

Tjenestetilbudet til voldsutsatte personer med nedsatt funksjonsevne

TONJE GUNDERSEN, CHRISTIAN MADSEN & AINA WINSVOLD

RAPPORT
NR 6/14



Tjenestetilbudet til voldsutsatte personer med nedsatt funksjonsevne

En studie på oppdrag fra
Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet

TONJE GUNDERSEN
CHRISTIAN MADSEN
AINA WINSVOLD

Norsk institutt for forskning om
oppvekst, velferd og aldring
NOVA Rapport 6/2014

Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) er fra 1. januar 2014 et forskningsinstitutt ved Senter for velferds- og arbeidslivsforskning (SVA) på Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA).

Instituttet har som formål å drive forskning og utviklingsarbeid som kan bidra til økt kunnskap om sosiale forhold og endringsprosesser. Instituttet skal fokusere på problemstillinger om livsløp, levekår og livskvalitet, samt velferds-samfunnets tiltak og tjenester.

© Norsk institutt for forskning om oppvekst,
velferd og aldring (NOVA),
Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA) 2014

ISBN (trykt utgave) 978-82-7894-506-3

ISBN (elektronisk utgave) 978-82-7894-507-0

ISSN 0808-5013 (trykt)

ISSN 1893-9503 (online)

Illustrasjonsfoto: © colourbox.no
Illustrasjon: Gustav Vigeland. Motiver i smijernsport © Vigeland museet/Bono 2014
Desktop: Torhild Sager
Trykk: Allkopi

Henvendelser vedrørende publikasjoner kan rettes til:

Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring
Munthesgt. 29 · Postboks 3223 Elisenberg · 0208 Oslo

Telefon: 22 54 12 00

Nettadresse: www.hioa.no/nova

Forord

Hvordan fungerer tjenestetilbudet til personer med nedsatt funksjonsevne som utsettes for vold fra noen de har en nær relasjon til eller er avhengig av? Dette er det overordnede tema for studien som rapporteres her. Studien er finansiert av Barne-, ungdoms og familiedirektoratet (Bufdir), og er i hovedsak gjennomført i 2013. Før oppstart ble prosjektet meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), som tilrådte gjennomføring.

I forbindelse med prosjektet har vi blitt kontaktet av folk som har egne erfaringer med vold og overgrep. Vi vil rette en spesiell takk til dem for deres mot og ønske om å dele vanskelige erfaringer med oss i anledning denne studien. Vi ønsker også å takke alle ansatte som har stilt opp som informanter fra: krisesentre, kommuner, senter for incest og seksuelle overgrep, volds- og overgrepsmottak og politidistrikter.

Prosjektet har hatt en referansegruppen som har kommet med fine og viktige innspill i prosjektperioden. Referansegruppens deltakere har vært Vigdis Mathisen Olsvik (Østlandsforskning), Berit Vegheim (Stopp Diskrimineringen), Toril Heglum (Uloba), Tove Smaadahl (Krisesentersekretariatet), Gro Wærstad (Likestillings- og diskrimineringsombudet) Hedvig Ekeberg (Norsk forbund for utviklingshemmede) og Kirsti Stenersen (Samarbeidsforumet av funksjonshemmedes organisasjoner).

En takk til vår oppdragsgiver ved Joseph Noel Sengco Vasques for godt og konstruktivt samarbeid. Vi vil også takke hans kolleger i Bufdir Elin Skogøy og Helga Eggebø for verdifulle innspill og kommentarer til tidligere rapportutkast. Også personer fra NOVA har vært viktige ressurser i ulike faser av prosjektet, og må takkes. Kari Stefansen for aktiv deltakelse i innledningsfasen i forbindelse med prosjektdesign og utarbeidelse av spørsmål til kommune- og krisesentre-surveyen. Mine kolleger Aina Winsvold og Christian Madsen for viktig innsats i forbindelse med datainnsamling og analyser. Kirsten Danielsen og Elisabeth Backe-Hansen har stått for den interne kvalitetssikringen i prosjektets slutfase. Ansvar for teksten slik den står i dag, er imidlertid prosjektleders.

Tonje Gundersen
prosjektleder

Innhold

Sammendrag	7
1 Innledning	15
2 Sentrale begreper og perspektiver	19
2.1 Vold i nære relasjoner	19
2.2 Funksjonsnedsettelse og funksjonshemming	20
2.3 Perspektivdreining i forståelsen av vold mot personer med funksjonsnedsettelse	22
3 Hva forskning forteller	23
3.1 Forekomst	23
3.2 Vold relatert til nedsatt funksjonsevne	25
3.3 Risikofaktorer for å utsettes for vold i nære relasjoner	26
3.4 Hindringer mot å oppsøke hjelp	28
3.5 Barrierer i hjelpesystemet	29
3.6 Oppsummering	31
4 Metode og materiale	33
4.1 Innledning	33
4.2 Brukerstudien	34
4.3 Krisesenterstudien	36
4.4 Kommunestudien	38
4.5 Datamaterialets beskaffenhet	41
4.6 Anvendelse og framstilling	42
5 Voldserfaringer	45
5.1 Erfaringer med partnervold og krisesentertilbud	45
5.2 Erfaringer med vold i institusjon – tre historier	46
5.3 erfaring med vold fra hjemmetjenesten	52
5.4 Oppsummering	53
6 Personer med funksjonsnedsettelse på krisesenter	55
6.1 Datamateriale om krisesentrene fra Sentio	55
6.2 Analyser	58
6.3 Oppsummering	69
7 Krisesentertilbudet til personer med nedsatt funksjonsevne	73
7.1 Kjennetegn ved de seks krisesentrene som deltok i intervjustudien	75
7.2 Krisesentrenes botilbud til personer med nedsatt funksjonsevne	79
7.3 Tilbudet til utviklingshemmede	80
7.4 Alternativer når krisesentrene ikke er tilrettelagt	81
7.5 Betydningen av de ansattes forståelse av krisesentrets rolle overfor brukerne	83

7.6 De ansattes kompetanse om voldsutsatte personer med nedsatt funksjonsevne	85
7.7 Samarbeid med andre hjelpetjenester	86
7.8 Informasjon om krisesentret til voldsutsatte med nedsatt funksjonsevne.....	88
7.9 Informasjonsarbeid rettet mot ansatte i relevante hjelpetjenester	89
7.10 Oppsummering	90
8 Kommunenes rapportering om krisesentertilbudet	93
8.1 Er det tilrettelagt for personer med nedsatt funksjonsevne i kommunenes krisesentertilbud?	94
8.2 Foreligger det krav om tilrettelegging i kommunenes kontrakt med krisesentrene	96
8.3 Hvilke krisesentertilbud har kommunene til ulike brukergrupper	98
8.4 Handlingsplaner og vold mot personer med funksjonsnedsettelse	99
8.5 Opplæring av kommuneansatte	102
8.6 Kommunenes tilbud til personer med nedsatt funksjonsevne utsatt for vold	104
8.7 Rutiner og tverretattlig samarbeid	105
8.8 Ansvar og tilrettelegging av informasjon om kommunenes krisesentertilbud.....	107
8.9 Oppsummering	110
9 Andre instansers erfaringer med tjenestetilbudet til personer med nedsatt funksjonsevne	113
9.1 Sentre mot incest og seksuelle overgrep	113
9.2 Vold- og overgrepsmottak	119
9.3 Politiet.....	123
9.4 Oppsummering	126
10 Oppsummerende drøftelse og anbefalinger	129
10.1 Vold mot personer med funksjonsnedsettelse – noen kjennetegn.....	129
10.2 Hjelpetilbudet til voldsutsatte med funksjonsnedsettelse	131
10.3 Samarbeid.....	133
10.4 Anbefalinger.....	134
Summary	139
Litteratur	145

Sammendrag

I denne rapporten gir vi økt og oppdatert kunnskap om tjenestetilbudet til personer med nedsatt funksjonsevne utsatt for vold i nære relasjoner. Studien er gjort av NOVA på oppdrag fra Barne-, ungdoms og familiedirektoratet. Det overordnede tema i rapporten er om og hvordan ulike tjenestetilbud er tilrettelagt for å i imøtekomme behovene til voldsutsatte med nedsatt funksjonsevne. Eksempler på slik tilrettelegging er universell utforming av offentlige bygg og informasjon, opplæring av ansatte, og rutiner for samarbeid. I rapporten har vi også analysert hva som kjennetegner personer med nedsatt funksjonsevne som har vært på krisesenter. Vi kommer også inn på faktorer som kan være til hinder for at voldsutsatte med funksjonsnedsettelse oppsøker hjelpeapparatet. I studien har vi benyttet et bredt datamateriale bestående av:

- Intervjudata med ansatte på krisesentre
- Strukturerte intervjuer med ansatte i kommuner og andre som yter tjenester til volds- og overgrepssutsatte
- Surveydata fra krisesentre og kommuner
- Intervjuer med voldsutsatt og nærpersoner
- Analyser av krisesenterstatistikken

Med utgangspunkt i de innsamlede dataene har vi stilt følgende spørsmål:

- Hvilket tilbud har kommunene til personer med nedsatt funksjonsevne som er utsatt for vold i nære relasjoner?
- Hva ser kommunene som sitt ansvar for gruppen?
- Hvordan samarbeider de ulike tjenestene om tilbudet til gruppen?
- Har kommunene et særlig fokus på personer med nedsatt funksjonsevne når det gjelder opplæring, tjenesteyting eller handlingsplaner mot vold i nære relasjoner?
- Hva er andre tjenestetilbuds (politi, vold- og overgrepsmottak, sentre mot incest og seksuelle overgrep) erfaring med denne gruppen?

- Er krisesentrene tilrettelagt for personer med nedsatt funksjonsevne når det gjelder universell utforming, kunnskap og samarbeid med andre kommunale tjenester?
- Hvor mange personer med nedsatt funksjonsevne har mottatt et tilbud fra krisesentrene de siste fem årene, og har det vært en endring av bruken etter implementering av krisesenterloven i 2010?
- Skiller personer med nedsatt funksjonsevne seg fra andre brukere av krisesentrene når det gjelder faktorer som alder, varighet av overgrepene, mottatt bistand mv.?
- Hva kjennetegner volden personer med nedsatt funksjonsevne kan utsette for, og hva kan årsakene være til at noen ikke oppsøker kommunenes hjelpetilbud til voldsutsatte?

Hovedkonklusjonene i studien er at tjenestetilbudet til volds- og overgrep-utsatte personer med nedsatt funksjonsevne har store mangler, og at svært lite synes å ha bedret seg i løpet av de siste ti årene. Tidligere anbefalte tiltak som oppfølging og veiledning for å heve bevissthets- og kompetansenivået hos ansatte i hjelpetjenestene, organisatoriske tiltak i form av en tverretattlig samordning, og tydeligere ansvarsfordeling mellom de ulike tjenestene, synes i liten grad å ha blitt fulgt opp. Lovfestingen av krisesentertilbudet synes heller ikke å ha ført til store endringer i tilbudet. Med tanke på den revolusjon som har skjedd innen informasjonsteknologi med muligheter for tilrettelegging og forenklet spredning av informasjon, hadde vi forventet å finne at informasjon til voldsutsatte på internett var tilpasset ulike funksjonsnedsettelse. Undersøkelsen viser imidlertid at tilbudet er svært mangelfullt eller ikke-eksisterende.

Brukeres erfaringer med tjenestesystemet

Forskning tyder på at personer med funksjonsnedsettelse i større grad er utsatt for vold og overgrep, noe som blant annet har sammenheng med avhengighet av assistanse. Slik avhengighet kan skape en ulikevektig maktrelasjon som medfører en særlig utsatthet/sårbarhet. Denne studien gir innblikk i erfaringer med vold og overgrep innenfor de strukturelle rammene satt av det offentlige tjenestesystemet. Viktige risikofaktorer er organiseringen av botilbudene til personer med nedsatt funksjonsevne er, manglende rutiner og retningslinjer

for både forebygging av vold og for håndtering av vold og overgrep når slike hendelser rapporteres. En konsekvens av manglende rutiner og retningslinjer er at personer med funksjonsnedsettelse er avhengige av å møte de «riktige» personene i tjenesteapparatet. Resultatene understreker betydningen av bevissthet blant de ansatte om den maktposisjon de har overfor personer de skal yte tjenester til, og om at deres rolle krever en særlig aktsomhet når det gjelder fremferd og væremåte. Videre viser brukernes erfaringer nødvendigheten av å ha gode rutiner og retningslinjer for forebygging og håndtering av vold og krenkelser i det kommunale tjenestesystemet, i både små og store kommuner.

Studien eksemplifiserer hvordan manglende registrerings- og oppfølgingsrutiner i tjenestesystemet påvirker voldsutsattes vurderinger av om de skal varsle om eller gå til anmeldelse av vold. Slike mangler fører til frykt for ikke å bli trodd, for å bli hengt ut som en vanskelig person, og for at en anmeldelse kan få negative konsekvenser for det videre kommunale tjenestetilbudet.

Kjennetegn ved brukere av krisesentrene

Analysene viser at andelen brukere av krisesentrene med funksjonsnedsettelse har holdt seg relativt stabil, og har ligget på mellom 6–7 prosent i årene 2009–2012. Færre brukere av krisesentrene med innvandrerbakgrunn har funksjonsnedsettelse (4 prosent) sammenlignet med brukere uten innvandrerbakgrunn (12 prosent). Det har vært en økning i antallet menn på krisesentrene i perioden 2009–2012, dette gjelder også menn med funksjonsnedsettelse. Andelen kvinner med funksjonsnedsettelse har sunket i samme periode. Når det gjelder type funksjonsnedsettelse, oppgis flest brukere å ha «annen funksjonsnedsettelse». Blant disse er det flest som oppgis å ha muskel- og skjelettlidelser og psykiske problemer. Den nest største hovedkategorien er «nedsatt bevegelsesevne».

Vi finner at de med funksjonsnedsettelse langt oftere rapporteres å ha vært i et voldelig forhold som har pågått i fem år eller lenger og at de er eldre, sammenlignet med andre brukere. De som har vært i et langvarig voldelig forhold, rapporterer oftere om både fysiske og psykiske skader. Dette indikerer at personer med funksjonsnedsettelse ikke oppsøker hjelp før volden erfares som både fysisk og psykisk skadelig, og at de venter lenger før de oppsøker hjelp.

Majoriteten av personer både med og uten funksjonsnedsettelse oppgir at nåværende eller tidligere ektefelle/samboer er utøver av volden. Det er en tendens til at noen flere personer med funksjonsnedsettelse oppgir at sønn/datter er utøver av volden.

Krisesentertilbudet til personer med funksjonsnedsettelse

Det har vært en økning i antallet krisesentre som er tilrettelagt for personer med fysisk funksjonsnedsettelse. Mens 18 av 50 oppga at de var tilrettelagt i 2007, oppga 32 av 47 sentre at de var det i 2013. Av disse 32 er det imidlertid kun 7 som kan sies å være universelt utformet. Personer med funksjonsnedsettelse oppsøker også sentre som ikke er tilrettelagt, noe som betyr at universell utforming er underordnet hvis man har behov for hjelp i en krisesituasjon. På den annen side har krisesentrene relativt få brukere med funksjonsnedsettelse. Dette kan ha sammenheng med hvordan krisesentrene og kommunene informerer om tilbudet på. Majoriteten av sentrene har nettsider, men få har universelt utformede ikt-løsninger, og jevnt over informeres det ikke om senterets fysiske utforming.

Krisesentertilbudet er et lavterskeltilbud. Dette innebærer at beboere i stor grad må være selvhjulpne når det gjelder å kjøpe inn og lage mat, og de må delta i renhold. Personer som har utfordringer i forhold til å oppfylle slike krav på egenhånd, fordrer at ansatte tilrettelegger i større grad enn det de behøver overfor en del andre beboere. Våre funn indikerer at ansattes serviceinnstilling varierer med senterets størrelse og belegg. Når sentret er fullt og tempo høyt, kan det være utfordrende å ivareta brukere som er avhengig av assistanse. Måten leder og ansatte definerer miljøarbeid på, synes også å ha betydning for hvordan de ansatte løser slike situasjoner. Hovedinntrykket er imidlertid at ansatte ved krisesentrene strekker seg langt for å hjelpe alle som kommer til dem, selv når manglende universell utforming byr på utfordringer. Et forhold som ble trukket frem som særlig utfordrende var sikkerhetsaspektet i forhold til brann og innbrudd hvis det skulle være behov for evakuering.

Få krisesentre deltar i utarbeidelsen av individuell plan for voldsutsatte med funksjonsnedsettelse, noen flere deltar i ansvarsgrupper. De ansatte på krisesentrene yter gjerne service til kommunene gjennom kursvirksomhet og informasjonsarbeid, også når det gjelder vold mot sårbare grupper. Deres

erfaring er imidlertid at få kommuner er interessert, Dette gjelder særlig de kommunene som ligger et stykke unna den kommunen der krisesenteret er lokalisert.

Kommunenes tilbud til personer med nedsatt funksjonsevne

Det generelle inntrykket basert på den landsomfattende undersøkelsen besvart av 169 kommuner og intervjuet med representanter for 16 kommuner, er at det er lite fokus på, og kunnskap om tilbudet til personer med funksjonsnedsettelse utsatt for vold. 168 kommuner har inngått avtale med et krisesenter. Majoriteten av kommunene har ikke oversikt over om krisesenteret er tilrettelagt for personer med ulike former for funksjonsnedsettelse, og de færreste har regulert kravet om universell utforming i kontrakten med krisesentret. Krisesentrene har ikke alltid mulighet til å gi et tilbud til personer med store assistansebehov. Resultatene viser at hele 40 prosent av kommunene ikke har, eller vet om de har, alternative trygge tilbud til disse.

Vi har sammenlignet tilbudet i kommuner der krisesentrene er lokalisert (vertskommuner), med kommunene som har avtaler med et krisesenter beliggende i en annen kommune (samarbeidskommuner). Det vi finner er at vertskommunene jevnt over har bedre oversikt over eget krisesentertilbud, de har oftere stilt kontraktmessige krav til krisesentrene om tilrettelegging, og oftere inkludert tilbudet til personer med funksjonsnedsettelse i sine handlingsplaner mot vold i nære relasjoner. I intervjuer med av representanter fra samarbeidskommuner kom det frem at flere antok at krisesentrene selv eller vertskommunene var de som hadde ansvar for krisesentrenes utforming og tilbud.

I kommunene finnes det svært lite universelt utformet informasjon. Det kan gjøre det vanskelig for voldsutsatte med ulike typer funksjonsnedsettelse å finne informasjon om hvor de kan få hjelp. Personer med funksjonsnedsettelse risikerer å ikke få informasjon før etter at de har henvendt seg til hjelpeapparatet. Mangelen på informasjon forsterker voldsutsattes avhengigheten av andre, og bidrar til økt sårbarhet.

For at personer med funksjonsnedsettelse skal få hjelp fra tjenesteapparatet er de ofte avhengig av at enten de selv eller nærstående henvender seg til hjelpeapparatet. Hvis de allerede mottar hjelp eller assistanse fra

hjelpeapparatet, kan ansatte i hjelpetjenestene rapportere om vold og overgrep. Studien viser imidlertid at svært få kommuner gir systematisk opplæring av ansatte om vold og overgrep mot sårbare grupper, noe som forringer deres evne til å oppdage vold og overgrep. Nesten ingen av kommunene som deltok i intervjuundersøkelsen, verken store eller små, hadde etablert rutiner for hvordan man skal følge opp saker med vold og overgrep etter at dette har blitt avdekket. Kommunene hadde heller ikke nedskrevne rutiner for hvordan man skal samarbeide rundt personer med nedsatt funksjonsevne som har blitt utsatt for vold. Informantene begrunnet mangelen på rutiner for opplæring av ansatte med at de opplevde å ha god oversikt over kommunens innbyggere og over hvem som kan være ekstra sårbare og utsatte. De hadde tiltro til at denne «gjennomsiktigheten» medførte at vold og overgrep mot personer med nedsatt funksjonsevne ville bli oppdaget.

Tjenestetilbudet fra sentre mot incest og seksuelle overgrep, volds- og overgrepsmottakene og politiet

Verken sentrene mot incest og seksuelle overgrep, volds- og overgrepsmottakene eller politiet registrerer eller fører statistikk over om ofre for vold og overgrep har funksjonsnedsettelse. Dette gjør det vanskelig å få oversikt. I intervjuene går det frem at disse instansene har begrenset erfaring med personer med nedsatt funksjonsevne, særlig med personer som har fysiske funksjonsnedsettelse, hørsels- og synshemminger. Alle instansene rapportere om noe mer erfaring med personer med funksjonsnedsettelse relatert til demens, kognitiv svikt, utviklingshemning og psykiske lidelser.

Situasjonen til personer med funksjonsnedsettelse virker å være et lite fremtredende tema, både når det gjelder opplæring og utvikling av et best mulige tilbud for denne gruppen. Mange informanter har reflektert lite over temaet tidligere. Som i kommunene syne det å være en utbredt antakelse om at personer med funksjonsnedsettelse ikke har behov som krever spesiell kompetanse eller tilrettelegging utover det alle voldsutsatte trenger. Tjenestene yter individuelt tilrettelagte tilbud, og innhenter kompetanse fra andre instanser hvis de vurderer at det er behov for det.

Når det gjelder samarbeid med kommunene, rapporterer sentrene mot incest og seksuelle overgrep og volds- og overgrepsmottakene om store

variasjoner. Generelt synes det som om mye kontakt fører til mer og bedre samarbeid. Der det er etablert rutiner for samarbeid, fungerer det også bedre. Instansene selv har i liten grad utarbeidet spesifikke rutiner for håndtering av saker som angår voldsutsatte med funksjonsnedsettelse, da de generelle rutinene anses som tilstrekkelige.

Også i disse instansene foreligge det lite universelt tilpasset informasjonsmateriell, dette gjelder både papir- og internettbasert informasjon.

Anbefalinger

Studien viser at det fortsatt er et stort behov for å bedre tilbudet til voldsutsatte med nedsatt funksjonsevne. For det første må kommunene ivareta sitt ansvar for å påse at deres krisesentertilbud er universelt utformet, at tilbudet er innholdsmessig og faglig forsvarlig, og at det gis informasjonen som er tilgjengelig for alle. Kommunene må også ha forsvarlige alternative tilbud til de som ikke kan bruke krisesentrene. Det vil si at kommunene må følge opp det ansvaret de er tillagt for alle kommunens innbyggere. Voldsutsatte personer med nedsatt funksjonsevne vil kunne ha behov for tjenester fra ulike etater og etter ulike lovverk, dette krever henvisningskompetanse og kunnskap om det øvrige tjenesteapparatet. Hvordan kommunene ønsker å løse slike utfordringer, vil være individuelt, men etablering av samarbeidsrutiner eller bruk av en koordinerende enhet i dette arbeidet vil kunne være aktuelle løsninger. Etablering av samarbeidsrelasjoner og rutiner vil også kunne avhjelpe de utfordringer andre instanser erfarer i møte med kommunene når de har brukere med funksjonsnedsettelse.

Tjenesteutøvere i kommunen, enten de jobber i hjemmetjenesten, på institusjon eller i bo-fellesskap, må få opplæring og veiledning når det gjelder etiske retningslinjer for eget arbeid, om hva de skal være oppmerksom på for å oppdage vold og overgrep, og hvordan de skal forholde seg hvis vold og overgrep oppdages. Slik veiledning og opplæring må forankres organisatorisk av ledelsen i ulike virksomheter.

Krisesentrene har bred kompetanse om vold, og mange av de ansatte har erfaring fra arbeid med personer med funksjonsnedsettelse i andre sammenhenger, eller med brukere av krisesentre med nedsatt funksjonsevne. Krisesentrene kan brukes i informasjons- og opplæringsarbeidet med å heve

kommunalt ansattes kompetanse på vold og overgrep mot sårbare grupper. Ellers vil vi anbefale at kommuner, krisesentre og andre instanser involverer voldsutsatte med funksjonsnedsettelse i sitt arbeid, både for å øke kompetansen og for å finne gode samarbeidsmodeller.

Ellers vil vi anbefale at det lages en oppdatert versjon av heftet «krisesentrenes tilbud til kvinner med funksjonshemning og deres barn» som utkom i 2002¹. Dette bør være et nettbasert og skriftlig hefte (med vanlig skrift og på punktskrift) der man blant annet kan finne adresser og kontaktopplysninger om alle tilbudene som finnes for voldsutsatte, og om hvordan tilbudene er tilrettelagt. Vi stiller oss også bak Olsvik (2010) sin anbefaling om opprettelse av en landsdekkende kontakttelefon, lik den som finnes for voldsutsatte eldre².

¹ http://krisesenter.com/materiell/pdf/vold_funksj.pdf

² <http://www.vernforeldre.no/wip4/>

1 Innledning

Vold i nære relasjoner er et tema som har fått mye oppmerksomhet de senere år, både når det gjelder kunnskapsbygging, lovregulering og opprusting av tjenesteapparatet. Kunnskapsbyggingen har primært handlet om vold mot kvinner generelt. Det er imidlertid grupper i befolkningen som har utfordringer som gjør det nødvendig å undersøke deres situasjon og behov spesielt, for eksempel personer med nedsatt funksjonsevne. Selv om personer med nedsatt funksjonsevne må antas å stå overfor mange av de samme utfordringene og ha de samme behovene som andre voldsutsatte, er det studier som indikerer at det også er påkrevet med et særskilt fokus på denne gruppen.

Det overordnede målet med denne studien er økt og oppdatert kunnskap om tjenestetilbudet til personer med nedsatt funksjonsevne utsatt for vold i nære relasjoner. Spørsmålene som søkes belyst er hvordan tjenestetilbudet er organisert, om tilbudet er tilrettelagt for personer med nedsatt funksjonsevne, og om det er et gap mellom behov og de tjenestene som tilbys. Studien vil også gi kunnskap om hva som kjennetegner personer med nedsatt funksjonsevne som har vært på krisesenter, samt hva som kan hindre voldsutsatte i å oppsøke hjelpeapparatet. Kunnskap om disse forholdene søkes besvart på bakgrunn av data fra kommuner, krisesentre, andre tjenestetilbud og fra personer med voldserfaringer.

Både i norsk og internasjonal sammenheng foreligger det få nyere studier om vold overfor personer med nedsatt funksjonsevne eller om tjenestetilbudet til denne gruppen. De studiene som foreligger, tyder imidlertid på at personer med nedsatt funksjonsevne utsettes for vold i minst like stor grad som personer uten funksjonsnedsettelse (Olsvik 2010, Hughes, Bellis m.fl. 2012). Samtidig er det relativt få i denne gruppen som søker hjelp fra private eller offentlige instanser som yter hjelp og støtte til voldsutsatte. De ser også ut til å bli værende lenger i forhold preget av vold før de oppsøker hjelp, sammenlignet med personer uten funksjonsnedsettelse (Olsvik 2010, Lund 2011). Å ha en funksjonsnedsettelse synes altså å innebære noen tilleggsbelastninger når det gjelder utsatthet for og konsekvenser av vold. Dette kan ha sammenheng med at de befinner seg i en særegen avhengighetssituasjon til voldsutøver, enten

dette er partner, omsorgsperson eller begge deler. Det å være avhengig av personlig assistanse til daglige gjøremål, inkludert personlig omsorg- og serviceoppgaver, kan forsterke opplevelsen av sårbarhet og utrygghet (Nosek, Foley m.fl. 2001).

Tidligere studier av tjenestetilbudet til voldsutsatte med funksjonsnedsettelse tyder også på at kommunenes tilbud er begrenset. En kartlegging fra 2003 av kommunenes hjelpetilbud til voldsutsatte kvinner med nedsatt funksjonsevne, viste at kun 16 av 201 kommuner hadde spesifikke tiltak, samordninger og rutiner.³ En oppfølgingsstudie av 21 kommuner i 2005, viste at det gjennomgående manglet samarbeidsrutiner mellom kommunale instanser og mellom kommunene og krisesentrene når det gjaldt tilbudet til kvinner med funksjonsnedsettelse⁴. Mangelen på samarbeidsrutiner førte til at den informasjon og bistand voldsutsatte fikk var betinget av hvilke tjenester eller personen voldsutsatte kom i kontakt med. Studien fra 2003 viser videre at majoriteten av kommunene belaget seg på tjenester fra krisesentrene, samtidig som kun 50 prosent hadde formalisert samarbeidet. I den samme studien mente 65 prosent av kommunene at krisesentrene var tilrettelagt for personer med funksjonsnedsettelse, selv om dette i realiteten kun gjaldt 14 av 51 krisesentre. I 2010 ble lov om kommunale krisesentertilbud innført (Lov av 19. juni 2009 nr. 44). Et spørsmål som reises i denne evalueringen er om loven har bidratt til endringer i kommunenes kunnskap om krisesentertilbudet i egen kommune.

Formålet med krisesenterloven er å sikre et godt og helhetlig krisesentertilbud til kvinner, menn og barn som er utsatt for vold eller trusler om vold i nære relasjoner. Loven pålegger kommunene et selvstendig ansvar for å sørge for et krisesentertilbud. I følge loven skal kommunen sørge for at tilbudet så langt som råd er, blir tilrettelagt slik at de imøtekommer brukernes individuelle behov. Krisesentertilbudet skal i henhold til kravet om universell utforming (Ot.prp.nr.96 (2008–2009)) være tilrettelagt for alle uavhengig av brukernes funksjonsevne.⁵

³ Nettverk for kvinner med funksjonshemming og Krisesentersekretariatet, <http://www.krisesenter.com/materiell/pdf/kartlegging.pdf>

⁴ http://www.krisesenter.com/materiell/pdf/rapport_kommunene_160306.pdf

⁵ Ot.prp.nr.96 (2008-9) om lov om kommunale krisesentertilbud kap. 7.3

I studien stiller vi følgende spørsmål med utgangspunkt i de innsamlede dataene:

1. Hvilket tilbud har kommunene til personer med nedsatt funksjonsevne som er utsatt for vold i nære relasjoner?
2. Hva ser kommunene som sitt ansvar for gruppen?
3. Hvordan samarbeider de ulike tjenestene om tilbudet til gruppen?
4. Har kommunene et særlig fokus på personer med nedsatt funksjonsevne når det gjelder opplæring, tjenesteyting eller handlingsplaner mot vold i nære relasjoner?
5. Hva er andre tjenestetilbuds (politi, voldtektsmottak, sentre mot incest og seksuelle overgrep) erfaring med denne gruppen?
6. Er krisesentrene tilrettelagt for personer med nedsatt funksjonsevne når det gjelder universell utforming, kunnskap og samarbeid med andre kommunale tjenester?
7. Hvor mange personer med nedsatt funksjonsevne har mottatt et tilbud fra krisesentrene de siste fem årene, og har det vært en endring av bruken etter implementering av krisesenterloven i 2010?
8. Skiller personer med nedsatt funksjonsevne seg fra andre brukere av krisesentrene når det gjelder faktorer som alder, varighet av overgrepene, mottatt bistand mv.?
9. Hva kjennetegner volden personer med nedsatt funksjonsevne kan utsette for, og hva kan årsakene være til at noen ikke oppsøker kommunenes hjelpetilbud til voldsutsatte?

2 Sentrale begreper og perspektiver

2.1 Vold i nære relasjoner

En mye brukt definisjon er: «Vold er enhver handling rettet mot en annen person som gjennom at denne handlingen skader, smerter, skremmer eller krenker, får denne personene til å gjøre noe mot sin vilje eller slutter å gjøre noe den vil» (Isdal 2000). Isdal opererer med fem typer vold: fysisk vold, seksuell vold, materiell vold, psykisk vold og latent vold. I tillegg er det vanlig å inkludere økonomisk vold (St.meld.15 2012–2013).

Vold i nære relasjoner har noen kjennetegn som skiller den fra annen vold. Når vold utøves av en person man har en nær relasjon til, antas den å få mer omfattende og dyptgripende konsekvenser. Grunnen er at volden kan være skjult, den kan være gjentakende og personene som berøres er gjerne betydningsfulle i hverandres liv gjennom felles historie, gjensidige forpliktelser og avhengighet (St.meld.15 2012–2013).

I omtale av vold i nære relasjoner viser man gjerne til partnervold eller vold innad i familien mellom ulike familiemedlemmer. Med en nær relasjon forstås gjerne et kjærlighets- og/eller seksuelt forhold mellom mann og kvinne. Begrepet forhold indikerer at vi snakker om noe som er av en viss varighet. Også andre relasjoner innad i en familie inkluderes i forståelsen av hva en nær relasjon er. I noen tilfeller kan også venner regnes som mennesker en har en nær relasjon til, og det er da gjerne tale om følelsesmessige bånd. I revidert paragraf 219 i straffeloven, som er ment å være sentral for politiet i saker om vold i familieforhold, er nære relasjoner (eller familieforhold) definert som tidligere eller nåværende ektefelle eller samboer, egne eller samboers/ektefelles barn, og egne foreldre. Også andre en deler bolig med, og personer en for øvrig har omsorg for, regnes imidlertid med⁶. Her kan det både være snakk om mennesker man har emosjonelle bånd til, men også om relasjoner basert på ansvar for å yte støtte og omsorg.

I følge Grøvdal (2013) kan en nær relasjon derfor inkludere mennesker som yter omsorg til personer med utviklingshemming. I en slik utvidet

⁶ <http://www.lovddata.no/all/hl-19020522-010.html>.

definisjon vil vi argumentere for også å inkludere de som yter assistanse overfor personer med fysiske funksjonsnedsettelse. I følge Grøvdal, er det da ikke nødvendigvis snakk om et nært følelsesmessig forhold, men om et forhold som oppstår ved at den ene parten er mer eller mindre avhengig av omsorg og ivaretagelse (og assistanse), mens den andre parten er satt til å fylle disse behovene. Hvor vidt dette skal beskrives som en nær relasjon, kan også ha å gjøre med varigheten. Grævdal skriver: «Dersom omsorgs- og ansvarspersoner stadig byttes ut, vil det nok være mindre grunn til å snakke om en nær relasjon, enn dersom disse oppgavene ivaretas av samme person(er) over tid. Ettersom (særlig voksne) mennesker med utviklingshemming ofte deler bosted eller bolig med andre med utviklingshemming, og i noen tilfeller tilbringer en hel del tid sammen med disse, kan det også her være berettiget å benytte begrepet «nær relasjon»» (2013; 40). Slik vi ser det vil dette også kunne være situasjonen for personer med fysiske funksjonsnedsettelse som bor i bofellesskap, eller som bor hjemme og mottar personlig assistanse.

For å fange opp de overgrepserfaringer personer med nedsatt funksjonsevne kan oppleve, bruker vi i denne studien en definisjon av vold i nære relasjoner som også inkluderer personer man står i et avhengighetsforhold til (Lund 2011).

Avhengighet kan handle om at man må ha assistanse til å gjøre alt fra å gjøre innkjøp, lage mat, betale regninger og holde orden i huset, til gjøremål som krever høy grad av fortrolighet og tillit, som hjelp til å gå på toalettet eller til personlig stell. Avhengigheten av andre personer medfører en særlig sårbarhet for andres handlinger eller mangel på handlinger.

2.2 Funksjonsnedsettelse og funksjonshemming

Begrepsparene funksjonshemming og funksjonshemmet, og nedsatt funksjonsevne og funksjonsnedsettelse, viser til ulike fenomener.

