear evidence that young people with a disability or serious chronic condition are at increased risk of being sexual abused. A large British Columbia survey of high school students in 2008 showed that students who reported having a limiting health condition or a disability were more than two times as likely as their peers to report having been physically abused (31% versus 15%) or sexually abused (19% versus 7%), and were three times more likely to have experienced both physical and sexual abuse (12% versus 4%) (1). American and international data reveal similar numbers (2). It appears that this population is also at increased risk of being both physically and emotionally abused. This statement reviews common contributing factors to sexual abuse in this population, and the role that paediatricians can play in preventing, identifying, and dealing with abuse. It replaces the previous Canadian Paediatric Society position statement published in 1997 (3).

FACTORS INCREASING THE RISK OF ABUSE

All too frequently, young people with disabling conditions are placed in settings or situations where they are dependent on the unsupervised care of others: in schools, institutions or at home. Some societal factors and the lack of appropriate care facilities or support for these young people may add to their disease or disability-specific characteristics to increase the risk of abuse.

Societal factors

Youth with a physical/developmental disability or a chronic condition often have little control over decisions directly affecting them, particularly those relating to health care and education. This lack of control over basic aspects of life has the effect of confirming—for both the potential victim and the potential abuser—that persons with a disability or chronic condition are externally controlled, and therefore helpless to stop abuse or maltreatment. Along with this perceived disempowerment may be a reluctance by responsible individuals and institutions to hear what abused adolescents have to say. Young persons with a disability may grow up with the sense that their body is controlled, even ‘owned,’ by others. If abuse occurs, they are more likely to perceive it as a continuation of how they are usually treated.

For many ill and disabled young people, the social isolation caused by institutionalization, hospitalization, ‘special’ education and/or overprotection by families can push them to the margins of society, where they are more vulnerable to predators, often with little chance of detection.

In many (though not all) cultures, people with a visible disability are often viewed negatively. Cultural prejudice can foster feelings of superiority, unease and pity in non-disabled individuals, as well as feelings of being ‘flawed’ or ‘bad’ in young people living with a disability or chronic illness. Social stigma can lead young victims to believe that their mistreatment or abuse is somehow deserved, and so should not be resisted or reported (4). In addition, adolescents with a disability are sometimes seen as asexual beings, not as potential targets for abusers, and may not be believed when disclosing abuse. Conversely, they can also be viewed as promiscuous or hypersexual, and therefore as partially responsible for experienced abuse.

Young people with a disability or serious chronic illness regularly encounter barriers to freedom of movement, self-expression and privacy that both increase the risk of sexual abuse or assault and decrease the likelihood of such incidents being reported.

Educational factors

Lack of sexual health education plays a significant role in abuse of this population. All too often, youth with chronic conditions receive less formal sexual health education than their peers, usually because they are misperceived as asexual or as less capable of understanding sexuality. Sex education is not prioritized because having a sex life is viewed as a 'luxury' that persons with a disability cannot fully experience. Being absent from health education classes due to hospitalization or frequent medical appointments can also contribute to the lack of appropriate sexual health knowledge in this population. Moreover, the availability of appropriate educational materials is often limited. Without education, these young people may even lack the terminology needed to report an abusive situation.

Health care factors

For people with a disability or chronic condition, tolerating and expecting a low level of privacy and a high degree of physical intrusion are ways of life (4). If they have been forcibly restrained while resisting intrusive physical examinations or attentions to bodily needs, they may also have learned not to struggle or protest. When regular procedures are performed in demeaning or insensitive ways, children are more likely to tolerate abuse.

Disability-specific factors

Some adolescents with chronic conditions are particularly vulnerable as a result of cognitive, sensory, or mobility impairments, or difficulty communicating. A chronically ill youth with generalized weakness, for example, will have difficulty fighting off an attacker. Someone with mobility problems is less able to escape attack. Other limitations, such as speech and language difficulties, impede the ability to call for help, to resist an abuser verbally, and later, perhaps, to report abuse. An intellectual disability increases vulnerability to emotional manipulation or coercion.

RECOGNIZING ABUSE

Parents, caregivers and health care providers need to maintain a high level of suspicion concerning sexual abuse when working with this population. Patients who present with sexually transmitted diseases, vaginal or anal trauma, unexplained urinary tract infections—even if they report consensual sexual activity—should be questioned carefully, using the patient's preferred method of communication (eg, American sign language [ASL] or Bliss). Other less specific indicators associated with abuse are: an unexplained fear of physical or gynecologic examination; the avoidance of specific caregivers or caregiving situations; self-harming behaviours; sleep disturbances; encopresis; sexualized behaviour; sexual experimentation with age-inappropriate partners; sexually abusive behaviour toward others; running away; and somatic complaints with no organic cause (5).

DISCLOSURE

Although it is not the role of the physician to conduct an abuse investigation, creating a safe environment that is conducive to open communication is an essential part of the doctor-patient relationship. Open communication is more likely to invite disclosure of abuse. As for all adolescents, a first visit should clearly establish the limits of doctor-patient confidentiality.

Physicians need to appreciate their patient's developmental capacity to understand mandatory reporting, and be ready to explain this obligation in a clear and supportive manner. They must be alert and sensitive to the positive feelings the patient may have toward an abuser. To ease the process of disclosure, questioning should be conducted using the patient's preferred communication method.

Augmentative and alternative communication methods do not always provide access to a sexual vocabulary, though such resources do exist. For patients with a communication disorder, it may be difficult to find a skilled interpreter who is also trained or experienced in sexual abuse issues. In underserved communities, physicians can help to create or promote local training programs for interpreters who wish to qualify in this area. The [Augmentative Communication Community Partnerships Canada](#) (ACCPC) website has an extensive collection of resources on sexuality.

The formal process of disclosure must conform to legal and reporting standards. However, a New Zealand study showed that police officers were not only more likely to disbelieve women with intellectual disabilities when they reported abuse but also to perceive them as promiscuous (6). Following up with the disclosing patient after referral to appropriate authorities provides support through a confusing, challenging time. If the physician knows of individuals who understand both disability and abuse issues, a patient who has experienced abuse can be referred to them for counselling.

PREVENTION

Institutional

Physicians should advocate for institutional policies to prevent abuse, including:

- thorough screening and monitoring of employees and volunteers;
- chaperoning of physical examinations and procedures;
- supervised outings;
- an institutional culture that promotes patient privacy; and
- being alert to, and having procedures for reporting, symptoms/allegations of sexual abuse.

In addition, parents should be encouraged to inquire about institutional policies themselves, and to be especially vigilant when hiring private caregivers. Those working with teens with special health care needs should undergo intensive screening and be trained to understand the full range of normal sexual activity (including masturbation) for this age group. They should know when and how to respect the privacy requirements of adolescents.

Physician involvement in developing educational resources on abuse issues can reinforce preventive training at an institutional level.

Educational

Adolescents with a disability or chronic health condition, parents and other caregivers need appropriate information about sexuality, and should receive it. Information and resources specific to different developmental levels and disabilities on personal rights, safer sex, and sexual abuse, could also include a component on assertiveness training and self-defense. Sexual health education need not focus primarily on the negative: Physicians should develop a list of resources

to help parents recognize their child's healthy sexual self-expression as well as addressing vulnerability to abuse.

Health care providers

Respect for privacy during any physical examination is imperative, even at a young age. Paediatricians and other health care providers have an excellent opportunity to demonstrate this respect by draping patients and offering to stop the examination if they feel uncomfortable. Attending physicians need to model sensitive, respectful physical examination techniques to trainees. Inform new patients that they can have a relative, friend or attendant stay with them during an examination. In addition, physicians can encourage adolescents with chronic conditions to take a more active role in decision-making by helping them feel less dependent and more involved in determining their own care. To achieve this, a balance between cooperation and personal autonomy needs to be established. Relying on rewards or 'consequences' for cooperating is unwise because it undermines a patient's ability to recognize and resist abuse.

CONCLUSION

Paediatricians are ideally positioned to play a significant role in preventing the sexual abuse of children and youth with disabilities. Often, they already have a long-term relationship with patient and family, are equipped to detect and identify changes in behaviour or symptoms that are clues to abuse, and can sensitively question a patient or family member if abuse is suspected.

RECOMMENDATIONS

The Canadian Paediatric Society recommends that paediatricians, family physicians and other health care providers:

- Be aware of the risks of abuse in children and youth with a disability, chronic illness or other limiting health care need;
- Help to prevent abuse by ensuring that their respectful and empowering behaviours are a role model for patients, parents, trainees and colleagues;
- Provide early anticipatory guidance on sexuality, personal empowerment and abuse risks.
- Interact with schools or other community forums to ensure/enhance sexual health education;
- Advocate for institutional policies that prevent sexual abuse, and facilitate a quick intervention if abuse has occurred.

ADDITIONAL RESOURCE

BC Children's Hospital provides a number of guides for parents and professionals on sexuality and sexual abuse prevention. They can be accessed in the sexual health section of <http://www.bcchildrens.ca/KidsTeensFam/A-ZPamphlets/R-SPamphlets.htm>

ACKNOWLEDGEMENT: The principal author thanks Fran Odette, a social worker with Springtide Resources, Toronto, who reviewed this paper and suggested important changes.