Tradisjonelt er begrepet funksjonshemming brukt om egenskaper ved individet og om konsekvenser av skader, lyter eller sykdom for den enkelte. Dette har vært kritisert for å være en ensidig individorientert og medisinsk forståelse. Det vil si at funksjonshemming blir forstått som den enkeltes problem, og man har sett bort fra hvordan samfunnskapte barrierer skaper

problemer for personer med nedsatt funksjonsevne. Både i norsk og internasjonal sammenheng har man derfor sett behov for å lage et skille mellom den kroppslige og individuelle erfaringen på en ene side og samfunnsskapt barrierer på den annen. Dette skillet er begrepsfestet som henholdsvis funksjonsnedsettelse/ nedsatt funksjonsevne og funksjonshemming, og svarer til de engelske begrepene impairment og disability. En kan dermed si at funksjonshemming (disability) handler om sosiale forhold som skaper barrierer for personer med funksjonsnedsettelse (impairment).

Begrepene nedsatt funksjonsevne eller funksjonsnedsettelse viser altså til en persons tap av, skade på eller avvik med hensyn til psykisk, fysiologisk eller biologisk funksjon. Funksjonshemmet eller funksjonshemming viser på den annen side til samspillet med omgivelsene, og til hvordan en persons praktiske livsførsel er vesentlig begrenset på grunn av funksjonshemmende forhold i omgivelsene. Slike forhold kan betegnes som funksjonshemmende barrierer, og oppstår i gapet mellom den enkeltes forutsetninger og de krav omgivelsene stiller til funksjon. Funksjonshemmende barrierer kan være organisatoriske, fysiske og sosiale innretninger som hindrer personer med funksjonsnedsettelse like muligheter til deltakelse og aktivitet (St.meld. 40 (2002–2003))⁷.

For voldsutsatte personer med funksjonsnedsettelse kan sosiale barrierer handle om tjenesteapparatets forestillinger om personer med funksjonsnedsettelse (Olsen 2006). For eksempel kan man ha en forestilling om at de ikke er seksuelt attraktive og derfor ikke utsettes for seksuell vold, eller at folk ikke opptrer voldelig overfor personer som har en skade eller sykdom (Chenoweth og Cook 2001). Slike barrierer kan bidra til manglende oppmerksomhet rettet mot denne gruppen i hjelpeapparatet, og til at personer med funksjonsnedsettelse selv kan oppleve det vanskelig å melde fra om vold. Barrierer i form av manglende fysisk tilrettelegging kan hindre at voldsutsatte med funksjonsnedsettelse søker hjelp, for eksempel fordi de ikke kommer seg ut av hjemmet, eller har vanskeligheter med å benytte den hjelpen som finnes, på grunn av manglende universell utforming av boligen. En annen utfordring kan være at informasjon om tilbud og rettigheter ikke er tilgjengelig for personer som ikke kan lese skriftlig informasjon, for eksempel blinde og sterkt svaksynte.

⁷ For utdypende lesning se Grue (2004) og Tøssebro (2010).

2.3 Perspektivdreining i forståelsen av vold mot personer med funksjonsnedsettelse

Å være avhengig av andre innebærer at en inngår i relasjoner preget av maktulikhet som nedfører øker sårbarhet og risiko for å bli utsatt for misbruk av makt, herunder voldsutøvelse. Det viser seg også at det å ha nedsatt funksjonsevne innebærer ekstra risiko for å bli utsatt for andres voldsutøvelse (Thiara, Hague m.fl. 2012, Healey, Humphreys m.fl. 2013). Forskere har vært opptatt av å beskrive hvor sårbar denne gruppen er. Vektlegging av gruppens sårbarhet har imidlertid lenge medført at man *forklarer* voldsutsattheten med funksjonsnedsettelsen. I de senere år har enkelte forskere rettet oppmerksomhet mot hvordan subtile former for undertrykking som sosial ekskludering, begrenset autonomi og høyere toleranse for krenkelser innenfor segregerte systemer, kan innebære at personer med nedsatt funksjonsevne utsettes for vold. Med andre ord handler det om hvordan organisatoriske og sosiale forhold muliggjør undertrykkelse og vold. Man kan si at personer med nedsatt funksjonsevne ikke er voldsutsatt fordi de har en funksjonsnedsettelse, men fordi de som anses som «annerledes» har mindre makt, lettere blir marginalisert og mål for krenkelse. Ved kun å være opptatt av enkeltindividers sårbarhet blir vi ikke i stand til å forstå hvordan sosiale forhold gjør voldsutøvelse mulig (Hollomotz 2012).

3 Hva forskning forteller

Kunnskapsgjennomgangen i dette kapitlet baserer seg på hovedfunn fra oversiktsstudien til Vigdis Olsvik publisert i 2010⁸, samt artikler publisert etter 2010⁹. Det synes å foreligge relativt lite kunnskap om vold i nære relasjoner mot personer med nedsatt funksjonsevne, sammenlignet med vold i nære relasjoner generelt. Vi vil først presentere studier av forekomst. Deretter beskriver vi ulike former for vold og hvordan volden kan gi seg til uttrykk overfor personer med nedsatt funksjonsevne spesielt, for så å se på aspekter som synes å innebære tilleggstrisiko for gruppen. Til slutt vil vi presentere funn fra forskning om tjenesteapparatet. Nesten alle studiene som er gjort om vold i nære relasjoner handler om kvinner.

3.1 Forekomst

Det hersker usikkerhet om hvor mange personer med funksjonsnedsettelse som utsettes for vold i parforhold. Tallene varierer fra 1,2 prosent for kvinner og 0,3 prosent for menn til opp mot 50 prosent for begge kjønn (Olsvik 2010). Variasjonene skyldes undersøkelsens art og har sammenheng med tidsrommet volden rapporteres fra, utvalgets aldersspenn og hvem man har spurt. I de studiene som rapporterer høyest forekomst har man spurt en selektert gruppe om voldserfaringer i løpet av livet, mens de med lavest forekomst har gjennomført studier i større befolkningsgrupper der man har spurt om voldserfaringer det siste året. Hovedfunnene i de studiene som er gjort tyder imidlertid på at kvinner og menn med funksjonsnedsettelse har større sannsynlighet for å bli utsatt for vold i nære relasjoner enn personer uten (Mitra, Mouradian m.fl.

⁸ Kunnskapsgjennomgangen gir oversikt over norske, nordiske og internasjonale studier om vold og overgrep i nære relasjoner mot personer med nedsatt funksjonsevne. Olsvik går igjennom teoretiske forståelser av overgrep og overgrepforløp, omfang av vold, overgrepens sosial kontekst, hjelpetiltak og tjenestesystemet. Hun gir også en rekke anbefalinger på bakgrunn av gjennomgangen.

⁹ Litteratursøkene er gjennomført i databasene proquestbasen, ISI og nordiske biblioteksdata-baser.

(2011), Hughes, Bellis m.fl. 2012, Plummer og Findley 2012). Oppsummert viser studiene at:

- Både kvinner og menn med funksjonsnedsettelse synes generelt å ha en større risiko for å bli utsatt for fysiske og psykiske vold sammenlignet med personer uten funksjonsnedsettelse (Mitra, Mouradian m.fl. (2011).
- Både menn og kvinner med funksjonsnedsettelse har høyere risiko for å bli utsatt for partnervold enn personer uten funksjonsnedsettelse (Powers, Curry m.fl. 2008, Lund 2011).
- Studier av kvinner med nedsatt funksjonsevne viser at de har økt risiko for å bli utsatt for alvorlig fysisk vold, og oftere blir tvunget til seksuell aktivitet.
- Det å ha kognitiv funksjonsnedsettelse, være bevegelseshemmet, samt avhengighet av hjelpemidler, øker risikoen for å bli utsatt for seksuelle overgrep.
- Kvinner med funksjonsnedsettelse som lever i parforhold, utsettes for vold over et lenger tidsrom enn kvinner uten funksjonsnedsettelse. (Hughes, Bellis m.fl. 2012, Plummer og Findley 2012).
- Kvinner med funksjonsnedsettelse har høyere risiko for å bli utsatt for fysisk vold både før og under svangerskapet enn kvinner uten funksjonsnedsettelse (Mitra, Manning m.fl. 2012).
- Kvinner med funksjonsnedsettelse er langt mer utsatt for overgrep fra helsepersonell og andre omsorgspersoner enn kvinner uten funksjonsnedsettelse (Olsvik 2010).

Jevnt over konkluderer de nevnte studiene med at personer med nedsatt funksjonsevne har høyere risiko for å bli utsatt for vold i nære relasjoner, sammenlignet med personer uten nedsatt funksjonsevne. Dessuten synes volden å pågå over lengre tidsrom.

De refererte studiene er primært oversiktsstudier basert på undersøkelser gjennomført før 2010. Den gjennomgangen vi har gjort av skandinaviske og engelskspråklige artikler publisert etter 2010 i forbindelse med denne studien, tyder på at det er gjennomført få, om noen, nyere prevalensstudier om vold i nære relasjoner overfor personer med nedsatt funksjonsevne.

3.2 Vold relatert til nedsatt funksjonsevne

Olsvik (2010) viser til flere amerikanske studier basert på kvalitative data som finner at vold og overgrep faller inn under to kategorier. Det ene er de typene som alle kvinner potensielt kan utsettes for, men som ikke ville funnet sted hvis kvinnene ikke hadde hatt en funksjonsnedsettelse. Den andre kategorien er overgrep i behandlings- og pleierelasjoner som er direkte knyttet til at personen har en funksjonsnedsettelse, og kan utøves av både personer de står i en nær relasjon til og til profesjonelle. Det å ha en funksjonsnedsettelse innebærer risiko for å bli utsatt for en *særpreget vold* (Ballan og Freyer 2012). Blant annet er personer med nedsatt funksjonsevne ekstra sårbar for andres aktive og passive voldshandlinger fordi funksjonsnedsettelsen ofte medfører avhengighet av hjelp, medisiner eller tekniske hjelpemidler. Forskning viser til hvordan personer med nedsatt funksjonsevne for eksempel kan bli nektet påkrevet stell i form av å bli hjulpet på toalettet, til vask eller påkledning, at de ikke får den assistansen som er nødvendig for å kunne ha et aktivt dagligliv, for eksempel at døren låses og telefonene gjemmes, at utstyr de er avhengig av i hverdagen som rullestol, hvit stokk og høreslynge, ødelegges, at medisiner manipuleres med (Powers, Curry m.fl. 2002, Powers, Curry m.fl. 2008). Partner eller assistent kan aktivt utnytte de utfordringer og begrensninger funksjonsnedsettelsen innebærer for personens evne til å handle. Et eksempel er å unnlate å gi en person nødvendig assistanse slik at hun ikke kommer seg ut og dermed blir isolert hjemme, eller med overlegg unnlater å betale regninger (Nosek, Hughes m.fl. 2006). Kigge og Kibsgaard (2009) viser til en rekke eksempler på ulike former for vold, i tillegg til de overnevnte, som spesifikt knytter seg til funksjonsnedsettelse. Det kan dreie seg om fysisk vold i form av å bli skubbet ut av rullestolen, bli satt foran en varm ovn uten at man er i stand til å flytte seg, sterkt svaksynte kan spennes ben på eller snuble over møbler som har blitt flyttet på. Seksuell vold kan handle om å bli presset til gjenytelser for assistanse man er avhengig av eller unødig berøring av intime kroppsdelar under personlig stell. Psykisk vold kan handle om å bli fortalt at man bruker funksjonsnedsettelsen for å få oppmerksomhet, bli kalt økenavn, bli fortalt at man er en dårlig forelder på grunn av funksjonsnedsettelsen. For personer med usynlige funksjonsnedsettelser som epilepsi, astma og psykiske lidelse, vil det å

oppleve at ens utfordringer systematisk blir neglisjert eller underkjent som et problem, kunne være meget belastende.

Personer med nedsatt funksjonsevne er ofte avhengig av assistanse enten de bor i egen bolig, i bofellesskap eller på institusjon. Dette innebærer at de er sårbare for å utsettes for vold fra omsorgsutøvere og folk de bor sammen med, uten at de nødvendigvis er i familie med eller lever i parforhold med personene. Overgrep fra ansatte i helse- og pleieinstitusjoner kan handle om hardhendt pleiebehandling, verbale trakasseringer med referanse til funksjonsnedsettelsen, manglende tilrettelegging, manglende smertelindring under medisinsk behandling, og seksuell beføling under medisinske undersøkelser (Olsvik 2010). Særlig personer med utviklingshemming er i risiko for å bli utsatt for vold fra personale der de bor (Nilsson og Westlund 2007). Studier finner også at utviklingshemmede står for en relativt høy andel av vold og seksuelle overgrep mot andre utviklingshemmede (se Grøvdal 2013). Personer med utviklingshemming anses å ha en særlig sårbarhet for å bli utsatt for vold og overgrep på grunn av «lært hjelpeløshet»: gjennom livet lærer de en type ubetinget lydighet som fører til at de aksepterer det voksne personer eller andre autoritetspersoner sier og gjør, uten forbehold og kritisk refleksjon (Rosen 2006).

Fordi personer med nedsatt funksjonsevne ofte står i et avhengighetsforhold til andre personer som de ikke nødvendigvis har familiebånd til, er det sterke argumenter for nødvendigheten av å åpne for en bred definisjon av vold i nære relasjoner (Healey, Humphreys m.fl. 2013).

3.3 Risikofaktorer for å utsettes for vold i nære relasjoner

Det å være avhengig av assistanse til personlige oppgaver fra en voldelig partner, kan bidra til økt sårbarhet og utrygghet (Nosek, Hughes m.fl. 2006). Avhengighet av andres assistanse kan utnyttes av personer som ønsker kontroll. Makt dynamikken i forholdet kan manipuleres med gjennom å fremme ekstra avhengighet. Innenfor en ramme av makt og kontroll, vil noen menn se kvinnelige partnere med funksjonsnedsettelse som lettere å dominere, og derfor bevisst etablere forhold til dem. En ytterligere risikofaktor er at økonomisk avhengighet av partner kan gjøre det vanskelig å bryte ut av et voldelig forhold. Hvis personen i tillegg står utenfor arbeidslivet, øker risikoen for isolasjon, og sjansen for at voldsutøvelsen blir oppdaget, reduseres. Det å stå

utenfor arbeidslivet kan også forsterke økonomisk og emosjonell avhengighet av voldsutøver. Et annet viktig aspekt som skaper sårbarhet, er hvis partneren også er den som yter assistanse i form av hjelp til hygiene og lignende. I en slik situasjon kan den som utsettes for vold oppleve å være nødt til å velge mellom å få slike vitale behov dekket, eller å rapportere overgrepene med risiko for å miste nødvendig assistanse (Olsvik 2010, Ballan og Freyer 2012, Thiara, Hague m.fl. 2012).

Når personer med nedsatt funksjonsevne opplever at de blir stigmatisert og diskriminert¹⁰ i samfunnet, vil det gjerne påvirke selvbilde i negativ retning, og bidra til en tenkning om at man får det parforholdet man fortjener. I en amerikansk intervjustudie av 75 kvinner med nedsatt funksjonsevne fant Hassouneh-Philips og McNeff (2005) at de med de alvorligste funksjonsnedsettelsene tenderte mot å betrakte seg selv som mindre seksuelt kapable og tiltrekkende. Negativ selvforståelse, i kombinasjon med et sterkt ønske om å inngå i et parforhold, bidro til at de oftere forble i det voldelige forholdet.

En britisk studie, der man dybdeintervjuet 30 kvinner med fysiske funksjonsnedsettelse utsatt for vold fra partner, viste at følgende faktorer bidro til økt sårbarhet for voldsutøvelse (Hague, Thiara m.fl. 2011, Thiara, Hague m.fl. 2011):

- Å ikke ha mulighet til å rømme
- Å ikke være i stand til å unngå et angrep eller til å komme unna etter et angrep
- Å ikke være i stand til å se eller høre voldsutøver
- Å ikke ha utdanning og jobb
- Å ikke bli trodd
- Å oppleve at voldsutøver blir sett på som selvoppofrende og god

¹⁰ I norsk sammenheng viser statistiske analyser at personer med nedsatt funksjonsevne langt oftere enn befolkningen for øvrig rapporterer om erfaringer med å bli diskriminert. Ramm, J. (2010). *På like vilkår? Helse og levekår blant personer med nedsatt funksjonsevne*. Statistiske analyser. Oslo Statistisk sentralbyrå

3.4 Hindringer mot å oppsøke hjelp

Studier om vold generelt viser at mange som utsettes for vold ikke oppsøker hjelpeapparatet. Noen av grunnene til dette er redsel for ikke å bli trodd, redsel for represalier, frykt for hva som kan komme til å skje med eventuelle barn, skam- og skyldfølelse, og dessuten blandede – og ikke bare dårlige – følelser for den som utøver volden (se for eksempel Ferraro 2006, Grøvdal 2012). En annen grunn er at mange som har blitt utsatt for vold, ikke alltid opplever behov for støtte. I den svenske studien utført av Nilsson og Westlund (2009) oppga cirka 60 prosent av kvinnene at de ikke hadde hatt behov for støtte. På den annen side er det de som ikke oppsøker hjelp selv om de ønsker det. I en svensk undersøkelse fra 2007, om voldsutsatte kvinner med nedsatt funksjons- evne svarte 66 prosent at de aldri hadde søkt eller fått hjelp (HANDU 2007). Dette tilsvarer det Olsvik (2005) finner i en norsk sammenlignende spørre- undersøkelse om vold og overgrep mot kvinner med og uten fysiske funksjons- nedsettelse. Hun fant også at det var ubetydelige forskjeller mellom svarene til kvinner med og uten funksjonsnedsettelse. Når flertallet av kvinner verken har fått eller søkt hjelp, er det uklart om det skyldes at de ikke føler at de har behov eller ønsker å søke hjelp, eller om grunnen er at de tror de ikke finnes hjelp å få. Andre grunner kan være at de ikke vet hvor eller hvordan de kan søke hjelp, at de føler utrygghet med hensyn til hva hjelpen innebærer, eller at de ikke har mulighet til å søke hjelp.

Det å ha en funksjonsnedsettelse kan medføre flere barrierer mot å oppsøke hjelp. For det første psykiske barrierer som skapes i den særegne avhengighetssituasjonen de kan befinne seg i hvis de er avhengig av assistanse. I tillegg til emosjonelle bånd kan vold i form av trusler om at den voldsutsatte må bo på sykehjem, eller at voldsoffer vil miste omsorgen for barn på grunn av funksjonsnedsettelsen, være et hinder for å oppsøke hjelp. Voldsutøver kan også bryte ned voldsutsattes selvtillit gjennom å fortelle at han eller hun er heldig som har noen som gidder å være sammen med en som er funksjons- hemmet. Som tidligere nevnt, er dette krenkelser som kan understøttes av opplevelsen av å være en samfunnsmessig byrde (se f.eks. Ballan og Freyer 2012, Plummer og Findley 2012).

En annen barriere mot å oppsøke hjelp er hvis hjemmet har blitt tilrette- lagt for at personen med funksjonsnedsettelse kan bo hjemme. Den utsatte

kan føle seg forpliktet overfor voldsutøveren hvis han eller hun har bidratt økonomisk eller praktisk til arbeidet med å tilrettelegge boligen. Personer som har fått tilrettelagt hjemmet kan også være redd for ikke å få tilsvarende tilrettelegging i ny bolig, eller annen nødvendig hjelp, hvis de velger å flytte ut (Thiara, Hague m.fl. 2012).

En tredje barriere mot å oppsøke hjelp, er manglende tilrettelegging av hjelpetilbudet, eller at den voldsutsatte mangler kunnskap om tilgjengelige tjeneste- og hjelpetilbud. I tillegg kan personer med nedsatt funksjonsevne trenge tilrettelagt transport og botilbud, hjelp til personlig assistanse eller tolk som behersker tegnspråk. Å finne ut om det finnes hjelp og støtte kan være vanskelig om man er avhengig av assistanse fra voldelig partner for å komme seg ut eller i kontakt med omverdenen (Thiara, Hague m.fl. 2011, Ballan og Freyer 2012, Thiara, Hague m.fl. 2012).

3.5 Barrierer i hjelpesystemet

Personer med nedsatt funksjonsevne som ønsker å anmelde voldelige forhold, kan oppleve at det er vanskelig å få kontakt med politiet og tjenestesystemet som jobber med vold i nære relasjoner. Dette kan skyldes isolasjon, mangel på informasjon om tjenestetilbudet, fysiske barrierer, samt holdningsmessige barrierer i tjenestesystemet og blant tjenesteutøvere (Lund 2011, Thiara, Hague m.fl. 2012). Fysiske barrierer, som manglende universell utforming på kriesenter eller av offentlige kontorer, kan gjøre det vanskelig å oppsøke hjelp. Fysiske hindringer for å oppsøke kriesenter kan, i tillegg til arkitektoniske hindringer, være manglende mulighet til å huse personlige assistenter eller at kriesentret ikke tilbyr slik assistanse selv. En annen hindring er forbud mot tjenestedyr, som førerhund (Lund 2011). Slike forhold kan føre til at mange blir i et voldelig forhold lenge før de endelig søker hjelp (Ballan og Freyer 2012, Thiara, Hague mfl. 2012). Kvinner og menn som oppsøker hjelp, kan dessuten risikere å bli henvist til tjenesteapparatet for personer med nedsatt funksjonsevne. Det vil si at funksjonsnedsettelsen feilaktig anes som problemet og ikke det at personen er utsatt for vold (Ballan og Freyer 2012).

Andre barrierer mot å oppsøke hjelp kan være manglende samarbeid mellom ulike etater og tjenesteytere. Vold mot kvinner med funksjonsnedsettelse har blitt viet oppmerksomhet i en rekke nasjonale og overnasjonale

programmer i kjølvannet av FNs kvinnekongress i Beijing i 1995 (Olsvik 2010). Oppmerksomheten om problemstillingen har bidratt til oppbygging av kompetanse og tjenestetilbudet i en rekke land; Australia, USA, Canada, Storbritannia og Sverige, for å nevne noen. På tross av dette viser studier fra disse landene at tjenestetilbudet har utfordringer med å møte behovene til voldsutsatte med funksjonsnedsettelse (Olsvik 2010, Lund 2011, Thiara, Hague m.fl. 2011, Thiara, Hague m.fl. 2012). Thiara, Hague med fleres (2012) studie fra Storbritannia viste at det er lite samarbeid mellom de instanser som retter seg mot personer med nedsatt funksjonsevne og instansene som retter seg mot vold i nære relasjoner. De fant at manglende finansiering av tiltak hindrer samarbeid mellom disse instansene.

Andre hindre er manglende kunnskap i tjenesteapparatet som retter seg mot personer med nedsatt funksjonsevne om vold, og manglende kunnskap blant de som jobber innenfor voldssektoren. De fant også at en sektorinndelt organisering av tjenesteapparatet kan føre til at personer med nedsatt funksjonsevne ikke automatisk får med seg sin «omsorgspakke» hvis de søker hjelp i tjenesteapparatet for voldsutsatte, for eksempel fra hjemmet og til krisesenter. En omsorgspakke kan bestå av innvilget hjelp til personlig assistent, tekniske hjelpemidler mm. (Thiara og Hague m.fl. 2012). Olsvik (2010) viser til svenske og norske undersøkelser som finner at kun et mindretall kommuner har et særskilt tilrettelagt tiltak til personer med nedsatt funksjonsevne utsatt for vold ut over de lovpålagte helse- og sosialtjenestene som omfatter alle innbyggere. Eksempel på særskilte tiltak som nevnes, er oppfølging og veiledning for å heve bevissthets- og kompetansenivået hos ansatte, og organisatoriske tiltak i form av en tverretattlig samordning og en klar ansvarsfordeling mellom de ulike tiltakene.

En studie fra 2005 om hjelpetilbudet i 21 norske kommuner til kvinner med funksjonsnedsettelse (Krisesentersekretariatet 2005), viste at det var etablert et tverrfaglig samarbeid i noen kommuner. I andre samarbeidet man fra sak til sak, noe som innebar at hjelpen var tilfeldig og personavhengig. Studien viste også at det innen de kommunale hjelpetjenestene synes å mangle kunnskap om sammenhengen mellom funksjonsnedsettelse og funksjonshemmede barrierer, og om vold i nære relasjoner.

I Danmark er krisesentertilbudet blitt styrket for å bedre tilbudet til kvinner og barn med funksjonsnedsettelse utsatt for vold. I 2004 etablerte Socialministeriet «Puljen til tilgængelighed på kvindekrisecentre for kvinder med fysiske handicap», som innebar et det ble bevilget midler til ombygging av fem krisesentre slik at de ble tilrettelagt for kvinner og barn med funksjonsnedsettelse. I tillegg hadde man som mål blant annet å synliggjøre tilbudet, utdanne medarbeidere og etablere nettverk for kvinner med funksjonsnedsettelse. I evalueringen av prosjektet fant Knigge og Kibsgaard (2009) at det skjedde en økning i antallet kvinner med funksjonsnedsettelse som søkte seg til krisesentrene. Forfatterne mener dette hadde sammenheng med økt tilgjengelighet og aktiviteter for å synliggjøre tilbudet. De fant også at økt kunnskap blant personalet om personer med funksjonsnedsettelse, bidro til at de gikk fra å beskrive hvordan kvinner med funksjonsnedsettelse innebar omfattende og grenseoverskridende pleieoppgaver, til å betrakte det å ta imot kvinner og barn med funksjonsnedsettelse som en naturlig del av arbeidet. Når det gjaldt nettverksbygging, var det viktigste for kvinnene deres felles erfaringer med andre voldsutsatte. Funksjonsnedsettelsen i seg selv ga ikke grunnlag for fellesskap. En viktig del av prosjektet var etablering og ivaretagelse av tverrsektorielt samarbeid om støtte til kvinnene. Det ble etablert samarbeid med relevante aktører som hjemmesykepleien og besøkstjenesten. Krisesentrene utviklet prosedyrer for kontakt med disse aktørene og i noen tilfeller samarbeidsavtaler. En erfaring var at det ofte var problemer med å plassere ansvar mellom ulike etater i kommunene på grunn av kvinnenes dobbeltproblematikk. Det var behov for saksbehandlere med spesiell kompetanse på vold og funksjonshemning (Knigge og Kibsgaard 2009).

3.6 Oppsummering

Gjennomgangen har vist at personer med nedsatt funksjonsevne er i ekstra risiko for å bli utsatt for vold. Samtidig som funnene peker i retning av at personer med nedsatt funksjonsevne får mindre hjelp, men har behov for mer og enda bedre samordnet assistanse. De kan oppleve vold relatert til at de har en funksjonsnedsettelse, de har økt risiko for å bli utsatt for vold fra partner, men også fra personer de er avhengig av i dagliglivet, og de synes å møte større barrierer når det gjelder å komme ut av en voldelig relasjon enn det personer

uten funksjonsnedsettelse gjør. Forskningen viser til hvordan slike utfordringer krever at tjenesteapparatet tar inn over seg den dobbeltproblematikken det å være voldutsatt og ha nedsatt funksjonsevne innebærer. Tjenestene må tilrettelegges slik at de blir tilgjengelige, både fysisk og holdningsmessig. Krisesentertilbud må være universelt utformet, det må tas høyde for at voldsutsatte kan ha behov for personlig assistanse, at de kan ha behov for tolk og å ha med seg tjenestedyr. Holdningsmessig må programmer som retter seg mot tjenesteapparatet og voldsutsatte, inkorporere en tilnærming og forståelse av hva det vil si og både ha en funksjonsnedsettelse og være utsatt for vold. Informasjon må tilrettelegges slik at tilbud og tjenester blir tilgjengelig for alle.

I det neste kapitlet vil vi komme nærmere inn på hvordan vi har gått frem for å fremskaffe kunnskap som ligger til grunn for analysene i denne studien.

4 Metode og materiale

4.1 Innledning

I dette forskningsarbeidet har vi anvendt en flerinformant-tilnærming og innhentet data fra personer med nedsatt funksjonsevne, ansatte i kommuner, ved krisesentre, sentre mot incest og seksuelle overgrep, volds- og overgrepsmottak samt politikamre. Vi har også brukt ulike metoder; analyse av eksisterende data, spørreskjema, intervju og fokusgruppeintervju. I det følgende redegjør vi for hvordan de ulike aktørene har kommet til orde, samt metodologiske og etiske overveielser. Beskrivelsen av datainnsamlingen er relativt detaljert, med tanke på eventuelle senere oppfølginger. Av samme grunn diskuterer vi også hvordan vårt opplegg har fungert, og hva vi kan og ikke kan si med bakgrunn i datamaterialet. Studien er gjennomført i løpet av 2013.

Studien baserer seg på et omfattende empirisk materiale som består av data innsamlet spesielt for dette prosjektet, samt relevante, allerede eksisterende data. Dataene vi samlet spesielt inn, omfatter spørsmål besvart av et utvalg voldsutsatte personer med nedsatt funksjonsevne, intervjuer med ledere og ansatte ved seks krisesentre, samt en casestudie med utgangspunkt i disse seks krisesentertilbudene. I forbindelse med casestudien har vi valgt ut krisesentre med ulik geografisk plassering og størrelse, for så å henvende oss til et utvalg av kommuner og bydeler, og til samtlige politikamre og volds- og overgrepsmottak, som «søkner» til disse krisesentrene. Hensikten har vært å få innblikk i deres erfaringer med tjenestetilbudet til voldsutsatte personer med nedsatt funksjonsevne, og hvordan de opplever samarbeidet med andre instanser. Vi har også henvendt oss til landets 21 sentre mot incest og seksuelle overgrep og bedt dem delta i en spørreundersøkelse.

Vi har benyttet data fra to spørreundersøkelser rettet mot alle landets kommuner og krisesentre, en undersøkelse som også inngår i et annet NOVA-prosjekt: Evaluering av kommunenes implementering av krisesenterloven. Hovedmålet med denne evalueringen var å undersøke endringer som følge av krisesenterloven som ble innført i 2010. Evalueringen omfattet alle landets 428 kommuner og alle landets 47 krisesentre. Siden de to prosjektene har foregått delvis parallelt, besluttet NOVA, i samråd med oppdragsgiver, å inkludere

noen spørsmål om tilbudet til personer med nedsatt funksjonsevne. Disse er analysert i den foreliggende studien.

Vi har også benyttet datamateriale fra den årlige nasjonale krisesenterstatistikken innsamlet av Sentio Research på oppdrag fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (BufDir) i perioden 2008–2012.

Før oppstart ble prosjektet meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), som tilrådte gjennomføring.

4.2 Brukerstudien

Analysene av brukernes erfaringer bygger på spørreskjema og personlige intervjuer. Rekruttering av informanter viste seg å bli mer ressurskrevende enn antatt. Det ble utarbeidet et spørreskjema som skulle fylles ut av personer som kom til de valgte krisesentertilbudene over en periode på fire måneder (mars–juni 2013). Vi har god erfaring med denne metoden fra en tidligere studie (jf. Stefansen m.fl. 2012). Vi ba de ansatte på krisesenteret om å gi skjemaet til personer med nedsatt funksjonsevne. Spørreskjemaet omfatter brukernes erfaringer med krisesentertilbudet og eventuelle andre hjelpetiltak de har vært i kontakt med, om opplevde barrierer mot å søke hjelp, og om hva slags hjelp de har mottatt etter oppholdet. Fremgangsmåten viste seg å gi få svar fordi det var få personer med nedsatt funksjonsevne som hadde kontakt med krisesentrene i den aktuelle perioden. Til sammen mottok vi bare ett svar fra én beboer på et av krisesentrene og fem svar fra et annet.

Vi annonserte også etter informanter på Funksjonshemmedes fellesorganisasjons nettside, MS bladet, Handikapnytt og CP foreningens medlemsblad, og det ble skrevet om undersøkelsen i bladet Samfunn for alle (medlemsbladet til norsk forbund for utviklingshemmede). Det ble også lagt ut informasjon om undersøkelsen på NOVAs internettsider. I tillegg ble vi intervjuet på Radio Z – Norges blindforbund om undersøkelsen, blindforbundet fortalte også om undersøkelsen på en ukentlig nyhets-CD som sendes ut til abonnenter. Dette resulterte i henvendelser fra seks personer: fire som selv hadde blitt utsatt for ulike typer vold, to fra nærstående til henholdsvis en ung voksen med utviklingshemming og en ungdom med sammensatte funksjonsnedsettelse. Alle disse personene ble etter eget ønske intervjuet per telefon med utgangspunkt i spørreskjemaet. Telefonsamtalene hadde form av semi-

strukturerte intervjuer, noe som innebærer muligheten for informantene til å gi fylldigere fortellinger om sine erfaringer.

Til sammen har vi følgelig data om 12 personers erfaringer med vold. Planen om å gjøre systematiske analyser i form av frekvens- og krysskjøringer lot seg ikke gjennomføre med et så begrenset materiale. Intervjuene er derfor analysert som tekstmateriale. Vår vurdering er at denne kursendringen har gitt noen gunstige analytiske åpninger. Det har gitt mulighet til å komme på sporet av voldserfaringer som ellers er lite utforsket i norsk sammenheng; vold innenfor en institusjonell ramme.

Utfordringene med å rekruttere informanter er i tråd med rapporterte erfaringer fra en nylig gjennomført britisk studie (Thiara mfl. 2012)¹¹. Forskerne lyktes til slutt, etter lang og intens innsats, å rekruttere 30 kvinner med funksjonsnedsettelse som hadde vært utsatt for vold. Selv om flere erfarer at det kan være vanskelig å rekruttere informanter med funksjonsnedsettelse og voldserfaringer, er det viktig å rette et kritisk søkelys på egne fremgangsmåter. Ved å anvende ulike organisasjoners medlemsblader når vi ikke dem som ikke har en slik tilknytning. Samtidig må vi anta at det er flere som er utsatt for vold enn de som meldte sin interesse for å delta i denne studien blant medlemmer av organisasjonene. En grunn til at så få ønsker å delta, kan ha sammenheng med at problematikken oppleves både som sår og stigmatiserende. En annen grunn kan være at vi i annonsen der vi søkte etter informanter, brukte begrepet vold. Rettslig sett inngår for eksempel krenkelser eller overgrep i voldsbegrepet, men det er ikke sikkert at folk i sin alminnelighet assosierer erfaringene de kan ha med krenkelser og overgrep med vold.

ETISKE HENSYN

Fremgangsmåten som er anvendt i studien har et etisk fortrinn i det den lar det være opp til den enkelte å velge om de vil delta eller ikke, sett i forhold til de vanskelige problemstillingene som reises. Av hensyn til informantenes anonymitet, er personidentifiserbare data som gjør identifisering mulig, utelatt (alder, bosted, type funksjonsnedsettelse). Informantene har varierte erfaringer som gir et bilde på noen ulike former for vold personer med nedsatt funksjonsevne kan oppleve, uten at disse erfaringene er uttømmende.

¹¹ I Storbritannia bor det 61 millioner mennesker og i Norge 5 millioner.

4.3 Krisesenterstudien

Analysene av krisesentertilbudene har grunnlag i tre datasett: Sentio-dataene fra 2008–2012, spørreskjemaene besvart av krisesentrene september 2013, og intervjuer med ledere og ansatte ved seks krisesentre.

RAPPORTERING FRA KRISESENTERTILBUDENE

Hvert år fra 2008 har Sentio Research hatt ansvar for å innhente opplysninger om krisesentertilbudene. Tidligere gjennomførte SSB denne undersøkelsen (2005–2007), i denne perioden var det imidlertid ikke inkludert spørsmål om personer med nedsatt funksjonsevne. SSBs studier er derfor ikke disse årene inkludert i våre analyser.

Krisesentrene får tilsendt tre skjemaer fra Sentio Research: et registreringsskjema for beboere ved krisesentrene, et registreringskjema for de som har mottatt et tilbud på dagtid (dagbrukere) ved krisesentrene, og et skjema om sentrenes organisering, kapasitet og fasiliteter (samleskjema). I brukerskjemaene registreres bakgrunnsdata som alder, kjønn, type funksjonsnedsettelse, opplysninger om voldsutøver, årsak til henvendelse og bistand ytt til brukerne fra krisesenteret. I samleskjemaet gis det blant annet informasjon om organisasjonsform og om tilbudet er tilrettelagt for personer med funksjonsnedsettelse. Vi har fått tilgang på dette datamateriale fra Bufdir, og dataen er analysert ved hjelp av dataprogrammet Stata. Resultatene presenteres i form av enkle tabeller og figurer.

KRISESENTERSURVEYEN

En elektronisk survey er sendt til alle landets krisesentre der vi ba om at den ble besvart av sentrenes leder.

To purringer ble sent automatisk til de sentrene som ikke svarte innen fristen. I tillegg sendte vi en tredje purring til de sentrene som ikke hadde svart ved fristens utløp. Vi har mottatt svar fra 44 av 47 krisesentre.

Surveyen inneholdt 104 spørsmål, hvorav seks som direkte angår tilbudet til personer med nedsatt funksjonsevne¹². Vi stiller blant annet spørsmål om personer med funksjonsnedsettelse får et botilbud ved sentrene, og hva

¹² Spørsmålene stilles om tilbudet både til kvinner og menn

sentrene gjør hvis de ikke kan ta imot kvinner og menn med funksjonsnedsettelse som er utsatt for vold og som trenger et beskyttet botilbud. I tillegg stiller vi spørsmålene om individuell plan og ansvarsgrupper, og ansattes kompetanse. Spørsmålene har gitte svaralternativer. Materialet er i likhet med Sentio dataene analysert ved hjelp av statistikkprogrammet Stata.

INTERVJUER MED LEDERE OG ANSATTE VED KRISESENTRENE

På de seks krisesentrene som ble valgt ut til casestudien, har vi gjennomført intervjuer med daglig leder og gruppeintervjuer med ansatte. Intervjuene med lederne varte i om lag en og en halv time, og gruppeintervjuene i om lag en time. Vi fulgte en intervjuguide med spesifiserte temaer. I tillegg til temaer som omhandlet krisesentertilbudet mer generelt, hadde vi inkludert noen spørsmål som omhandlet personer med funksjonsnedsettelse spesielt. Spørsmålene omfattet leder og ansattes erfaringer med personer med nedsatt funksjonsevne, deres kompetanse når det gjelder voldsutsatte med nedsatt funksjonsevne, og synspunkter på tilbudet til gruppen og om krisesentertilbudene er tilrettelagt for brukere med særlige behov. Rekkefølgen på temaene varierte fra intervju til intervju. Samtlige intervjuer ble tatt opp digitalt og transkribert. Vi var to intervjuere på fem av krisesentrene, det siste intervjuet ble gjort av en intervjuer.

Intervjuene er analysert ved hjelp av en tematisk innholdsanalyse. Sentrale analysetemaer er hva som er likt og hva som er forskjellig i måten de ulike krisesentertilbudene tilrettelegger for brukere med særlige behov. Samlet fungerer intervjumaterialet godt i forhold til intensjonene om å belyse hvilket tilbud personer med nedsatt funksjonsevne får ved krisesentrene. I rapporten er krisesentrene anonymisert, da hensikten i dette prosjektet ikke er å evaluere det enkelte krisesenter. Det har også en etisk dimensjon. Hensikt er ikke å peke på enkelt sentre eller deres ansatte, men heller å vise til noen aspekter som kan være felles for landets krisesentre. Krisesentrene som er med i studien utgjør som sagt også grunnlaget for de kommuner, vold- og overgrepsmottak og politidistrikter som er intervjuet. I analysene av disse data er det også viktig å ha i mente at vi er ute etter generelle erfaringer og tendenser som kan gi et bilde på tilbudet til voldsutsatt med nedsatt funksjonsevne.

KOMMUNENES NETTSIDER

Som ledd i casestudien har vi gjennomgått nettsider til de seks krisesenter-tilbudene for å se hva slags informasjon som finnes om tilbudet på krisesentrene til personer med nedsatt funksjonsevne, om vold mot denne brukergruppen er berørt, og om det gis informasjon om fysisk tilrettelegging, om skriften på nettsidene er mulig å forstørre og om informasjonen kan gis i form av lyd.

4.4 Kommunestudien

Analysene av kommunenes tilbud til personer med funksjonsnedsettelse utsatt for vold, baserer seg på fem datasett: Spørreskjemaer sendt til alle landets kommuner, samt strukturerte telefonintervjuer med representanter for et utvalg kommuner (16 stykker), for seks regionale politikamre og for fire volds- og overgrepsmottak som har tilknytning til de seks krisesentrene i studien. I tillegg har alle landets sentre mot incest og seksuelle overgrep fått tilsendt et enkelt spørreskjema.

DEN LANDSDEKKENDE SPØRREUNDERSØKELSEN

Spørreundersøkelsen til kommunene var en elektronisk spørreundersøkelse (Questback). Gjennom KS fikk vi tilgang til alle kommunenes e-postadresser. Vi sendte ut invitasjon om deltakelse til samtlige kommuner i landet (N=428). Etter tre purrerunder var deltakerprosenten på rundt 35 prosent. Dette ble ansett som lite, spesielt i lys av at flere større kommuner (befolkning over 20 000) ikke hadde svart. Det ble derfor satt i gang en ringerunde basert på utvalg av kommuner som ikke hadde svart etter befolkningsstørrelse. Etter cirka to uker med ringerunder til kommunene var den samlede svarprosenten i overkant av 40 prosent med en dekningsgrad på 46 prosent av befolkningen på landsbasis.

Totalt deltok 173 kommuner i undersøkelsen og av disse var det 169 som svarte utfyllende på spørsmålene. Merk at de fire kommunene som er tatt ut av undersøkelsen enten oppgav at spørsmålene var for vanskelige å svare på, eller at det var ikke mulig for dem å svare på spørsmålene på det aktuelle tidspunktet pga. endringer internt i organisasjonen.

Spørsmålene omhandler kommunenes kunnskap om egne tilbud til personer med nedsatt funksjonsevne utsatt for vold i nære relasjoner; om de

har et krisesentertilbud, om tilbudet er tilrettelagt, om kommunene har stilt krav til krisesentertilbudene om tilrettelegging, om de har utarbeidet handlingsplaner og hva de eventuelt omfatter. Vi har også spurt om hvordan kommunene informerer om sitt krisesentertilbud til innbyggere og kommunalt ansatte.

INFORMASJON FRA KOMMUNER, POLITI, VOLD- OG OVERGREPSSENTRE OG SENTRE MOT INCEST OG SEKSUELLE OVERGREP

For å få nærmere innsikt i kommunenes tilbudet til personer med nedsatt funksjonsevne, valgte vi å gjennomføre strukturerte intervjuer på telefon med representanter for et utvalg kommuner. Vi tok kontakt med til sammen 29 kommuner og bydeler, og vi har lyktes å få svar fra 16 av dem. Det var en større utfordring og mer tidkrevende enn vi hadde forutsett å finne noen som ønsket og som opplevde at de var i stand til å besvare våre spørsmål. Generelt har det vært vanskelig å finne informanter som har hatt oversikt over tjenestetilbudet til volds- eller overgrepsutsatte personer med funksjonsnedsettelse. Knapphet på tid og usikkerhet om de hadde nok kjennskap til tematikken så ut til å spille inn. Først tok vi kontakt med kommuner og bydeler over telefon eller via e-post for å få informasjon om hvem som hadde kunnskap om den problematikken. Deretter henvendte vi oss til disse personene og fortalte om prosjektet. De som ønsket det, fikk tilbud om å få spørsmålene tilsendt på e-post før vi ringte tilbake, eller de kunne velge å svare på e-post. Personene vi har intervjuet har hatt ulike stillingsbeskrivelser, men alle innehar en stilling som de selv og andre har vurdert som mest relevant for å svare på de spørsmålene. Fra flere kommuner har vi fått tilsendt svarene etter at ulike faggrupper i fellesskap hadde kommet frem til mest dekkende svar.

Vi har hatt mange telefoner til kommunene, der vi har blitt henvist rundt til ulike personer for å finne de mest relevante informantene. I bydelene i Oslo var det ikke mulig å finne noen som oppfattet seg som ansvarlig for, eller hadde oversikt over, tilbudet til denne gruppen. På tross av utallige henvendelser til fire ulike bydeler i Oslo, fant vi ikke noen som ønsket å svare på spørsmålene på vegne av bydelen. Dette samsvarer med vår erfaring fra spørreundersøkelsen der vi ikke har fått svar fra noen av Oslos bydeler. Slik vi ser det, er det problematisk at ingen representanter fra Norges største kommune har valgt å besvare undersøkelsen. En grunn til manglende deltakelse kan være organiseringen av

tjenesten i Oslo, det vil si at ansvaret for krisesentertilbudet er lagt til Oslo kommune sentralt, og ikke de enkelte bydeler.

Spørsmålene vi ønsket å få belyst var hvilke tilbud som finnes for voldsutsatte med funksjonsnedsettelse i kommunen, hvem i kommunen som tilbyr tjenester til gruppen, hva tilbudet består i, samarbeidsrelasjoner mellom ulike tjenesteutøvere innad i kommunen, og informantenes vurdering av tjenestetilbudet. Vi spurte også om kommunene har et opplæringsprogram for kommunalt ansatte om hvordan de kan oppdage og melde fra om vold eller mistanke om vold, og om hvordan ansatte skal opptre overfor brukere med nedsatt funksjonsevne for å unngå handlinger som kan oppleves som krenkende av tjenestemottakere. Også her inkluderte vi spørsmål om informasjonstilbudet og om tilbudet er tilrettelagt for synshemmede.

Fra politikamrene har vi fått svar fra alle seks enhetene. Noen valgte å besvare spørsmålene skriftlig etter å ha samrådd seg med andre avdelinger ved politikammeret, andre har svart via telefonintervju. Fra volds- og overgrepsmottakene har vi fått svar fra fire av seks mottak, etter to purringer. Spørsmålene til disse tjenesteinstansene omhandlet deres erfaringer med personer med funksjonsnedsettelser, vurderinger av egen kompetanse, oppfølgings- og samarbeidsrutiner med andre kommunale etater. Tilsvarende spørsmål ble sendt på et enkelt spørreskjema til alle landets sentre mot incest og seksuelle overgrep, etter tre purringer har vi fått svar fra 14 av 20 sentre.

I denne delen av undersøkelsen har vi prioritert å få best mulig oversikt over de ulike tjenesteutøvernes erfaringer med voldsutsatte personer med nedsatt funksjonsevne, og hvordan de opplever at samarbeidet fungerer. Dette valget har gått på bekostning av dybde, og tilbakemeldingen fra noen av respondentene er at noen få av spørsmålene er på et for generelt nivå. Vår vurdering er allikevel at dette materialet gir en viktig første innsikt i de ulike tjenesteutøvernes erfaringsgrunnlag, og hvordan de vurderer sitt eget tilbud. Materialet gir også innsikt i samarbeidsrelasjoner, eller mangel på sådanne. Det er behov for å videreutvikle denne kunnskapen, og særlig i kvalitativ retning for å få innsikt forhold som er til hinder for etablering av rutiner og gode samarbeidsrelasjoner, og hva som kjennetegner de instansene som får til dette på en god måte.

4.5 Datamaterialets beskaffenhet

Vår vurdering er at det datamaterialet gir et godt grunnlag til å belyse hovedmålsettingen med studien. Dette gjelder særlig det som angår krisesentrenes tilbud, og ulike kommuner og tjenesters erfaring med brukergruppen og med samarbeidsrelasjoner. Det er særlig verdifullt å få et såpass bredt erfaringsgrunnlag, og sett fra flere perspektiver. Erfaringene til personer med nedsatt funksjonsevne, og spørsmålet om hva det kan skyldes at de i mindre grad enn andre voldsutsatte oppsøker tjenesteapparatet, krever mer omfattende undersøkelser enn vi har hatt anledning til å foreta i denne studien. Men selv om datagrunnlaget på disse områdene er begrenset, identifiseres helt sentrale problemområder.

I undersøkelsen om måloppnåelse når det gjelder implementering av krisesenterlovens krav, kan det være at de kommunene som er fornøyd med eget arbeid er overrepresentert i og med at de antagelig vil være mer motivert til å svare på spørreundersøkelsen.

Når det gjelder de kvalitative intervjuene kan et annet forhold spille inn, det som i metodelitteraturen omtales som forskereffekt. Det handler om at deltakerne oppfører seg og svarer annerledes fordi de blir forsket på, for eksempel ved å vektlegge positive sider ved seg selv og sin virksomhet. Slike effekter er uunngåelige. Under intervjuene av ledere og ansatte ved krisesentrene var det mulig å spore en slik effekt. Analyser handler imidlertid om hva krisesentrene gjør basert på fortellinger om konkrete erfaringer og faktisk kompetanse, og det mulighetsrom organiseringen og lokalitetene gir i forhold til ivaretagelse av personer med funksjonsnedsettelse. Denne type konkretiseringer, og det at vi presiserer at vi ikke er ute etter å sammenligne krisesentrene for å finne ut hvilket som fungerte best, vil dempe en eventuell forskereffekt.

En kunne forvente en tilsvarende effekt også i intervjuene med ansatte i kommuner og tjenesteapparatet. Vårt inntrykk fra disse intervjuene er imidlertid at mange opplever at deres kompetanse og tjenestetilbud er tilstrekkelig, og at de ikke anser at personer med nedsatt funksjonsevne utsatt for vold står overfor andre utfordringer enn det funksjonsnedsettelsen innebærer, enn det andre voldsutsatte gjør. Samtidig er det flere som gir uttrykk for at det å bli intervjuet har bidratt til at de har fått øynene opp for at tilbudet de yter ikke

er bra nok på enkelte områder. Slike selvkritiske refleksjoner indikerer, slik vi ser det, at respondentene har svart på bakgrunn av de faktiske forholdene, slik de kjenner dem, og ikke har forsøkt å gi et bedre bilde av kommunenes tilbud enn det faktisk er.

Alt i alt er vår vurdering derfor at totaliteten av vårt datamateriale vil gi et godt bilde av det tilbudet voldsutsatte personer med nedsatt funksjonsevne får fra tjenesteapparatet i sin kommune.

4.6 Anvendelse og framstilling

Intervjuene og spørreskjemadataene fra brukerstudien er grunnlag for beskrivelsene i kapittel 5. Hensikten med fremstillingen er å identifisere ulike former for vold personer med nedsatt funksjonsevne kan utsettes for, hvilke erfaringer de har med hjelpeapparatet og hva grunnene kan være til at det kan være vanskelig å melde fra om voldserfaringer.

Kapittel 6 og 7 er basert på krisesentermaterialet. Funnene blir presentert i form av enkle frekvenser og bivariate krysstabeller. Analysene i kapittel 6 omhandler deler av det statistiske materialet. Her presenteres kjennetegn ved brukere av krisesentrene. Vi gjør både en sammenligning av brukere med og uten funksjonsnedsettelse, og ser på hva som kjennetegner personer med nedsatt funksjonsevne. Mer spesifikt gir vi en oversikt over brukernes kjønn, alder, hva slags type vold de har vært utsatt for, type funksjonsnedsettelse. Kapittel 7 bygger videre på det statistiske materialet. Vi gir en oversikt over antallet brukere med nedsatt funksjonsevne ved krisesentrene, om sentrene er tilrettelagt for personer med nedsatt funksjonsevne, og hvilket tilbud de mottar. Funnene fra det statistiske datamaterialet blir analysert ved hjelp av intervjudata med ledere og ansatte ved krisesentrene. Hensikten her er å få frem ulike faktorer som kan spille inn på det tilbudet som ytes på krisesentrene til personer med nedsatt funksjonsevne.

Analysene i kapittel 8 baserer seg på det statistiske materiale fra kommunesurveyen, samt intervjuene med ansatte i kommunene. Deler av det statistiske materialet vil presenteres i form av frekvenser og krysstabeller. I tillegg har vi valgt å lage enkle kategoriseringer basert på svarene i intervjuundersøkelsen. Her har vi gruppert svarene tematisk for å belyse forhold som erfaringer med brukergruppen, kompetanse og informasjon. I kapittel 9

presenteres svarene fra spørreundersøkelsen til sentre mot incest og seksuelle overgrep, volds- og overgrepsmottakene og politiet. Formålet er å gi et bilde på hvordan situasjonen er, samt vise bredden i synspunkter og erfaringer.

Kapittel 10 er en oppsummerende drøfting av resultatene i rapporten sett under ett og i forhold til resultater fra tidligere studier om tjenestetilbudet til personer med nedsatt funksjonsevne utsatt for vold. Dette kapitlet vil også inneholde anbefalinger om hvordan tilbudet til brukergruppen kan bedres.

5 Voldserfaringer

Dette kapittelet handler om erfaringene til seks av informantene som vi har data om på bakgrunn av telefonintervjuer. Fire av informantene har fortalt om egne erfaringer, mens vi har informasjon om to fra nærstående. Med bakgrunn i intervjuene vil vi belyse følgende temaer:

- Erfaringer med vold
- Erfaringer med hjelpeapparatet
- Hva kan grunnene være til av voldsutsatte ikke melder fra om sine erfaringer

5.1 Erfaringer med partnervold og krisesentertilbud

To av informantene, Trine og Tom, begge i 30-årene, er utsatt for vold av sin partner. Trine fortalte at hun opprinnelig ikke hadde hatt funksjonsnedsettelse, hun fikk omfattende sansetap (nedsatt hørsel og syn på ene siden) som følge av slag mot hodet. Skadene førte til at hun fikk kommunikasjons- og balanseproblemer, dette sammen med voldserfaringene førte til at hun fikk psykiske problemer. Trine hadde blitt utsatt for periodisk vold over noen år før hun tok kontakt med krisesenter, hun bodde der da hun besvarte våre spørsmål. Trine fortalte at hun på krisesentret hadde fått assistanse til å finne seg et nytt sted å bo, og hun var veldig fornøyd med den hjelpen hun hadde fått. Særlig det å kunne snakke med andre og vite at hun ikke var den eneste som hadde erfaringer med vold, ble beskrevet som bra.

Tom fortalte at partnerens voldsutøvelse startet etter at han hadde fått en kronisk muskelsykdom. Han fortalte at i tillegg til fysisk mishandling, brukte voldsutøver hans kroniske sykdom til å avstenge han fra sosial kontakt med venner og familie. For eksempel hvis de ble invitert bort fortalte voldsutøver at Tom ikke var i form til å gå ut. I offentlige sammenhenger tegnet hun et negativt bilde av ham, for eksempel gjennom historier om hvordan han ikke bidro hjemme, at han var uinteressert i barna og ikke var interessert i sosial

omgang med andre. Tom fortalte at i tillegg til de vanskelighetene han opplevde som følge av den kroniske sykdommen, bidro voldsutøver gjennom slike fortellinger til at han ble isolert, noe som forsterket hans psykiske problemer.

Tom hadde til slutt tatt kontakt med et krisesenter, og her hadde han fått hjelp til å komme seg ut av forholdet og til å ta videre utdanning, med sikte på igjen å komme i jobb. Tom var meget fornøyd med den hjelpen han hadde fått på krisesentret, det han savnet var å snakke med flere med samme erfaringer. Hans erfaring var at det var få menn på krisesenter og han ytret derfor ønske om å kunne snakke om sine erfaringer også med kvinner.

For menn som utsettes for vold kan det å finne frem til hjelpen være mer kronglete enn for kvinner. For det første fordi mennene selv kanskje ikke tenker at krisesenter er et tilbud til menn, som Tom sa «jeg tenkte aldri over at det fantes et slikt tilbud for menn». For det andre fordi tilbudet i kommunene kan være dårlig eller ikke-eksisterende fordi man ikke tenker på at menn kan utsettes for vold i nære relasjoner. Tom fortalte at da han henvendte seg til NAV med spørsmål om det fantes noe tilbud til voldsutsatt menn, så hadde den ansatte svart at de ikke hadde et tilbud fordi menn ikke blir utsatt for vold. Måten Tom kom i kontakt med krisesenteret på var at han tok kontaktet med ATV – alternativ til vold som hadde fortalt ham om krisesenterets botilbud.

Toms erfaringer viser hvordan den plikten kommunene har til å ha et tilbud til menn, i henhold til krisesenterloven (§2), ikke alltid oppfylles.

5.2 Erfaringer med vold i institusjon – tre historier

Tre av intervjuene handler om vold overfor personer som i kortere perioder eller som en varig ordning, bor i boliger for personer med nedsatt funksjonsevne.

Knut er 16 år og har sammensatte funksjonsutfordringer. To helger i måneden bor han i bokollektiv for personer med fysiske funksjonsnedsettelse og utviklingshemning. Dette er et avlastningstilbud gitt av kommunen. Knut har blitt utsatt for fysisk vold fra en av de andre beboerne i kollektivet. Volden er utøvet når de har vært alene, enten i felleslokalene eller på rommet til Knut. Foreldrene oppdaget volden fordi han hadde blåmerker på kroppen flere ganger etter å ha vært på avlastning, og han klarte å formidle hva som hadde skjedd. Foreldrene meldte straks fra til boligen om volden, men Knut fortsatte å komme hjem med

skader på kroppen når han hadde vært i avlastningsboligen. På henvendelse til boligen om hvorfor de ikke hadde tatt grep for å stoppe volden, oppdaget de at hendelsene de hadde rapportert om ikke var loggført. De fikk også til svar at det var vanskelig å stoppe slike hendelser fordi boligen praktiserte «åpen dør». Det vil si at beboerne ikke har anledning til å låse døren inn til rommene sine, og det var derfor vanskelig for personalet å ha oversikt over hva som skjedde på beboernes rom. Foreldrene vurderte å melde saken til fylkeslegen, men vurderte det som vanskelig da hendelsene de hadde rapportert om ikke var loggført. De fryktet at det ville bli ord-mot-ord, og at de gjennom å innklage saken ville miste avlastningstilbudet til sønnen.

Kari er 21 år og har en utviklingshemning. Hun eier sin egen leilighet i et kommunalt bokollektiv. Hun hadde over ett års tid blitt seksuelt misbrukt av en medboer. Kari fortalte ikke noen om overgrepene. Foreldrene oppdaget imidlertid at noe var galt fordi hun begynte med selvskading og i løpet av året viste tydeligere og tydeligere tegn på psykisk ubalanse og depresjon. Til slutt klarte de å få henne til å fortelle om hvorfor hun var lei seg og det kom da frem at hun ble seksuelt misbrukt. Kari har anledning til å låse døren til sin egen leilighet, men hun hadde ikke klart å holde voldsutøver på avstand. Foreldrene rapporterte om hendelsen til en av miljøarbeiderne som oppfordret foreldrene til å anmelde saken. Det gjorde de, og datteren ble raskt etterpå tatt inn til avhør av politiet. Saken ble imidlertid henlagt. Etter at overgrepene ble oppdaget hadde personalet samtaler med voldsutøver og de passet på at han holdt seg unna Kari. Intervjuet med foreldrene ble gjort ett års tid etter at overgrepene var anmeldt, og de uttrykte nå bekymring for at overgrepene skulle begynne igjen. Grunnen til dette var at overgriper hadde begynt å ta kontakt med Kari som synes det var vanskelig å avvise ham.

I følge foreldrene opplevde Kari politiets henleggelsen som et uttrykk for at hun ikke ble trodd. Hun følte skyld og bebreidet seg selv for det som har skjedd, noe som er en vanlig reaksjon hos ofre i slike saker (Aas 2013). Det som imidlertid forsterket den negative opplevelsen for både Kari og hennes foreldre, var to forhold. For det første fikk ikke Kari noen form for psykologisk oppfølging, hun fikk derfor ikke profesjonell hjelp til å bearbeide erfaringene. For det andre fortsatte voldsutøver å bo i bokollektivet. Foreldrene var fortvilet

over at det ikke ble iverksatt tiltak for å forhindre nye overgrep ved å tilby Kari, eller helst overgriper, et annet botilbud. I følge foreldrene var hovedgrunnen til dette at kommunene ikke hadde andre botilbud.

Per er 32 år, han har store fysiske funksjonsnedsettelse og nedsatt syn, det gjør at han i stor grad er avhengig av praktisk hjelp og assistanse til dagliglivets gjøremål. Per forteller om vold og krenkelser som har utspring i den sårbarheten hans funksjonsnedsettelse innebærer fordi han er avhengig av assistanse. Som ungdom hadde han vært på avlastning i bolig for personer med nedsatt funksjonsevne, nå bor han på pleiehjem. Han fortalt at han hadde det vanskelig i ungdomsårene, blant annet fordi han ikke kunne gjøre det han hadde lyst til. Han sier at han derfor i perioder var sint, tverr og vanskelig både hjemme og når han var på avlastning i boligen. Han opplevde da flere ganger at personalet truet med at han ikke ville få mat eller med å ta ut batteriene av rullestolen hvis han ikke oppførte seg. Slik han ser det i dag handlet det om psykisk vold. Etter at han ble voksen har han ikke hatt tilsvarende opplevelser, men som han sier «som funksjonshemmet må du være positiv og stille opp på det andre bestemmer, da går det bra». Nettopp dette at han må oppføre seg – at det ikke er rom for å gi uttrykk for negative følelse – opplever han som krenkende også i dag. En annen krenkelse han har vært utsatt for, og som han opplever som et grovt overtramp, er at han må bo på pleiehjem. Per er avhengig av assistanse for å komme ut av sengen og til personlig hygiene, og må følge pleiehjemmets rutiner. Å bo slik innebærer også at han ikke har et privatliv: han kan ikke «lukke døren» når han vil, han er alltid tilgjengelig for personalet og til dels andre beboere.

Disse tre historiene viser hvordan vold kan utspille seg på ulik måte og både på individ- og systemnivå. Det som også blir tydelig er hvordan institusjoner som system muliggjør vold.

BOFORM SOM RISIKOFAKTOR

Tidligere norske og internasjonale studier (Kvam 2004, Beadle-Brown 2010) har vist at institusjoner som bofellesskap og spesialskoler spesielt innrettet med tanke på mennesker med fysiske funksjonsnedsettelse eller med utviklingshemming, i seg selv representerer en ekstra risikofaktor for å bli utsatt for vold og overgrep. En faktor som synes å muliggjøre den overnevnte volden er

boformen i seg selv. Selv om det har skjedd en nedbygging av institusjoner og spesialskoler, er det fremdeles vanlig at personer med fysiske funksjonsnedsettelse og/eller utviklingshemming får avlastningstilbud eller botilbud sammen med andre i samme eller lignende situasjoner. Ut fra perspektivet om effektiv tjenestegivning kan dette være gunstig, særlig fordi personer med alvorlige fysiske funksjonsnedsettelse og utviklingshemninger ofte vil ha behov for tilsyn og assistanse. Det intervjuene illustrerer er hvordan en slik boform krever en særlig oppmerksomhet og overvåkenhet fra tjenesteutøvernes side når det gjelder relasjonelle forhold og hva som utspiller seg mellom beboere¹³. I Knut og Kari sine historier synes en slik overvåkenhet ikke å ha vært til stede, da det var foreldrene som oppdaget volden. Boformen krever derfor en bevissthet fra de som arbeider i boligen, men også fra de som er ansvarlige for organiseringen av boligen eller institusjonen. Per sin historie illustrerer viktigheten av at de som har som jobb å assistere personer med funksjonsnedsettelse er bevisst den maktposisjonene de innehar overfor personer som er avhengig av deres assistanse.

Et annet trekk ved institusjoner som kan innebære risikofaktor, er hvis beboerne ikke har mulighet til å låse døren til sitt eget rom. For personer med funksjonsnedsettelse som ikke er i stand til selv å lukke og åpne døren, vil elektronisk døråpner som kun kan åpnes fra innsiden kunne være en løsning, samtidig som ansatte har nøkkel. Alternative løsninger fordrer imidlertid en forståelse blant ledere og ansatte for at personer med fysiske funksjonsnedsettelse og/eller utviklingshemming kan ha samme behov for å skjerme seg og ha et privatliv, som personer uten slike utfordringer.

KOMPETANSE, SYSTEMER OG RUTINER

De nevnte eksemplene viser betydningen av å ha systemer og rutiner for å oppdage vold mellom beboere i institusjonaliserte bofellesskap, og at institusjonene har rutiner og prosedyrer for hvordan man skal håndtere saker om vold og overgrep når de avdekkes. I Karis tilfelle ble foreldrene oppfordret til å anmelde saken. Kari ble tatt inn til avhør av politiet. Disse reaksjonene er viktige av to grunner. For det første signaliseres det at den voldsutsatte ikke

¹³ Studier av seksuelle overgrep mot utviklingshemmede viser at rundt halvparten av overgrep som rapporteres er begått av andre med utviklingshemming jf. Grøvdal 2013: 66.

anses som ansvarlige for overgrepene. For det andre innebærer det at når meldingen om overgrep tas på alvor, er det et potensiale for endringer av omgivelsene (Thiara m.fl. 2012). Endring av omgivelsene fordrer imidlertid kunnskap blant ansatte i institusjoner og kommuner om hvordan man skal gå frem for å få til endringer. Hvis ikke, er det en stor sjanse for at lite vil skje selv om man i utgangspunktet tar saken alvorlig. For eksempel fortalte foreldrene til Kari at da de kontaktet fagkoordinator i virksomheten, uttrykte hun at hun ikke visste hvordan hun skulle håndtere saken fordi hun ikke hadde vært borte i denne typen saker tidligere. På spørsmål til kommunene om rutiner for håndtering av voldssaker i institusjon, fikk foreldrene beskjed om at kommunene ikke hadde retningslinjer. Også i Knut sitt tilfelle synes det å mangle rutiner og prosedyrer for hvordan man håndterer saker som angår vold mellom beboere. Dette viser viktigheten av å ha rutiner for loggføring og retningslinjer for håndtering av vold. Rutiner vil også signalisere at ledelsen er innforstått med at de har et ansvar for så vel beboere som ansatte. Juklestads (2007) studie av eldre i institusjon viser til hvordan risiko for overgrep synes å øke der personalet har fått lite opplæring, utilstrekkelig veiledning, eller har liten støtte fra ledelsen. Slike risikofaktorer synes å ha vært en grunn til voldsutøvelsen eksemplifisert over, samtidig som slike faktorer kan øke sjansen for at voldsutøvelsen kan fortsette.

En annen kritisk faktor synes å være bemanning. I historiene om Knut og Kari går det frem at foreldrene opplevde at det var stor gjennomtrekk av personale og mange uskolerte ekstravakter. De mente dette bidro til dårlig informasjonsflyt og ansvarspulverisering. Betydningen av å ha et tilstrekkelig og stabilt personale for å begrense muligheten for at vold skal oppstå, understrekes også i forskningen om eldre (Juklestad 2007). Kompetente ansatte er viktig. For eksempel kommer betydningen av å ha kompetanse om utviklingshemming til uttrykk i det Kari foreldrene forteller om at hun ikke klarer å holde voldsutøver på avstand på egen hånd. I hennes tilfelle kan årvåkenhet fra personalet være avgjørende for at overgrepene ikke fortsetter, også fordi det ikke er sikkert at hun vil fortelle om eventuelle nye overgrep selv. Det er viktig å være klar over at personer med utviklingshemming ofte er 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 trening på «instruksfølging» kan resultere i svært dårlig

utviklede selvhevdelsesferdigheter, noe som gjør personer med utviklingshemming ekstra sårbare for ulike typer overgrep (Muff 2001).

De krenkelsene Per beskriver, det at han opplever å måtte oppføre seg på en bestemt måte for å unngå konflikter og ikke får bestemme hvor han vil bo, omfatter det Juklestad (2007) betegner som strukturelle overgrep. Denne typen overgrep kjennetegnes av at regler og rutiner blir viktigere enn individuelle behov, å bli fratatt autonomi i form av å kunne bestemme hvor man skal bo, eller blir utsatt for direkte maktbruk for å tvinge frem ønsket væremåte. Når personer med nedsatt funksjonsevne opplever at deres bosituasjon tvinger dem til å utvikle væremåter som tilfredsstiller personalets forventninger og krav, krenkes deres autonomi som voksne som ønsker å leve eget liv på egne premisser. Slike krenkelser oppstår hvis personalet setter premisser for hva som er akseptabelt adferd.

En britisk studie indikerer at det kan være toleranse blant ansatte for at vold mellom beboere finner sted (Hollomotz 2012), dette gir seg utslag i at de ansatte subjektivt vurderer om en hendelse er å anse som vold eller ikke. I følge Hollomotz innebærer dette at de ansatte bruker sin maktposisjon til selv å konstruere hva de forstår med overgrep eller vold. Om en hendelse rapporteres eller ikke, er dermed avhengig av hva den ansatte betrakter som voldsutøvelse og av hvor alvorlig den ansatte tror at hendelsen er for den utsatte. Vårt datamateriale kan ikke gi svar på om og hvorvidt slike vurderinger er gjort i disse tilfellene. Knut sitt tilfelle kan imidlertid forstås i den retning. Ved ikke å loggføre voldsepisodene, uttrykkes det at den ikke ses på som alvorlig nok. Hvis institusjonen ved de ansatte tar informasjonen alvorlig og aktivt handler i form av å anmelde, skriver rapport, eller endrer atferd, viser de anerkjennelse for den utsattes erfaring.

Erfaringene til Knut, Kari og Per understreker betydningen av bevissthet og rutiner på systemnivå om at vold kan forekomme mellom beboere og i tjenesteutøvelse. Dette fordrer tilrettelegging slik at vold og overgrep kan oppdages og håndteres på en adekvat måte. Mangelen på bevissthet om betydningen av institusjonenes organisering og ansvar understreker at det er måten samfunnet forholder seg til mennesker med kognitive og fysiske funksjonshemninger på og de levekår som samfunnet tilbyr, like mye som funksjonsnedsettelsen i seg selv, som forårsaker den økte utsattheten for overgrep (Mansell og Sobsey 2001).

5.3 erfaring med vold fra hjemmetjenesten

Den sjette informant, Ola, er en eldre bevegelseshemmet mann som sitter i rullestol. Han er avhengig av hjelp til rengjøring og andre praktiske ting som krever gangfunksjon. Han fortalte at han nå hadde et privat firma som hjalp ham i huset. Inntil for to år siden hadde han i ti år hatt to kommunale hjemmehjelpere. Han fortalte at de kommunale hjemmehjelperne hadde stjålet penger og gjenstander, ting i huset hadde blitt ødelagt, og de «snoket» i hans papirer, det vil si leste brev han hadde liggende fremme, men også de som lå i konvolutter i kommoden. Han forteller at han en gang tok kontakt med leder for de kommunale tjenestene. Responsen hadde da vært at personen «gikk til angrep» på ham, og ba ham komme med bevis før han kom med den typen beskyldninger. Han bor i en liten kommune der «alle kjenner alle», og han var redd for å bli utsatt for slarv og baksnakking hvis han anmeldte forholdet. Han fortalt også at han manglet mot og selvtillit og at han var redd det ville bli ord-mot-ord, der han ville bli den tapende part. Han hadde derfor aldri anmeldt forholdet. I stedet har han valgt å benyttet en privat hjemmehjelpstjeneste som han finansierer selv.