REFERENCES

1. Smith A, Stewart D, Peled M, Poon C, Saewyc E, and the McCreary Centre Society. A Picture of Health: Highlights of the 2008 British Columbia Adolescent Health Survey. Vancouver, BC: McCreary Centre Society, 2009.
2. Suris JC, Resnick MD, Cassuto N, Blum RW. Sexual behavior of adolescents with chronic disease and disability. *J Adolesc Health* 1996;19:124-31.
3. Goldberg E, Kaufman M; Canadian Paediatric Society, Adolescent Medicine Committee. Sexual abuse of adolescents with chronic conditions. *Paediatr Child Health* 1997;2(3):212-3.
4. Odette F. Sexual violence and sexuality. In: Kaufman M, Silverberg C, Odette F, eds. *The Ultimate Guide to Sex and Disability*. University of Michigan: Cleis Press, 2007:274-89.
5. Kellogg N; American Academy of Pediatrics Committee Child Abuse and Neglect. The evaluation of sexual abuse in children. *Pediatrics* 2005;116:506-12.
6. Keilty J, Connelly G. Making a statement: An exploratory study of barriers facing women with an intellectual disability when making a statement about sexual assault to police. *Disabil Soc* 2001;16:273-291.

ADOLESCENT HEALTH COMMITTEE

Members: Drs Franziska Baltzer, Montreal Children's Hospital, Montreal, Quebec; April Elliott, Alberta Children's Hospital, Calgary, Alberta; Johanne Harvey, Chicoutimi, Quebec; Debra Katzman, The Hospital for Sick Children, Toronto, Ontario; Stan Lipnowski, Winnipeg, Manitoba (Board Representative); Jorge Pinzon, Alberta Children's Hospital, Calgary, Alberta (Chair).

Liaison: Dr Margo A Lane, Children's Hospital, Winnipeg, Manitoba (Canadian Paediatric Society, Adolescent Health Section)

Principal author: Dr Miriam Kaufman, Toronto, Ontario

Posted: June 2011

Disclaimer: The recommendations in this position statement do not indicate an exclusive course of treatment or procedure to be followed. Variations, taking into account individual circumstances, may be appropriate. Internet addresses are current at time of publication.

Eksempel på retningslinjer fra Stange kommune:

- 1) Verdidokument – Utviklingshemmede og opplæring i forhold til tema seksualitet og forebygging av seksuelle overgrep
- 2) Stange kommune - prosedyre for å varsle seksuelle overgrep mot tjenestemottakere i kommunen
- 3) Kurs: Utviklingshemmede og opplæring i forhold til tema seksualitet samt forebygging av seksuelle overgrep

Verdidokument – Utviklingshemmede og opplæring i forhold til tema seksualitet og forebygging av seksuelle overgrep

Bakgrunn for verdidokument

Tjeneste for funksjonshemmede arbeider med å bygge verdier og gode holdninger med sikte på å redusere faren for overgrep og grenseoverskridende atferd. Dokumentet setter fokus på behovet som tjenestemottakere kan ha i forhold til tema seksualitet og samliv og opplæring av ansatte i forhold til dette tema. Verdidokumentet er ment brukt for virksomhetens ansatte, som utgangspunkt for opplæring av nytilsatte og som bakgrunn for diskusjoner knyttet til ulike problemstillinger blant ansatte i boligene. Referansene viser til eksempler på dokumenter som er egnet til fordypning.

Mennesker med nedsatt funksjonsevne er ikke en ensartet gruppe, men omfatter mennesker med svært ulike former for funksjonsnedsettelse. Forskning viser at det å ha nedsatt funksjonsevne gir større risiko for å bli utsatt for overgrep. Dokumentet har et særlig fokus på mennesker med utviklingshemming. Mange mennesker med psykisk utviklingshemming har særlige behov for tilrettelegging og opplæring i forhold til å forstå og håndtere egen og andres seksualitet. De vil også ha særlige behov for bistand i møte med helsevesen og rettsapparat.

Et viktig mål ved all tjenesteyting er å forebygge at brukerne utsettes for seksuelle overgrep. Eldre, mennesker med psykiske lidelser, fysisk funksjonshemmede og mennesker med utviklingshemming er mer utsatt enn andre. Hver og en av oss har derfor plikt til å melde fra dersom vi har mistanke om overgrep.

Kommunen har et stort ansvar for å gi ansatte grunnleggende fagkompetanse på dette området. Samtidig har tjenesten også ansvar for å legge tilrette for at den enkelte bruker får opplæring og veiledning i forhold til seksualitet og samliv, ut fra brukers behov og forutsetninger. Kunnskap om seksualitet og seksualitetens uttrykk er viktig for å vite hva som er vanlig seksualitet på ulike alderstrinn. Som ansatte må vi derfor ha god kjennskap til den enkelte person vi jobber med. Hvis ansatte observerer tegn som kan være signaler om overgrep, skal den generelle prosedyren være til hjelp for å håndtere saken på en faglig forsvarlig måte. Siden dokumentet er en del av kommunens internkontrollsystem er det viktig at du setter deg godt inn i prosedyren om varsling av seksuelle overgrep. Les også mer om internkontroll i vedlegg til denne prosedyren.

Internkontrollforskriftens § 4, annet ledd, bokstav c:

Den/de ansvarlige for virksomheten skal sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet samt om virksomhetens internkontroll.

Seksualitet - forebygging av overgrep og behov for opplæring

Mennesker med utviklingshemming vil oftest ha behov for tilpasset opplæring i forhold til egen seksualitet. Denne opplæringen skal gjøre den enkelte i stand til å leve ut sin seksualitet i samsvar egne behov uten at dette bryter med gjeldende normer og regler. Virksomheten skal sørge for at medarbeiderne medvirker til at retten til å ha et seksualliv blir ivaretatt der det er behov for det. Det må derfor legges til rette for opplæring av ansatte gjennom veiledning og undervisning. Ansattes tilbakemeldinger må også følges opp og tiltak iversettes ved fare for svikt.

Seksualiteten kan være en positiv kilde til spenning og lek, til nytelse og livsglede. Seksualiteten kan også lede til skam og skyld, misbruk, overgrep og vold. Seksualitet handler om grunnleggende menneskelige behov som fysisk kontakt, intimitet, nytelse, ømhet og kjærlighet. Grunnleggende kunnskap om seksuell utvikling er nødvendig for å forstå hvordan seksualitet kan komme til uttrykk hos mennesker med utviklingshemming. En utfordring i dette arbeidet er at det kan være et misforhold mellom kroppslig og kognitivt utviklingsnivå. Dette medfører at krav og forventninger ikke er i overensstemmelse med det den utviklingshemmede faktisk forstår. Det er også svært viktig at vi som personale har tilstrekkelig bevissthet om at mennesker med utviklingshemming ikke naturlig tar del i den uformelle opplæringen som skjer gjennom samhandling med andre barn. Kunnskap er derfor et virkemiddel for å kunne forebygge seksuelle overgrep. Tjenesteyter må ha kunnskap nok til å forholde deg til ulike uttrykk for seksualitet og til å gi veiledning der det er behov for det.

Manglende kunnskap om grenser og normer for seksuell praksis kan medføre at den utviklingshemmede også kan begå overgrep. Mennesker med utviklingshemming har ofte ikke forutsetninger for å forstå hvilke skader dette kan påføre de det begås overgrep mot. Kompetente ansatte vil imidlertid medvirke til at tjenestetilbud preges av trygghet og faglighet. Stange kommune må derfor sikre at ansatte har kunnskap om gjeldende regler og retningslinjer på området.

Internkontrollforskriftens § 4, annet ledd, bokstav b:

”Den/de ansvarlige for virksomheten skal sikre tilgang til aktuelle lover og forskrifter som gjelder for virksomheten.”

Virksomheten må organiseres og drives på en systematisk måte som sikrer at svikt ikke oppstår. Det vil være viktig å identifisere forhold som kan medføre svikt. Når barn, unge og voksne trekkes inn i seksuelle handlinger som de ikke er modne for, samtykker til eller forstår, regnes det som seksuelle overgrep. Den seksuelle handlingen baserer seg på overgriperens behov. Mennesker med utviklingshemming kan i noen tilfeller bli utsatt for overgrep fordi de ikke har forutsetninger for å forstå konsekvenser av sitt samtykke til seksuell omgang. I straffeloven kap. 19, § 193, annet ledd, er det presisert at den som skaffer seg seksuell omgang ved å utnytte noens psykiske lidelse eller psykiske utviklingshemming kan bli straffet med fengsel inntil 5 år. Vi som

arbeider nært brukeren er ofte de som først oppdager eller får mistanke om overgrep. Hvis du som personale observerer seksuell atferd utover det normale, eller hvis foresatte eller andre er urolige må dette alltid tas på alvor. Hvis du er i tvil bør du søke råd.

Internkontrollforskriftens § 4, annet ledd, bokstav f:

Den/de ansvarlige for virksomheten skal skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav.

Signaler på overgrep

Signaler på overgrep kan komme gradvis over tid eller akutt. Felles er at det er forandringer i atferd, fra det som er vanlig hos den enkelte. Personens utviklingsalder og evne og forutsetning for å kommunisere vil kunne påvirke hvilke symptomer/signaler som kommer til uttrykk. Det viktige er å finne ut hva signalene kan være uttrykk for. Gjennom god kjennskap til personen er det lettere å bli oppmerksom på endringer.

- *Forandring i atferd*

Overgrep kan føre til mange forandringer i personens atferd. Det kan være å isolere seg, konsentrasjonsvansker, passivitet, aggressivitet rettet mot seg selv eller andre. Reagerer uvanlig på vanlige hendelser (smak, lyd, lukt, bevegelser.....)

- *Kroppslige, somatiske tegn*

Vondt i hodet og magen, stramme muskler, ofte urinveisinfeksjon, søvnproblemer, uforklarlig vekttap, gjentatte mareritt, tannråte, blåmerker...