I likhet med foreldrene til Knut, synes mangler i systemet å være til hinder for at Ola anmelder volden. I eksemplet over legges bevisbyrden på offeret. Uten klare rutiner i kommunen for håndtering av denne typen saker, blir resultatet at problemene individualiseres. I likhet med foreldrene til Knut, uttrykker Ola bekymring for at en eventuell klage til kommunen ville få negative virkninger i form av forringet tjenestetilbud, og at han får rykte på seg som vanskelige. Som vi skal se i kapittel 7 om kommunenes tilbud, er det ansatte i små kommuner som argumenterer for at prosedyrer og rutiner for håndtering av vold mot personer med funksjonsnedsettelse ikke er viktig. Grunnen de oppgir er at de i stor grad vet hva som foregår fordi de er små og kjenner kommunenes innbyggere. Som eksemplet med Ola viser, synes ikke det å utvikle gode rutiner mindre viktig i små kommuner enn i store kommuner. Mens man i store kommuner trenger systemer blant annet for å håndtere mange tjenesteutøvere og mottakere, trenger man i små kommuner systemer for å håndtere vanskelige saker på en profesjonell måte, fordi båndene mellom innbyggerne kan være tette.

5.4 Oppsummering

I dette kapitlet har vi vist noen eksempler på vold personer med nedsatt funksjonsevne kan oppleve i parrelasjoner, fra medboere og tjenesteutøvere. De beskrivelsene som er gitt, samsvarer i stor grad med funn fra andre studier (jf. kap. 3). Det er også vist eksempler på hvordan vold kan bidra til somatiske og psykiske helseplager, noe som samsvarer med funn gjort i både norske og utenlandske studier om vold generelt (se f.eks. Thoresen og Hjemdal 2014). Det er viktig å merke seg at de erfaringene som rapporteres både handler om at det å ha en funksjonsnedsettelse innebærer en særlig sårbarhet for å bli utsatt for vold, men også at vold kan forårsake både fysiske og psykiske funksjonsnedsettelser.

Fire av de seks historiene handler om vold utøvet av personer de utsatte ikke har en nær relasjon til, men er hjelpere som befant seg fysisk nær. I likhet med det som er funnet i andre studier (se f.eks. Grøvdal 2013) har vi sett hvordan denne nærheten i kombinasjon med avhengighet, og en ulikevektig maktrelasjon, eksponerer dem for vold i form av fysiske og seksuelle overgrep, strukturelle overgrep i form av trusler, for å bli frarøvet mulighetene for å leve et autonomt liv på egne premisser, samt økonomisk og materiell vold.

Volden utspiller seg innenfor strukturelle rammer satt av det offentlige tjenestesystemet. Vi har vist hvordan vold muliggjøres gjennom måten botilbudene er organisert, gjennom manglende rutiner og retningslinjer for forebygging av vold og for sviktende håndtering av vold og overgrep når slike hendelser er rapportert. Historiene illustrerer hvor viktig det er med opplæring og bevisstgjøring av personalet. Særlig forståelsen av at de innehar en maktposisjon overfor de som de skal assistere og hvordan dette krever en særlig aktsomhet når det gjelder fremferd og væremåte, er viktig.

I kapitlet har vi også vært inne på forhold som bidrar til at vold mot personer med funksjonsnedsettelser *ikke* anmeldes. I to tilfeller handlet det om frykten for ikke å bli trodd, frykten for å bli hengt ut som en vanskelig person og med det, mulige negative konsekvenser en anmeldelse vil har for videre kommunalt tjenestetilbud.

6 Personer med funksjonsnedsettelse på krisesenter

I dette kapitlet beskriver vi hva som kjennetegner personer med funksjonsnedsettelse som oppsøker krisesenter, og om de skiller seg fra personer uten funksjonsnedsettelse. Beskrivelsen baserer seg på analyser av data innsamlet av Sentio Research Norge (Sentio) i perioden 2008–2012.

Bare en liten andel av dem som utsettes for vold oppsøker et krisesenter. Basert på omfangsundersøkelser gjennomført de siste årene, anslås det at mellom 75 000 og 150 000 personer årlig blir utsatt for vold i nære relasjoner¹⁴. I 2012 var i underkant av 4300 personer beboere (ca. 2000) eller dagbrukere (ca. 2200) av krisesentrene. Av disse var 46 prosent registrert for første gang. Det betyr at man ikke kan dra slutninger om voldsutsatthet i nære relasjoner som helhet på bakgrunn av krisesenterstatistikken. I dette kapitlet skal vi se nærmere på hva som kjennetegner dem som oppsøker krisesentre, og om de skiller seg fra personer uten nedsatt funksjonsevne.

Krisesentrene er et sted personer som utsettes for vold kan få tilbud om botilbud eller et dagtilbud. Dagbrukerne er personer som får oppfølging etter at de har flyttet ut av krisesenteret og personer som ikke ønsker å bo på krisesenter.

6.1 Datamateriale om krisesentrene fra Sentio

I tabell 6.1 under, gis en oversikt over noen hovedtall når det gjelder antall brukere av krisesentrene og kjennetegn ved disse for perioden 2008–2012. Oversikten forteller hvor mange brukere av botilbud og dagtilbud krisesentrene har, personer med nedsatt funksjonsevne, personer med innvandrerbakgrunn, andelen menn som bruker krisesentret i perioden og andelen av brukere som er under 30 år. Innvandrerbakgrunn, kjønn og alder er kategorier som vil bli brukt i analysene av om personer med nedsatt funksjonsevne har kjennetegn som skiller seg fra personer uten funksjonsnedsettelse. I tabellen skilles det mellom beboerdata og dagbrukerdata og antall opphold/besøk. Antall opphold/besøk

¹⁴ Handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2014–2017.

viser til alle registrerte henvendelser, noe som betyr at en og samme person vil bli registrert hver gang han eller hun henvender seg til krisesentret.

Tabell 6.1 - Deskriptiv statistikk for beboere og dagbrukere (utvalg). Årlig i perioden 2008-2012.

Registrerte hendelser, antall brukere og antall sentre som har bidratt med disse dataene.

DATA	2008	2009	2010	2011	2012
Beboerdata					
Antall registrerte opphold	2 257	2 368	2 527	2 449	2 579
Antall unike beboere	1 746	1 878	2 075	1 974	2 046
<i>med funksjonsnedsettelse</i>	87	129	139	124	121
<i>med innvandrerbakgrunn</i>	940	1136	1292	1207	1334
<i>menn</i>	4	9	36	74	115
<i>prosentandel under 30 år</i>	40,7	41,3	41,5	38,4	38,3
Antall krisesentre med data	50	50	50	48	48
Dagbrukerdata					
Antall registrerte besøk	7 299	7 546	8 154	8 566	8 491
Antall unike dagbrukere	2 274	2 096	2 278	2 082	2 192
<i>med funksjonsnedsettelse</i>	185	131	137	128	112
<i>med innvandrerbakgrunn</i>	687	965	1076	947	1068
<i>menn</i>	57	78	88	153	213
<i>prosentandel under 30 år</i>	32,7	33,3	33,1	31,5	32,5
Antall krisesentre med data	49	49	48	48	46

Som vi ser av tabell 6.1, har antallet beboer og dagbrukere vært relativt stabilt fra 2008–2012. Forholdet mellom antall opphold i forhold til antall beboere ved krisesentrene har også vært nokså stabilt i perioden, samtidig som vi ser at det etter 2009 har vært en økning i antallet besøk på dagtid. Dette kan bety at den nye krisesenterloven har medført en tettere oppfølging av de som kommer på dagtid. Når det gjelder brukere av krisesentrene med funksjonsnedsettelse, har antallet ikke økt i perioden, blant dagbrukere har det til og med vært en nedgang. Når det gjelder personer med innvandrerbakgrunn og menn, har det vært en økning i perioden.

BRUK AV DATAMATERIALET FRA SENTIO I DENNE RAPPORTEN

I de videre analysene har vi undersøkt om innføringen av krisesenterloven i 2010 har hatt innvirkning på kjennetegn ved brukerne. Det har vi gjort ved at vi i analysene har kontrollert for dette ved å sammenlikne data fra perioden før og etter at loven ble innført.

Når det gjelder sammenlikning av perioden før og etter innføringen av krisesenterloven, har vi valgt å bruke årene 2009–2012.

Innføringen av krisesenterloven i 2010 innebærer en endring som i seg selv påvirker deler av datamaterialet for 2010-årgangen. Tabell 6.1 viser at 2010 er toppår i perioden hva antall beboere og dagbrukere angår. En grunn til dette er antakelig det økte fokuset på vold i nære relasjoner og krisesentertilbudet i anledning innføringen av krisesenterloven. I tillegg kan man forvente at de mer administrative endringer som følger i kjølvannet av krisesenterloven vil bidra til ytterligere støy i den påfølgende årgangen (2011). Vi har derfor valgt ut to årganger som er tenkt å representere perioden før loven kom og etter at loven har vært virksom i en periode, 2009 som representativt for perioden før, og 2012 som representativt for perioden etter. Dette gjør det relativt enkelt å forstå analysene i denne rapporten¹⁵.

Når det gjelder spørsmålsformuleringen om ulike kategorier funksjonsnedsettelse så har ikke disse endret seg i perioden, med unntak av at man har åpnet for å spesifisere type funksjonsnedsettelse under alternativet «annet». Spørsmålet som er stilt er: Har beboer en eller flere funksjonsnedsettelse, og svarkategoriene er følgende:

- Ja, nedsatt bevegelsesevne
- Ja, nedsatt synsevne
- Ja, nedsatt hørselsevne
- Ja, annet
- Nei

En analyse av data viser at det er få som er registrert med mer enn ett svaralternativ.

¹⁵ I analysene har vi kontrollert for gjennomsnitt for 2008-09 (før loven kom) og 2011-12 (etter at loven kom), for å sikre at fortolkningene er valide. Vi har i tillegg testet om fordelingene i de ulike svarkategoriene for 2012 skiller seg vesentlig fra de samme svarkategoriene i 2009. Dette ble gjort ved å bruke kji-kvadrat-test for observerte versus forventede fordelinger innen svaralternativene.

6.2 Analyser

ANTALL BEBOERE OG DAGBRUKERE VED KRISESENTRENE FØR OG ETTER KRISESENTERLOVEN, MED OG UTEN FUNKSJONSNEDESETTELSE

Det første vi undersøker er om andelen brukere med funksjonsnedsettelse har endret seg fra 2008 og frem til 2012.

Tabell 6.3 – Beboere og dagbrukere med funksjonsnedsettelse. Prosentandel og totalt antall brukere årlig i perioden 2008-2012.

	Med funksjonsnedsettelse				
	2008	2009	2010	2011	2012
Beboere	87	129	139	124	121
<i>prosent</i>	5,4	7,0	6,9	6,5	6,1
Dagbrukere	185	131	137	128	112
<i>prosent</i>	10,9	6,4	6,2	6,4	5,3

Antall beboere og dagbrukere med funksjonsnedsettelse er rundt en prosent lavere i 2012 enn i 2009¹⁶. Endringer i loven har derfor ikke bidratt til flere brukere med funksjonsnedsettelse på krisesentrene.

KJØNN

Den neste tabellen gir en oversikt over antallet mannlige og kvinnelige brukere av krisesentrene i perioden 2008–2012, som har nedsatt funksjonsevne.

Tabell 6.3 – Beboere og dagbrukere med funksjonsnedsettelse og kjønn. Prosentandel og totalt antall brukere årlig i perioden 2008-2012.

	Med funksjonsnedsettelse				
	2008	2009	2010	2011	2012
Beboere					
<i>Kvinner</i>	87	129	136	116	115
<i>prosent</i>	5,5	7,1	6,9	6,3	6,1
<i>Menn</i>	0	0	2	8	6
<i>prosent</i>	0,0	0,0	5,6	10,8	5,2
Dagbrukere					
<i>Kvinner</i>	183	129	130	118	100
<i>prosent</i>	11,2	6,6	6,2	6,4	5,3
<i>Menn</i>	2	2	4	9	11
<i>prosent</i>	3,5	2,6	4,5	5,9	5,2

¹⁶ Beboere og dagbrukere som det ikke har oppgitt noe på spørsmål om funksjonsnedsettelse er ikke inkludert i totalen.

Antall menn totalt som bor på krisesentertilbudet har økt fra 0,5 prosent i 2009 til 6 prosent i 2012, mens antallet mannlige dagbrukerne har økt fra 4 til 10 prosent. I tråd med dette ser vi av tabell 6.3 at det har vært en økning i antallet menn med nedsatt funksjonsevne, fra to brukere i 2009 til totalt 17 i 2012. Samtidig som antallet menn har økt, ser vi at det har vært en nedgang i antall kvinnelige brukere med funksjonsnedsettelse. Dette innebærer at det har vært en nedgang i antall kvinner (både absolutt og relativt) med nedsatt funksjonsevne som har henvendt seg til et krisesenter i perioden fra 2009 til 2012.

BRUKERE MED FUNKSJONSNEDESETTELSE MED OG UTEN INNVANDRETBAGGRUNN

Det neste vi undersøker er om det er noen forskjell når det gjelder funksjonsnedsettelse mellom de som har og de som ikke har innvandrerbakgrunn. *Med* innvandrerbakgrunn menes personer som enten er født i utlandet eller er født i Norge av to utenlandsfødte foreldre.

Personer med innvandrerbakgrunn utgjorde hele 68 prosent av totalt antall beboerne og 51 prosent av totalt antall dagbrukerne i 2012, et tall som har holdt seg relativt stabilt i løpet av de siste fem årene.

Tabell 6.4 – Beboere og dagbrukere med funksjonsnedsettelse etter innvandrerbakgrunn. Prosentandel og totalt antall brukere i 2012.

	Med funksjonsnedsettelse i 2012	
	med innvandrerbakgrunn	uten innvandrerbakgrunn
Beboere	53	66
<i>prosent</i>	4,0	10,3
Dagbrukere	32	79
<i>prosent</i>	3,0	7,8

I 2012 var det færre brukere med funksjonsnedsettelse blant personer med innvandrerbakgrunn. Som vi ser oppgir ti prosent av de uten innvandrerbakgrunn å ha en funksjonsnedsettelse, mens dette kun gjelder fire prosent av beboere med innvandrerbakgrunn. Våre analyser viser at dette mønsteret ikke har endret seg siden 2009. Det er ingen grunn til å tro at det er færre med funksjonsnedsettelse i den delen av befolkningen som har innvandrerbakgrunn, og heller ikke at de er vesentlig mindre utsatt for vold i nære relasjoner enn personer uten innvandrerbakgrunn. Det kan derfor være grunn til å sette

i verk undersøkelser om hvorfor det er færre brukere med funksjonsnedsettelse blant de med innvandrerbakgrunn sammenlignet med de uten.

TYPE FUNKSJONSNEDESETTELSE BLANT BEBOERE OG DAGBRUKERE

Vi vil nå gå et skritt videre i analysen for å se om det er noen forskjeller mellom de med og uten innvandrerbakgrunn når det gjelder type funksjonsnedsettelse brukerne oppgis å ha.

Tabell 6.5 – Beboere og dagbrukere etter funksjonsnivå og innvandrerbakgrunn. Prosentandel og totalt antall brukere i 2012.

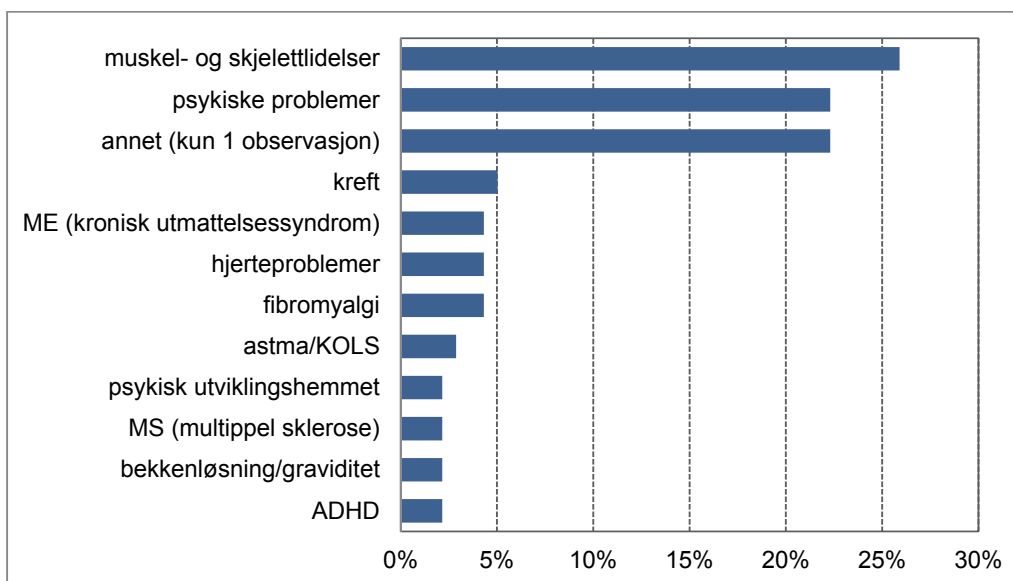
Funksjonsevne	Med innvandrerbakgrunn		Uten innvandrerbakgrunn	
	antall	prosent	antall	prosent
Ikke nedsatt funksjonsevne	2 317	96,5	1 511	91,2
Nedsatt funksjonsevne	85	3,5	145	8,8
<i>nedsatt bevegelsesevne</i>	26	30,6	54	37,2
<i>nedsatt synsevne</i>	9	10,6	6	4,1
<i>nedsatt hørselsevne</i>	2	2,4	10	6,9
<i>annen funksjonsnedsettelse</i>	48	56,5	75	51,7

Analysene av tallene for perioden 2009–2012, viser at det ikke er forskjeller mellom brukere med og uten innvandrerbakgrunn når det gjelder type funksjonsnedsettelse. Det er heller ingen signifikante forskjeller mellom dagbrukere og beboere. Vi ser at flest brukere med funksjonsnedsettelse faller inn under kategorien «annen funksjonsnedsettelse», og den nest største kategorien er nedsatt bevegelsesevne. Dette mønstret gjelder for hele perioden 2009–2012.

Når rundt 50 prosent av alle som oppgis å ha en funksjonsnedsettelse sorterer under kategorien «annen», indikerer dette imidlertid at spørsmålene om type funksjonsnedsettelse kan være for grovkornet. Dette kan være problematisk hvis hensikten med registreringen er å tilrettelegge tilbudene best mulig i forhold til brukernes ulike utfordringer og behov.

Fra og med 2010 ble det mulig å beskrive i detalj hva slags annen funksjonsnedsettelse beboere og dagbrukere hadde. Figur 6.1 gir en oversikt over hovedgruppene i 2012.

GRUPPEN ANNEN FUNKSJONSNEDETTTELSE



Figur 6.1 – Prosentandel av beboere og dagbrukere med annen funksjonsnedsettelse etter hovedgrupper. For perioden 2012, (N=123)

Som vi så i tabell 6.5 var i alt 123 personer registrert med «annen funksjonsnedsettelse», av disse var det 78 prosent som lot seg kategorisere i grupper bestående av mer enn 1 registrering. De største enkeltgruppene fremgår som egne kategorier i figur 6.1. De resterende 22 prosentene inngår i gruppen «annet» (kun 1 observasjon) i tabellen. Gruppen med funksjonsnedsettelse definert som «muskel- og skjelettlidelser» er den største gruppen, etterfulgt av gruppen med «psykiske problemer». Når vi ser på hvem som inngår i kategorien «andre» blir det tydelig hvordan universelt utformete kritesentre, vil komme et bredt spekter av brukerne til gode.

SKADER SOM FØLGE AV MISHANDLING, BEBOERE¹⁷

I Sentios registreringsskjema spørres beboerne om skader som følge av vold. Dette gjør det mulig å undersøke om personer med funksjonsnedsettelser oftere rapporterer om skader som følge av volden.

¹⁷ Når det gjelder de tabellene som følger foreligger det kun data om beboere, da Sentio ikke har svaralternativer for dette i skjemaet om dagbrukere.

Tabell 6.6 – Beboers vurdering av eventuelle skader påført under mishandlingen(e). Prosentandel og totalt antall brukere i 2012.

Beboers vurdering av eventuelle skader påført under mishandlingen(e).	Med funksjonsnedsettelse i 2012	
	Ja	Nei
fysiske skader	3,3	3,9
psykiske skader	33,3	35,6
både fysiske og psykiske skader	45,0	29,3
ingen skader	6,7	11,1
vet ikke	11,7	20,2
antall svar	120	1848

Som vi ser av oversikten i tabell 6.6, skiller de med funksjonsnedsettelse seg fra de uten på noen områder. Hovedtyngden av de med funksjonsnedsettelse svarer at volden har medført både fysiske og psykiske skader. Vi ser at en større andel av de uten funksjonsnedsettelse oppgir at de ikke ha blitt påført skader, eller at de ikke vet om mishandlingen har ført til skader. Det kan indikere at de med nedsatt funksjonsevne enten utsettes for grovere psykisk og fysisk vold, eller at de på grunn av funksjonsnedsettelsen er mer sårbare for skade som følge av volden.

I vår intervjuundersøkelse med brukere (N=7) delte vi inn spørsmålene om funksjonsnedsettelse slik Sentio har gjort, og i tillegg tok vi med en kategori om psykiske problemer. Det som går frem av svarene er at alle oppgir at de har psykiske problemer i tillegg til andre typer funksjonsnedsettelse. Hvorvidt slike problemer er et resultat av å ha opplevd vold, eller om det var en problemstilling som var forut for voldsutøvelsen, er det ikke mulig å si. Det man vet er at det å få en kronisk sykdom (hjerte, muskel og skjelett, astma og lignende) kan bidra til psykiske problemer i form av depresjon (Cullberg 2010). Samtidig som det å utsettes for vold i nære relasjoner har negative konsekvenser for psykisk helse (Hjelmdal, Sogn m.fl. 2012). Dette bekreftes gjennom intervjuene med ansatte ved krisesentrene som fortalte at majoriteten av de som kommer dit har psykiske problemer på grunn av volden de har vært utsatt for. Psykiske lidelser kan derfor både være en selvstendig lidelse, resultat av sykdom eller funksjonsnedsettelse, men kan også skyldes traumer relatert til voldsutøvelse.

Fire av respondentene i vår undersøkelse svarte at de hadde fått en funksjonsnedsettelse i voksen alder, tre oppga kronisk sykdom og en sansetap.

Hvorvidt volden starter før funksjonsnedsettelsen oppstår, eller om funksjonsnedsettelse bidrar til at man blir utsatt for vold, varierer. Som eksemplifisert i kapittel 5 så innebærer det å ha fysiske funksjonsnedsettelse en sårbarhet for å bli utsatt for fysiske og psykisk vold, samtidig som funksjonsnedsettelse kan være et resultat av vold.

ALDER

Det neste vi undersøker er om det er noen forskjell i alderssammensetning mellom brukere med og uten funksjonsnedsettelse.

Tabell 6.7 – Beboere og dagbrukere etter funksjonsnedsettelse og aldersgruppe. Prosentandel og totalt antall brukere i 2012.

Alder	Med funksjonsnedsettelse i 2012	
	Ja	Nei
under 18 år	0,9	1,8
18-29 år	16,5	34,6
30-39 år	21,6	34,5
40-49 år	30,3	20,0
50-60 år	16,9	7,2
over 60 år	13,9	2,0
Antall svar	231	3843

Det som er verd å merke seg er at brukere med funksjonsnedsettelse jevnt over er eldre sammenliknet med brukere uten funksjonsnedsettelse (tabell 6.8). Gruppen av brukere med funksjonsnedsettelse har sin hovedtyngde i aldersintervallet 30–49 år (52 prosent), mens tilsvarende for dem uten funksjonsnedsettelse er 18–39 år (69 prosent). Spredningen i alder er også større for dem med funksjonsnedsettelse. Dette kan ha sammenheng med at mange har en ervervet funksjonsnedsettelse og det kan være at volden har startet som følge av dette. På den annen side kan det være at det å forbli i et voldelig forhold etter at man har ervervet en fysisk funksjonsnedsettelse er ekstra belastende, og slik fører til at voldsutsatte ikke lenger er i stand til å «tåle» volden på samme måte som før hun eller han fikk en funksjonsnedsettelse. Vi har undersøkt om alderssammensetningen er forskjellig mellom personer med nedsatt funksjons- evne med hensyn til om de har innvandrerbakgrunn eller ikke. Analysene viser at de med innvandrerbakgrunn jevnt over er yngre. 16 prosent av de med innvandrerbakgrunn er eldre enn 50 år, mens dette gjelder for 40 prosent av

de uten. Våre analyser viser at det ikke er noen endringer i alderssammensetningen blant brukerne av krisesentertilbudet fra 2009–2012.

En del av beboerne på krisesentre har barn, og en del av disse barna har funksjonsnedsettelse. Hvor mange barn dette gjelder, alderssammensetning og hva slags type funksjonsnedsettelse de har, har vi ikke data om, men dette hadde vært interessant å finne mere ut av. Det er viktig å finne ut av barns levekår på krisesentre og om hvordan hjelpetilbudet og samarbeidet med kommunene fungerer.

ÅRSAK TIL HENVENDELSE

Det neste vi undersøker er hva som er årsaken til at brukerne henvender seg til krisesentrene og om det er noen forskjeller mellom de med og uten funksjonsnedsettelse.

Tabell 6.8 – Beboere og dagbrukere etter funksjonsnedsettelse og årsak til henvendelse. Prosentandel og totalt antall brukere i 2012.

Årsak til henvendelse	Med funksjonsnedsettelse i 2012	
	Ja	Nei
fysisk vold	64,1	55,8
psykisk vold	23,8	31,4
trusler	3,0	3,8
materiell vold	0,4	0,3
seksuell vold	0,9	1,1
annen årsak	7,8	7,4
Antall svar	231	3829

Hovedårsaken til at alle voldsutsatte tar kontakt med krisesentre er at de er utsatt fysisk vold. Den nest viktigste årsaken er psykisk vold. Ser man nærmere på de to gruppene ser vi at det er en større andel av de med funksjonsnedsettelse som oppgir fysisk vold som årsak til at de henvendte seg til krisesentret. Tilsvarende oppgir de uten funksjonsnedsettelse oftere psykisk vold som årsak til at de oppsøker krisesentre. Disse forskjellene er statistisk signifikante.

VOLDENS VARIGHET, BEBOERE

I den neste tabellen gis oversikt over hvor lenge brukerne oppgir å ha vært utsatt for vold, før de oppsøker krisesentre.

Tabell 6.9 – Beboere¹⁸ etter funksjonsnedsettelse og voldens varighet. Prosentandel og totalt antall brukere i 2012.

Overgrepets varighet	Med funksjonsnedsettelse i 2012	
	Ja	Nei
engangstilfelle	4,2	6,0
pågått siste året	16,8	28,1
pågått 1 til 4 år	32,8	38,5
pågått 5 år eller lenger	46,2	27,4
Antall svar	119	1813

Det mest interessante å merke seg, er at det er en langt større andel av de med nedsatt funksjonsevne sammenlignet med de uten, som oppgir at de har vært i et voldelig forhold i fem år eller lenger før de oppsøker krisesenter. Ellers er det færre med en funksjonsnedsettelse som oppgir at volden har pågått siste året. Ut over dette er det ingen signifikante forskjeller mellom beboere med og uten funksjonsnedsettelse. Det disse tallene indikerer er at personer uten funksjonsnedsettelse raskere henvender seg til krisesenter etter å ha levd i et voldelig forhold, sammenlignet med de med nedsatt funksjonsevne. Disse resultatene understøtter derfor funn fra tidligere forskning som finner at personer med funksjonsnedsettelse forblir lenger i voldelig forhold før de oppsøker hjelp. På den annen side vet vi ikke om de har oppsøkt andre hjelpeinstanser tidligere. Fordi datamaterialet ikke tillater å følge enkeltindivider over tid, vet vi heller ikke om de som har vært utsatt for vold i fem år eller lenger har oppsøkt krisesenter på et tidligere tidspunkt.

Vi har undersøkt om det er en sammenheng mellom voldens varighet og type skader rapportert (fysiske skader, psykiske skader, eller begge deler). Det vi da finner er at det er en forskjell mellom dem med og dem uten funksjonsnedsettelse. Flertallet av brukere med funksjonsnedsettelse rapporterer at volden har pågått i fem år eller lenger og at det i hovedsak er snakk om en kombinasjon av både fysiske og psykiske skader. Det typiske for brukere uten funksjonsnedsettelse er at volden har pågått mellom 1–4 år, og at det i hovedsak er snakk om psykiske skader.

¹⁸ Sentio har ikke samlet inn denne typen data for dagbrukere, analysene baserer seg derfor kun på rapporteringer om beboere.

BEBOERES RELASJON TIL VOLDSUTØVER

Den neste tabellen gir oversikt over voldsutsattes relasjon til voldsutøver, og vi har undersøkt om det er noen forskjell mellom de med og uten funksjonsnedsettelse.

Tabell 6.10 – Beboere og dagbrukere med funksjonsnedsettelse etter relasjon til voldsutøver. Prosentandel og totalt antall brukere i 2012.

Relasjon til overgriper	Med funksjonsnedsettelse i 2012	
	Ja	Nei
ektefelle/samboer	58,5	56,6
tidl. ektefelle/samboer	19,7	23,6
kjæreste (særbo)	5,7	3,6
foreldre	6,1	6,7
annet familiemedlem	2,2	2,3
stemor/stefar	0,4	0,9
sønn/datter	3,5	0,7
en eller flere bekjente	3,5	3,2
en eller flere ukjente	0,4	2,3
antall svar	229	3799

Slår vi sammen de tre øverste kategoriene i tabell 6.11 ser vi at vold i parforhold er det som dominerer både for personer med og uten funksjonsnedsettelse. Våre analyser viser også at dette mønsteret er gjennomgående fra 2009 til 2012. Vi har undersøkt om det er noen forskjeller mellom beboere og dagbrukere med hensyn til om voldsutøver oppgis å være ektefelle/samboer eller tidligere ektefelle/samboer. Til sammen gjelder dette 78 prosent i begge gruppene. Det vi finner er imidlertid at 67 prosent av beboerne oppgir ektefelle/samboer som utøver, mens 50 prosent av dagbrukerne oppgir det samme. Dette har antakelig sammenheng med at rundt 1/3 av alle beboere går over til å bli dagbrukere. I den anledning antar vi at det er mange som har fått hjelp og støtte til å gå ut av et voldelig forhold under oppholdet på kriesenter. Det som forøvrig er verd å merke seg ut over dette, er at personer med nedsatt funksjonsevne oftere oppgir sønn/ datter som voldsutøver. En grunn til dette kan være at personer med funksjonsnedsettelse jevnt over eldre enn andre brukere og at det er voksne barn som utøver volden. På den annen side er majoriteten av voldsutsatte i gruppen 40–49 år, så det kan også handle om hjemmeboende barn.

ER VOLDEN ANMELDT¹⁹

Det neste skrittet i analysen er å undersøke om det er forskjell mellom brukere med og uten funksjonsnedsettelse når det gjelder å anmelde volden.

Tabell 6.11 – Er forholdet anmeldt av beboer? Prosentandel og totalt antall brukere etter funksjonsnedsettelse i 2012.

Er forholdet anmeldt?	Med funksjonsnedsettelse i 2012	
	Ja	Nei
Ja, av beboer	16,5	24,1
Ja, ved offentlig påtale	10,7	10,0
Ja, av annen instans	0,8	2,3
Nei	70,2	61,1
Vet ikke	1,7	2,5
Antall svar	121	1870

Majoriteten av beboere har ikke anmeldt voldsutøver eller volden de har vært utsatt for. Dette gjelder både de med og uten funksjonsnedsettelse, selv om en noe høyere andel med funksjonsnedsettelse svarer at forholdet ikke er anmeldt. Det er en noe høyere andel av de uten funksjonsnedsettelse som svarer at de selv har anmeldt forholdet og at forholdet er oftere anmeldt. Analysene viser at dette er gjennomgående trekk i perioden fra 2009–2012. Et viktig spørsmål er om det er slik at voldsutsatte ikke ønsker å anmelde forholdet eller om de ikke tør, og om det er forskjell mellom de med og uten funksjonsnedsettelse.

ØNSKER BEBOER Å ANMELDE FORHOLDET²⁰

Er det slik at voldsutsatte ikke anmelder forholdet fordi de ikke tør?

Tabell 6.12 – Ønsker beboeren å anmelde forholdet? Prosentandel og totalt antall brukere etter funksjonsnedsettelse i 2012.

Ønsker beboeren å anmelde forholdet?	Med funksjonsnedsettelse i 2012	
	Ja	Nei
Ja, kommer til å anmelde	6,0	5,1
Ja, men tør ikke anmelde	1,2	3,7
Nei, ønsker ikke å anmelde	69,0	66,5
Usikker	23,8	24,7
Antall svar	84	1085

¹⁹ Kun registrert for beboere i datamaterialet fra Sentio.

²⁰ Kun registrert for beboere i datamaterialet fra Sentio.

Hovedgrunnen til at voldsutsatte ikke har anmeldt voldsutøver, er fordi de ikke ønsker å gjøre det. Dette gjelder både de med og uten funksjonsnedsettelse. Andelen som svarte at de ikke tør, er meget liten for begge gruppene. Selv om dette er et meget lite tallmateriale, viser analysene at dette er et mønster som holder seg i perioden fra 2009 til 2012. Utover dette finner vi at det i 2012 er flere som svarer at de ikke ønsker å anmelde forholdet, sammenlignet med hva brukerne svarte i 2009, dette gjelder både de med og uten en funksjonsnedsettelse.

HVORDAN ER BRUKERNE BLITT HENVIST TIL KRISESENTERTILBUDET?

Hvordan voldsutsatte kommer i kontakt med krisesenter er viktig informasjon å ha, både fordi det kan fortelle noe om hvem voldsutsatte er i kontakt med, og om ulike instanser oppmerksomhet om vold. Slik kunnskap kan benyttes i informasjonsarbeidet med sikte på å forebygge og oppdage vold.

Tabell 6.13 – Hvordan ble brukeren henvist til krisesenter? Prosentandel og totalt antall brukere i 2012.

Hvordan ble brukeren henvist til krisesentertilbudet?	Med funksjonsnedsettelse i 2012	
	Ja	Nei
Eget initiativ	42,5	39,9
Familie/venn/bekjent	13,7	17,0
Lege/legevakt	6,9	4,5
Overgrepsmottak	0,4	0,1
Helsesøster/-stasjon	0,0	0,9
NAV/sosialkontor	6,4	3,2
Barnevern	3,4	8,0
Politiet	9,0	10,8
Advokat	0,9	1,3
Familievernkontor	0,0	1,0
Flyktningsinstans	1,3	1,3
Skole	0,9	1,8
Interesseforening	0,0	0,2
Annet krisesenter	3,0	2,9
Annen henvisning	11,6	7,2
Antall svar	233	3884

De fleste brukerne har enten selv tatt initiativ til kontakt med krisesentertilbudet, eller hatt en nær bekjent/familiemedlem som har tatt kontakt på vegne av dem (tabell 6.13). Det er jevnt over små forskjeller når vi

sammenlikner de med og de uten funksjonsnedsettelse. Brukere med funksjonsnedsettelse har selv tatt initiativet i noe større grad, noe som kan skyldes at denne gruppen også i større grad rapporterer at det er ektefelle eller samboer som har utført volden, samt at de er eldre. Brukere med funksjonsnedsettelse blir noe oftere henvist fra NAV og legevakt. For brukere uten funksjonsnedsettelse ser vi at en noe større andel henvises via politiet og barnevernet. Vi ser også at kategorien «andre henvendelser» er større for brukere med funksjonsnedsettelse, og samlet sett utgjør en større prosentandel av samtlige henvisninger. Hva som ligger i andre henvendelser vet vi ikke, men i den kategorien kan for eksempel hjemmehjelp og hjemmesykepleie inngå. Hvis så er tilfelle, kan det innebære at det er en større oppmerksomhet om vold i nære relasjoner i tjenestene.

BISTAND VED OPPHOLD ELLER BESØK

Vi har undersøkt om brukere får hjelp/bistand fra krisesentrene, som de kan få på en rekke ulike områder (hjelp til bolig, arbeid, praktisk hjelp, om de får assistanse til å oppsøke andre deler av hjelpeapparatet m.m.). I 2012 var det 93 prosent av beboerne med funksjonsnedsettelse og 96 prosent av beboerne uten funksjonsnedsettelse som fikk «samtale» som bistand. Hva slike samtaler består i kan ikke data fortelle.

6.3 Oppsummering

I dette kapitlet har vi presentert hva som kjennetegner brukere av krisesentre med utgangspunkt i krisesenterdataene fra Sentio Research. Det overordnede bildet er at det totale antallet beboere og dagbrukere har holdt seg relativt stabilt fra 2009–2012. Det synes derfor ikke som om krisesenterloven har hatt betydning i form av å øke tilstrømningen til krisesentertilbudene²¹. Andelen brukere av krisesentrene med funksjonsnedsettelse har holdt seg relativt stabil, og har ligger på mellom 6–7 prosent i årene 2009–2012.

²¹ En grunn til dette kan ha sammenheng med kapasitetsproblemer. I 2011 rapporterte 31 av krisesentertilbudene for kvinner at de var fulle flere ganger i løpet av året. NOU 2012: 15 Politikk for likestilling

Færre brukere av krisesentrene med innvandrerbakgrunn har funksjonsnedsettelse (rundt 4 prosent) sammenlignet med brukere uten innvandrerbakgrunn (rundt 10 prosent). Dette gjelder for hele perioden 2009–2012.

Det har vært en økning i antallet menn på krisesenter i perioden 2009–2012, dette gjelder også menn med funksjonsnedsettelse. Andelen kvinner med funksjonsnedsettelse har sunket i samme periode. Sammenlignet med kvinner bruker en større andel menn tilbudet på dagtid.

Når det gjelder type funksjonsnedsettelse brukerne rapporteres å ha, er den største kategorien «annen funksjonsnedsettelse». Blant disse er det flest som oppgis å ha muskel- og skjelettlidelser og psykiske problemer. Den nest største hovedkategorien er «nedsatt bevegelsesevne».

Oppsummert viser resultatene at det har skjedd få endringer når det gjelder kjennetegn ved personer med nedsatt funksjonsevne som henvender seg til krisesentrene i perioden 2009–2012. Den endringen vi finner er at menn utgjør en større andel av de som rapporteres å ha en funksjonsnedsettelse.

Når vi ser nærmere på forskjeller mellom brukere med og uten innvandrerbakgrunn, viser analysene at det relativt sett er færre med innvandrerbakgrunn som har nedsatt funksjonsevne sammenlignet med de uten. Her kan alderssammensetningen i de ulike brukergruppene være en forklaring. Det viser seg nemlig at de med innvandrerbakgrunn i snitt er noe yngre enn de uten innvandrerbakgrunn. Samtidig oppgis majoriteten av de med en funksjonsnedsettelse å ha «andre funksjonsnedsettelse». Dette er funksjonsnedsettelse som i mange tilfeller oppstår etterhvert som man blir eldre (muskel- og skjelettlidelser, ryggproblemer, hjerteproblemer og kreft). Utover dette har vi ikke data til å kunne si noe om hvorfor det er færre kvinner og menn med funksjonsnedsettelse og innvandrerbakgrunn som oppsøker krisesenter-tilbudene enn de uten innvandrerbakgrunn.

Når vi sammenligner de med og uten funksjonsnedsettelse finner vi at de med langt oftere rapporteres å ha vært i et voldelig forhold som har pågått i fem år eller lenger, og at de er eldre. Dette til forskjell fra de uten funksjonsnedsettelse som lagt oftere rapportere at volden har pågått «siste året». Vi finner også at de som har vært i et langvarig voldelig forhold oftere rapportere om både fysiske og psykiske skader. I tråd med internasjonale studier (Hughes, Bellis m.fl. 2012, Plummer og Findley 2012) kan resultatene fra våre analyser

tolkes i retning av at personer med nedsatt funksjonsevne oftere forblir i et voldelig forhold lenger, før de oppsøker hjelp. Dette kan bety at de ikke oppsøker hjelp før volden erfares som både fysiske og psykiske skadelig. På den annen side vet vi ikke om de har oppsøkt hjelp også på et tidligere tidspunkt. På bakgrunn av våre data lar dette seg ikke undersøke.

Både personer med og uten funksjonsnedsettelse oppgir at nåværende eller tidligere ektefelle/samboer er utøver av volden. Det er en tendens til at noen flere personer med funksjonsnedsettelse oppgir at sønn/datter er utøver av volden.

Det er en marginalt høyere andel blant personer med nedsatt funksjonsevne som oppgir at forholdet ikke er anmeldt, og at de heller ikke ønsker å anmelde forholdet, sammenlignet med de uten.

7 Krisesentertilbudet til personer med nedsatt funksjonsevne

Det finnes i dag 47 krisesentertilbud til kvinner og 40 tilbud til menn. I dette kapitlet vil vi se nærmere på om krisesentertilbudene er tilrettelagt for personer med funksjonsnedsettelse. I forarbeidene til krisesenterloven (Ot.prp. nr. 96) henvises det til Lov om forbud mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne hvor det heter at offentlige virksomheter mot allmennheten skal arbeide aktivt for å fremme universell utforming. Denne aktivitetsplikten gjelder også kommunene, som har et hovedansvar for krisesentertilbudene. Kravet innebærer fysisk tilrettelegging slik at virksomheten skal kunne nyttes av flest mulig. Kravet gjelder både nye og eksisterende bygg. For eksisterende bygg er det imidlertid foreslått en stegvis og prioritert tilnærming (s. 60).

I dette kapitlet vil vi, basert på krisesentrenes egne rapporteringer til Sentio Research, gi en oversikt over om krisesentrene er tilrettelagt for personer med funksjonsnedsettelse eller ikke. Disse dataene vil suppleres med data fra NOVAs surveyundersøkelse til krisesentrene, samt intervjudata fra ansatte og ledere ved seks krisesentre med hensyn til deres vurderinger av det tilbudet de har til personer med nedsatt funksjonsevne.

Tabell 7.1 Antall sentre som oppgir å være tilrettelagt for personer med nedsatt funksjonsevne (Sentio)

Funksjonsnedsettelse i 2012	Krisesentertilbud	
	kvinner	menn
Nedsatt bevegelsesevne	32	24
Nedsatt synsevne	12	9
Nedsatt hørselsevne	9	7
Annen funksjonsnedsettelse	16	13
Totalt antall krisesentre	47	40

I 2012 oppga 32 av de 47 sentrene at de var tilrettelagt for kvinner med nedsatt bevegelsesevne. Totalt er det syv av landets krisesentre for kvinner som er universelt utformet²².

Av de 24 sentrene for som oppgir å være tilrettelagt for menn med en eller flere typer funksjonsnedsettelse, er det syv som er universelt utformet. Det vil si at de er tilrettelagt for personer med nedsatt bevegelsesevne, syn, hørsel og andre typer funksjonsnedsettelser.

Vi har laget en oversikt over antallet krisesentre som oppgir at de er tilrettelagt for personer med funksjonsnedsettelser (n=34) eller ikke (n=15) og om de har hatt brukere med funksjonsnedsettelser.

Tabell 7.2 Antall sentre som oppgir å ha hatt brukere med funksjonsnedsettelser, sett i forhold til om de er tilrettelagt eller ikke (Sentio)

Er tilbudet tilrettelagt?	Brukere med funksjonsnedsettelser?	
	Ja	Nei
Ja	29	5
Nei	7	6
Antall krisesentre	47	

Som vi ser av oversikten, oppgir syv av sentrene som ikke er tilrettelagt at de har hatt brukere med funksjonsnedsettelser. Det betyr at også slike sentre kan ha brukere med nedsatt funksjonsevne. Man må regne med at personer med funksjonsnedsettelser som oppsøker krisesentre gjør dette fordi de er i krise, uavhengig av om senteret er tilrettelagt eller ikke. Spørsmål som reiser seg i kjølvannet av disse hovedtendensene, er hvordan ansatte og ledere ved krisesentre forholder seg til personer med funksjonsnedsettelse, hvilke erfaringer har de med brukergruppen, hvilken betydning har krisesentrenes interne

²² Alle disse sentrene oppga at de var tilrettelagt for personer med nedsatt bevegelsesevne (32), av disse 32 oppga syv sentre å være tilrettelagt også for personer med nedsatt syns- og hørselsevne. Fire sentre var tilrettelagt for personer med nedsatt syn og bevegelsesevne. Ett senter oppga at de kun var tilrettelagt for personer med nedsatt hørselsevne, mens ett var tilrettelagt for personer med nedsatt hørsels- og synsevne, men ikke for bevegelseshemmede. Av de 16 sentrene som oppgir å være tilrettelagt for personer med annen funksjonsnedsettelse inngår 14 i de 32 sentrene som oppgir å være tilrettelagt for personer med nedsatt bevegelsesevne. Totalt er det derfor 34 sentre som oppgir å være tilrettelagt for kvinner med en eller flere typer funksjonsnedsettelser.

organisering for hvordan de betrakter sine muligheter til å ta imot personer med nedsatt funksjonsevne. For å få en viss innsikt i dette skal vi se nærmere på intervjuene med ansatte og ledere.

7.1 Kjennetegn ved de seks krisesentrene som deltok i intervjustudien

De seks krisesentrene har ulik størrelse og befinner seg i ulike deler av landet, to er tilknyttet Norsk Kriesenterforbund og fire Kriesentersekretariatet, fire har et tilbud til både kvinner og menn, mens to kun har tilbud til kvinner.

En kort beskrivelse av de seks krisesentrene

1. Kriesentret har et stort opptaksområde og ca. 300 beboere i 2012. Kriesentret er utstyrt med rampe inn til lokalene, som har flere rom over tre etasjer. Lokalene har heis. Alle beboere får eget rom, bad og toalett er felles. Det er et felles kjøkken for beboerne. Sentret har hemmelig adresse. Mannstilbudet er en leilighet lokalisert et annet sted. Antall personer med nedsatt bevegelsesevne i 2012: 1
2. Kriesentret har et relativt stort opptaksområde, og ca. 70 beboere i 2012. Sentret er utstyrt med rampe inn i lokalene som har flere rom over tre etasjer. Det er ikke heis. Alle beboere får, hvis det er plass, eget rom, bad og toalett er på gangen. Det er laget et universelt tilpasset rom for personer med nedsatt bevegelsesevne. Rommet ligger i første etasje og har tekkjøkken. På grunn av mangel på heis og smale trappeoppganger, er det ikke mulig for personer avhengig av rullestol eller lignende å komme seg opp i andre og tredje etasje der felleskjøkken og andre fellesrom ligger. Sentret har hemmelig adresse. Mannstilbudet er lokalisert i en leilighet i byen, den ligger i andre etasje og har ikke heis. Antall personer med nedsatt bevegelsesevne i 2012: 2
3. Kriesentret har et relativt stort opptaksområde, og ca. 100 beboere i 2012. Senteret er ikke tilrettelagt for personer med rullestol. Huset har tre etasjer uten heis og smale trappeoppganger. Sentret har hemmelig adresse. Mannstilbudet er lokalisert i en leilighet i byen, den ligger i andre etasje og har ikke heis. Antall personer med nedsatt bevegelsesevne i 2012: 0
4. Kriesentret har et mellomstort opptaksområde, ca. 30 beboere i 2012. Senteret er tilrettelagt for personer med nedsatt funksjonsevne. Det er laget

- et eget rom for rullestolbrukere og andre bevegelseshemmede. Kjøkken og fellesrom ligger i første etasje og er tilpasset personer med nedsatt bevegelsesevne. De øvrige rommene har ikke eget bad og toalett. Sentret har ikke hemmelig adresse. Det finnes per i dag ikke et tilbud til menn. Antall personer med nedsatt bevegelsesevne i 2012: 1
5. Krisesentret har et mellomstort opptaksområde, ca. 30 beboere i 2012. Senteret er tilrettelagt for personer med nedsatt funksjonsevne. Det er laget et eget rom for rullestolbrukere og andre bevegelseshemmede. Huset er over tre etasjer og det er heis, dørene er utstyrt med bryter slik at de går opp av seg selv, trappeoppganger og korridorer er utstyrt med refleksbånd som lyser i mørket. Sentret har ikke hemmelig adresse. Tilbudet til menn er lokalisert i egen avdeling i samme hus som for kvinnene, men med egen inngang. Antall personer med nedsatt bevegelsesevne i 2012: 1
 6. Krisesentret har et mellomstort opptaksområde, ca. 40 beboere i 2012. Senteret er ikke tilrettelagt for personer med nedsatt funksjonsevne. Huset er over tre etasjer og har små rom, smale trappeoppganger og korridorer. Beboerne har felles bad og toalett. Sentret har hemmelig adresse. De har ikke et eget mannstilbud, men har avtale med et annet senter i nabofylket. Antall personer med nedsatt bevegelsesevne i 2012: 1

Inntrykket fra intervjuene støtter opp under hovedinntrykket fra de statistiske dataene om at krisesentrene har få brukere med funksjonsnedsettelse. På spørsmål om hva slags funksjonsnedsettelse personene som hadde henvendt seg til krisesenteret i løpet av siste år hadde, så var det kun ett av sentrene som hadde hatt en person boende som satt i rullestol. To hadde erfaring med personer med nedsatt hørsel, hvorav en også hadde nedsatt syn, og ett krisesenter hadde hatt en bruker med sterkt nedsatt syn. Ingen av krisesentrene hadde hatt personer med noen av disse typene funksjonsnedsettelse som dagbrukere. Ved ett av sentrene fortalte de om flere brukere som de antok var lettere utviklingshemmet, de hadde dessuten erfaring med barn som hadde funksjonsnedsettelse. Fire av sentrene hadde i løpet av siste året hatt erfaring med eldre personer som hadde aldersrelaterte funksjonsnedsettelse i form av nedsatt hørsel og problemer med å bevege seg. Ved alle sentrene fortalte de at brukerne generelt hadde psykiske utfordringer på grunn av volden de hadde vært utsatt for.

To av sentrene hadde vært tilrettelagt for personer med bevegelsehemning før krisesenterloven ble innført. Det ene sentret er bygd nytt med tanke på ivaretagelse av både menn og kvinner og personer med nedsatt bevegelsesevne. Det andre sentret er bygget om med tanke på å kunne ta imot personer med nedsatt bevegelsesevne. Lederen ved sentret forteller:

Det er også noe vi har betalt og ordna sjøl, men det gjorde vi før vi ble kommunale. Før vi ble overtatt. Vi søkte på noen midler som departementet i sin tid utlyste, for mange år siden, og fikk de midlene for å tilrettelegge huset. Sånn at vi har rampe og en inngang som er bred nok til at man kan komme inn med rullestol. Og på første plan har vi et brukerrum som er tilrettelagt og et toalett/bad som er tilrettelagt. Det er brede dører, og dørstøkkene er fjerna, sånn at førsteetasjen er tilrettelagt for brukere med funksjonsnedsettelse, men på et ganske enkelt nivå. Det er ikke kjøkkenbenk eller benker som kan heves og senkes, kjøkkenskap som kan heves og senkes. Det er ingen slynger her i forhold til hørselshemming. Men det er helt enkel tilrettelegging, først og fremst for bevegelsehemmede.

Et generelt trekk, som det også går frem av sitatet, er at tilretteleggingen primært er gjort med tanke på personer med nedsatt bevegelsesevne. Tilrettelegging i form av teleslynge for personer med nedsatt hørsel var det ingen av de seks sentrene som hadde. En utfordring med å ikke ha tilrettelegging for personer med nedsatt syn og hørsel, er knyttet til sikkerhet. Som en av lederne ved et av sentrene fortalte:

Vi har hatt døve her. Og det er jo og selvfølgelig en utfordring, de hører jo ikke alarmer og så videre. Så da må jo nattevakten ha beskjed.

Mangel på tilrettelegging for personer med nedsatt syn og hørsel innebærer derfor økt risiko i en krisesituasjon på sentret, for eksempel ved brann eller hvis uvedkommende skulle trenge seg inn. Selv om personalet er informert, kan det reises spørsmål om ansatte vil være i stand til å håndtere det ekstra ansvaret det vil være å huske på å varsle hørselshemmede i en krisesituasjon. Svaksynte vil dessuten kunne ha behov for noen som geleider dem i sikkerhet.

I intervju med både ansatte og brukere går det frem at et viktig aspekt ved krisesentertilbudet er at voldsutsatte får treffe andre i samme situasjon som de kan dele erfaringer med. Erfaringsutveksling anses som en viktig del av prosessen med å komme seg ut av et voldelig forhold og for å bearbeide traumer som følge av voldserfaringer. Dette krever imidlertid at brukerne har mulighet til å delta på de felles møtearenaene. Ved et av sentrene hadde man et universelt tilpasset rom første etasje, men mangel på heis og smale trappeoppganger gjorde det umulig for personer med bevegelsesutfordringer å delta på fellesaktivitetene som foregikk i andre og tredje etasje. I følge lederen av dette sentret var dette en begrensning ved tilbudet fordi det hindret personer med nedsatt bevegelsesevne å delta i erfaringsutveksling med andre beboere.

To av sentrene var lokalisert i eldre bygg og ikke tilrettelagt for personer med nedsatt funksjonsevne. I det ene hadde de forsøkt å tilrettelegge, blant annet ved å lage en rampe til bakdøren. Det viste seg imidlertid at ombygging til et universelt tilpasset rom og utvidelse av døråpningene ikke var mulig, i det fredede bygget. For det andre krisesentret var det laget plantegninger som inkluderte tilbud til både kvinner og menn med og uten funksjonsnedsettelse, men foreløpig var det uklart når disse planene ville la seg realisere fra kommunenes side.

Ansvar for at krisesentertilbudene har universell utforming, ligger hos kommunen. På spørsmål til lederne av krisesentrene går det frem at dette ansvaret blir veid opp mot kommunenes økonomi. En av lederne sier følgende om det å installere alarmer for hørselshemmede:

Men kravet, i forskriftene til loven, så er det sagt noe om sikkerhet. Og så har jo BUFDIR nettopp kommet med brosjyre, der de anbefaler, men det er ikke strengere enn som så. Og så lenge ingen sier til kommunen at dette må dere gjøre eller så blir dere bøtelagt, så kommer ikke kommunen til å gjøre det. Det finnes jo ikke penger. Sånn at vi har gjort så mye som vi har klart, innenfor de rammene vi har – og har fått merka nødutganger og sånn. Vi har jo ikke penger vi heller. Så det blir sånn at vi nesten må ut og be Sanitetskvinnene om å få hjelp til å få kjøpt en alarm ikke sant, og det blir for dumt. Og spesielt siden kommunen var så ivrige på å overta driften av krisesenteret.

Som det antydes i sitatet, kan det være at anbefalinger ikke er tilstrekkelig for å få kommunale eiere av krisesentrene til å finansiere universell utforming. Som kommunal virksomhet vil behovene ved krisesentrene veies opp mot andre behov, og økonomi vil være en faktor som vil påvirke omfang og tidsaspektet ved utbedring av lokalene. Dette kan også være den vurderingen som ligger til grunn for at man i Ot.prp. nr. 96, har foreslått en stegvis og prioritert tilnærming når det gjelder utbedring av eksisterende bygg.

7.2 Krisesentrenes botilbud til personer med nedsatt funksjonsevne

Krisesentrene skal i prinsippet kunne gi et tilbud til personer med nedsatt fysisk funksjonsevne. Vi har sett at krisesentrene har brukere med slike utfordringer selv om de ikke er tilrettelagt (tabell 7.2). I spørreundersøkelsen til krisesentrene spurte vi om hvem som får et botilbud ved sentrene. Svar-kategoriene var *ja*, *nei* og *kommer an på*. Denne siste kategorien er inkludert fordi våre data fra intervjuene med ansatte og ledere ved de seks krisesentrene, viste at det ikke er lett å svare kategorisk ja eller nei på et slikt spørsmål. *Kommer an på* kan bety at de tar imot personer med nedsatt funksjonsevne, men ikke hvis denne samtidig har et aktivt rusmisbruk.

Tabell 7.3. Får personer med nedsatt funksjonsevne et botilbud ved krisesentrene.

Kan følgende grupper som er utsatt for vold i nære relasjoner få et botilbud ved krisesenteret?	Kvinner				Menn			
	Antall	Ja	Nei	Det kommer an på	Antall	Ja	Nei	Det kommer an på
avhengig av hjemmesykepleie eller andre omsorgstjenester	43	68,2	2,3	27,3	36	50,0	11,4	20,5
med utviklingshemning	40	34,1	11,4	45,5	36	25,0	20,5	36,4
med fysisk funksjonsnedsettelse	43	77,3	9,1	11,4	37	43,2	20,5	20,5

Som vi ser i tabell 7.3, svarer majoriteten av krisesentrene *ja* eller *det kommer an på* når det gjelder tilbudet til kvinner. Kun to prosent svarer at personer som er avhengig av hjemmesykepleie ikke får et tilbud, mens rundt ti prosent svarer kategorisk nei når det gjelder tilbudet til personer med utviklingshemning og fysisk funksjonsnedsettelse. Når det gjelder menn forholder det seg annerledes. Her er det både færre som svarer kategorisk *ja* og flere som svarer *nei*. Dette har nok sammenheng med at flere av tilbudene til menn ikke er

tilrettelagt for personer med funksjonsnedsettelse, og at mange ikke har samme vaktberedskap som i krisesentertilbudene til kvinner.

Basert på intervjuene med ansatte er vårt inntrykk at tilbudet til menn på langt nær er så godt utbygd som tilbudet til kvinner. Ett av sentrene i undersøkelsen var bygd med tanke på likeverdig ivaretagelse av alle voldsutsatte menn. To senter hadde ikke et tilbud til menn, ett av disse henviste menn til et krisesenter i nabofylket etter avtale. De tre andre sentrene hadde en egen boenhet i form av en leilighet som kunne benyttes av menn, ingen lå i første etasje og kun en hadde heis. Vårt hovedinntrykk er at tilbudet til menn har store begrensninger, og tilbudet til menn med funksjonsnedsettelse synes nærmest fraværende.

7.3 Tilbudet til utviklingshemmede

Som tallene i tabell 7.3 viser, så svarer hele 46 prosent av krisesentertilbudene for kvinner at *det kommer an på* om utviklingshemmede får et tilbud. Når det gjelder personer med utviklingshemming, gikk det frem av intervjuene at ansatte og ledere var usikre på om dette var en gruppe som hørte hjemme på et krisesenter. Grunnen var en formening om at de hadde behov som de ansatte ikke opplevde å ha nødvendig kompetanse til å ivareta. På den annen side var dette en gruppe de færreste hadde erfaring med, og på direkte spørsmål ga de ansatte uttrykk for at det også handlet om kapasitet og situasjon. Som en av de ansatte ved ett av krisesentrene uttrykte det:

Det kommer vel an på situasjonen, jeg tror vi ville ha vurdert det etter situasjonen.

En av lederne ved et annet senter svarte følgende på spørsmål om det å ta imot en med utviklingshemming ville vært noe problem:

Nei, det kommer jo an på da, hva slags type utviklingshemming. Man må jo kunne fungere i det tiltaket vi har og med den bemanninga vi har. Så det blir jo gjort en individuell vurdering. Vi tar jo en sånn kartleggingssamtale, for å se om vi kan ta imot, dersom det er saker der vi er litt i tvil om hva dette her handler om, så inviterer vi hit til en kartleggingssamtale og sier noe om hva vi kan være for den enkelte da. Men det er klart at hvis vi har en

person med utviklingshemming hvor det er et stort hjelpebehov, så klarer vi det ikke. Da går det ikke. Selvfølgelig i akutsituasjoner så kan vi jo bemanne opp, men da handler det om en hendelse eller en episode eller noe sånn. Å gjøre det over tid, det medfører jo store kostnader og da må det gjøres en helt individuell vurdering i forhold til, og i samarbeid med den tjenesten som har ansvaret i kommunen.

Som det går frem av sitatet så vil det gjøres en individuell vurdering, hvor blant annet situasjon og fungering vil vurderes. Samtidig pekes det på begrensinger i kapasitet. Et annet moment som trekkes inn er ansattes kompetanse, og om det er riktig at de skal kunne ivareta alle med forskjellige behov. En av de ansatte ved et annet senter, uttrykker det slik:

Jeg veit ikke, de hadde jo kanskje hatt en rolle her og så spørres det jo hva de har opplevd. Og så tenker jeg at da må jo hjelpeapparatet komme inn, med de behovene som de har. Det er der vi må være litt restriktive, for vi har ikke kompetanse på alt. Og snart så synes jeg at det virker sånn, at vi skal kunne alt og vite alt og ... Og det er en trend som jeg ikke liker.

Slik det går frem av sitatene, vil man ikke på krisesentrene stille seg avvisende mot å ta imot personer i krise, enten de har en utviklingshemming eller ikke. Samtidig kommer det frem at de primært tenker at dette er en gruppe som vil få et bedre tilbud et annet sted fordi det kreves en spesiell kompetanse de ansatte generelt mener de ikke besitter. Når det gjelder personer med utviklingshemming utsatt for overgrep eller vold fra personer som ikke er i nær familie, svarte de ansatte ved noen av sentrene at de i utgangspunktet ikke avviste noen i en krisesituasjon. Ved andre sentre forholdt de seg mer konsekvent til vold i familien og partnervold, og ikke til en utvidet forståelse av nære relasjoner som inkluderer for eksempel assistenter eller medboer.

7.4 Alternativer når krisesentrene ikke er tilrettelagt

På spørsmål om hva de to krisesentertilbudene som ikke var tilrettelagt gjorde og hvordan de forholdt seg hvis de fikk en henvendelse fra en voldsutsatt med nedsatt funksjonsevne, fikk vi følgende svar: Det ene krisesentret har inngått

avtale med et krisesenter i nabofylket som har et universelt tilpasset hus. De hadde henvist to personer med nedsatt funksjonsevne dit i løpet av året som var gått, og hadde god erfaring med denne løsningen. Det andre krisesentret har tatt imot de som kommer, og gjort det beste ut av det. De hadde erfaring med en rullestolbruker siste året, som de bar opp og ned fra andre etasje. De ansatte fortalte:

Jeg tror at vi som har et sånt lite senter og vi som har det litt tungvint, jeg tror kanskje at vi er flinkere til å finne løsninger enn kanskje de som har det mer tilrettelagt. Vi sier ikke nei, vi prøver å gjøre det beste ut av det. Så jeg tror vi er flinke på litt spontanitet og ta det der og da. Det tror jeg vi er dyktige på. Så ja, det skorter ikke på at vi ikke vil, men det er ikke alltid vi får det til. Det er i grunnen det det handler om.

Å bli båret opp og ned mellom etasjene kan på den ene siden forstås som nedverdiggende, på den annen side viser det at ansatte strekker seg langt innenfor de rammene bygningsmassen gir. Relativt mange sentre svarer imidlertid at de velger andre løsninger hvis de blir kontaktet at personer med fysiske funksjonsnedsettelse eller utviklingshemming.

Tabell 7.4. Hva gjør krisesenteret hvis de ikke kan gi et tilbud?²³

Når krisesenteret ikke kan ta imot personer som er utsatt for vold i nære relasjoner og som trenger et beskyttet tilbud så...	Med fysisk funksjonsnedsettelse		Med utviklingshemning	
	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn
henviser man til et annet krisesenter	29,4	25,8	5,1	8,8
følger personen til et annet krisesenter	11,8	3,2	5,1	2,9
kontakter en offentlig instans	38,2	58,1	79,5	76,5
annet	20,6	12,9	10,3	11,8
<i>Totalt</i>	<i>34</i>	<i>31</i>	<i>39</i>	<i>34</i>

Majoriteten av krisesentrene oppgir at de tar kontakt med en annen offentlig instans hvis de ikke kan gi et beskyttet tilbud til personer med fysiske funksjonsnedsettelse eller utviklingshemming. Generelt henvises menn oftere til

²³ Det er færre sentre som har besvart dette spørsmålet fordi de som har svart at de gir et tilbud ikke har blitt bedt om å besvare spørsmålet.

annen offentlig instans, noe som kan ha sammenheng med at færre sentre har et mannstilbud. 41 prosent av krisesentrene oppgir at de henviser eller følger personer med fysiske funksjonsnedsettelse til andre krisesenter. Når det gjelder utviklingshemmede ser vi at majoriteten tar kontakt med andre offentlige instanser, og ikke med andre krisesentre. En mulig forklaring er at krisesentret allerede har gjort en vurdering og ikke finner det tilrådelig å henvise vedkommende til et annet krisesenter når de selv mener de ikke kan hjelpe vedkommende.

7.5 Betydningen av de ansattes forståelse av krisesentrets rolle overfor brukerne

I intervjuene med ansatte og ledere ved de ulike sentrene, kom det frem at terskelen for å ta imot personer med nedsatt funksjonsevne, ikke kun handlet om de fysiske rammene. Personalets innstilling og tolkning av eget regelverk spilte også inn. Personer med nedsatt funksjonsevne, enten den er medfødt eller ervervet på grunn av sykdom, skade eller alder, kan ha behov for daglig assistanse fra hjemmesykepleien eller andre for å få nødvendig stell eller medisiner. Blant de ansatte på ett av senterne ble behov fra hjemmesykepleien diskutert som en hindring for opphold på krisesentret. Begrunnelsen var at senteret har hemmelig adresse og at man da ikke kan la folk fra kommunen eller private som yter tjenester komme til senteret. På spørsmål om de selv kunne påta seg oppgaven med å gi medisiner eller yte hjelp, så svarte de at senteret var basert på selvhjelpsprinsippet, og at de ikke hadde mulighet til å yte assistanse i form av å gi medisiner eller hjelpe til med vask og stell. Til sammen er det fire sentre som hadde hemmelig adresse. På spørsmål til de andre tre sentrene om hemmelig adresse var til hinder for å gi tilbud ved krisesentret, så var svaret at det ikke var det. Som ansatte ved ett av sentrene svarte:

Det er ikke noe problem at hjemmehjelpa eller hjemmesykepleien kommer hit, det er ikke noe problem. For eksempel har oppfølgingstjenesten i kommunen kommet med medisin. Vi har jo en rekke folk som kommer hit til oss, for eksempel håndverkere, det er helt umulig å holde det helt hemmelig, dessuten har jo kommunalt ansatte undertegnet taushetsplikt

Dette viser at taushetsplikten håndteres forskjellig. Personer som har behov for medisiner eller stell og pleie fra personer utenfor krisesenteret, vil ikke få et tilbud hvis kravet om hemmelig adresse praktiseres strengt. Som beskrevet tidligere er imidlertid hovedinntrykket at personalet ved krisesentrene strekker seg langt for å ivareta voldsutsatte som henvender seg til dem.

Et annet forhold som kan være til hinder for å ta imot brukere med store behov, er at krisesentrene er lavterskeltilbud. Det vil si at det i prinsippet forutsettes at beboerne må kunne stelle for seg selv. For eksempel må de selv kjøpe inn og lage sin egen mat, og de må holde orden på eget rom og ofte også bidra til å holde fellesarealer rene og ryddige. Hvordan dette håndheves varierte noe mellom sentrene. Ansatte ved et par av sentrene ga uttrykk for at de synes det var hyggelig å stelle i stand til felles måltider, og titt og ofte diske opp med noe godt. Ved to av de andre sentrene hadde man rutine for å lage ett felles måltid i uken. Ved et av de største sentrene var fellesmåltider noe man hadde en gang i blant, mens man ved det største sentret ikke organiserte felles måltider. Hvor serviceinnstilt de ansatte ga uttrykk for at de var, synes dels å henge sammen med hvordan ansatte og ledere definerte faglig miljøarbeid og dels med størrelsen på sentret og belegg. Det vil si at ved de sentrene som til enhver tid hadde fullt belegg og tempoet var høyt, var de mer tilbakeholdende med å ta på seg for store serviceoppgaver. De ga uttrykk for mindre velvilje med hensyn til å ta imot personer som ikke kunne ivareta personlig hygiene og stelle seg selv. Ved de andre sentrene ga de ansatte uttrykk for en mer fleksibel holdning, i form av at enten de ansatte eller andre beboere var behjelpelige. På ett av sentrene fortalte de at dette var formalisert ved at man på husmøtene fordelte arbeidsoppgavene til de ulike beboerne, de som hadde skade eller funksjonsnedsettelse ble fritatt eller ble satt til å gjøre alternative oppgaver. I et lavterskel tilbud der det meste er basert på selvhjelpsprinsippet kan det å ta godt vare på personer med nedsatt funksjonsevne derfor kreve en ekstra innsats og en fleksibilitet fra de ansattes side.

7.6 De ansattes kompetanse om voldsutsatte personer med nedsatt funksjonsevne

Kombinasjonen funksjonsnedsettelse og vold kan innebære særegne utfordringer som kan kreve spesiell kompetanse blant ansatte. En studie fra NKVTS i 2008 fant at kun en fjerdedel av de ansatte hadde varierende grad av kompetanse på denne gruppen (Jonassen m.fl.2008). Det ble derfor anbefalt en heving av de ansattes kompetanse. I vår spørreundersøkelse til krisesentrene spurte vi om de hadde ansatte i brukerrettede stillinger med særlig kompetanse om personer med nedsatt funksjonsevne og utviklingshemning.

Tabell 7.5. Brukerrettede stillinger

Har noen av de ansatte i brukerrettede stillinger særlig kompetanse om...	i 2009	i 2013
personer med fysiske funksjonsnedsettelser som opplever vold?	15,9	31,8
personer med utviklingshemning som opplever vold?	6,8	13,6

Det har vært en dobling i antallet brukerrettede stillinger med særlig kompetanse på vold mot personer med fysisk funksjonsnedsettelse og utviklingshemning fra 2009 til 2013. Når vi sammenligner med andelen brukerrettede stillinger med særlig kompetanse på andre problemstillinger, for eksempel menn og vold mot minoritetsgrupper, finner vi imidlertid at den er langt lavere. En grunn kan være at personer med nedsatt funksjonsevne ikke anses å ha annerledes behov enn andre voldsutsatte har. På den annen side er det relativt få brukere med funksjonsnedsettelser på krisesentrene, noe som kan bidra til at man har mindre fokus på vold mot denne gruppen. En tredje grunn kan være at krisesentrene har fokusert mer på andre grupper hvor det stilles eksplisitte krav i loven om kompetanse, som for menn, barn og minoritetsproblematikk. Sammenlignet med NKVTS-studien fra 2008, kan det synes som om antallet med særlig kompetanse på gruppen fremdeles er lav. Det er imidlertid viktig å gjøre oppmerksom på at det kan ha vært en kompetanseøkning selv om krisesentrene ikke har ansatte i brukerrettede stillinger.