- *Redsel for arenaer som tidligere har vært trygge*

Hvis en person er utsatt for fysiske eller seksuelle overgrep, kan en observere vegring for å forlate et sted eller gå til steder hvor overgriper befinner seg

- *Overdreven seksualisert atferd*

Hvis en person er utsatt for seksuelle overgrep, vil hun eller han kunne vise en overdreven seksuell atferd, eller bruke konkrete ord og uttrykk som ikke harmonerer med personens alder og kunnskapsnivå. Tvinger seg på andre på en tvangspreget måte

- *Regresjon*

Personen går tilbake i utvikling og opptrer mindre selvstendig enn tidligere: hygiene, adl, osv

- *Depresjon og tristhet*

”Det er noe med Leif.....han smiler ikke lenger, han virker ulykkelig og trist.” Disse signalene trenger ikke være tegn på overgrep. Det kan være mange ulike årsaker til bl.a.

atferdsendring. Signalene vil variere etter personens alder og sosial- og kulturell tilhørighet, nettverk og stimulering, både psykisk og fysisk. Vi må være ydmyke og ta oss tid til å innhente opplysninger som kan gi oss mest mulig informasjon om saken eller som kan avdekke andre forklaringer.

Prosedyre

Hvordan du skal gå frem ved mistanke om at overgrep skjer eller har skjedd? **Viser til egen prosedyre gjeldende for alle som jobber i Stange kommune:**

Stange kommune - prosedyre for å varsle seksuelle overgrep mot tjenestemottakere i kommunen. (Ligger i EQS)

Meldeplikt kontra taushetsplikt:

Det er viktig å kjenne til hovedinnholdet i lover og regler, og samtidig ha klart for seg hvilket ansvar som ligger hos en selv og andre etater som politi og rettsvesen. Når du har mistanke om at det skjer overgrep, kan det være ulovlig at du ikke gjør noe med situasjonen (Straffeloven § 139). Den yrkesmessige taushetsplikten er IKKE til hinder for at du kan melde til barnevernstjenesten jf Strl § 139 - PLIKT TIL Å MELDE om du har mistanke til, eller har avdekket overgrep. Følg prosedyren for hvordan du skal gå frem. Sentrale paragrafer i Straffelovens kapittel 19 omhandler seksuelle overgrep. § 193 vedrører seksuelle overgrep mot voksne mennesker med utviklingshemming.

Vi som sosial- og helsepersonell har plikt til å varsle politiet ved fare for alvorlig skade på personer (Helsepersonelloven § 31 og sosialtjenestelovens § 8-8a). Følg prosedyren i kap. om prosedyrer for hvordan du skal gå frem.

Dersom ledelsen ikke anmelder en overgrepssak har helsepersonellet selv plikt til å gå videre med saken, ifølge Helsepersonelloven § 33 om opplysningsplikt. Er du usikker, så ring politiet og spør om hvordan du skal forholde seg. Du kan være anonym og politiet kan selv være den som anmelder hvis de vurderer at det er grunnlag for det. Mennesker med utviklingshemning har krav på å få oppnevnt bistandsadvokat. Mennesker med utviklingshemning skal ha dommeravhør (en dommer foretar avhøret under video-opptak). Dommeravhøret skal foretas innen 3 uker etter anmeldelse. Eventuelle tolker eller hjelpere skal ikke tilhøre familien.

- Fornærmede i saken har krav på å ha med seg en person i politiavhøret som han/hun har tiltro til
- Det anbefales å eventuelt henvise til en spesialisthelsetjeneste som har kompetanse på område for videre oppfølging og veiledning til personalet

Tjeneste for funksjonshemmede - januar 2012

Trygve Røe – fagkonsulent

Nyttige referanser:

1. Barnas stortingsmelding nr 1 (2008-2009) Om vold og overgrep mot barn
2. Seksuelle overgrep mot barn – en veileder for hjelpeapparatet. Utgitt av Sosial- og helsedirektoratet og Barne- og familiedepartementet (IS-1060, 2003. Oppdatert 08.02. 2011)
3. Mistanke om ansattes seksuelle overgrep mot barn – en veileder for utarbeidelse av plan for krisehåndtering. Utgitt av utdannings- og forskningsdepartementet og Barne- og familiedepartementet. (Q-1047, 2002)
4. Strategi mot seksuelle overgrep mot barn 2005 – 2009. Utgitt av Barne- og familiedepartementet.
5. Utviklingshemming og seksuelle overgrep. Faghefte fra Helse sør-øst, Februar 2009
6. Organisering av helsetjenester til personer som har vært utsatt for vold og seksuelle overgrep. Utgitt av Sosial- og helsedirektoratet.(IS-1203. Oslo 2004)

Stange kommune - prosedyre for å varsle seksuelle overgrep mot tjenestemottakere i kommunen

Hensikt med prosedyren:

- Å forebygge at seksuelle overgrep og grenseoverskridende seksuell adferd ikke skal skje i vår organisasjon.
- Å ha felles prosedyre for behandlingen av eventuelle tilfeller av seksuelle overgrep og/eller grenseoverskridende seksuell adferd som måtte bli kjent innen kommunens virksomheter.
- At prosedyren er et verktøy for ansatte i Stange kommune i arbeidet med å forebygge seksuelle overgrep, og håndtere mistanke om seksuelle overgrep rettet mot tjenestemottakere i alle kommunens virksomheter.

Omfang:

Alle virksomheter - hver og en har plikt til å melde fra dersom en har mistanke om overgrep.

Ansvar for prosedyren:

- Tjenesten for funksjonshemmede har ansvar for å lage prosedyren.
- Alle som bruker prosedyren har ansvar for å melde avvik/ melde om nødvendig endringer, oppdateringer av prosedyren.
- Rådgiver i stab til kommunalsjef helse/omsorg har ansvar for å vedlikeholde prosedyren
- Rådmannen godkjenner prosedyren

Definisjoner:

Forebygge seksuelle overgrep:

Et viktig mål ved all tjenesteyting er å forebygge at tjenestemottaker utsettes for seksuelle overgrep. Kommunen må derfor legges til rette for opplæring av ansatte gjennom veiledning og undervisning. Kompetenteansatte vil medvirke til at tjenestetilbud preges av trygghet og faglighet. Ansattes tilbakemeldinger skal følges opp og tiltak iverettes ved fare for svikt. Hvis ansatte observerer tegn som kan være signaler på overgrep, skal denne prosedyren være til hjelp for å håndtere saken på en faglig forsvarlig måte. Hvis du er i tvil skal du søke råd. Prosedyren er en del av kommunens internkontrollsystem og det er viktig at du setter deg godt inn i dokumentet og vedlegget til prosedyren om internkontroll.

Meldeplikt kontra taushetsplikt:

Det er viktig å kjenne til hovedinnholdet i lover og regler, og samtidig ha klart for seg hvilket ansvar som ligger hos en selv og andre etater som politi og rettsvesen. Når du har mistanke om at det skjer overgrep, kan det være ulovlig at du ikke gjør noe med situasjonen (Straffeloven § 139). Den yrkesmessige taushetsplikten er heller ikke til hinder for at du kan melde til barnevernstjenesten. (Strl § 139 – Plikt til å melde om du har mistanke til, eller har avdekket overgrep). Følg prosedyren for hvordan du skal gå frem. Helse- og sosial personell har plikt til å varsle politiet ved fare for alvorlig skade på personer

(Helsepersonelloven § 31 og sosialtjenestelovens § 8-8a). Dersom ledelsen ikke anmelder en overgrepssak har helsepersonellet plikt til å gå videre med saken. (Helsepersonelloven § 33 om opplysningsplikt). Er du usikker, så ring politiet og spør om hvordan du skal forholde deg. Du kan være anonym og politiet kan selv være den som anmelder hvis de vurderer at det er grunnlag for det.

Internkontroll:

I arbeidet med prosedyren har Stange kommune valgt å sette fokus på internkontroll i helse- og sosialtjenesten, at myndighetskravene i helse- og sosiallovgivningen etterleves og at det gis forsvarlige tjenester av god kvalitet.

Internkontrollforskriftens § 4, annet ledd, bokstav c: "*Den/de ansvarlige for virksomheten skal sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet samt om virksomhetens internkontroll.*"

Arbeidsbeskrivelse

Prosedyre ved mistanke om seksuelle overgrep

Ved mistanke om seksuelle overgrep skal alle relevante observasjoner noteres fortløpende.

- Sikre at du ikke er alene med mistanken. Henvend deg umiddelbart til nærmeste leder.
- Noter ned når du fikk mistanken og hva den besto i (hendelsesforløp)
 - dato
 - arena for observasjon
 - hvem som var til stede i situasjonen
 - nøyaktig beskrivelse av det du observerte
 - navn på den som har laget notatet
- Antatt overgriper må ikke konfronteres med mistanke før anmeldelse pga. fare for bevisforspillelse.
- Dersom mistanke ikke rettes mot foreldre/pårørende må leder sørge for at de blir informert om mistanken.
- Oppgi eventuelt om personen har en utviklingshemming.
- Søk råd hos politiet, også anonymt om du vil
- Skulle saken involvere en av kommunens ansatte er det en personalsak. Det er viktig at alle prosedyrer, også de juridiske, følges opp på en korrekt måte.
- Dersom den utsatte forteller selv, så skal det oppfordres til å fortelle fritt uten press.
 - Skriv ned ordrett hva som blir fortalt. Du kan spørre når hendelsen skjedde sist gang, bruk åpne spørsmål!
 - Skriv ned detaljer og uttalelser personen kommer med så ordrett som mulig
 - Si at du vil hjelpe
 - Ikke lov at du ikke skal si det til noen
 - Fortsett å føre notater etter hvert som du observerer eller snakker med den utsatte; sinnstilstand – for eksempel, gråt, sinne, hva som sies...

Prosedyre ved konkrete seksuelle overgrep

Meld fra til leder, som kontakter politi umiddelbart og spør om hvordan en skal håndtere situasjon, og hvordan en kan sørge for at spor ikke blir ødelagt fram til politiet overtar ansvaret. Det kan finnes biologiske spor som må sikres.

Vanlig prosedyre er:

- Personen må ikke dusje/vaske seg.
- Klær, sengetøy, laken etc. oppbevares tørt og pakkes i papir, hver for seg.
- Personen det gjelder skal til undersøkelse på overgrepsmottak. (Ta kontakt med politiet)
- Om det er en person du mistenker for å ha begått overgrepet, skal den ikke konfronteres med dette. Vi kan da risikere at personen får mulighet til å dekke over eller slette spor, slik at politiet ikke får bevis for handlingen som er begått.

NB! Sporsikring gjøres av politi.

Skulle saken involvere en av kommunens ansatte er det en personalsak. Det er viktig at alle prosedyrer, også de juridiske, følges opp på en korrekt måte.

SKYND DEG LANGSOMT!

Gjør følgende

- Tro på personen
- Forholde deg rolig
- Vis interesse
- Vis at du bryr deg
- Ta affære

Ikke gjør dette

- Ikke lov å ikke si det til noen
- Press ikke personen
- Ikke få panikk eller overreager
- Ikke konfronter overgriper
- Ikke gi noe skyld til personen
- Ikke overøs personen med spørsmål

Referanser

1. Seksuelle overgrep mot barn – en veileder for hjelpeapparatet. Utgitt av Sosial- og helsedirektoratet og Barne- og familiedepartementet
2. Malmedal, W. (1999). *Sykehjemets skyggesider*. Oslo: Kommuneforlaget.
3. Strategi mot seksuelle overgrep mot barn 2005 – 2009. Utgitt av Barne- og familiedepartementet.
4. Utviklingshemming og seksuelle overgrep. Faghefte fra Helse sør-øst, Februar 2009
5. Organisering av helsetjenester til personer som har vært utsatt for vold og seksuelle overgrep. Utgitt av Sosial- og helsedirektoratet.
6. Krav om politiattest. Hentes fra Helsetilsynet sine hjemmesider.

Vedlegg:

- Forskrift om internkontroll
- Krav om politiattest

Relaterte lenker

Lov om helsepersonell: <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-064.html#20a>

Lovkrav om politiattest: <http://www.helsetilsynet.no/no/Regelverk/Tolkningsuttalelser/Andre-tolkningsuttalelser/Lovkrav-politiattest-helsepersonell-sosialpersonell-stillinger/>

Kurs:

Utviklingshemmede og opplæring i forhold til tema seksualitet samt forebygging av seksuelle overgrep

Målgruppe: alle miljøterapeuter i Stange kommune

Tid: 27.02 og 05.03, fra kl. 18.00-21.00

Sted: Habiliteringstjenestens lokaler i Nydalen

Innhold kurskveld 1, 27.02:

- Gjennomgang av Stange kommunes retningslinjer ved mistanke om seksuelle overgrep mot mennesker med utviklingshemming: **Ansvar: Stange kommune**
- Utviklingshemming og seksualitet; holdninger, definisjoner og veiledningsplikt: **Ansvar: Wenche Fjeld**
- PLISSIT-modellen og etikk
- Hvordan veilede, - og forebygge overgrep? Arbeid på individnivå

Innhold kurskveld 2, 05.03:

- Utviklingshemmede og seksuelle overgrep;
- Tegn på overgrep
- Oppfølging etter overgrep
- "Seksualpolitikk i boligen" - Arbeid på systemnivå

Kurskveld 2 vil dels være en work-shop hvor miljøterapeutgruppen utarbeider systemer som skal ivareta veiledning både på individ- og personalnivå fremover. Forfall meldes på mail til Rita Larsen snarest mulig. Hører jeg ikke noe så sees vi der 😊

Avlønning for disse timene rettes til din avdelingsleder.

Vel møtt!

Dokumenter SUMO-workshop:

- 1) Deltakerliste
- 2) Program
- 3) SUMO-Gruppearbeid

DELTAKERLISTE SUMO-WORKSHOP, BLD 31.10.12

Etternavn	For- og mellomnavn	Stilling	Arbeidssted	Epostadresse
Andresen	Anita Hind	Fagkonsulent	SMISO Troms	anita.andresen@smiso.no
Berge	Kim	Rådgiver	Nasjonalt Kompetansemiljø om Utviklingshemning (NAKU)	kim.berge@hist.no
Bergh	Marit	Seniorrådgiver	Statens Barnehus Oslo	Marit.Bergh@politiet.no
Birkeland	Liv-Sara	Rådgiver	Fylkesmannen i Oslo og Akershus	fmoalsb@fylkesmannen.no
Bogetun	Gry	Seniorrådgiver	Fylkesmannen i Finnmark	fmgbo@fylkesmannen.no
Breistein	Torill Mossing	Leder for Nettverk, Funksjonshemning Samliv og Seksualitet (NFSS)	Sykehuset Sørlandet HF	torild.mossing.breistein@sshf.no
Dam	Maren Anna Lervik	Rådgiver	Barne-, Likestillings- og Inkluderingsdepartementet	mad@bld.dep.no
Eggen	Kirsten	Fagkonsulent	Sykehuset Østfold HF	Kirsten.Eggen@so-hf.no
Eknes	Jarle	Psykologspesialist, daglig leder	Samordningsrådet (SOR)	je@sorpost.no
Fjeld	Wenche	Prosjektdeltaker SUMO	Sykehuset Innlandet HF	Wenche.Fjeld@sykehuset-innlandet.no
Grøttedal	Elisabeth	Rådgiver	Barne- Ungdoms- og Familiedirektoratet	elisabeth.grotteland@bufdir.no
Grøvdal	Yngvil	Forsker II	Nasjonalt Kompetansesenter om Vold og Traumatisk Stress (NKVTS)	yngvil.grovdal@nkvts.unirand.no
Hansen	Harald M. Kvame	Forbundsleder	Landsforbundet for Utviklingshemmede og Pårørende (LUPE)	mkvameha@online.no
Henriksen	Thor	Sentralstyremedlem	LUPE	thorkhenriksen@hotmail.com
Huseby	Inger	Seniorrådgiver	Helsedirektoratet	Inger.Huseby@helsedir.no
Ingerslev	Hanne	Seniorrådgiver	Barne- Ungdoms- og Familiedirektoratet	hanne.ingerslev@bufdir.no
Johansen	Willy	Spesialkonsulent	Nordlandssykehuset HF	Willy.Johansen@nordlandssykehuset.no
Kristiansen	Hilde Margrethe	Prosjektdeltaker SUMO	Helse Finnmark	Hilde.Margrethe.Kristiansen@helse-finnmark.no
Kristiansen	John-Ingvar	Seniorrådgiver	Barne- Ungdoms- og Familiedirektoratet	john-ingvard.kristiansen@bufdir.no
Lindkjølen	Anne Kristin	Koordinator seksualforbrytelser	Hedmark politidistrikt	anne.kristin.lindkjolen@politiet.no
Lundberg	Mari Anne	Seniorrådgiver	Helsedirektoratet	Mari.Anne.Lundberg@helsedir.no
Malmö	Siri		Akershus universitetssykehus	Siri.Malmo@ahus.no
Mathisen	Annie Louise	Prosjektdeltaker SUMO	Helse Førde	annie.mathisen@helse-forde.no

Etternavn	For- og mellomnavn	Stilling	Arbeidssted	Epostadresse
Moen	Karianne	Politioverbetjent	Politihøgskolen	karianne.moen@phs.no
Ovesen	Inge	Avdelingsdirektør	Barne-, Likestillings- og Inkluderingsdepartementet	Inge.Ovesen@bld.dep.no
Pedersen	Øyvind	Seniorrådgiver	Fylkesmannen i Oslo og Akershus	fmoaope@fylkesmannen.no
Revis	Emmanuel	Psykologspesialist, seksjonssjef	Sentral fagenhet for tvungen omsorg	E.Revis@stolav.no
Rostad	Kari	Faglig leder/rådgiver	Statens Barnehus Hamar	kari.rostad@statensbarnehus.no
Sandness	Cecilie Håkonsen	Seniorrådgiver	Barne- Ungdoms- og Familiedirektoratet	cecilie.hakonsen.sandness@bufdir.no
Sivertsen	Lene	Daglig leder	SMISO Tromsø	lene.sivertsen@smiso.no
Skogøy	Elin	Seniorrådgiver	Barne- Ungdoms- og Familiedirektoratet	elin.skogoy@bufdir.no
Solem	Vibeke Benum	Seniorrådgiver	Statens Barnehus Oslo	Vibeke.Benum.Solem@politiet.no
Spange	Berit	Prosjektkoordinator	Overgrepsmottaket i Telemark	berit.spange@skien.kommune.no
Thorleifsson	Eline	Overlege	Overgrepsmottaket Oslo	eline.thorleifsson@hel.oslo.kommune.no
Tymi	Anita	Tillitsvalgt	Norsk Forbund for Utviklingshemmede (NFU)	Anita.Tymi@uin.no
Vierli	Kristine	Juridisk rådgiver	NFU	kristine@nfunorge.org
Wassvik	Ann-Kristin	Seniorrådgiver	Helsedirektoratet	Ann-Kristin.Wassvik@helsedir.no
Wyatt	Trude Stenhammer	Spesialkonsulent	Samordningsrådet (SOR)	trudesor@gmail.com
Zachariassen	Peter	Prosjektleder SUMO	Oslo Universitetssykehus	uxzape@ous-hf.no

PROGRAM WORKSHOP 31.10.12, BLD

Kl. 10.00 – 10.10: Velkommen ved Inge Ovesen

Kl. 10.10 – 10.50: Innledning v/Peter Zachariassen

Kl. 10.50 – 11.05: Pause

Kl. 11.05 – 12.00: Primær forebygging

Innledning

Case

Gruppedrøfting (SUMO-medlemmene er sekretærer)

Kl. 12.00 – 12.15: Pause

Kl. 12.15 – 13.05: Sekundær forebygging

Innledning

Case

Gruppedrøfting

Kl. 13.05 – 13.50: Lunsj

Kl. 13.50 - 14.45: Tertiær forebygging:

Innledning

Case

Gruppedrøfting

Kl. 14.45 – 15.00: Pause

Kl. 15.00 – 15.45: Gjennomgang av innspill fra gruppene: avklaringsrunde

Kl. 15.45 – 16.00: Pause

Kl. 16.00 – 16.30: Oppsummering og veien videre

SUMO – GRUPPEARBEID

1) Primær forebygging

Case:

Gjennomgående case

Kvinne på 22 år, moderat psykisk utviklingshemmet, har nettopp flyttet inn i et kommunalt bofelleskap med fire andre unge utviklingshemmede, tre menn og en kvinne. De fire andre har lett grad av utviklingshemming, og kan fremstå som noe bedre fungerende enn den 22-årige kvinnen. Kvinnen jobber på samme VTA-bedrift som tre av de andre beboere i bofelleskapet.