Våre intervjuer med ansatte og ledere viser at real- og fagkompetansen til de ansatte dekker en rekke områder, og mange hadde enten utdanning eller tidligere erfaring fra arbeidet med eldre og/eller personer med nedsatt funksjonsevne og utviklingshemmede. En person hadde kompetanse på vold mot

personer med nedsatt funksjonsevne. Generelt synes det heller ikke som om de ansatte anså det som nødvendig med spesiell kompetanse når det gjaldt kombinasjonen vold og funksjonsnedsettelse.

BARN MED FUNKSJONSNEDESETTELSER PÅ KRISESENTER

I de senere årene har det vært stor fokus på vold mot barn, og det er også et krav i krisesenterloven om at tilbudet til barn skal individuelt tilrettelegges (§ 3), og at de skal få en helhetlig oppfølging gjennom samordning av tiltak (§ 4). Disse kravene innebærer blant annet å ha en barnefaglig ansvarlig. De ansattes vurderinger av sitt tilbud til barn, var at det var godt. Et godt tilbud til barn generelt vil også komme barn med nedsatt funksjonsevne til gode. Ved et av krisesentrene fortalte de at de stadig hadde mødre boende som hadde barn med nedsatt funksjonsevne. De ansatte her fortalte at de stort sett jobbet med disse barna på samme måte som med andre barn. De ansatte fortalte:

Det er jo litt avhengig av hva slags funksjonshemming det er. De som vi har hatt mest har vært barn med litt sånn CP og multifunksjonshemming, som har hatt vanskelig med språk. Hvordan vi jobber med dem er avhengig av hva slags funksjonshemming det er. Men vi jobber mye tettere med hjelpeapparatet. Jobber mye med å opprettholde de tiltakene som er, at avlastningstilbudet fortsetter, at det er trygt, snakker med avlastningsboliger i forhold til at far kommer dit. Sånne typer ting.

Ved alle seks sentrene hadde de en barnefaglig ansvarlig. På spørsmål om de tok ansvar for å utarbeide individuell plan, så svarte de at dette var kommunenes ansvar og at barna ofte hadde en slik. Krisesentrets oppgave var da, som det går frem av sitatet over, å jobbe med å opprettholde de tiltakene som allerede var på plass.

7.7 Samarbeid med andre hjelpetjenester

En viktig del av kompetansen ansatte eller ledere ved krisesentrene trenger når de får brukere med særlige behov, er kjennskap til viktige samarbeidspartnere og henvisningskompetanse. Intervjuene viser at krisesentrene var aktive overfor kommunene for å få i stand samarbeid og avtaler både på overordnet kommunenivå og med ulike statlige og kommunale etater (f.eks. barnevern,

hjelpemiddelsentralen, NAV, boligkontoret, helsetjenesten, politi). Erfaringene ved noen av krisesentrene var imidlertid at det var lettere å få til samarbeid i de kommunene der krisesentrene var lokalisert enn i de andre kommunene.

Et verktøy for samarbeid er individuell plan og deltakelse i ansvarsgrupper. I spørreundersøkelsen til krisesentrene stilte vi spørsmål om de deltok i denne typen samarbeid.

Tabell 7.6. Deltakelse i individuelt planarbeid

Krisesenteret har i 2013 deltatt i utforming av individuell plan (IP) for brukere...	Totalt	Nei	1-5 brukere	6-10 brukere	11-20 brukere
bosatt i vertskommunen	41	70,7	22,0	2,4	4,9
bosatt i samarbeidskommunen(e)	42	71,4	21,4	7,1	0,0
bosatt utenfor krisesenterets dekningsområde	42	88,1	11,9	0,0	0,0
ved krisesenteret med nedsatt funksjonsevne	42	95,2	4,8	0,0	0,0

Totalt er det rundt 30 prosent av krisesentrene som har deltatt i utformingen av individuell plan for ulike brukere, men kun fem prosent (to krisesentre) for personer med nedsatt funksjonsevne. En grunn er nok at det er relativt få brukere med funksjonsnedsettelse på krisesentrene. En annen grunn, som fremkom under intervjuene med ansatte, er at personer med funksjonsnedsettelse allerede kan ha en individuell plan når de kommer til krisesentret.

For personer med en individuell plan vil det ofte være etablert en ansvarsgruppe. På spørsmål til krisesentrene om de hadde deltatt i en ansvarsgruppe for noen av sine brukere, oppga 13 prosent, eller seks krisesentre at de hadde deltatt i en slik ansvarsgruppe for personer med nedsatt funksjonsevne i 2013 (tabell 7.7).

Tabell 7.7. Deltakelse i ansvarsgrupper.

Krisesenteret har i 2013 deltatt i ansvarsgrupper for brukere...	Totalt	Nei	1-5 brukere	6-10 brukere	11-20 brukere	mer enn 20 brukere
bosatt i vertskommunen	42	35,7	40,5	11,9	9,5	2,4
bosatt i samarbeidskommunen(e)	41	56,1	26,8	9,8	7,3	0,0
bosatt utenfor krisesenterets dekningsområde	41	82,9	14,6	2,4	0,0	0,0
ved krisesenteret med nedsatt funksjonsevne	40	85,0	12,5	2,5	0,0	0,0

Når flere sentre svarer at de har deltatt i ansvarsgrupper enn i utformingen av individuelle planer for personer med nedsatt funksjonsevne, tolker vi dette som at de oftere trer inn i et etablerte samarbeid der det allerede foreligger en individuell plan. At det er mer vanlig å delta i ansvarsgruppe enn i utarbeidelsen av individuell plan ser vi for øvrig også gjelder andre grupper.

7.8 Informasjon om krisesentret til voldsutsatte med nedsatt funksjonsevne

Få personer med nedsatt funksjonsevne oppsøker krisesenter. Det kan ha sammenheng med faktorer som vanskeligheter med å komme seg ut av hjemmet, dårlig selvtillit, redsel for å bli alene eller miste assistanse m.m., men kan også ha sammenheng med oppmerksomhet og informasjon om tilbudet til voldsutsatte. Som vi så i kapittel 6 (tabell 6.1) var det flere som oppsøkte krisesenteret i 2010 enn året før og året etter, det vil si at vi fikk et brudd med en ellers jevn oppgang. Dette var det året krisesenterloven ble innført, noe som ble godt dekket i media. Økt oppmerksomhet og informasjon om tilbudet kan ha hatt betydning for økningen i bruk. Lite oppmerksomhet om vold mot personer med nedsatt funksjonsevne og generell mangel på informasjon om hvilke tilbud som finnes, kan være en grunn til at få personer med nedsatt funksjonsevne oppsøker krisesenter. En annen grunn kan være måten krisesentrene informerer om sitt tilbud på.

I spørreundersøkelsen til alle krisesentrene spurte vi om deres egne nettsider var tilrettelagt for synshemmede. 82 prosent, eller 36 av krisesentrene svarte at de hadde egen nettside, av disse oppga 3 at nettsidene var tilrettelagt for synshemmede. To av de seks krisesentrene som er viet spesiell oppmerksomhet i denne studien har nettsider som er tilrettelagt for svaksynte og blinde. Det vil si at skriften lar seg forstørre og det er mulig å høre teksten. Ingen av de seks krisesentrene har vold mot personer med nedsatt funksjonsevne som eget tema på nettsidene eller informerer eksplisitt om senteret var universelt utformet. Dette er faktorer som kan bidra til å øke terskelen for å oppsøke krisesenter for personer med nedsatt funksjonsevne.

7.9 Informasjonsarbeid rettet mot ansatte i relevante hjelpetjenester

Kompetanse blant ansatte i hjelpetjenesten i kommunen er viktig for å kunne se og avdekke vold (Meld. St. 15, s 50). Krisesentrene som ressursentre vil i så måte kunne ha en viktig rolle i kompetansespredningen lokalt. I spørreundersøkelsen oppgir 98 prosent av krisesentrene at de holder foredrag for ulike tjenester og 64 prosent svarer at de holder foredrag ved utdanninger og kurs. I intervjuene med de seks krisesentrene går det frem at de på forespørsel fra kommuner og undervisningsinstitusjoner ofte holder foredrag om vold i nære relasjoner. Flere inkluderte vold mot personer med nedsatt funksjonsevne i sine foredrag, som en av lederne fortalte:

Ja. Og jeg vet i ett av de foredragene eller undervisningsbolkene som vi har da, så snakker vi om de gruppene som er særlig utsatt. Og da snakker vi spesielt om de som har funksjonsnedsettelse. At de er særlig sårbare for å bli utsatt, på samme måte som minoritetskvinner og rusmisbrukere og psykisk syke og ... ja.

En utfordring som blir trukket frem i forbindelse med slik foredragsvirksomhet, er finansiering. Det vil si at krisesentrene kan oppleve at de ikke får kompensert for denne typer virksomhet, det vil si at det å drive informasjon ikke inngår som en del av budsjettet. En av lederne sa følgende:

Utadrettet informasjonsvirksomhet er ikke en del av loven, det er ikke en del av finansieringa, ikke sant. I kommuneloven står det at kommunen selv skal finansiere informasjon om sitt tilbud, men det er jo ikke det som skjer egentlig, det er vi selv som markedsfører oss. Men vi har da ikke penger i vårt budsjett til å drifte disse prosjektene, så det går jo på at ansatte er veldig fleksible, bytter og avspaserer og sånn. Og vi har noen gavemidler som er øremerka til de prosjektene. Og det betyr at vi underviser lærerne i alle grunnskolen og de ansatte i alle barnehagene, om krisesenteret og hva vi gjør og hva er vold og hvordan avdekke og hva de skal gjøre for å avdekke.

Som det går frem av dette sitatet, er det en utfordring å få kommunene til å finansiere informasjonsvirksomhet. Samtidig uttrykker ansatte og ledere selv at det å drive med informasjonsvirksomhet og kompetanseheving er viktig i

forebyggende øyemed, men og for å få til gode samarbeidsrelasjoner. Som det går frem i sitatet over, så strekker de ansatte seg langt for å heve kompetansen i det kommunale hjelpeapparatet.

7.10 Oppsummering

Det har vært en økning i antallet krisesentre som er tilrettelagt for bevegelseshemmede, men kun et mindretall har universell utforming. Personer med funksjonsnedsettelse oppsøker også sentre som ikke er tilrettelagt, dette kan bety at universell utforming er underordnet hvis man har behovet for hjelp i en krisesituasjon. På den annen side har krisesentrene relativt få brukere med funksjonsnedsettelse. Dette kan ha sammenheng med manglende kunnskap om tilbudet, eller at få sentre informerer eksplisitt om at de er universelt utformet eller ikke.

Hovedinntrykkene fra intervjuene er at de ansatte har lite erfaring med personer med funksjonsnedsettelse. En del av sentrene har tilhold i eldre bygg som ikke er universelt utformet. Ved disse sentrene beskriver de ansatte at de strekker seg langt for å finne løsninger når det kommer voldsutsatte med funksjonsnedsettelse. Noen har avtaler med tilrettede sentre i nabokommuner, andre gjør det beste ut av situasjonen, mens de arbeider med å finne alternative boløsninger. Å tilrettelegge for personer med funksjonsnedsettelse i eldre bygg, ble beskrevet som en utfordring, og de løsningene som var valgt ble ikke sett på som optimale. Dette gjelder særlig i de tilfellene der manglende universell utforming bidrar til at voldsutsatte med funksjonsnedsettelse ikke kan delta i fellesaktiviteter. Også sikkerhetsaspektet ble trukket frem som en utfordring, særlig i forhold til brann og innbrudd hvis det skulle være behov for evakuering av personer med fysiske funksjonsnedsettelse, deriblant de med nedsatt hørsel og syn.

Krisesentertilbudet er et lavterskeltilbud, som innebærer at beboere i stor grad må være selvhjulpne når det gjelder å kjøpe inn og lage mat, og de må delta i renhold. Personer som har utfordringer i forhold til å oppfylle slike krav, fordrer at ansatte tilrettelegger i større grad enn det de behøver overfor en del andre beboere. Våre funn indikerer at ansattes serviceinnstilling varierer med senterets størrelse og belegg. Når sentret er fullt og tempo høyt, kan det være utfordrende å ivareta brukere som er avhengig av assistanse. En måte man hadde løst dette på ved et par sentre, var å involvere andre beboere slik at de

kunne samarbeide om matlaging og renhold. Ved ett av de mindre sentrene tok de ansatte på seg oppgavene. Måten leder og ansatte definerer miljøarbeid på synes å ha betydning for i hvilken grad de ansatte tok ansvar for å løse situasjonen.

Få krisesentre deltar i utarbeidelsen av individuell plan for denne gruppen, men flere deltar i ansvarsgrupper. Voldsutsatte med funksjonsnedsettelse kan ha individuell plan før de kommer på krisesenter. Krisesentrenes deltakelse i ansvarsgruppe tyder på at de aktivt involverer seg i sine brukere. Engasjementet viser seg også i de ansattes deltakelse i kursvirksomhet og informasjonsarbeid. I intervjuene var det flere som fortalte at de også holdt foredrag om funksjonsnedsettelse og vold i kommuner og undervisningsinstitusjoner. En utfordring som ble trukket frem var at informasjonsarbeid generelt ikke lå inne i krisesentrenes budsjetter, blant annet fordi informasjonsvirksomhet ikke er lovpålagt.

8 Kommunenes rapportering om krisesentertilbudet

Majoriteten av norske kommuner har etablert et krisesentertilbud i samarbeid med andre kommuner. Elleve krisesenter er organisert som en kommunal virksomhet, 16 som interkommunale selskap, 20 drives som frivillige/private virksomheter eller stiftelser som har inngått avtaler med kommuner.

I surveyundersøkelsen til landets kommuner høsten 2013, undersøkte vi om kommunene hadde et tilbud om et trygt botilbud for personer med nedsatt funksjonsevne. Videre om de kommunene som hadde avtale med et krisesenter i egen eller i en annen kommune, hadde stilt krav om tilrettelegging, i henhold til kravet om universell utforming (Ot.prp. nr. 96). Vi undersøkte også om kommunene hadde handlingsplaner mot vold i nære relasjoner, og om disse omfattet personer med funksjonsnedsettelse. Slike handlingsplaner er ikke påbudt, men anbefales som virkemiddel for kommunene til å oppfylle sine plikter i henhold til krisesenterloven og lov om folkehelsearbeid.²⁴ En del av kommunens plikt er å sikre tilgjengelighet til informasjon, og IKT anses som et viktig virkemiddel (jf. diskriminerings- og tilgjengelighetsloven § 11). Vi undersøkte derfor hvordan kommunene informerer om krisesentertilbudet og om informasjonen er tilrettelagt for synshemmede.

Surveydata blir supplert med resultatene fra telefonintervjuundersøkelsen gjennomført i 16 utvalgte kommuner. Disse dataene vil gi nærmere innsikt i kommunenes tilbud til personer med funksjonsnedsettelse, samarbeidsrelasjoner, opplæring av tjenesteutøvere, hvordan kommunene skjøtter sitt ansvar for å ivareta personer med funksjonsnedsettelse.

²⁴ Jf. Ny veileder for kommunale handlingsplaner mot vold i nære relasjoner: http://www.regjeringen.no/upload/JD/Vedlegg/Veiledninger/Veileder_kommunale_handlingsplaner.pdf

8.1 Er det tilrettelagt for personer med nedsatt funksjonsevne i kommunenes krisesentertilbud?

Totalt var det 169 kommuner som besvarte spørreskjema. I analysene har vi valgt å dele inn i henholdsvis vertskommuner (29) og samarbeidskommuner (140). En vertskommune er der krisesenteret er lokalisert. Samarbeidskommunene har inngått avtale med et krisesentertilbud som ligger i en annen kommune. De som er samarbeidskommuner kan inngår samarbeid med vertskommunene, eller direkte med krisesentret. Uavhengig av hva slags avtale kommunen inngår om eller med et krisesentertilbud, så er det fortsatt den enkelte kommune som har ansvaret for krisesentertilbudet.

I krisesentersekretariatets studie fra 2003, mente 65 prosent av kommunene at krisesentrene var tilrettelagt for personer med funksjonsnedsettelse, selv om dette i realiteten kun gjaldt 14 av 51 krisesentre. I tabellen under gis en oversikt over hva de 169 kommunene som deltar i denne studien svarer på spørsmålet om krisesenteret de har inngått avtale med er tilrettelagt for personer med nedsatt funksjonsevne eller ikke²⁵.

Tabell 8.1. Er krisesentrene tilrettelagt for ulike brukergrupper (kvinner) %

	Vertskommune (N=29)			Samarbeidskommune (N=140)		
	Ja	Nei	Vet ikke	Ja	Nei	Vet ikke
Nedsatt fysisk funksjonsevne	62,1	17,2	20,7	47,9	5,0	47,1
Nedsatt synsevne	41,4	31,0	27,6	22,1	7,9	70,0
Nedsatt hørselsevne	41,4	27,6	31,0	22,9	7,1	70,0
Annen funksjonsnedsettelse	44,8	17,2	37,9	28,6	7,9	63,6

Tabell 8.2. Er krisesentrene tilrettelagt for ulike brukergrupper (menn) %

	Vertskommune (N=29)			Samarbeidskommune (N=140)		
	Ja	Nei	Vet ikke	Ja	Nei	Vet ikke
Nedsatt fysisk funksjonsevne	44,8	17,2	37,9	37,9	3,6	58,6
Nedsatt synsevne	27,6	27,6	44,8	20,0	5,7	74,3
Nedsatt hørselsevne	27,6	27,6	44,8	20,7	5,7	73,6
Annen funksjonsnedsettelse	41,4	10,3	48,3	22,1	5,7	72,1

²⁵ Ikke alle kommuner har besvart alle spørsmål, disse er i tabellene slått sammen med *vet ikke* gruppen.

Det som er mest slående er hvor mange kommuner som ikke vet om det krisesenteret de har inngått avtale med, er tilrettelagt for personer med nedsatt funksjonsevne.

Generelt synes det som om kommunene har bedre oversikt over tilbudet til kvinner enn til menn, da langt flere besvarer alle spørsmålskategoriene om tilbudet til menn med *vet ikke*. Krav om et krisesentertilbud til menn kom med krisesenterloven i 2010. Mange av de nåværende sentrene er lokalisert i gamle lokaler. Tilbudet til menn skal være atskilt fra kvinnenenes lokaler. Som det gikk frem av intervjuene med lederne av krisesentrene var fire av fem tilbudene til menn lokalisert et annet sted. Videre fortalte lederne for tre av disse mannstilbudene at leiligheten var ikke valgt ut fra hensynet til om den var tilrettelagt for personer med nedsatt funksjonsevne. I første omgang synes det derfor å ha vært viktigst å få på plass en type tilbud, selv om dette ikke er optimalt. Hvorvidt krisesentrene og kommunene på sikt har planer om å gi et mer likeverdig tilbud til menn og kvinner, kan denne studien ikke besvare.

Når vi sammenligner vertskommuner med samarbeidskommuner så ser vi at det er store forskjeller i andelen som svare at de ikke vet om senteret er tilrettelagt. Vi ser at nesten 2/3 av samarbeidskommunene svarer at de ikke vet om senteret de har en avtale med, er tilrettelagt for personer med nedsatt syn/hørsel. Når kommunene svarer at de *ikke vet* kan dette ha sammenheng med at den i kommunen som har besvart spørreskjema i kommunen ikke har oversikt. Vår tolkning går i retning av at dette nok er tilfellet for en del (j.fr metodekapitlet), det vil si at krisesentertilbudene oftere er tilrettelagt for personer med nedsatt funksjonsevne enn det kommunene vet.

Vi har sammenlignet kommunenes kunnskap om krisesentrene er tilrettelagt, med det det krisesentrene svarer. Resultatene viser at det er færre kommuner som vet om deres krisesentertilbudet er tilrettelagt for kvinner og menn med nedsatt fysisk funksjonsevne, enn det reelle antallet tilrettelagte krisesentre.

Som vi ser av tabellene 8.1 og 8.2, er det flest kommuner som svarer at krisesenter tilbudet er tilrettelagt for personer med nedsatt fysisk funksjonsevne. Tilretteleggingen vil ofte bestå av rampe slik at man kommer inn i huset med rullestol, eget tilrettelagt rom med tilpasset toalett, at dørtersklene er

fjernet osv. Det vil si tilrettelegging som «folk flest» ofte assosierer med nedsatt funksjonsevne.

Relativt mange kommuner har svart at tilbudene er tilrettelagt for annen funksjonsnedsettelse. Hva som menes med annen vet vi ikke. Det er langt færre som svarer at tilbudet er tilrettelagt for personer med nedsatt syn eller hørsel. Dette gjelder tilbudene både til menn og kvinner.

De 16 kommunerepresentantene vi intervjuet var rekruttert fordi de har hadde oversikt over, eller ansvar for funksjonshemmedes situasjon i kommunene. Det var derfor overraskende at over halvparten av informantene ikke visste om kriesenteret kommunen sogner til var tilpasset personer med nedsatt funksjonsevne. Kun et par kommuner opplyste at de hadde gjort egne befaringer og undersøkt om kriesentret var tilrettelagt for personer med nedsatt funksjonsevne før de inngikk kontrakt med vertskommunen om samarbeid. En grunn til at disse kommunene var opptatt av om senteret var tilrettelagt eller ikke, var at senteret selv aktivt hadde reklamere for dette. Hovedkonklusjonen er at kommunene synes å være lite opptatt av om kriesentertilbudene er universelt utformet.

8.2 Foreligger det krav om tilrettelegging i kommunenes kontrakt med kriesentrene

Den enkelte kommune har ansvar for å påse at kriesentertilbudene oppfyller lovens krav. En måte å gjøre dette på er å stille kontraktsmessige krav til kriesentrene. I spørreundersøkelsen til kommunene stilte vi spørsmål om tilrettelegging for personer med funksjonsnedsettelse og for bruk av tolk for syns/hørselshemmede var regulert i kommunenes kontrakt med kriesentertilbudet.

Tabell 8.3. Er følgende forhold regulert i kommunens kontrakt med kriesentertilbudet.

		Vertskommune (N=29)		Samarbeidskommune (N=140)	
		Antall	Prosent	Antall	Prosent
Tilrettelegging for brukere med funksjonsnedsettelse.	<i>ja</i>	18	62,1	45	32,1
	<i>nei</i>	11	37,9	95	67,9
Tilrettelegging for bruk av tolk for brukere med syns/hørselshemming.	<i>ja</i>	10	34,5	21	15,0
	<i>nei</i>	19	65,5	119	85,0

I følge krisesenterloven § 3-3 skal kommunene sørge for rutiner for kvalitetssikring, bestilling og betaling av tolketjeneste. Som vi ser av tabell 8.3, er det kun 35 prosent av vertskommunene og 15 prosent av samarbeidskommunene som svarer at tilrettelegging for bruk av tolk for syns/hørselshemmede er regulert i kommunenes kontrakt med krisesentertilbudet. Kommunene synes derfor ikke å regne med syns-/hørselshemmede i sitt sørge-for-ansvar. I intervjudata fremkom det imidlertid at mange kommuner ga tilbud om tolk til hørselshemmede ved behov.

62 prosent av vertskommunene svarer at tilrettelegging for personer med funksjonsnedsettelse er kontraktfestet. Dette er det samme antallet som svarte at det krisesentret de hadde avtale med var tilrettelagt. Dette indikerer at de vertskommunene som har kontrakt med krisesentertilbud som de vet er tilrettelagt, også har presisert kravet om tilrettelegging. Et spørsmål man kan reise, er om kommunene forholder seg pragmatisk til kravet. Det vil si at de stiller krav om tilrettelegging hvis de vet at sentret er utbedret eller har konkrete planer om utbedring. Ved et av krisesentrene vi besøkte og som ikke var tilrettelagt, fortalte leder at tilrettelegging ikke var et krav fra vertskommunen og at det heller ikke forelå planer om ombygging. Til forskjell fra dette kom det frem i intervjuer med et par av de andre lederne at deres vertskommune hadde planer om utbedring av krisesentertilbudet i form av nybygg/restaurering med mål om å oppfylle lovens krav. De som fortalte dette var lederne av krisesentre som var kommunale foretak, til forskjell fra det første som var en stiftelse. Det kan derfor være at organisasjonsform, så vel som pragmatisme har betydning for hvilke krav kommunen setter til krisesentertilbudene²⁶.

Når vi sammenligner vertskommuner og samarbeidskommuner ser vi at det er stor forskjell i forhold til om kravet om tilrettelegging er kontraktfestet eller ikke. Sett i forhold til at kontraktsfesting er en mulighet samarbeidskommunene har for å sikre seg om at de oppfyller lovens krav, er det overraskende at kun 32 prosent svarer at tilrettelegging for personer med funksjonsnedsettelse er kontraktfestet. En forklaring kan være pragmatisme. På

²⁶ Fordi kommunenes ansvar for krisesentertilbudene er relativt nytt og mange av sentrene holder til i de opprinnelige byggene, kan det være at man må vente noen år før man kan få kunnskap om organisasjonsform har betydning for ombygging.

den annen side er det funn i intervjustudien som tyder på at kommunene er lite bevisst sitt ansvar for krisesentertilbudet de har inngått kontrakt med.

Hovedinntrykket fra intervjuundersøkelsen er at kommunene alt overveiende ikke hadde spesifisert et krav om universell utforming i kontrakten med krisesentertilbudet. For eksempel fortalte en informant at hun utgikk i fra at det var vertskommunen som hadde ansvar for at krisesenteret var tilrettelagt for funksjonshemmede.

Vet ikke om krisesenteret er tilrettelagt, det er helt nye lokaler, og i tilfelle ikke, så jobber man sikkert med det.

Det kan derfor være at en del kommuner tar det for gitt at tilbudene ved krisesentrene er tilpasset personer med nedsatt funksjonsevne, uten at dette er undersøkt. Svarene fra intervjuundersøkelsen indikerer at samarbeidskommunene anser det som vertskommunene og krisesentrene ansvar å oppfylle lovens krav om å være tilrettelagt. Dette er noe overraskende da alle kommuner har en likelydende krav om at de skal ha et tilgjengelig krisesentertilbud, en plikt som omfatter de avtaler som kommunen gjør på alle innbyggernes vegne.

8.3 Hvilke krisesentertilbud har kommunene til ulike brukergrupper

For å gi et inntrykk av hvilken kunnskap kommunene har om det tilbudet krisesentrene gir, skal vi se på noen resultater basert på spørsmålet om kommunene har alternative trygge botilbud til personer utsatt for vold i nære relasjoner. Som vi beskrev i kapittel 7, er det en viss skepsis blant ansatte og ledere ved krisesentrene til om de kan gi et godt nok tilbud til utviklingshemmede og pleietrengende. Dette innebærer at disse brukergruppene bør ha et alternativt tilbud i kommunen. Dette fordrer imidlertid at kommunene har kunnskap om krisesentrenes skepsis.

Tabell 8.4. Har kommunene et trygt tilbud til følgende grupper utsatt for vold

	Pleie- trengende	Med utviklings- hemming	Med fysiske funksjons- nedsettelse
A. Får botilbud i krisesenteret	42,6	20,1	36,4
B. Kommunen sørger for alternativt tilbud	20,7	33,7	20,4
C. Nei	5,0	6,5	4,7
D. Vet ikke	31,7	39,6	38,5
Antall svar	169		

Som vist i kapittel 7, så kan enkelte krisesentre være tilbakeholdne med å gi et tilbud til personer som trenger hjelp fra hjemmesykepleien og utviklingshemmede. Men jevnt over svarer langt flere krisesentrene at de gir et tilbud til alle disse gruppene sammenlignet med det kommunene svarer. Av krisesentrene svarer henholdsvis 68 prosent at de gir tilbudet til pleietrengende, 34 prosent til utviklingshemmede og 77 prosent til personer med fysiske funksjonsnedsettelse, (jf. tabell 7.3 kap. 7). Forskjellen mellom kommunenes og krisesentrenes svar tyder på at informasjonsflyten ikke fungerer optimalt. En utfordring med manglende kunnskap om det tilbudet krisesentrene faktisk gir, er at det kan hindre kommuneansatte i å anbefale personer i disse ulike gruppene å oppsøke et krisesentertilbud ved behov.

Når det gjelder spørsmålet om kommunene sørger for alternative tilbud, ser vi at rundt 40 prosent svarer at de har dette til personer med utviklingshemming. I overkant av 20 prosent av kommunene svarer at de gir et alternativ tilbud til pleietrengende og personer med fysiske funksjonsnedsettelse. Vi ser også at henholdsvis 40 og 38 prosent av kommunene svarer at de verken gir tilbud til eller har kunnskap om personer med utviklingshemming eller fysiske funksjonsnedsettelse får et krisesentertilbud i kommunen. Når krisesentrene er restriktive med å gi tilbud til disse gruppene, og kommunen selv ikke har et tilbud, innebærer dette at disse sårbare gruppene risikere å stå uten et tilbud i en krisesituasjon der de utsettes for vold.

Vi har undersøkt om det er forskjeller mellom vertskommuner og samarbeidskommuner. Disse analysene viser at samarbeidskommunene i større grad en vertskommunene mangler kunnskap om krisesentrenes faktiske tilbud. Jevnt over er det også langt flere samarbeidskommuner som svarer at de ikke vet om disse tre gruppene får et krisesentertilbud. Det generelle inntrykket er imidlertid at både i vertskommuner og samarbeidskommuner mangler kunnskap om kommunenes krisesentertilbud. Sett i forhold til kommunenes ansvar for å sørge for et trygt krisesentertilbud til alle innbyggere, er disse resultatene betenkelige.

8.4 Handlingsplaner og vold mot personer med funksjonsnedsettelse

Utarbeidelse av handlingsplaner anses som et viktig skritt for at arbeidet mot vold i nære relasjoner skal bli løftet frem blant kommunale oppgaver og for å tydeliggjøre ulike instansers ansvar og oppgaver. Arbeidet med å lage en

handlingsplan vil også bidra til at kommunen får oversikt over egen innsats i arbeidet mot vold i nære relasjoner og over eget tilbud til voldsutsatte. Handlingsplaner kan dessuten bidra til økt samarbeid ulike instanser imellom, og kan avdekke områder der det er behov for omorganisering eller styrket innsats. For å få kunnskap om kommunene hadde handlingsplaner mot vold i nære relasjoner, stilte vi dem spørsmål om dette i den landsomfattende surveyundersøkelsen.

Tabell 8.5. Har kommunene handlingsplaner mot vold i nære relasjoner?

	Vertskommune (N=29)		Samarbeidskommune (N=140)	
	antall	prosent	antall	prosent
Ja	16	55,2	35	25,0
Nei	10	34,5	84	60,0
Vet ikke	3	10,3	21	15,0

Av de 169 kommunene var det til sammen 51 (30 prosent) som oppga at de hadde en handlingsplan mot vold i nære relasjoner. Det er langt flere vertskommuner (55 prosent) som har en handlingsplan, sammenlignet med samarbeidskommunene (25 prosent). Denne forskjellen kan ha sammenheng med kommunestørrelse og bevissthet om problematikken. Krisesentrene er ofte lokaliserte i en større kommune, gjerne i en by (32 av 47 krisesentre). Samarbeidskommunene er ofte randsonerommuner med færre innbyggere. Som vi skal se litt senere i kapitlet, viser intervjudata at man i mindre kommuner mener å ha en oversikt over kommunenes innbyggere som gjør det unødvendig med for eksempel en egen handlingsplan mot vold. Manglende bevissthet om problematikken og troen på at tilbudet er godt nok gjennom tilknytningen til et krisesentertilbud, er andre grunner som kan forklare mangelen på handlingsplaner i samarbeidskommunene. Selv om kun 30 prosent oppga at de hadde en handlingsplan, kan det være at flere kommuner har planer om å lage en handlingsplan. Spørreskjema fanger ikke opp om en slik plan er på trappene.

Et spørsmål som er av spesiell interesse er om personer med nedsatt funksjonsevne inngår i handlingsplanene til kommunene som har slike.

Tabell 8.6. Omfatter handlingsplanene vold mot personer med nedsatt funksjonsevne?

		Vertskommune		Samarbeidskommune	
		Antall	Prosent	Antall	Prosent
Personer med fysisk funksjonsnedsettelse	<i>ja</i>	6	37,5	13	37,1
	<i>nei</i>	10	62,5	22	62,9
Personer med utviklingshemming	<i>ja</i>	5	31,3	14	40,0
	<i>nei</i>	11	68,8	21	60,0
Antall*		16	100,0	35	100,0

*Omfatter kommuner som oppgir at de har en handlingsplan mot vold i nære relasjoner.

Tabell 8.6 viser at av de kommunene som har en handlingsplan så er det i overkant av 1/3 av som har en handlingsplan som også omfatter personer med nedsatt fysisk funksjonsevne. En noe lavere andel av vertskommunene har en plan som omfatter personer med utviklingshemming sammenlignet med samarbeidskommuner, der fire av ti har en plan som også omfatter utviklingshemmede. Tilsammen er det 21 prosent av vertskommunene og ti prosent av samarbeidskommunene som har en handlingsplan som omfatter personer med funksjonsnedsettelse. Handlingsplaner som omfatter vold mot personer med nedsatt funksjonsevne synes derfor å være en sjeldenhet blant de kommunene som deltar i denne studien.

For å få innsikt i hva handlingsplanene inneholder mer konkret, har vi stilt en rekke spørsmål til kommunene.

Tabell 8.7. Områder som dekkes av handlingsplanen for personer med nedsatt funksjonsevne (N=19) og utviklingshemming (N=20).

	Med fysisk funksjonsnedsettelse	Med utviklingshemming
A. tiltaket individuell plan	57,9	52,6
B. beskrivelse av kommunale tjenesters ansvar og oppgaver	94,7	94,7
C. beskrivelse av krisesentertilbudets ansvar og oppgaver	84,2	78,9
D. tiltak for å øke kompetansen i det kommunale tiltaksapparatet	84,2	89,5
E. tiltak for å fremme tverretattlig samarbeid i arbeidet med vold i nære relasjoner	94,7	94,7
F. tiltak for å koordinere arbeidet med vold i nære relasjoner	94,7	94,7
G. tiltak for å fremme samarbeid mellom krisesentertilbudet og kommunalt tjenesteapparat	78,9	73,7

I tabellen har vi ikke skilt mellom vertskommuner og samarbeidskommuner. Grunnen til dette er at antallet kommuner som har en handlingsplan som omhandler personer med funksjonsnedsettelse er så lite (20 kommuner). Våre analyser viser dessuten at det er små forskjeller mellom vertskommuner og samarbeidskommuner når det gjelder hvilke områder som dekkes av handlingsplanen.