Hun har aldri hatt en kjæreste, men ønsker seg det. Omtaler venner og bekjente som "kjæresten". Har ikke fått spesielt tilrettelagt seksualundervisning i skolen.

Kvinnen kan ikke administrere egen økonomi – har hjelpeverge.

Boligen har en leder (som ikke er i turnus og som også har ansvaret for to andre boliger); det er 30 på turnuslisten – de aller fleste i små stillinger. Ingen tilsyn natt – nattevakt kommer bare på tilkalling...

Spørsmål/oppgaver:

List opp forslag til hvordan en kan forebygge at denne unge kvinnen blir utsatt for overgrep (vold, seksualitet, økonomisk utnyttning).

Hvordan kan man styrke hennes selvbestemmelse?

Hvordan sikre at hun får de tjenestene hun har behov for, og hvor skal ansvaret forankres?

Tiltak	Beskriv så konkret som mulig Sett gjerne opp underpunkter
Hvilket tiltaksnivå?	Individ... Tjeneste... Regjering/samfunn... (Ett tiltak kan involvere flere nivåer)
Ansvar for gjennomføring	Hvem/hvilke instanser? Konkretiser
Ressurser	Hva trengs? - vedtak - stillinger - kompetanse - annet...
Mulige hindringer?	Beskriv gjerne hva som vil kunne motvirke et ønsket resultat
Kontroll/oppfølging	Hvordan overvåke at ønskete resultater oppnås? Intervensjon ved manglende måloppnåelse...

SUMO – GRUPPEARBEID

2) Sekundær forebygging

Case:

Under en fortrolig samtale med sin primærkontakt forteller kvinnen at hun har sett pornofilm på kvelden med to av mennene i bofellesskapet. Hun har i tillegg betalt for filmene av egne penger. Mennene forsøkte å få henne til å ta nakenbilder av seg selv og sende til dem på mms.

Hun sier at den ene mannen vil være kjæreste med henne. Hun er veldig glad og kommer med hentydninger til personalet om at de kan flytte i lag og få barn sammen.

Noen tid etter prøver primærkontakten å ta opp med kvinnen hvordan hun har det med mannen, som angivelig ville være kjæreste med henne. Kvinnen vil ikke prate om dette, og blir irritert.

Det kommer nå også rapporter fra hennes arbeidsplass, der den pågjeldende mannen også jobber, om at hun ofte kommer for sent på jobb, virker trett og irritabel, og har vansker med å konsentrere seg om jobben. Arbeidsgiver opplyser at han har observert kvinnen og denne mannen komme ut fra garderoben sammen etter en lunsj...

Spørsmål/oppgaver:

Hvilke skritt kan primærkontakten ta, basert på de foreliggende opplysninger, for å få klarhet i om kvinnen er utsatt for overgrep/utnyttelse?

Hva kan gjøres akutt for å sikre kvinnen?

Hvilke instanser kan gjøre de nødvendige beslutninger...?

Vurder de rettsikkerhetsmessige implikasjonene ved de valgte strategiene!

Tiltak	Beskriv så konkret som mulig Sett gjerne opp underpunkter
Hvilket tiltaksnivå?	Individ... Tjeneste... Regjering/samfunn... (Ett tiltak kan involvere flere nivåer)
Ansvar for gjennomføring	Hvem/hvilke instanser? Konkretiser
Ressurser	Hva trengs? - vedtak - stillinger - kompetanse - annet...
Mulige hindringer?	Beskriv gjerne hva som vil kunne motvirke et ønsket resultat
Kontroll/oppfølging	Hvordan overvåke at ønskete resultater oppnås? Intervensjon ved manglende måloppnåelse...

SUMO – GRUPPEARBEID

3) Tertiær forebygging

Case:

Da situasjonen vurderes som alvorlig gjennomfører boligleder og primærkontakt en samtale med kvinnen der de direkte spørører henne om hva hun og den mannlige medbeboeren foretar seg sammen. I samtalen kommer det frem at mannen ved gjentatte anledninger har hatt samleie med kvinnen, selv om hun har sagt at hun ikke ville. Han har lokket henne til det likevel ved å si at de skal bli "ordentlige kjærester", og at de skal flytte sammen i en annen bolig "uten personal"...

Kvinnen har nektet å ha samleie med mannen, fordi hun ikke synes det er godt – og fordi han tross sine lovnader ikke gjør noe for å skaffe de to en annen bolig. Hun mistenker også at han ser andre kvinner. Han skal da ha truet henne til sex ved å si at han "skal fortelle alle at hun er løs på tråden", og at han har nakenbilder av henne som han truer med å legge ut på nettet.

Ved en anledning skal han også fysisk ha tvunget henne til sex, hvorved kvinnen fikk tydelige blåmerker. Det er fortsatt synlige merker på kroppen hennes som hun viser til boligleder og primærkontakt.

Kvinnen er ulykkelig, men ønsker fortsatt å være kjæreste med mannen...

Spørsmål/oppgaver:

Hvilke forhold taler for at mannen skulle politianmeldes?

Og hvilke forhold taler i mot?

Sett opp forslag til tiltak som skal ivareta kvinnen...

Og forslag til tiltak som skal ivareta mannen...

Gi en konkret vurdering av hvilke personer/instanser som bør få informasjon (og hvilken informasjon) om det som har skjedd.

Hva er i hvert tilfelle hensikten med å gi informasjonen videre?

Tiltak	Beskriv så konkret som mulig Sett gjerne opp underpunkter
Hvilket tiltaksnivå?	Individ... Tjeneste... Regjering/samfunn... (Ett tiltak kan involvere flere nivåer)
Ansvar for gjennomføring	Hvem/hvilke instanser? Konkretiser
Ressurser	Hva trengs? - vedtak - stillinger - kompetanse - annet...
Mulige hindringer?	Beskriv gjerne hva som vil kunne motvirke et ønsket resultat
Kontroll/oppfølging	Hvordan overvåke at ønskete resultater oppnås? Intervensjon ved manglende måloppnåelse...

Workshop oppsummering:

Dokumentet er inndelt i *Primær* forebygging, *Sekundær* forebygging og *Tertiær* forebygging, og forslagene som kom under gruppearbeidet på workshopen (sammen med enkelte av SUMO-prosjektets egne forslag) er forsøkt plassert inn både på nivå og på ”trinn”. Skjemaene er delt opp i feltene: Tiltaksområde (som beskriver selve tiltaket); Verktøy (som beskriver kartleggingsredskap som kan anvendes, opplæringsmateriale og tips om arbeidsmetoder); Kvalitetsmål (som beskriver hva som vil være ønskelige og så langt mulig målbare resultater av tiltakene); Ansvar (som beskriver hvem eller hvilke instanser som bør ha ansvar for implementering) og Oppfølging/kontroll (som antyder hvilke instanser som bør ha en rolle i å føre tilsyn eller lignende med tiltakene).

PRIMÆR FOREBYGGING: 1. INDIVIDNIVÅ

Tiltaksområde	Verktøy	Kvalitetsmål	Ansvar	Oppfølging/kontroll
Kartlegging av tjenestemottakers funksjonsnivå, bistandsbehov og sårbarhetsfaktorer	<p>Utredning av IQ og adaptivt funksjonsnivå:</p> <ul style="list-style-type: none"> - IQ-test (Wechsler Adult Intelligence Scale) - Vineland Adaptive Behavior Scale <p>Kartlegging av bistandsbehov:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Basisregistrering - Vineland <p>Sårbarhetsvurdering:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Faktorer som kjennetegner en økt-risiko-situasjon (tjenestemottaker)*</i> - <i>SUMO Risikoanalyse del 1*</i> - <i>Thompson's skjema*</i> - <i>Sjekkliste samtykkekompetanse*</i> 	<p>Tjenestemottaker er utredet og har fått diagnose psykisk utviklingshemming i hht. ICD10-kriterier og -retningslinjer*.</p> <p>Det er gjort en grundig og uavhengig vurdering av tjenestemottakers bistandsbehov med bruk av minst ett anerkjent kartleggingsredskap.</p> <p>Det er gjort en grundig og uavhengig vurdering av sårbarhetsfaktorer hos tjenestemottaker med bruk av et systematisk kartleggingsredskap.</p>	<p>Fastlege</p> <p>Vedtaksansvarlig i kommunen (ved behov henvises til habiliteringstjenesten)</p> <p>IP-koordinator (ved behov henvises til habiliteringstjenesten)</p>	<p>Spesialisthelsetjenesten (ved vedtak etter KHOL kap 9) / Fylkesmannen</p> <p>Fylkesmannen Hab.tj</p> <p>Fylkesmannen Hab.tj</p>
Kartlegging av tjenestemottakers behov og ønsker hva angår bolig	Se <i>SUMO Risikoanalyse del 1*</i>	Bolig er vurdert som best mulig egnet til å imøtekomme tjenestemottakers behov og ønsker.	IP-koordinator	<p>Ansvarsgruppe</p> <p>Internkontroll (Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten)</p> <p>FOR 2003-06-27 nr. 792 (Kvalitetsforskriften)</p>
Kartlegging av tjenestemottakers behov, ferdigheter og ønsker hva angår jobb	Se <i>SUMO Risikoanalyse del 1*</i>	Arbeidstilbudet er vurdert som best mulig egnet til å imøtekomme tjenestemottakers behov, ferdigheter og ønsker.	IP-koordinator	Ansvarsgruppe

<p>Individuell plan (IP) brukt som et aktivt verktøy</p> <p>OBS Brukerdeltakelse!</p>	<p>Veileder til forskrift om individuell plan 2010</p> <p>Personlig trygghet inn som eget punkt i IP (Se <i>Min Personlige Trygghets-Plan*</i>)</p>	<p>IP er et "rullerende dokument", brukes aktivt i ansvarsgruppemøter som et grunnlag for dagsorden.</p>	<p>IP-koordinator</p>	<p>Ansvarsgruppe</p> <p>Møtereferat</p>
<p>Tilrettelagt opplæring om kropp, identitet og seksualitet både før og etter flytting; sørge for at temaet jevnlig tas opp med tjenestemottaker</p>	<p>Se <i>SUMO Risikoanalyse del 1*</i> SexKunn, KroppKunn, KIS</p> <p>Tilpassede program for individer med etnisk minoritetsbakgrunn (for eksempel SUS-heftet <i>Kyss frøen</i>, Pedersen & Draiby, 2007)</p> <p>Fagadministrativt system</p>	<p>Tjenestemottaker har hatt tilrettelagt opplæring med anvendelse av et systematisert program, for eksempel KIS.</p>	<p>Skolen</p> <p>Boligleder</p>	<p>Ansvarsgruppe</p> <p>Revisjon av boligen</p>
<p>Styrke personens evne til å identifisere og beskytte seg mot fysiske eller psykiske overgrep, trakassering og utnyttelse</p>	<p>Se <i>SUMO Risikoanalyse del 1*</i></p> <p>Opplæringspakke <i>Schyssta Relationer</i> (Utväg Skaraborg, Sverige)</p> <p>Selvforsvarskurs</p> <p>Tilpassede program for individer med etnisk minoritetsbakgrunn (se ovenfor)</p>	<p>Tjenestemottaker har hatt tilrettelagt opplæring med anvendelse av et systematisert program, for eksempel <i>Schyssta Relationer</i> (se link).</p>	<p>Skolen</p> <p>Boligleder</p>	<p>Ansvarsgruppe</p> <p>Revisjon av boligen</p>
<p>Legge til rette for at beboerne kan delta i meningsfulle aktiviteter utenfor bolig og jobb; skape tilhørighet til andre arenaer (fritidsaktiviteter), nettverksbygging, aktiv bruk av støttekontakt og treningskontakt. OBS Bruke de vanlige tilbudene og aktivitetene i lokalsamfunnet!</p>	<p>Interessekartlegging (finnes ulike verkstøy bl.a. fra hab.tj i Hedmark)</p> <p>Samtale med tjenestemottaker (eller representanter) om vedkommendes interesser og ønsker for fritidsaktiviteter</p> <p>Tegne nettverkskart</p>	<p>Tjenestemottaker deltar jevnlig på organisert aktivitet som ikke er regi av bolig, bolig tjenesten eller jobb.</p> <p>Tjenestemottaker har anledning til å delta på uformelle og trygge arenaer (kafé, kino, kulturelle arrangement osv.) etter eget ønske (Rundskriv I-5/2007 Aktiv omsorg).</p>	<p>Tjenesteansvarlig/ primærkontakt/ støttekontakt</p>	<p>Ansvarsgruppe</p> <p>Revisjon av boligen</p>

Brukersamtaler i bolig: ukentlig (minimum halvårlig)	<i>Se forslag til</i> Sjekkliste for brukersamtaler*	Tjenestemottaker skal ha anledning til å uttrykke tilfredshet med sin bosituasjon og botjenestene.	Primærkontakt	Ansvarsgruppe/Boleder Revisjon av boligen Dokumentasjon av gjennomføring (referat)
Medarbeidersamtaler på jobben	Gjennomgang av arbeidsplassens rutiner: Hvor ofte gjennomføres medarbeidersamtaler? Finnes det en mal for disse?	Tjenestemottaker skal ha anledning til å uttrykke fornøydhet med sin arbeidssituasjon.	Arbeidsleder	Ansvarsgruppe Dokumentasjon av gjennomføring (referat)
Beboermøter i bolig	Gjennomgang av boligens rutiner: Hvor ofte holdes beboermøter? Er dette nedfelt i boligens fagadministrative system? Heftet: <i>Brugerindflydelse på dagsordenen</i> (Socialt Udviklingscenter, SUS, 2012)	Det må være reell brukerinnflytelse i bolig. Hver enkelt tjenestemottaker bidrar i beslutningsprosesser ut fra vedkommendes beslutningskompetanse eller gjennom representant.	Boligleder	Revisjon av boligen Møtereferat
Etablering av en rådgivningstelefon om samliv og seksualitet etter modell av ULF i Danmark	Heftet: <i>Evaluering af ULF seksualrådgivning</i> (Socialt Udviklingscenter, SUS, 2012)	Det er etablert en fungerende rådgivningstelefon som kan dokumentere bruk.	Kan evt. gjennomføres som et prosjekt mellom NFU/LUPE i samarbeid med SOR, NAKU, <i>Klara Klok</i> og SUMO-prosjektet	Prosjektorganisering: prosjektet rapporter etter gjeldende retningslinjer (avhengig av hvilken ramme dette etableres innen).

*Se vedleggsdelen

PRIMÆR FOREBYGGING: 2. TJENESTENIVÅ

Tiltaksområde	Verktøy	Kvalitetsmål	Ansvar	Oppfølging/kontroll
Personalkompetanse; obligatoriske introduksjonskurs; sørge for at tema overgrep/ overgrepforebygging og -håndtering tas opp jevnlig	Opplæring i sikring mot overgrep som punkt i grunnopplæring for nyansatte Obligatoriske e-læringskurs (type SOR)	Tjenesteytere skal ha: 1) kunnskap om grunnleggende seksuell utvikling 2) kunnskap om ulike typer overgrep, tegn på overgrep (straffelovens definisjoner); 3) kunnskap om sårbarhetsfaktorer og forebygging 4) kunnskap om prosedyrer ved mistanke/avdekking av overgrep; 5) kunnskap om KOHL og om grenser for bruk av tvang og makt Se: <i>Hvordan holde orden i eget hus</i> (Helsedirektoratet, 2004) og Meld.st.13 – <i>Utdanning for velferd. Samspill i praksis</i> (Kunnskapsdepartementet, 2012)	Kommuneledelse / stedlig leder	Fylkesmannen Hab.tj
Personalholdninger	Opplæring i profesjonelle holdninger som punkt i grunnopplæring for nyansatte og inn i årshjul og lignende (se fagheftet fra Helse SørØst, Eggen et al., 2009) <i>The Tolerance Scale*</i> <i>Faktorer som kjennetegner en økt-risiko-situasjon (tjenesteyter)*</i> Evt. tilpassede opplæringsprogram for tjenesteytere med etnisk minoritetsbakgrunn	Tjenesteytere skal fremvise respekt for tjenestemottakere og forståelse for hva det innebærer å jobbe i en annens hjem.	Kommuneledelse / stedlig leder	Fylkesmannen

<p>Personalutvelgelse - både før og etter ansettelse</p>	<p>Sjekkliste ved jobbintervju (etterspørre kunnskap om og holdninger til overgrep mot målgruppa; informere om tjenestestedets overgrepforebyggende politikk)</p> <p>Bruk av "personlig egnethet" i utlysningstekst</p> <p>Aktiv bruk av prøvetid</p> <p>Politiattest</p>	<p>Personlig egnethet må vektlegges.</p> <p>Veiledning/oppfølging av ansatte; hands-on veiledning.</p> <p>Minstekrav til kompetanse; godkjenningsordninger med vedlikeholds krav.</p> <p>Konsekvenser ved tjenesteforsømmelse (ikke følge oppsatte program, fagadministrative retningslinjer m.m.).</p>	<p>Kommuneledelse / stedlig leder</p>	<p>Fylkesmannen</p>
<p>Organisering av tjenestene; sikre opplæring, veiledning og oppfølging av ansatte. Informasjonsflyt.</p>	<p>Fagadministrativt system (FAS) - se for eksempel fagheftet fra Helse SørØst: <i>Grunnlagsarbeid for å fremme systematikk og kvalitet i tjenestetilbudet til personer med et omfattende og sammensatt bistandsbehov</i> (Finstad et al., 2009)</p> <p>Bruk av elektroniske hjelpemidler for bedre kommunikasjon mellom ansatte, ledelse og eksterne instanser (pårørende, spesialisthelsetjenesten m.m.)</p>	<p>Hvert tjenestested har en stedlig leder, som har det overordnede ansvaret for organiseringen av tjenestene.</p> <p>Det er etablert fungerende fagadministrative rutiner.</p> <p>Alle ansatte blir veiledet i jobben (hand-on) minimum annenhver uke???</p> <p>Det er avsatt tid til veiledning/fagmøter/faglig fordypning.</p>	<p>Kommuneledelse / stedlig leder</p>	<p>Fylkesmannen</p>
<p>Utarbeide en voldsforebyggingspolitikk på tjenestestedet (bolig, dagsenter, VTA...)</p>	<p>SUS-heftet <i>Forebygge vold på arbeidsplassen</i> (Socialt Udviklingscenter, SUS, 2009)</p>	<p>Null-forekomst av beboer-beboer, beboer-ansatt, ansatt-beboer og ansatt-ansatt vold på tjenestestedet.</p>	<p>Kommuneledelse / stedlig leder</p>	<p>Fylkesmannen</p>