Som vi ser svarer 18 av 19, og 19 av 20 kommuner at handlingsplanen gir en beskrivelse av kommunale tjenesters ansvar og oppgaver, tiltak for å fremme tverretattlig samarbeid og tiltak for å koordinere arbeidet. Noen færre svarer at handlingsplanen omhandler tiltak for å øke kompetansen i det kommunale tiltaksapparatet, at den gir en beskrivelse av krisesentertilbudets ansvar og oppgaver, og at den omfatter tiltak for å fremme samarbeid mellom krisesenter og kommunalt tjenesteapparat. Det tiltaket som skiller seg mest ut er individuell plan, som bare litt over halvparten av kommunene oppgir at inngår i handlingsplanen. Dette er noe overraskende i det krisesenterloven § 4, annet ledd, presiserer at tilbud og tjenester kan inngå som ledd i samordningen av en individuell plan.

En grunn til at individuell plan ikke inngår i handlingsplanen kan ha sammenheng med at man ikke helt vet hvordan den skal anvendes. Av de 16 kommunene vi intervjuet var det en som hadde tiltaket individuell plan for personer med nedsatt funksjonsevne som en del av handlingsplanen. Det de hadde gjort var å inkludere en sjekkliste med spørsmål om vold og overgrep for å sikre best mulig oppfølging fra involverte fagmiljøer/tjenester.

8.5 Opplæring av kommuneansatte

I intervjustudien spurte vi informantene i de 16 kommunene om de drev med opplæring av ansatte for å gjøre dem i stand til å oppdage vold, til å vite hva de skal gjøre når de skal melde fra om vold, og om hvordan de skal opptre for å unngå krenkende atferd i sin tjenesteutøvelse overfor personer med nedsatt funksjonsevne. Slik opplæring inkluderer spesielle kompetansehevende eller bevisstgjørende tiltak for tjenesteutøvere som er i direkte kontakt med gruppen. Med personer som er i direkte kontakt mener vi blant annet personlige assistenter, hjemmehjelpere, fritidsledere, helsearbeidere, og lignende.

I 15 av de 16 kommunene hadde man ikke tilbudt opplæring i hvordan man kan avdekke vold og/eller overgrep spesielt overfor personer med nedsatt funksjonshemmede. I en del kommuner har man ifølge informantene hatt generelle kurs der målet har vært bevisstgjøring om egen maktposisjon og om hvordan man generelt skal unngå vold eller krenkende atferd. Disse kursene har også inkludert etiske refleksjoner om hvordan man skal møte mennesker som er avhengig av hjelp fra tjenesteapparatet. En informant rapporterer om at kommunen har drevet noe opplæring om sårbare grupper gjennom felles samlinger og ekstern veiledning, men stadfester samtidig at dette nok ikke er tilstrekkelig. En kommune fortalte at de hadde konkrete planer om å bedre opplæringstilbudet om vold mot personer med funksjonsnedsettelse.

Mange av informantene opplyser at de har tenkt at den generelle kunnskapen om vold er tilstrekkelig for å avdekke og håndtere vold og/eller overgrep overfor alle grupper. Det er imidlertid verd å merke seg at selv om informantene forteller at kommunenes opplæring er tilstrekkelig, så fremkommer det under intervjuets gang at majoriteten av informantene mente de hadde altfor lite kunnskap om tema vold og overgrep overfor personer med nedsatt funksjonsevne. Videre forekom det i flere av intervjuene at informantene ikke tidligere hadde reflektert over om volds- og overgrepsutsatte personer med nedsatt funksjonsevne trengte spesifikke tilbud eller oppmerksomhet. Konfrontert med spørsmålene i denne undersøkelsen, konkluderte de fleste informantene med at de hadde for lite fokus på denne gruppen.

En grunn til manglende kunnskap om og engasjement for tema vold mot personer med funksjonsnedsettelse, kan ha sammenheng med at kommunene hadde liten erfaring med vold mot gruppen. Lite erfaring kan føre til at man blir mindre bevisst denne gruppens sårbare situasjon. Flere informanter fremholdt også at manglende erfaring og bevissthet kunne føre dem inn i en ond sirkel, i form av at det ble innvilget mindre ressurser for å avdekke vold og overgrep. Som en understreking av denne mekanismen fortalte en informant om hvordan de i hennes kommune var blitt mer bevisst og interessert i å avverge og avdekke vold fra tjenesteutøvere mot personer med funksjonsnedsettelse, etter at de hadde fått melding om slik voldsutøvelse.

8.6 Kommunenes tilbud til personer med nedsatt funksjonsevne utsatt for vold

To av 16 kommuner sa de hadde et tilbud spesielt tilpasset voldsutsatte personer med nedsatt funksjonsevne. De resterende 14 kommunene svarte at de hadde generelle tilbud som blir tilpasset innbyggernes individuelle behov. Flertallet mente at behovene til personer med funksjonsnedsettelse ikke skiller seg fra de personer uten funksjonsnedsettelser har, det krever kun mer tilpassning. De anså det derfor ikke som nødvendig å ha et spesifikt tilbud til gruppen. Eksempler informantene ga på hvilke generelle tjenestetilbud kommunene tilbyr, er samtaler/veiledning, juridisk bistand, boligtilbud, hjemmesykepleie og hjelp fra miljø- og habiliteringstjeneste. Så å si alle informantene mente det var vanskelig å komme på eventuelle andre tjenester man kunne tilby denne gruppen.

Kun noen få informanter nevnte uoppfordret beredskapen på krisesentre som et mulig alternativ når en person med nedsatt funksjonsevne blir utsatt for vold og/eller overgrep. Et par av kommunene har ikke inngått avtale med et krisesenter, men opplyser at de heller ønsker å utforme sine egne tilbud. Den ene av kommunene har initiert et samarbeid med NAV, og ønsker heller å bruke nettverket i kommunen ved utforming av tilbud.

På spørsmål om kommunene hadde ansatte med spesiell kompetanse om, eller med særlig ansvar for, volds- og overgrepsutsatte personer med nedsatt funksjonsevne, svarte 12 at de ikke hadde det. I en kommune jobbet man med å utarbeide handlingsplan der vold mot gruppen skulle tematiseres. Samtidig er det flere som oppgir at det i kommunene vil være personer som har mer kompetanse på området enn andre, og som eventuelt veileder andre ansatte etter behov. Det kan blant annet være ansatte med yrker innen sykepleie eller psykisk helse, eller fra en koordinerende enhet. En stor bykommune konstaterer:

Det finnes nok kompetanse på dette området i kommunen, men ikke satt i system.

Flere informanter fortalte at det i kommunen ikke finnes kompetanse spesifikt rettet mot denne gruppen, men det finnes en del generell kompetanse om vold.

8.7 Rutiner og tverretatlig samarbeid

Forskning viser at det kan være vanskelig for personer med nedsatt funksjonsevne å varsle om og anmelde vold eller overgrep fra personer de står i et profesjonelt avhengighetsforhold til. Dette kan blant annet være personer som tar hånd om økonomi, en hjemmehjelp, en personlig assistent eller lignende. Det kan oppleves vanskelig å si i fra eller anmelde vold, blant annet på grunn av redsel for å miste den hjelpen man får. Ikke minst vil det kunne være skremmende å tenke på hva som vil skje hvis man ikke blir trodd, fordi situasjonen da kan bli ytterligere forverret (jf. kapittel 5).

På spørsmål til kommunene om de hadde etablert faste rutiner med henblikk på å avdekke om det kan forekomme vold og eller overgrep overfor funksjonshemmede fra tjenesteutøvere i kommunen, svarte 12 av 16 kommuner at slike rutiner ikke var etablert. I intervjuene med representantene for de små kommunene fremkom det at de ikke anså rutiner som nødvendig. For det første fordi det var så få voldsutsatte personer med nedsatt fysisk funksjonsevne. For det andre fordi forholdene oppleves å være «gjennomsiktige», man har god oversikt over kommunens innbyggere og hvem man tenker er ekstra sårbar og utsatt.

Det var altså fire kommuner som hadde etablert rutiner for å avdekke vold eller overgrep overfor alle sårbare grupper, inklusive personer med funksjonsnedsettelse. Informantene fra disse kommunene fortalte om ulike fremgangsmåter. En kommune fortalte at de hadde etablert fagmøter knyttet til den enkelte klient, der man systematisk gikk igjennom sjekklister og delte refleksjoner rundt temaet vold og overgrep. Et par kommuner har laget et system for å sikre at alle i kommunen som mottar personrettede omsorgstjenester hadde flere faste ansatte å forholde seg til. En av informantene begrunnet dette med at det ville være enklere å avdekke overgrep når det var flere personer inne i bildet. En annen kommune hadde etablert rutiner med internkontroll og avviksmeldinger. En kommuneinformant rapporterer at de gir opplæring til alle grupper som yter kommunale tjenester, for blant annet å kunne avdekke vold og overgrep.

Majoriteten av kommunene har altså ikke rutiner for å avdekke vold. En utfordring med det er at volden ikke blir oppdaget før voldsutsatte selv tar

kontakt med hjelpetjenesten. Når vold og overgrep blir avdekket, vil vedkommende imidlertid få tilpasset og helhetlig hjelp. En av informantene fortalte følgende:

Vi har ikke rutiner for å avdekke. Det er en forutsetning at de selv søker hjelp. Men hvis det blir slått alarm, da får man mye hjelp. Det kan ta lang tid før vi får vite noe, og det kan helt sikkert være skjulte ting der. Det er mange dilemmaer – hvor mye er det greit å gå inn?

Sitatet peker på hvordan det kan føles vanskelig å vurdere om og når det er greit å gripe inn overfor en person. Særlig vanskelig er det hvis personen ikke selv gir uttrykk for at han eller hun utsettes for vold eller overgrep. Slik det går frem av sitatet, vil det ofte være en forutsetning at den som utsettes for vold selv oppsøker hjelp.

Ingen av de 16 kommunene hadde nedskrevne rutiner for hvordan man skal samarbeide rundt personer med nedsatt funksjonsevne som har blitt utsatt for vold. En generell begrunnelse var at det er de individuelle behovene som styrer hvilke tiltak som igangsettes, og at man ikke trenger egne skriftlige rutiner for personer med nedsatt funksjonsevne, som en av informantene sa:

Har jobbet i 20 år og har funnet løsninger på tvers hele tiden. Rutiner gjelder alle, vi skiller ikke mellom grupper. Det er ikke nødvendig med egne rutiner for denne gruppen.

Noen informanter oppga at de hadde opparbeidet egne samarbeidsrutiner rundt voldsproblematikk generelt med ulike etater /fagmiljøer som de alltid fulgte, selv om de ikke var nedskrevet. I noen kommuner hadde man rutinehåndbøker, men liten kunnskap om de ble anvendt og hvor nyttige de var, som en informant fortalte:

Vi har rutinehåndbøker for generelle hendelser. Har manualer – men vet ikke hvordan, eller i hvilken grad de blir brukt.

Dette stemmer overens med andre studier som viser at rutinehåndbøker i liten grad blir brukt (Winsvold 2011). Det viser til at rutinehåndbøker i seg selv

ikke er tilstrekkelig for å få til et samarbeid. Handlingsplaner og rutinehåndbøker vil være et nyttig redskap for å få opp bevisstheten om ulike utsatte grupper og deres behov, men er ikke nødvendigvis en forutsetning for å få til et god kommunalt samarbeid.

8.8 Ansvar og tilrettelegging av informasjon om kommunenes krisesentertilbud

I Meld. St. 15 (2012–13), kapittel 6.11 om informasjon og hjelpetilbud, presiseres betydningen av at voldsutsatte får informasjon både om sine rettigheter og om eksisterende hjelpetilbud. Med henvisning til artikkel 13 i Europarådskonvensjonen om forebygging og bekjempelse av vold mot kvinner og vold i nære relasjoner, vises det til statens plikt til å sørge for bred informasjon til allmennheten om tilgjengelige tiltak for å forebygge vold i nære relasjoner. Det vises videre til at god informasjon om tilgjengelige hjelpetiltak er et viktig tiltak for å få flere til å søke hjelp, og at dette fordrer et aktivt opplysningsarbeid, som for eksempel kan skje via telefontjenester, nettsider og gjennom skriftlig materiell.

Krisesentrene har så lenge de har eksistert brukt ressurser på opplysning og informasjon om krisesentertilbudet og om vold mot kvinner generelt. Nå som kommunene har fått ansvar for å ha et krisesentertilbud er de også forpliktet til å aktivt informere om sin virksomhet, jf. kommuneloven § 4. I krisesenterloven er det spesifisert at kommunene skal sørge for å gi brukerne informasjon om rettigheter og bistand til kontakt med øvrig tjenesteapparat, og tilbud om oppfølging i reetableringsfasen. Publikumsinformasjonen bør være god og lett tilgjengelig og tilrettelagt for ulike brukergrupper.

En viktig del av kommunenes ansvar er å spre informasjon om krisesentertilbudet til alle type brukergrupper, for eksempel personer som ikke behersker norsk, men også de som har behov for tilrettelagt informasjon. Vi stilte derfor spørsmål til kommunene om informasjon om krisesentertilbudet var tilgjengelig for personer med nedsatt syn.

Tabell 8.8. Informasjonen om krisesentertilbudet i forhold til tilgjengelighet for personer med nedsatt syn

		Vertskommune		Samarbeidskommune	
For personer med nedsatt syn	<i>Ja</i>	4	15,4	7	5,4
	<i>Nei</i>	22	84,6	122	94,6
Antall		26	100,0	129	100,0

Nesten ingen kommuner har tilrettelagt for informasjon til personer med nedsatt syn. En del kommuner har valgt å ikke besvare spørsmålet, vår antakelse er at disse ikke har tilrettelagt informasjon.

I den kvalitative intervjuundersøkelsen med de 16 kommuneinformantene, spurte vi om hvordan informasjonen om tjenestetilbudet til brukere i kommunen er utformet, og om informasjonen er tilrettelagt for personer med ulike former for funksjonsnedsettelse. I følge informantene var det ingen av kommunene som hadde eget informasjonsmaterieil tilrettelagt for personer med funksjonsnedsettelser, utover å ha tilgang til tolk ved behov. På spørsmål om de hadde lett tilgang til tolkeresurser for personer med nedsatt hørsel svarte majoriteten at de hadde det. Tolv av 16 kommuner oppga at de ikke hadde utformet noen form for informasjon for synshemmede.

Eksempler på tilrettelagt informasjon er brosjyrer på punktskrift, eller taleinformasjon på PC' en. Et annet viktig aspekt ved informasjonsformidling handler om å trygge personer med nedsatt funksjonsevne om at det kommunale tilbudet til voldsutsatte er universelt utformet slik at det kan benyttes av alle. I forbindelse med denne studien har vi vært inne på nettsidene til de 16 kommunene for å sjekke nettsidene. Vi fant at de færreste hadde universelt utformede nettsider og vi fant ikke opplysninger om hjelpetilbudene var universelt utformet. Når vi sammenholder denne informasjonen med svarene i surveyundersøkelsen, der cirka halvparten svarer at de ikke vet om informasjon om krisesentertilbudet er tilgjengelig for personer med nedsatt syn, er hovedinntrykket at det er liten bevissthet om viktigheten av å tilpasse informasjon til ulike brukergruppe.

To informanter oppga at deres kommuner hadde inngått en avtale med blindeforbundet om at personer med nedsatt syn kunne komme på opplæring, og de mente at brukernes behov for informasjon derfor ble ivaretatt. Samtidig konstaterte den ene informanten at dette nok egentlig hadde blitt en unnskyldning for å ikke strebe etter bedre informasjonstilbud i egen kommune.

En kommune oppga at de hadde utnevnt en person som hadde ansvar for å følge opp at synshemmede fikk tilpasset informasjon gjennom muntlig overføring.

Som nevnt tidligere i kapitlet, antar de fleste av informantene at personer med nedsatt funksjonsevne har de samme behovene som alle andre, og at man heller tar utgangspunkt i de ekstra behovene den enkelte har når de kommer i kontakt med hjelpeapparatet. Flere informanter oppga at informasjonstilbudet som regel består av individuelle samtaler eller personlig veiledning tilpasset funksjonsnivå.

Når det etableres vedtak om tjeneste, går vi igjennom med bruker hvilke behov de har, altså individuelt. Det går også ut på om kommunen klarer å møte behovene – om nok informasjon gis, og om denne blir forstått.

Muntlig informasjon kan være positivt, men samtidig er det problematisk at slike samtaler som regel ikke kommer i stand før man er inne i tjenesteapparatet. Det vil si at personer med nedsatt funksjonsevne ikke får tilgang til informasjon før etter at han eller hun henvender seg til hjelpeapparatet.

En av informantene, som selv hadde en funksjonsnedsettelse, poengterte hvor viktig det er med tilrettelagt informasjon for at personer med nedsatt funksjonsevne skal henvende seg til hjelpeapparatet. Informanten fortalte om en person med sterkt nedsatt syn som ikke hadde våget å oppsøke et volds- og overgrepsmottak på grunn av at vedkommende trodde det sto et stort skilt med «Volds- og overgrepsmottak» over inngangen. Personen opplevde at det ville være for skambelagt og vanskelig å vise noen at hun gikk dit, og lot derfor være å oppsøke mottaket.

Erfaringer fra netjtjenesten Klara Klok (Gundersen og Winsvold 2011) viste at det er svært vanlig at personer som har sensitive spørsmål ønsker å søke informasjon på nettet anonymt, både etter svar og etter konstruktiv informasjon. Man vet også at mange som har vært utsatt for krenkende opplevelser ofte bruker en del tid på å lete etter og lese informasjon på egenhånd for å gjøre seg trygg, før de eventuelt prater om dette med noen eller henvender seg til hjelpeapparatet. Dette vil selvfølgelig også gjelde personer med funksjonsnedsettelser. For personer som ikke har anledning eller kan bruke internett til

å finne informasjon, er det viktig å sikre tilgang til brosjyrer om krisesentre, volds- og overgrepsmottak og lignende.

8.9 Oppsummering

Det generelle inntrykket basert på den landsomfattende undersøkelsen til kommunene og intervjuet med representanter for 16 kommuner, er at det er lite fokus på og kunnskap om tilbudet til personer med funksjonsnedsettelse utsatt for vold.

Majoriteten av norske kommuner har inngått avtale med et krisesenter. Av de kommunene som inngår i den landsomfattende spørreundersøkelsen var det bare en kommune som ikke hadde inngått avtale med et krisesenter for kvinner, og 11 som ikke hadde et slikt tilbud til menn.

På spørsmål om det tilbudet de har inngått avtale med er tilrettelagt for personer med ulike funksjonsnedsettelse, så svarer i underkant av halvparten at de ikke har kunnskap om dette når det gjelder fysiske funksjonsnedsettelse. Når det gjelder nedsatt hørsel og syn, er det opp mot 74 prosent som ikke vet om tilbudet er tilrettelagt. Generelt er det flere som har kunnskap om tilbudet til kvinner, enn det de har om tilbudet til menn.

I kontrakt med krisesentrene har kommunene mulighet til å stille krav til utforming av tilbudet. Kun 37 prosent av kommunene har regulert kravet om tilrettelegging for brukere med fysiske funksjonsnedsettelse i sin kontrakt med krisesentrene. Når det gjelder bruk av tolk for personer med nedsatt syn/hørsel, så er det kun 18 prosent som har stilt krav om dette i kontrakten.

Rundt 60 prosent av kommunene svarer at personer med utviklingshemming eller fysiske funksjonsnedsettelse enten får et tilbud ved krisesenter eller at kommunen sørger for et alternativt tilbud. Det som er betenkelig er at 40 prosent svarer at de enten ikke har et trygt tilbud eller ikke vet om det finnes et trygt tilbud til disse gruppene i kommunen.

I kapitlet har vi sammenlignet tilbudet mellom kommuner der krisesentrene er lokalisert (vertskommuner), og de kommunene som har avtaler med et krisesenter beliggende i en annen kommune (samarbeidskommuner). Vertskommunene har oftere inngått et forpliktende samarbeid med krisesentret. I en del vertskommuner vil krisesentret inngå i den kommunale driften. I andre sammenhenger vil vertskommunene kjøpe tjenester fra krisesentret og ha en mer sentral rolle som kontraktører enn samarbeidskommunene, som gjerne

inngår en avtale med vertskommunen. Disse ulike rollene overfor krisesentrene antok vi ville ha betydning for kommunenes kompetanse og involvering i krisesentertilbudet til personer med nedsatt funksjonsevne utsatt for vold. Resultatene fra vår undersøkelse understøtter i stor grad denne antakelsen. Analysene viser at vertskommunene jevnt over har bedre oversikt over eget krisesentertilbud, de har oftere stilt kontraktmessige krav til krisesentrene om tilrettelegging, og oftere inkludert tilbudet til personer med funksjonsnedsettelse i sine handlingsplaner mot vold i nære relasjoner.

I intervjuene med representanter for 16 kommuner går det frem at få har et tilbud utformet med særlig tanke på personer med funksjonsnedsettelse utsatt for vold. Jevnt over gis det uttrykk for at det tilbudet man har til voldsutsatte generelt er tilstrekkelig og godt nok også for denne gruppen. Få kommuner hadde et opplæringstilbud til kommunalt ansatte om hvordan man skal opptre for å unngå krenkende handlinger i arbeidet med personer som trenger hjelp og assistanse. Heller ikke opplæring om hvordan man kan oppdage vold i nære relasjoner var vanlig. Kun fire av de 16 kommunene hadde etablert rutiner for å avdekke vold eller overgrep overfor sårbare grupper, inklusive personer med funksjonsnedsettelse. Majoriteten av informantene mente de hadde for lite fokus og kunnskap om vold mot personer med funksjonsnedsettelse. En grunn var at de generelt hadde liten erfaring med vold mot denne gruppen. Lite erfaring fører til mindre bevissthet om gruppens sårbare situasjon. Samtidig fremkom det en tro på at små kommuner innebærer en gjennomsiktighet som gjør det lettere å avdekke om det forekommer vold.

Slik vi ser det vil gode rutiner og opplæring av profesjonsutøvere, være viktig for å avdekke vold og overgrep i små så vel som i større kommuner. Uten faste rutiner der man aktivt jobber med å informere ansatte om at overgrep kan forekomme, om hvordan man skal avdekke overgrep, og om hvilke prosedyrer som skal følges ved mistanke eller anmeldelse, vil det lett kunne oppstå en situasjon der det blir tilfeldig og personavhengig om overgrep blir rapportert eller anmeldt.

9 Andre instansers erfaringer med tjenestetilbudet til personer med nedsatt funksjonsevne

For å styrke kunnskapsgrunnlaget om tjenestetilbudet til personer med nedsatt funksjonsevne, har vi også sett på andre instansers erfaringer med denne gruppen og hvordan samarbeid og oppfølging fungerer. I den forbindelse har vi intervjuet ansatte ved 15 sentre mot incest og seksuelle overgrep²⁷, ved fire volds- og overgrepsmottak, samt ved seks politikamre. Alle er fra ulike regioner i Norge med ulike demografiske forhold. Opptaksområdene inkluderer både større og mindre kommuner, samt større byer.

Undersøkelsene våre viser at det generelt ikke føres registrering, eller statistikk over, om ofre for vold og overgrep har en funksjonsnedsettelse. Det vil si at svarene fra informantene er basert på personlige erfaringer, og ikke refererer til det eksakte antallet henvendelser eller anmeldelser. Informantene innehar også ulike stillinger, på ulike avdelinger innenfor sine arbeidsplasser, noe som også vil påvirke de erfaringene det rapporteres om.

Kapitlet er delt opp i tre deler, den første delen beskriver sentre mot incest og seksuelle overgrep, den andre delen beskriver volds- og overgrepsmottak og den tredje delen beskriver politiets erfaringer. Til slutt presenteres en oppsummering av de viktigste resultatene.

9.1 Sentre mot incest og seksuelle overgrep

ERFARING MED PERSONER MED FUNKSJONSNEDESETTELSE

Det er stor variasjon mellom sentre mot incest og seksuelle overgrep når det gjelder erfaring med de ulike brukergruppene. To tredjedeler av informantene anslår at deres senter har behandlet maksimalt ti personer med funksjonsnedsettelse i løpet av det siste året. En tredjedel oppgir at de har hatt mellom ti og femten personer i samme periode. Noen har erfaring med alle typer av funksjonsnedsettelser. Rundt to tredjedeler av sentrene oppgir at de har

²⁷ I 2012 var det 22 sentre totalt.

erfaring med synshemmede. Svært mange av brukerne oppgis å ha psykiske senskader etter traumatiserende opplevelser, og flere har fått nedsatt funksjonsevne som følge av disse erfaringene. I følge sentrene har de erfaring med relativt få personer med fysisk funksjonsnedsettelse. Alderen på brukerne med funksjonsnedsettelse varierer mellom sentrene, men samlet sett oppgir informantene at de fleste av brukerne med funksjonshemminger er mellom 24 og 60 år.

TILRETTELEGGING, KOMPETANSE OG TILBUD

Når det gjelder de fysiske omgivelsene i sentre mot incest og seksuelle overgrep, opplyser over halvparten at de er tilpasset personer med fysisk funksjonsnedsettelse. Det vil si at det finnes toalett for rullestolbrukere, store rom og lignende²⁸. Samtidig oppgir omtrent to tredjedeler av sentrene at de ikke er spesifikt tilrettelagt for syns- og hørselshemmede. Det er kun fire av 15 sentre som oppgir at de er universelt utformet. Den generelle oppfatningen var allikevel at de ansatte klarer å ivareta behovene til alle brukergrupper.

Vi har ingen spesiell tilrettelegging, men er handikapptilpasset. Vi benytter kreativ kommunikasjon.

Senteret er ikke spesielt tilrettelagt men vi vil gi informasjon etter behov.

I intervjuene fremkommer det at ved senter som ikke er universelt utformet, gjør de ansatte løpende vurderinger av den enkeltes behovet. Hvis de finner det nødvendig vil de tilpasse både behandling og informasjon/kommunikasjon. Noen informanter mener imidlertid at senteret kunne ha gjort mer for å tilrettelegge for alle typer av funksjonsnedsettelse.

To tredjedeler av informantene oppgir at sentrene har tilstrekkelig kompetanse for å ivareta behovene til personer med nedsatt funksjonsevne. Flesteparten av informantene sier de ansatte har den kompetansen som behøves, og at det ikke er påkrevd å skille mellom behovene til personer med

²⁸ I rapportering fra sentrene mot incest og seksuelle overgrep 2012 (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet 2012) oppgis det at 19 av 22 sentre er tilrettelagt for rullestolbrukere, fire er tilrettelagt for hørselshemmede og tre for synshemmede.

og uten funksjonsnedsettelse. De vurderer det slik at brukerne i utgangspunktet har likartede behov, men at man i møte med brukeren gjør individuelle vurderinger om behovet for tilpasninger.

Fire av sentrene oppgir at de enkelte ganger har opplevd at kompetansen ved senteret ikke har vært tilstrekkelig. Situasjonen har blitt løst ved at man har samarbeidet med andre faggrupper med relevant kompetanse. Selv om de ansatte stort sett ikke har formell kompetanse om spesifikke funksjonsnedsettelse, er det flere av dem som har opparbeidet kompetanse gjennom tidligere arbeid med personer med nedsatt funksjonsevne. Eksempler på uttalelser:

- Personer med funksjonsnedsettelse har samme behov som andre. Vi har den kompetansen vi trenger til å utføre det vi er ment å utføre, ikke for noe vi ikke er ment å utføre.

- De har de samme behovene som andre, men har en spesiell situasjon. Vi har flere ansatte med god erfaring fra tidligere jobber – uten formell kompetanse.

En informant hadde erfaringer med at personer med nedsatt syn og hørsel kunne oppleve det som vanskelig å forholde seg til, og kommunisere med, såpass mange personer som det var på sentre mot incest og seksuelle overgrep.

Fjorten av 15 sentre mot incest og seksuelle overgrep har ikke utformet noen spesifikke tilbud til personer med funksjonsnedsettelse. En informant forteller at de først og fremst har konsentrert seg om å veilede nettverket rundt personene med funksjonsnedsettelse, en annen forteller at tilbudet til brukerne er åpent for alle og kan benyttes av alle. Det er midlertid ikke alle som opplever at det å ha en lik tilnærming til ulike grupper er uproblematisk.

Nei, vi har opplevd å komme til kort. Vi har et lavterskeltilbud med selvhjelpsfilosofi ut fra et felleskap. Det vil nå ulikt når personene befinner seg på ulike nivåer mentalt, og kanskje også fysisk.

Kun ved ett av sentrene oppgis det at de har et tilbud som er spesielt tilpasset personer med nedsatt funksjonsevne. Dette senteret har en ansatt som selv har en funksjonsnedsettelse. Hun forteller at hun har måttet brukt mye krefter for

å få en fullgod tilrettelegging av sin egen arbeidsplass, og for at senteret i større grad skal henvende seg til personer med nedsatt funksjonsevne.

Vi har akkurat hatt et prosjekt der vi har vært ute og hatt foredrag om hva dette betyr og den ekstra sårbarheten man har. Vi har vært ute i skoler og avlastningsboliger. Foreleser for de funksjonshemmede selv. Vi jobber med å kunne komme ut til de som bor hjemme. Vi har prøvd å få til samarbeidsmøte med kommunen for å kunne nå ut. Vi har også gått igjennom ulike lokallag. Etter det var det to nye (brukere) som kom til oss – men det skulle vært flere. Vi gir også info til universitet om vold og funksjonshemming. Skal nå ut til en spesialscole der halvparten er funksjonshemmede. Jeg har aldri hørt om at det finnes personlige oppfølgere i kommunene – men det er meget nødvendig at de får opprettet det – det ser vi! Vi har mye turtilbud og lignende for funksjonshemmede som har blitt utsatt for vold. Vi har også temakvelder, der vi har ansatte som sitter ved siden av for å kunne fortelle og snakke om det som blir sagt (til dem som trenger ekstra tilrettelegging).

Informantens egne erfaringer som funksjonshemmet gjør at hun vurderer tilbudet til personer med funksjonsnedsettelse nokså annerledes enn de andre informantene. Tilbudet ved dette senteret er også mye mer omfattende enn ved de andre sentrene. Hennes oppfatning av hva som er nødvendig står også i kontrast til de andre informantenes oppfatning av hva funksjonshemmede trenger av tilrettelegging og tjenestetilbud. Hun mener sentrene og andre aktører i mye større grad må ta initiativ og være aktiv, både når det gjelder informasjonsutveksling og ivaretagelse av de spesifikke behovene personer har når de er på senteret.

TILPASSET INFORMASJON

Ingen av sentrene mot incest og seksuelle overgrep har utformet informasjonsmateriale spesifikt rettet mot personer med ulike former for funksjonsnedsettelse. Heller ikke som en del av denne studien har vi lyktes med å fremskaffe slikt materiale, verken fra sentrale myndigheter eller fra andre relevante aktører. Det ser altså ut til at det ikke finnes noe spesifikt rettet informasjonstilbud, verken lokalt eller sentralt. Informanten som selv har en funksjonsnedsettelse forteller at hun har forsøkt å finne relevant materiell på nettsider til

sentrale myndigheter i lang tid, men uten hell. Som regel vil generell, ikke-tilrettelagt informasjon om sentrene være tilgjengelig via mer tradisjonelle informasjonskanaler, som sentrenes hjemmesider, Facebook og ordinære brosjyrer. Informasjon om det lokale senteret mot incest og seksuelle overgrep vil gjerne være tilgjengelig på tilknyttede kommuners hjemmesider. Noen sentre har selv tatt ansvar for å bedre informasjonstilbudet til personer med funksjonsnedsettelse. Et senter oppgir at de har fått midler til å tegne og tekste en opplysningsfilm, og noe informasjonsmateriale for hørselshemmede. Et annet senter reiser ut til relevante instanser for å informere om blant annet sårbare gruppers spesielle situasjon, de har også invitert relevante aktører til senteret. En informant fortalte at de tidligere hadde prøvd å benytte teksttelefon for hørselshemmede, men at tilbudet hadde fått svært liten respons og at de derfor hadde stoppet tilbudet. Andre mer generelle tilbud som nevnes, er at man har mulighet til å forstørre skriften på nettet, eller å endre til lettlest/større skrift på skjemaer man skal fylle ut. Informasjonen blir oftest gitt via muntlig kommunikasjon.

Forskningsmaterialet tyder på at det er knyttet usikkerhet til hvem som skal informere om funksjonen til sentre mot incest og seksuelle overgrep. Det ser ut til at det er opp til den enkelte kommune å informere om sentrene, samtidig som kommunen er avhengig av å få informasjon fra sentrene. (Den ene tror at den andre informerer / eller så har de ikke brydd seg).

RUTINER FOR SAMARBEID

En tredjedel av sentrene har opparbeidet rutiner for samarbeid med andre instanser. Det dreier seg om generelle samarbeidsrutiner som er aktuelle for alle senterets brukergrupper. Kun ved et senter oppgis det at disse samarbeidsrutinene er nedskrevet. Ingen av sentrene har utformet noen spesifikke rutiner for personer med nedsatt funksjonsevne. I følge de fleste informantene fungerer ofte samarbeidet med andre instanser bra i enkeltsaker, men intensitet og kvalitet på samarbeidet varierer ofte mellom kommunene. Kommunene kritiseres for at de ikke forstår at det er behov for et mer formalisert samarbeid med sentrene, særlig med tanke på problematikkens alvorlighetsgrad. En erfaring er også at det kan være problematisk for et lavterskeltilbud å få tilgang til samarbeidspartnere, som en av informantene sier:

Har gode erfaringer, men det er ikke lett for et lavterskeltilbud å få tilgang til så mange samarbeidspartnere.

Informantene gir uttrykk for at der man har hatt dialog og opparbeidet kontakt, er samarbeidet høyere prioritert. I noen tilfeller eksisterer det allerede et etablert samarbeid rundt personen, og sentrene deltar gjerne i dette, forutsatt at brukeren godkjenner kontakten. Inntrykket på bakgrunn av intervjuene er også at det er enklere å få til samarbeid med den kommunene som senteret ligger i, enn med kommuner som sogner til senteret. En informant skriver:

I egen kommune samarbeider vi bra, lite samarbeid med andre kommuner. Vanskelig å vite om de får helhetlig hjelp, kommer de hit får de helhetlig hjelp mener vi.

Det som fremkommer angående mangel på samarbeid med andre enn egen kommune, samsvarer med inntrykket fra spørreundersøkelsen til kommuneinformantene (jf. kapittel 8).

VURDERING AV TJENESTETILBUDET TIL VOLDSUTSATTE MED NEDSATT FUNKSJONSEVNE

Når informantene ved sentre mot incest og seksuelle overgrep til slutt i undersøkelsen blir spurt om å gi en helhetsvurdering av tjenestetilbudet til personer med nedsatt funksjonsnedsettelse, spriker oppfatningene. Cirka en tredjedel opplever at tilbudet til denne gruppen fungerer tilfredsstillende og har positive erfaringer med å ivareta den enkeltes behov i samarbeid med andre. Resterende to tredjedeler av informantene opplever at tilbudet ikke er tilfredsstillende nok til alle, og at det er et forbedringspotensial. Brukerundersøkelser som sentrene selv har gjennomført har ikke vært utformet slik at det er mulig å sammenligne personer med og uten funksjonsnedsettelse. Derfor vet man ikke om erfaringene varierer mellom gruppene.

Men også det generelle tjenestetilbudet til personer som har blitt utsatt for vold og/eller overgrep blir kritisert, slik en informant gir uttrykk for:

Vi har lite erfaring, men i forbindelse med mennesker med psykisk lidelse har samarbeidet vært greit. Vi har deltatt i ansvarsgrupper. Personer med nedsatt funksjonsevne utsatt for overgrep får nødvendig og helhetlig hjelp fra kommunen på lik linje med andre.