<p>Utformning av bolig / fysisk plassering / sikkerhet (brann, tyveri, adgang)</p>	<p>Sjekkliste ved etablering i egen bolig* (Fagheftet <i>Fra hjem til hjem</i>, Fjeld et al., 2006)</p>	<p>Det er gjort en grundig vurdering av boligens egnethet i ft. brukergruppen med tanke på:</p> <ul style="list-style-type: none"> - brannsikkerhet - trygghet i ft. utsatthet fra andre brukergrupper - trygghet i ft. uvedkommendes adgang til boligen - er fellesrom utformet på en aldersadekvat måte? - er fellesrom funksjonelle i ft. evt. fysiske funksjonsnedsettelse hos brukergruppen? 	<p>Kommuneledelse / stedlig leder</p>	<p>Brannvesen / uavhengige brukerutvalg</p>
--	---	--	---------------------------------------	---

*Se vedleggsdelen

PRIMÆR FOREBYGGING: 3. SAMFUNNSNIVÅ

Tiltaksområde	Verktøy	Kvalitetsmål	Ansvar	Oppfølging/kontroll
Øke status til de som jobber nærmest tjenestemottakere – og også på spesialistnivå	<p>Lønns- og ansettelsesbetingelser (ikke bare lønn som tiltrekker, men også for eksempel muligheter for faglig utvikling, deltakelse på kurs/konferanser, i prosjekter osv.)</p> <p>Krav til arbeidsutførelse (standarder)</p> <p>Godkjenningsordninger (med fornyelseskrav)</p> <p>Sikre spesialiseringsordninger for leger/psykologer o.a. innen voksenhabilitering eller liknende områder</p> <p>Gjøre det attraktivt (lønn, fleksibel arbeidstid m.m.) å jobbe ambulant på spesialistnivå</p>	<p>Målbare parametere kan bl.a. være:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Økt jobbtillfredshet - Redusert turn-over - Kvalitet på jobbutførelse (bruk av sjekklister, FAS og lignende) - Antall spesialister innen habilitering og tilgrensende områder - Antall stillinger innen habilitering på spesialistnivå - Produksjon av forsknings- og utviklingsarbeid 	<p>Kommunal ledelse(stedlig leder)</p> <p>Helseforetakene</p> <p>Yrkesorganisasjonene</p>	Politisk nivå
Skape aksept for bruk av ulike typer turnus (for eksempel såkalt "oljeturnus")	Overenskomstforhandlinger	Tilrettelegging av turnus skjer ut fra brukernes behov og interesser.	Kommuneledelse i samarbeid med arbeidstakerorganisasjoner	Kommunalt/Politisk nivå
Unngå små stillingsbrøker for tjenesteytere	Overenskomstforhandlinger	Tilrettelegging av turnus skjer ut fra brukernes behov og interesser.	Kommuneledelse i samarbeid med arbeidstakerorganisasjoner	Kommunalt/politisk nivå

Utbrede forståelsen av KHOL og de plikter den pålegger kommunene	Kursing av alle ansatte i alle ledd er det ytes tjenester for utviklingshemmede	Ansattes skåre på tester eller lignende.	Kommuneledelse / fylkesmannen	Fylkesmannen/ Habiliteringstjeneste
Øke utviklingshemmedes synlighet i det offentlige rom	Få utviklingshemmede inn i lag og foreninger (mange foreninger har tilbud, men de benyttes i liten grad) "Omvendt integrering" (skape interesse for hva utviklingshemmede driver med, jf. Tangerudbakken, EMPO og lignende)	Utviklingshemmede deltar på samme arenaer som ikke-utviklingshemmede, for eksempel innen idrett... Utviklingshemmede i tillitsverv... Ikke-utviklingshemmede deltar på "utviklingshemmedes arenaer", fordi de synes det er gøy!	Kommunalt/politisk/ samfunnsmessig ansvar	Politisk nivå

SEKUNDÆR FOREBYGGING: (Bemerk: tiltakene her er mest rettet mot individet, men de generelle retningslinjene involverer i høy grad også tjenesteytingsnivået; det er imidlertid praktisk tatt umulig å skille mellom de to nivåene)

Tiltaksområde	Verktøy	Kvalitetsmål	Ansvar	Oppfølging/kontroll
Avdekking av overgrep	<p>Samtale med de(n) impliserte: Ved behov bruk av redskap som tegnspråk, Piktogrambilder (se vedlegg) og lignende.</p> <p><i>Sjekkliste: Tegn på at fysiske og/eller seksuelle overgrep kan ha funnet sted*</i></p> <p><i>Guideline: The sexual abuse of young people with a disability or chronic health condition (Kaufmann, 2011)*</i></p>	<p>Det foreligger prosedyrer for hvordan ansatte skal forholde seg til signaler om at tjenestemottakere/brukere kan være utsatte for overgrep, inkludert ansvarsbeskrivelser (<i>hvem gjennomfører den første samtale, hvem skal orienteres?</i> Loggføring osv.).</p> <p>Primærhelsetjenesten har kjennskap til internasjonale kliniske retningslinjer ved mistanke/avdekking av overgrep.</p>	<p>Kommuneledelse/stedlig leder</p> <p>Fastlegen</p>	<p>Fylkesmannen</p> <p>Helsetilsynet</p>
Akuttiltak for å beskytte offeret mot nye overgrep	<p>Tiltak bolig:</p> <ul style="list-style-type: none"> - forsterke bemanning på særlig sårbare tidspunkt - sikre at offer ved behov kan skjermes mot antatt overgriper (øke bemanning) - vurdere fysisk atskillelse av offer og antatt overgriper - suspendere tjenesteyter hvis antatt overgriper <p>Tiltak jobb/dagtilbud:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sikre skjerming mot antatt overgriper 	<p>Beskrivelser av tiltak og beslutningsprosesser for tiltaksområdet foreligger og er gjort kjent for alle tilsatte på tjenestestedet.</p> <p>"Alarmeredskapen" sjekkes ved jevnlig gjennomgang av ulike øvelsesscenarier. Dokumentasjon, inkludert beskrivelse av forbedringspunkt og tiltak.</p>	<p>Kommuneledelse/stedlig leder</p>	<p>Fylkesmannen</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - suspendere antatt overgriper <p>Andre tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> - vurdere bruk av krisesenter eller lignende - fjerne offer fra truende omgivelser - sykemelding av offer - besøksforbud 	Fastlegen Politiet		
Tiltak for ivaretagelse av antatt overgriper	Skjermingstiltak som ovenfor. Vurdere fysisk fjerning av antatt overgriper fra offeret; dvs. midlertidig eller permanent flytting til annen bolig, skift av arbeidsplass eller lignende.	Som ovenfor.	Kommuneledelse/stedlig leder	Fylkesmannen
Akutte, konkrete hendelser (der et overgrep har skjedd)	<i>Retningslinjer ved akutte, konkrete hendelser*</i>	Alle ansatte får opplæring i gjeldende retningslinjer; disse gjennomgås jevnlig i personalgruppa (årshjul eller lignende). Det er utpekt en person som ansvarlig for at retningslinjene holdes oppdater (OBS oppdatering av telefonnumre!).	Kommuneledelse/stedlig leder	Fylkesmannen
Varsling/anmeldelse (ved <i>mistanke</i> om at overgrep har skjedd)	Varsling i henhold til gjeldende retningslinjer: 1) Varsling til leder eller annen overordnet 2) Loggføring 3) Sikring av offer (og antatt overgriper) i hht. ovenstående	Alle ansatte får opplæring i gjeldende retningslinjer; disse gjennomgås jevnlig i personalgruppa (årshjul eller lignende). "Alarmberedskapen" sjekkes ved jevnlig gjennomgang av ulike	Kommuneledelse/stedlig leder	Fylkesmannen

<p>Bemerk: Varsling og evt. anmeldelse skal skje parallelt med gjennomføring av akuttiltak!</p>	<p>retningslinjer 4) Rådslagning med politiet (Barnehuset). Kan gjøres anonymt</p> <p>Opplæring av polititjenestepersoner om utviklingshemming, om tegn på at en utviklingshemmet kan være utsatt for overgrep og om utviklingshemmedes rettigheter ved en anmeldelse</p>	<p>øvelsesscenarier. Dokumentasjon, inkludert beskrivelse av forbedringspunkt og tiltak.</p> <p>Det finnes kompetanse i alle politidistrikt til å ta i mot og håndtere anmeldelser av overgrep mot utviklingshemmede.</p>	<p>Politihøgskolen</p>	
<p>Håndtering av mistanke</p>	<p>Samtale med den overgrepsutsatte (jf. retningslinjer for hvem som skal gjennomføre slik samtale)</p> <p><i>Gjør og ikke-gjør ved avdekning av overgrep*</i></p>	<p>Retningslinjer er gjort kjent for alle ansatte ved tjenestested (jf. forrige punkt).</p> <p>"Alarmeredskaper" sjekkes ved jevnlig gjennomgang av ulike øvelsesscenarier. Dokumentasjon, inkludert beskrivelse av forbedringspunkt og tiltak.</p>	<p>Kommuneledelse/stedlig leder</p>	<p>Fylkesmannen</p>

* Se vedleggsdelen

TERTIÆR FOREBYGGING: 1) INDIVIDNIVÅ

Tiltaksområde	Verktøy	Kvalitetsmål	Ansvar	Oppfølging/ kontroll
Forebygge reviktimisering og at utøver begår nye overgrep	<p>Informasjon og opplæring om:</p> <ul style="list-style-type: none"> - rettigheter - selvhevdelsestrening - selvforsvar - identitet - kropp og seksualitet - egne og andres grenser <p><i>I vedleggsdelen finnes en oversikt over materiell/program som kan anvendes*</i></p>	<p>Ved alle tjenestesteder finnes det lettlest informasjon til tjenestemottakere om hvilke tilbud kommunen – eller andre instanser/aktører – har hva angår slike program for målgruppen.</p> <p>Å unngå at overgrepsutsatte eller – truede blir (gjen-) utsatte for overgrep er et suksesskriterium.</p>	Kommuneledelse/ stedlig leder/ primærkontakt	Fylkesmannen Habiliteringstjenesten
Oppfølging av den utsatte	<p>Henvisning til habiliteringstjenesten.</p> <p>Psykiatritjenesten (kommunalt) eller psykisk helsevern (spesialistnivå) skal også kunne tilby behandling, for eksempel ved Post Traumatisk Stress Syndrom.</p> <p>Anmeldelse, evt. etterforskning og evt. rettergang vil med tett oppfølging av offeret kunne medvirke til helingsprosessen. Bistandsadvokat en viktig rolle!</p> <p>Den utsatte må beskyttes mot nye overgrep og kjenne seg trygg på at det gjennomføres effektive tiltak, for eksempel:</p> <ul style="list-style-type: none"> - flytting av overgriper - overvåking av offentlige deler av bolig - besøksforbud - voldsofferalarm 	<p>Det er rutinemessig kontakt/henvisning til habiliteringstjenesten/ spesialisthelsetjenesten ved saker om mistenkt/avdekket forekomst av overgrep mot utviklingshemmede.</p> <p>Det er sikret at både utsatte og (antatt) utøvers rettigheter i ft. etterforskning og evt. rettergang er ivaretatt ved alle saker som fører til anmeldelse.</p>	<p>Kommuneledelse/ stedlig leder</p> <p>Politi og bistands- /forsvarsadvokat</p>	<p>Fylkesmannen Habiliteringstjenesten</p> <p>Domstolene</p>

<p>Veiledning til par der den ene har utsatt den andre for overgrep og der begge ønsker å fortsett forholdet</p>	<p>Henvisning til habiliteringstjenesten.</p> <p>Vurdering av hensiktmessigheten av en fortsatt relasjon vha. bl.a. <i>Thompson's skjema</i> (se vedlegg).</p> <p>Tilbud om kurs i <i>Schyssta Relationer</i> (se link).</p> <p><i>OBS. Det skal alltid vurderes om offer og overgriper i tillegg trenger individuelle tilbud!</i></p>	<p>Det er rutinemessig kontakt/henvisning til habiliteringstjenesten/ spesialisthelsetjenesten ved saker om mistenkt/avdekket forekomst av overgrep mot utviklingshemmede.</p>	<p>Kommuneledelse/ stedlig leder/ primærkontakt</p>	<p>Fylkesmannen Habiliteringstjenesten</p>
<p>Oppfølging av utøveren</p>	<p>Henvisning til habiliteringstjenesten.</p> <p>Personen trenger beskyttelse mot evt. represalier fra nærmiljø: kan være aktuelt å gi økt personaloppfølging/tettere veiledning til personen.</p> <p>Informasjon og opplæring om:</p> <ul style="list-style-type: none"> - rettigheter - selvhevdelsestrening - selvforsvar - identitet - kropp og seksualitet - egne og andres grenser <p>Evt. psykologisk behandling (skal være et tilbud om dette innen psykisk helsevern).</p> <p><i>OBS. I mange tilfeller har overgripere selv blitt utsatt for overgrep (spesielt gjelder dette ved seksuelle overgrep)!</i></p>	<p>Det er rutinemessig kontakt/henvisning til habiliteringstjenesten/ spesialisthelsetjenesten og evt. andre involverte instanser ved saker om mistenkt/avdekket forekomst av overgrep mot utviklingshemmede.</p>	<p>Kommuneledelse/ stedlig leder</p>	<p>Kriminalomsorgen</p> <p>Evt. Sentral fagenhet</p> <p>Fylkesmannen</p> <p>Habiliteringstjenesten</p>

* Se vedleggsdelen

TERTIÆR FOREBYGGING: 2) TJENESTEYTINGSNIVÅ

Tiltaksområde	Verktøy	Kvalitetsmål	Ansvar	Oppfølging/kontroll
Gjensidig kjennskap til og kontakt mellom sosialtjeneste og politi (inkl. Statens Barnehus)	<p>Rådslagningssamtale med <i>kontaktperson</i> i politiet. Det vil være naturlig at politidistriktets familievoldskoordinator er denne kontaktpersonen. Kan også kobles til evt. kommunal familievoldskoordinator.</p> <p>Kjennskap til gangen i politiets arbeid.</p> <p>Kjennskap til rettigheter og plikter (offer, anmelder, antatt gjerningsperson).</p>	<p>I alle politidistrikt finnes det en kontaktperson for saker vedrørende overgrep mot sårbare voksne (familievoldskoordinatoren).</p> <p>På alle tjenestesteder finnes lett tilgjengelig informasjon (foldere) om politianmeldelse, politietterforskning, sentrale deler av lovverket, rettigheter og plikter).</p> <p>Ingen får begynne å jobbe med mennesker med utviklingshemning uten å ha gått gjennom denne informasjonen.</p> <p>Det er faktisk et kvalitetsmål dersom antall anmeldte saker øker!</p>	<p>Politiet bør utarbeide/gjøre tilgjengelig slikt materiale</p> <p>Kommuneledelse/stedlig leder er ansvarlig for å sikre at alle tjenesteytere kjenner til denne informasjonen</p>	Fylkesmannen
Vurdering av utøvers boforhold (der utsatt er en medbeboer)	<p>I særlige tilfeller må det vurderes om en påvist utøver skal gis et annet botilbud (obs. leielov og rettigheter; kan ikke uten videre flytte folk uten deres samtykke). Dette må skje i dialog med vedkommende og/eller dennes representanter.</p> <p>Ved vurdert fare for gjentakelse må en også ta hensyn til evt. nye medbeboere ved en flytting til gruppebolig. Samtidig er</p>	Det er gjort en grundig vurdering av overgriperes fremtidig bosituasjon, som ivaretar både vedkommende selv og potensielle nye ofre.	Kommuneledelse/ stedlig leder	Fylkesmannen Habiliteringstjenesten

	<p>det klare begrensninger mht. hva slags informasjon som kan følge en person over i et nytt boltilbud</p> <p>Alternativt må vurderes en egen boetablering for vedkommende.</p>			
Vurdering av utøvers arbeidsforhold (der utsatt er en kollega)	<p>I særlige tilfeller må det vurderes om en påvist overgriper skal gis et annet jobbtilbud. Dette bør i utgangspunktet skje i dialog med vedkommende og/eller dennes representanter.</p> <p>Ved vurdert fare for gjentakelse må en også ta hensyn til evt. nye kollegaer ved et jobbskifte. Samtidig er det klare begrensninger mht. hva slags informasjon som kan følge en person over i en ny jobb.</p> <p>Alternativt må vurderes et skjermet jobbtilbud (en-til-en oppfølging) for vedkommende</p> <p>.</p>	Det er gjort en grundig vurdering av overgriperens fremtidig arbeidsforhold, som ivaretar både vedkommende selv og potensielle nye ofre.	Kommuneledelse/ arbeidsgiver	Fylkesmannen Habiliteringstjenesten

TERTIÆR FOREBYGGING: 3) SAMFUNNSNIVÅ

Tiltaksområde	Verktøy	Kvalitetsmål	Ansvar	Oppfølging/kontroll
Strafferettslig sanksjonsmuligheter	Øke bevissthet på at det finnes andre muligheter enn fengsel for overgripere som er utviklingshemmede: <ul style="list-style-type: none"> - Konfliktråd - Samfunnsstraff <p>Vurdering av lovverk hva angår tvungen omsorg.</p>	Færrest mulig personer med utviklingshemning i norske fengsler!	Domstoler/regjering Statsadvokaten/riksadvokaten	Politisk nivå Riksadvokaten
Kunnskap om forekomst/reaksjoner hva angår overgrep mot utviklingshemmede	Oversikt over anmeldelser/dommeravhør/straffereaksjoner av denne typen saker.	Det finnes lett tilgjengelig (Internett) informasjon og statistikk om disse saker	Domstolene	Politisk nivå
Skal- og ikke bør-paragrafer i lovverket	Politisk arbeid	Entydig og sterkt lovverk hva angår forhold som er direkte relatert til sårbare voksnes utsatthet.	Organisasjoner, politikere, samfunnsaktører...	Politisk nivå
Tverretatlig samarbeid	Det etableres <i>konsultasjonsteam for overgrep mot sårbare voksne</i> (tverretatlig sammensatt: politi, sosialtjeneste, habiliteringstjeneste...) i hver helseregion (eller: knyttet opp mot Barnehusene, dvs. i Oslo, Hamar, Kristiansand, Stavanger, Bergen, Ålesund, Trondheim og Tromsø?). Kan være naturlig også å tenke på de regionale ressursentre om vold og traumatisk stress) <p><i>Alarmtelefon for barn og unge</i> (telefonnummer 116 111) endres til <i>Alarmtelefon for barn, unge og sårbare voksne (ABUS)</i></p>	Konsultasjonsteam og alarmtelefon er etablert – og benyttes!	Tverrdepartementelt samarbeid (prosjekt)?	Avhengig av organiseringsform...



Alle Internett-adresser i denne rapporten er kontrollert ved dokumentets slutføring mars 2013. Det tas forbehold for endringer som måtte skje etter dette tidspunktet.

Angående den elektroniske versjonen:

Enkelte webadresser "tåler" dessverre ikke konverteringen til pdf-formatet, og vil dermed ikke fungere som direkte link fra det elektroniske dokumentet til den pågjeldende siden. Vi beklager dette, men håper det likevel skal ligge tilstrekkelig informasjon i rapporten til at man skal finne frem til de relevante nettsidene.

*