Det vil i realiteten si i moderat grad da kommunene generelt har en vei å gå før mennesker med nedsatt funksjonsevne får nødvendig og helhetlig hjelp, og før mennesker utsatt for vold og seksuelle overgrep får slik hjelp.

Et par av informantene nevner ressursmangel som et problem. Noen uttrykker at de er usikre på om de egentlig når ut til målgruppen, ikke minst de yngre aldersgruppene. En informant mener at tjenestetilbudet og hjelpen man får er tilfeldig og avhengig av personer man støter på i systemet. En ser behovet for egne arenaer og egne grupper for de med spesifikke behov.

9.2 Vold- og overgrepsmottak

ERFARINGER MED PERSONER MED FUNKSJONSNEDESETTELSE

Samlet sett har man relativt lite erfaring med brukere med nedsatt funksjonsevne. Volds- og overgrepsmottakene ser ut til å ha mest erfaring med brukere som har psykiske utfordringer. Mange brukere har opplevd svært traumatiske hendelser, og en del har rusproblematikk. Noen har alvorlige psykiske lidelser, som i seg selv kan være funksjonsnedsettende. Tre av fem mottak hadde en begrenset eller ingen erfaring med brukere som har nedsatt fysisk funksjonsevne.

Som tidligere nevnt, registrerer ikke mottakene om en person har en funksjonsnedsettelse eller ikke. Slike opplysninger vil kun stå i mottakets egne journaler for den enkelte bruker. Innenfor denne studien var det ikke rammer for å innhente denne type informasjon. Det er heller ikke vanlig å registrere alder på brukere av mottaket. Ved to av mottakene fortalte de at de ikke har oversikt over brukernes alder, et mottak hadde erfaring med brukere i alle aldre, mens to mottak mente brukerne i hovedsak befinner seg i aldersgruppene fra 18 til 39 år.

TILRETTELEGGING, KOMPETANSE OG TILBUD

Alle Informantene oppgir at mottakene fungerer for personer med både psykiske problemstillinger og fysisk funksjonsnedsettelse. Ved ett mottak oppga man at det ikke er god nok tilrettelegging for personer med synsnedsettelse. Alle informantene forteller at de har tilgang til tolk ved behov. Et par av informantene oppgir at det ved mottaket kan være problematisk å skulle håndtere brukere med alvorlig astma, allergi eller hjerteproblematikk.

Fem informanter vurderer at mottaket samlet sett har tilstrekkelig kompetanse for å møte behovene til volds- og overgrepsutsatte personer med ulik form for funksjonsnedsettelse. Ved et av mottakene rapporteres det at de har spesialkompetanse. Ved et annet mottak er erfaringen at selv om personalet skulle mangle formell kompetanse rundt en viss problematikk, er det flere av de ansatte som gjennom lang erfaring har opparbeidet seg relevant kompetanse gjennom erfaring fra å jobbe med personer med funksjonsnedsettelser i tidligere jobber. De resterende tre informantene oppgir at de opplever at personer med funksjonsnedsettelser har de samme behovene som andre som kommer til mottaket, eventuelle tilleggstjenester gis etter vurdering av brukernes individuelle behov. Informantene gir uttrykk for at de føler seg kompetente nok til å takle alle typer av utfordringer, samtidig som de er trygge på at hvis de mangler spesialkompetanse innenfor et område, så kan de hente inn denne kompetansen fra andre instanser/faggrupper. Informantenes erfaring er at en god del av brukerne allerede er innenfor hjelpeapparatet, og at tilrettelegging skjer i samarbeid med de instanser som allerede er involvert. Informantene oppgir at det alltid vil være en individuell tilnærming, og at hjelpetilbudene blir utarbeidet i samråd med andre relevante aktører.

TILPASSET INFORMASJON

Skriftlig informasjon om tilbudet ved mottakene er lite tilrettelagt for personer med funksjonsnedsettelser. Tilbudet er særlig mangelfull for de med nedsatt syn eller hørsel. Ingen av mottakene har utformet eget informasjonsmaterieil rettet til disse gruppene, men på et mottak ble det opplyst at det fantes en opplysningsbrosjyre med punktskrift. Det gis også tilbud om tolk for å informere hørselshemmede. Samtidig understrekes det at det kan være et problem at brukeren allerede må være i kontakt med hjelpeapparatet for å få informasjon. En slik kontakt forutsetter at fysiske og psykiske barrierer er brutt. En informant uttalte at dette kunne hindre at personer med funksjonsnedsettelse fikk nødvendig hjelp.

Vi har ikke spesielle tilbud. Vi har et dårlig tilbud til blinde og svaksynte, ikke noe informasjon. De vet for lite om oss. Vi har en brosjyre på blindeskrift, det er ikke vi som har laget den, men det er en som man kan få om tilbud til voldsutsatte. Men den finnes bare tilgjengelig for de som er i kontakt med helseapparatet. Det

finnes ikke noe for de som ikke er det, og som lurer på noe i forbindelse med oss.

Noen av informantenes uttalelser kan tyde på at de ikke tenker på slike barrierer, men at voldsutsatte selv finner ut av hvordan de kan få nødvendig informasjon, som en sa:

Tror ikke vi har det, men brukerne har sikkert mulighet for selv å tilpasse informasjonen med dagens teknologi.

En annen informant fortalte at de kunne lese høyt for blinde og svaksynte hvis de tok kontakt. Å få informasjon kun ved muntlig kommunikasjon vil kunne løse behovet for å få informasjon der og da, men hjelper lite for dem som vurderer om de skal våge å oppsøke hjelp.

RUTINER FOR SAMARBEID

Det er stor ulikhet i svarene på om, og i hvilken grad, volds- og overgrepsmottakene samarbeider med kommunene. Som ved sentrene mot incest og seksuelle overgrep, har også informantene ved overgrepsmottakene ulike erfaringer fra kommunesamarbeid.

Svar på spørsmålet (om man samarbeider med kommuner i forhold til oppfølging av personer med nedsatt funksjonsnedsettelse) er både ja og nei. Noen kommuner samarbeider vi med, og ikke med andre. Vi opplever store forskjeller mellom kommunene. (...) Noen kommuner støtter oss, andre ikke, men det er meningsløst når de støtter, men ikke går videre sammen med oss. Manglende samarbeid kommer av at de ikke har fokus på problemet. Vi merker at brukerne får en helt annen helhetlig oppfølging når vi kan spille på hverandre. Uten et slikt samarbeid blir det mye stykkevis og delt oppfølging, helt planløst, der vi holder på med vårt og de med sitt. Det som må til for at det skal bli bra, som vi ser i andre kommuner, er samarbeidsmøter og deltagelse i ansvarsgruppemøter. Det fungerer veldig godt for de som har individuell plan. Et veldig godt verktøy. (...) Det som skal til er rutiner for møtevirksomhet.

Det er heller ikke vanlig at man har nedskrevne rutiner for samarbeid spesifikt for voldsutsatte personer med nedsatt funksjonsevne. Noen viser til at de har overordnede rutiner som bidrar til at behovene til denne gruppen blir tilgodesett, eller at de jobber kontinuerlig for å finne løsninger på de utfordringer som oppstår, der det er nødvendig å gjøre ting som ikke er nedskrevet. Et mottak oppgir at de har hatt mye fokus på arbeid med personer med funksjonsnedsettelse. Hovedgrunnen var at flere i personalet tidligere har jobbet med gruppen. Det samme mottaket oppga at de har nedskrevne rutiner med fem av ni kommuner de samarbeider med. De opplever at samarbeidet har kommet i stand fordi ansatte ved mottaket har jobbet aktivt med å oppsøke, og dra på besøk til kommunene. De hadde erfart at et slikt informasjonsarbeid bidro til å redusere motvilje mot å samarbeide med mottakene. De mente også at det er nødvendig å etablere rutiner for samarbeid utover de rutinene som blir etablert i håndtering av enkeltsaker.

VURDERING AV TJENESTETILBUDET TIL VOLDSUTSATTE MED NEDSATT FUNKSJONSEVNE

Informantene ved mottakene vurderer tjenestetilbudet ulikt. Generelt synes de at oppfølging av, og tjenestetilbudet til voldsutsatte personer med nedsatt funksjonsevne var tilfredsstillende. Det er imidlertid noen kritiske bemerkninger rundt enkelte forhold. Som vi har sett rapporteres det om store forskjeller mellom kommunene, og noen ser størrelsen på kommunen som avgjørende.

Det er store forskjeller hvordan de (kommunene) håndterer situasjonen til funksjonshemmede. Ser at i småkommunene så mangler de den kompetansen og de fagmiljøene som er nødvendig for å ta ordentlig tak i det som gjelder og er viktig.

Dette står motsetning til hva de mindre kommunene rapporterer om (jf. kap. 8); at nettopp den begrensede størrelsen ses som et pluss fordi vold og overgrep er lettere å oppdage, og at gjennomsiktighet kunne erstatte formelle samarbeidsavtaler. Det er også tydelig at kjennskap til tjenestene og hva andre faggrupper / instanser kan bidra med er viktig for etablering av samarbeidsrutiner. En informant stadfester at *«når vi først er inne i et par saker, så kommer vi med i andre saker også»*. I tillegg til at erfaring gjør at man blir mer bevisst betydningen av samhandling, vil også selve kunnskapen om andres fagfelt bidra til

mer samarbeid. Dette samsvarer med annen forskning om forankring av samhandling i kommunene som viser at jo mer man samarbeider jo mer oppsøker man andre for samarbeid (Winsvold 2011).

9.3 Politiet

Vi har gjennomført intervjuer ved seks politikamre. Intervjupersonene kommer fra ulike avdelinger ved politikamrene, og flere av informantene har samrådd seg med andre før de har svart på spørsmålene. Det rapporteres om ulike erfaringer både mht. hvor mange personer med funksjonsnedsettelse man kommer i kontakt med, og i hvilken forbindelse. I større byer er det vanskelig å få et helhetsblikk over hvordan alle avdelingene jobber overfor denne gruppen.

ERFARING MED VOLD OG OVERGREP MOT PERSONER MED NEDSATT FUNKSJONSEVNE

Politiet i alle seks regioner har erfaring med vold og overgrep mot personer med nedsatt funksjonsevne. Informantene i større byer rapporterer naturlig nok om flere erfaringer enn informantene ved mindre steder. Generelt er politiets erfaring med denne gruppen begrenset; fem av politikamrene opplyser at de har lite kontakt med personer med nedsatt funksjonsevne. Sett i forhold til tidligere forskning/kunnskap om at personer med funksjonsnedsettelser er mer utsatt for vold og overgrep enn befolkningen forøvrig, indikerer dette at det i dag er en underrapportering av vold og overgrep mot denne gruppen.

Informantene i politiet rapporterer at det er mer vanlig at personer med funksjonsnedsettelser relatert til demens, kognitiv svikt, utviklingshemning og psykisk lidelse, er i kontakt med politiet enn de med fysisk funksjonsnedsettelse. Det antas at anmeldelse skjer i samråd med en verge eller ansatte i hjelpetjenestene. Vi spurte om man i politiet hadde erfaring med at det kan være spesielt vanskelig for personer med nedsatt funksjonsevne å anmelde når denne står i en avhengighetssituasjon til voldsutøver. Svaret var at det var vanskelig å vite, og at det er for få anmeldelser fra denne gruppen. To av informantene opplever at tilbudet til personer med utviklingshemning er godt utviklet. Et godt og tett støtteapparat og gode rutiner ble trukket frem som avgjørende faktorer for å avdekke og anmelde vold og overgrep, men ikke minst for å sikre god oppfølging av gruppen.

Det antas å være store mørketall når det gjelder anmeldte forhold til politiet for vold- og seksuallovbrudd overfor disse sårbare gruppene. De gangene avsnitt for seksualforbrytelser får saker med utviklingshemmede, har vi gode rutiner for ivaretagelse med dommeravhør på barnehuset, oppnevning av verge/setteverge og fornærmedes rettigheter ivaretas så langt vi kan påvirke.

TILRETTELEGGING, KOMPETANSE OG TILBUD

Som sagt er det variasjon i politiets erfaringer med personer med nedsatt funksjonsevne. Omfanget av erfaringer synes å ha betydning for politiets oppfatninger av kammerets kompetanse når det gjelder å ivareta behovene til denne gruppen. Ved de kamrene der man har lite erfaring gis det også uttrykk for at de har lite kompetanse, og motsatt. Samtidig er alle informantene tydelige på at det de eventuelt måtte mangle av spesialkompetanse, vil de ved behov kunne skaffe hos andre faggrupper.

Vi har spesialkompetanse på psykisk syke. De har de samme behovene som andre, men x storkommune har mye (tilgjengelig) kompetanse på området. (...) Vi har mye kompetanse som kan tilpasses etter behov. Vi har aldri opplevd å komme til kort.

Politikammeret som sitatet er hentet fra, befinner seg i en storbykommune. De forteller at de har ansatt personer med spesialkompetanse for nettopp å kunne møte ulike typer av behov. Blant annet personer med spesialkompetanse i å avhøre barn og voksne med utviklingshemming, og med spesialkompetanse i kommunikasjon med demente. Alle informantene mener kammernes muligheter til å inneha slik kompetanse er avhengig av kommune-størrelse, det vil være vanskelig å finne ressurser til dette i en mindre kommune.

For å kunne tilrettelegge for ulike individuelle behov gir informantene uttrykk for at de vil kontakte de faginstansene man anser nødvendig. Ingen av informantene rapporterte at de ikke hadde tilgang til nødvendige hjelpetjenester. Fra annen forskning vet man at det her kan være noen faginstanser som vil føle seg forhindret av taushetsplikten hvis ikke samtykke foreligger (Gording Stang m.fl. 2013). Basert på intervjuene, er vårt inntrykk at manglende erfaring i politiet med personer med nedsatt funksjonsevne medfører lavere kompetanse og dermed også mindre fokus på opplæring om vold mot gruppen.

TILPASSET INFORMASJON

Ingen av de politikamrene vi har intervjuet har skriftlig informasjonsmaterieell på punktskrift eller utstyr for kommunikasjon for personer med ulike former for funksjonsnedsettelse. Det eneste hjelpemidlet er tolk. En informant fra ett politikammer i en storby forteller at de i avhør med hørselshemmede og døve bruker to tolker parallelt for å sikre at det som blir sagt blir korrekt registrert. Det finnes ikke informasjonsmaterieell som er rettet spesielt til personer med nedsatt funksjonsevne som ønsker å orientere seg før de eventuelt henvender seg / anmelder vold eller overgrep til politiet.

RUTINER FOR SAMARBEID

Ingen av politikamrene, foruten i en storbykommune, har faste formelle rutiner for samarbeid med andre fagmiljøer/instanser spesifikt rundt personer med fysisk funksjonsnedsettelse. En informant peker på at politiet ikke vil ha noen naturlig rolle i et slikt samarbeid. Samtidig er holdningen at denne gruppen, i likhet med andre grupper, fanges opp av de mer generelle rutineene som er etablert. Politiet er i økende grad også en del av tverrfaglige team som skal dekke alle grupper. I en storbykommune har en seksjon (Seksjon for volds- og seksualforbrytelser) i samarbeid med kommunen utarbeidet egne retningslinjer for varsling og håndtering av saker hvor det er mistanke om overgrep overfor beboere på sykehjem/eldresenter, og hvor ansatte er mistenkt. Det er det eneste eksemplet på spesifikke rutiner, når vi ser bort fra mer generelle nedskrevne rutineene. Informantene i alle politikamrene, bortsett fra i et politikammer i en storby, oppgir at de har et godt og tett samarbeid med de tilhørende krisesentrene. Flere av informantene i politiet trekker frem fordelene med tilgang til en familievoldskoordinator som kan koordinere og tilrettelegge for samarbeid med ulike faginstanser, og bidra til etablering av formelle rutiner. Familievoldskoordinatorene blir også ansett som en verdifull ressurs i samarbeidet med krisesentrene. En av grunnene til at man ikke har prioritert å etablere formelle rutiner for samarbeid rundt denne gruppen, kan være at politiet har relativt få saker som angår personer med funksjonsnedsettelse.

VURDERING AV TJENESTETILBUDET TIL VOLDSUTSATTE MED NEDSATT FUNKSJONSEVNE

Når informantene har blitt bedt om å vurdere hvordan samarbeidet med andre fungerer i forhold til å ivareta behovene for personer med nedsatt funksjonsevne, rapporterer de om ulike erfaringer. Noen informanter har opplevd at det har vært et fokus på tverrfaglig samarbeid, mens andre uttrykker at de er usikre på hvordan det egentlig fungerer. Under intervjuene var det svært mange av spørsmålene informantene svarte at de ikke hadde oversikt over på grunn av lite erfaring. Dette beror ikke på at vi har intervjuet «feil» avdelinger, men at det er få personer med funksjonsnedsettelse som anmelder eller er i kontakt med politiet. Manglende erfaring kan også føre til at man i sin yrkesutøvelse overser at personer med funksjonsnedsettelse kan ha særskilte behov.

Har ikke hørt at det ikke fungerer, har ikke erfaring med at de får dårligere tilbud. Men det er et generelt problem med lang saksbehandlingstid.

Som tidligere nevnt, blir samarbeidet og tilbudet til personer med psykisk problemer og utviklingshemming vurdert å fungere bedre, enn for de med fysisk funksjonsnedsettelse. Familievoldskoordinatorer ble fremhevet som sentral for å få til et godt samarbeid og for å få et tjenestetilbud på plass.

9.4 Oppsummering

Verken sentre mot incest og seksuelle overgrep, volds- og overgrepsmottakene eller politiet, registrer eller fører statistikk over vold- og overgrepssatte med funksjonsnedsettelse. Dette gjør det vanskelig å få oversikt. Hovedinntrykket på bakgrunn av informasjonen vi har fått fra disse instansene, er imidlertid at de har begrenset erfaring, særlig med personer med fysiske funksjonsnedsettelse, hørsels- og synshemminger. Alle instansene rapportere om noe mer erfaring med personer som har funksjonsnedsettelse relatert til demens, kognitiv svikt, utviklingshemning og psykiske lidelser.

Når det gjelder tilrettelegging og kompetanse om personer med funksjonsnedsettelse utsatt for vold, går det frem at dette ikke er en gruppe informantene mener trenger spesiell oppmerksomhet. Den generelle holdningen er at man har mulighet til å gi tilbud som samsvarer med de behovene den enkelte bruker har. Tilrettelegging skjer etter løpende vurderinger av brukernes

individuelle behov. Det er en generell oppfatning at manglende kompetanse blir oppveid av tilgang til kompetanse fra andre instanser.

Vold mot personer med funksjonsnedsettelse synes å være et lite fremtredende tema, både når det gjelder opplæring og tjenestetilbud. Få informanter har reflektert over temaet tidligere.

Når det gjelder samarbeid med kommunene rapporterer sentrene mot incest og seksuelle overgrep og volds- og overgrepsmottakene om store variasjoner. Generelt synes det som om mye kontakt fører til mer og bedre samarbeid. Der det er etablert rutiner for samarbeid fungerer det også bedre. Instansene selv har i liten grad utarbeidet spesifikke rutiner for håndtering av saker som angår voldsutsatte med funksjonsnedsettelse, det synes å være en generell oppfattelse at gruppens behov blir dekket av de eksisterende generelle rutiner. Ifølge informantene tar de ofte initiativ overfor kommunene, men vellykket samarbeid fordrer at kommunene er aktive og interessert. Samarbeidet ser ut til å fungere spesielt bra der man aktivt bruker individuell plan og ansvarsgrupper.

Det finnes i liten grad informasjonsmateriell tilpasset personer med spesielle behov. Dette gjelder både skriftlig informasjon og informasjon på internett. Det tilbudet som gis er primært tolk for personer med nedsatt hørsel (og syn), ellers formidles informasjon muntlig. Manglene på tilrettelagt informasjonsmateriell kan gjøre det vanskelig å finne informasjon for denne gruppen i en tidlig fase, (før man har bestemt seg for å henvende seg til et senter/mottak eller anmelde en sak), og kan hindre at de kjenner seg trygge nok til å gå videre med saken.

En av informantene har selv en funksjonsnedsettelse. Gjennom det hun forteller blir det tydeliggjort at de tiltak og rutiner som eksisterer ikke er bra nok. For det første bør det etableres rutiner for samarbeid mellom ulike etater og kommuner, både for å forebygge og for å få til gode tiltak og tilbud i kjølvannet av vold og overgrep. For det andre bør det informeres bredt. Informasjon om vold og overgrep må ut til tjenesteapparatet og til de som i sitt arbeid kommer i kontakt med personer med funksjonsnedsettelse. Dette for både å kunne forebygge og oppdage vold, og for at de skal vite hva de skal gjøre når det oppstår mistanke eller et forhold skal anmeldes. Også personer med funksjonsnedsettelse må informeres slik at de vet når en urett er begått og hvilke muligheter for hjelp som finnes.

10 Oppsummerende drøftelse og anbefalinger

Denne studien undersøker tjenestetilbudet til personer med nedsatt funksjonsevne utsatt for vold i nære relasjoner. Analysene baserer seg på:

- Intervjudata med ansatte på krisesentre
- Strukturerte intervjuer med ansatte i kommuner og andre som yter tjenester til volds- og overgrepsofsatte
- Surveydata fra krisesentre og kommuner
- Intervjuer med voldsutsatt og nærpersoner
- Analyser av krisesenterstatistikken

Studien er ikke egnet til å si noe om personer med nedsatt funksjonsevne har høyere risiko for å bli utsatt for vold i nære relasjoner sammenlignet med andre.

10.1 Vold mot personer med funksjonsnedsettelse – noen kjennetegn

Volden mot personer med nedsatt funksjonsevne har både fellestrekk og særtrekk med alle brukere av krisesentrene. Et fellestrekk er at voldsutøver som regel er nåværende eller tidligere partner. Det analyserne av krisesenterdata viser er at personer med funksjonsnedsettelse oftere oppsøker krisesenter fordi de er utsatt for fysisk vold, de rapporterer oftere at volden har ført til både fysiske og psykiske skader, og volden har pågått over lengre tidsrom, sammenlignet med andre brukere. Dette er funn som bekrefter det man har funnet i studier fra andre land (Hughes, Bellis m.fl. 2012, Plummer og Findley 2012). I tillegg viser denne studien at de med funksjonsnedsettelse som oppsøker krisesenter i snitt er noe eldre enn andre brukere, og over halvparten har ervervede funksjonsnedsettelse som følge av sykdom og vold. Intervjudataene eksemplifiserer hvordan det er en sammenheng mellom voldsutsatthet og somatiske og psykiske helseplager. Dette i samsvarer med funn fra annen forskning om vold (se f.eks. Thoresen og Hjemdal 2014).

Intervjudata viser at personer med fysiske funksjonsnedsettelse og utviklingshemming kan utsettes for vold fra andre beboere og tjenesteutøvere. Avhengighet av andres assistanse og en ulikevektig maktrelasjon eksponerer dem for vold i form av fysiske og seksuelle overgrep, økonomisk og materiell vold og trusler om å bli frarøvet mulighetene for å leve et liv på egne premisser. Dette er vold som kan utspille seg i eget hjem, i egen bolig tilknyttet et bofellesskap, i avlastningsbolig, eller på institusjon. Tidligere studier har vist hvordan bofellesskap og institusjoner er arenaer der vold og overgrep kan forekomme (f.eks. Kvam 2004, Nilsson og Westlund 2007, Grøvdal 2013). Denne studien viser ulike grunner til at vold kan finne sted innenfor rammene av det offentlige tjenestesystemet. Faktorer som synes å ha betydning er organiseringen av botilbudene, manglende rutiner og retningslinjer for forebygging av vold, og sviktende håndtering av vold og overgrep når slike hendelser er rapportert.

Tidligere studier har funnet at skam og skyldfølelse, redsel for represalier fra voldsutøver og redsel for hva som vil skje med barna, er grunner til at voldsutsatte ikke oppsøker hjelp eller anmelder vold (Ferraro 2009, Grøvdal 2013). Det denne studien viser er blant annet hvorfor vold innfor tjenestesystemets rammer ikke meldes. Det handler om frykten for at tjenesteutøvere vil beskytte hverandre og at man derfor ikke å bli trodd, eller at man vil bli hengt ut som en vanskelig person. Et annet aspekt er frykten for mulige negative konsekvenser for det videre kommunale tjenestetilbudet. Konsekvensen er at personer med funksjonsnedsettelse blir avhengige av å møte de «riktige» personene i tjenesteapparatet for å føle seg trygge på at volds erfaringene tas på alvor og følges opp på en adekvat måte.

Resultatene understreker betydningen av bevissthet blant de ansatte om den maktposisjon de har overfor personer de skal yte tjenester til, og at deres rolle krever en særlig aktsomhet når det gjelder fremferd og væremåte. Videre understrekes nødvendigheten av å ha gode rutiner og retningslinjer for forebygging og håndtering av vold og krenkelser i det kommunale tjenestesystemet.

10.2 Hjelpetilbudet til voldsutsatte med funksjonsnedsettelse

Vår totale vurdering basert på analysene av de ulike datasettene, er at tjenestetilbudet til volds- og eller overgrepsofsatte personer med nedsatt funksjonsevne har store mangler. Svært lite synes også å ha bedret seg i løpet av de ti årene som har gått siden Krisesentersekretariatet gjennomførte sin studie i 2003 og 2005. En hovedkonklusjon er at det kommunale tilbudet ikke er tilfredsstillende og at kommunene ikke tar sitt ansvar på alvor. Kommunenes kunnskap om eget krisesentertilbud til personer med funksjonsnedsettelse er generelt lav. Halvparten av kommunene vet ikke om det krisesentret de har avtale med er tilrettelagt for brukere med fysiske funksjonsnedsettelse, mens 70 prosent ikke vet om det er tilrettelagt for personer med nedsatt syn/hørsel. Ifølge krisesenterloven § 3, skal kommunene sørge for at tilbudet dekker individuelle brukeres behov. En måte å få til dette på, er å påse at krisesentertilbudene er universelt utformet. Alle kommuner i denne studien, bortsett fra en, har inngått avtale med et krisesenter. Kravet om universell utforming er noe som kan reguleres i kommunenes kontrakt med krisesentrene. Resultatene viser at kun 37 prosent av kommunene har stilt krav om tilrettelegging for fysiske funksjonsnedsettelse, mens kun 18 prosent har stilt krav om tilrettelegging for syns- og hørselshemmede.

Krisesentrenes vertskommuner har jevnt over bedre kunnskap enn samarbeidskommuner om krisesentrene er tilrettelagt, og de har oftere stilt kontraktmessige krav om tilrettelegging. Av de 16 kommunerepresentantene som ble intervjuet, var det kun to som fortalte at de hadde gjort befaringsreise for å undersøke fasilitetene for personer med funksjonsnedsettelse på krisesentret før kontraktinngåelse med et krisesentertilbud. Mangelen på interesse fra samarbeidskommunene kan skyldes at kommunene belager seg på at vertskommunene eller krisesentrene selv har tatt ansvar for at tilbudet er tilrettelagt. Inntrykket er derfor at mange kommuner ikke ivaretar sitt *sørge for ansvar*. De har ikke oversikt over hvilket tilbud krisesentrene gir, og de stiller ikke krav om at tilbudene skal være universelt utformet.

Å knytte seg til et krisesenter er en måte kommunene kan løse sitt ansvar for å ha et krisesentertilbud på, men det er ikke alltid tilstrekkelig. Krisesentrene er lavterskeltilbud, noe som krever at brukerne må være relativt selvhjulpne for å kunne motta et tilbud. Krisesentrene selv svarer at de ikke

alltid kan gi tilbud til personer som er avhengig av hjemmesykepleie eller andre omsorgstilbud, personer med fysiske funksjonsnedsettelse eller utviklingshemming. Som tidligere studier peker på (Krisesentersekretariatet 2003 og 2005), må det stilles store krav til kommunenes egne hjelpetiltak og kompetanse, hvis krisesentrene ikke kan brukes. Et krav som i dag også er nedfelt i krisesenterloven. På spørsmål til kommunene om de har alternative trygge tilbud til disse gruppene, svarte i snitt fem prosent av de ikke hadde et alternativt trygt tilbud, noe som kan innebære at disse sårbare gruppene ikke får et slikt lovpålagt tilbud hvis de utsettes for vold. Nær en av tre kommuner svarte at de ikke vet om kommunen har et alternativt tilbud. Når kommuneansatte ikke vet om det finnes et tilbud i egen kommune kan det bety at de ikke får et tilbud. I intervjuene med kommunene går det imidlertid frem at majoriteten mente at denne målgruppen ikke har behov for et særskilt tilrettelagt tilbud, utover de generelle tiltak som kommunen har mot vold. De mener at alle voldsutsatte har samme grunnleggende behov, utover det gjøres det individuelle vurderinger og tilpasning av tiltak. Eksempler på slike tiltak er samtale/veiledning, juridisk bistand, boligtilbud, hjemmesykepleie og hjelp fra miljø- og habiliteringstjenesten. Hvorvidt dette er fullgode tilbud som dekker behovene til personer med nedsatt funksjonsevne, kan ikke denne studien si noe om, og det vil være interessant å undersøke nærmere.

I likhet med Krisesentersekretariatets studier fra 2003 og 2005 tyder vår intervjuundersøkelse på at det i liten grad gis opplæring i å avdekke og forebygge vold mot personer med nedsatt funksjonsevne. Siden 2005 er handlingsplaner mot vold blitt et anbefalt verktøy. Både survey- og intervjuundersøkelsen viser imidlertid at slike planer i liten grad er brukt i arbeidet med denne målgruppen. På spørsmål til kommunene om de hadde etablert faste rutiner med henblikk på å avdekke om det kan forekomme vold og eller overgrep overfor personer med nedsatt funksjonsevne fra tjenesteutøvere i kommunen, svarte 12 av 16 kommuner at slike rutiner ikke var etablert. I intervjuene med representantene for de små kommunene fremkom det at de ikke anså rutiner som nødvendig fordi det var så få voldsutsatte personer med nedsatt fysisk funksjonsevne i kommunen og at forholdene oppleves å være «gjennomsiktige». De ga uttrykk for at man hadde relativt god oversikt over kommunens innbyggere og hvem man anså som sårbar og utsatt. Sett i forhold

til de erfaringene personer med nedsatt funksjonsevne har med tjenestetilbudet i små kommuner (kap.5), synes behovet for etablering av samarbeidsrutiner og systemer for oppfølging av volds- og overgrepsofsatte å være vel så påkrevet i små som i store kommuner. I store kommuner trenger man systemer blant annet for å håndtere mange tjenesteutøvere og mottakere. I små kommuner trenger man systemer for å håndtere vanskelige saker på en profesjonell måte, nettopp fordi båndene mellom innbyggerne kan være tette.

Når det gjelder tilbudet til personer med nedsatt funksjonsevne, så synes det som tjenestetilbudene er inne i en negativ spiral. På den ene siden har tilbudene få erfaringer med voldssofsatte i denne gruppen, noe som fører til at man har lite kunnskap om hva som skal til for å bedre tilbudet. På den annen side medfører lite oppmerksomhet og kunnskap til at man ikke legger til rette for at personer med funksjonsnedsettelse oppsøker hjelpeapparatet. Det fører også til at det ikke drives opplæring av ansatte eller lages rutiner for å forebygge vold og overgrep.

10.3 Samarbeid

Et gjennomgående funn basert på alle våre intervjuer med de ulike tjenestetilbudene, er at det er lite formalisert samarbeid mellom ulike instanser. Det som er etablert, er rundt voldsproblematikk generelt. I likhet med tidligere studier (Krisesentersekretariatet 2006 Eide mfl. 2012), finner vi at det i noen tjenestetilbud er etablert et tverrfaglig samarbeid. Andre steder samarbeider man fra sak til sak, noe som innebærer at hjelpen lett blir tilfeldig og person-avhengig. Som i de nevnte studier, viser også denne at andre instanser/etater opplever at de må være pådrivere for å få til samarbeid med kommunene.

En viktig del av kompetansen ansatte eller ledere ved krisesentrene trenger når de får brukere med særlige behov, er kjennskap til viktige samarbeidspartnere og henvisningskompetanse. Intervjuene viser at krisesentrene var aktive overfor kommunene for å få i stand samarbeid og avtaler, både på overordnet kommunenivå og med ulike statlige og kommunale etater (f.eks. barnevern, hjelpemiddelsentralen, NAV, boligkontoret, helsetjenesten, politi). Krisesentrenes erfaring var at det er lettere å få til et tett samarbeid i de kommunene der krisesentrene var lokalisert, enn med samarbeidskommuner. Generelt viser våre resultater at det er en nær sammenheng mellom hvor

involvert og interessert kommunene er i krisesentertilbudet til personer med nedsatt funksjonsevne og nærhet til tilbudet. Noe av forklaringen kan ligge i at vertskommunene ofte er større kommuner med bedre tilgang til ulike opplærings- og fagmiljøer. Samtidig synes det å være en tendens i mindre kommuner til at man tenker at få innbyggere gjør forholdene mer gjennom-siktig. Vi har sett at en slik tankegang fører til at det ikke blir utviklet formelle samarbeidsrutiner.

Krisesentersekretariatets rapport fra 2005 anbefalte etablering av tverretatlig samarbeid forankret i kommunale planer, utforming av en klar ansvarsfordeling mellom ulike kommunale tiltak, og oppfølging og veiledning for å heve bevissthets- og kompetansenivået hos ansatte i hjelpetjenestene. Disse anbefalingene synes i liten grad å ha blitt fulgt opp på kommunalt nivå. Det har derfor ikke skjedd store endringer i tilbudet til voldsutsatte med nedsatt funksjonsevne som følge av at krisesenterloven ble innført i 2010.

10.4 Anbefalinger

En generell anbefaling er å øke kunnskapen om de utfordringer volds- og overgrepssutsatte personer med nedsatt funksjonsevne kan oppleve. En måte å gjøre dette på er å inkludere personer med egen erfaring som rådgivere i ulike deler av tjenestesektoren. Vi vil også anbefale kvalitative studier hvor målet er å få frem bredden i voldsutsattes erfaringer, og som er mer rettet mot å få frem gode og dårlige erfaringer med tjenesteapparatet i vid forstand. Noe vi ikke har hatt mulighet til å gjøre i denne studien. Slike studier vil kunne danne grunnlaget blant annet for et ressurshefte som kan brukes i tjenesteapparatet for å heve bevisstheten om ulike problemstillinger voldsutsatte med funksjonsnedsettelse kan stå overfor. Et slikt ressurshefte kan også gi eksempler på god praksis og være til inspirasjon i utarbeidelse av gode rutiner og samarbeidsrelasjoner i kommunene. Ellers vil vi anbefale at kommunene tar i bruk de mulighetene handlingsplaner mot vold gir for å løfte bevisstheten om problematikken.

OPPLÆRING AV TJENESTEUTØVERE

Som i tidligere studier (Krisesentersekretariatet 2005), vil vi anbefale at det etableres prosedyrer for samarbeid mellom ulike instanser for å få til gode tverretatlige samarbeidsrelasjoner. Personer med nedsatt funksjonsevne utsatt for vold vil kunne ha behov for, og krav på, tjenester regulert etter ulike lovverk som inkluderer ulike etater. Det vil si at de som er involvert i tverretatlig samarbeid bør inneha kunnskap om hjelpetiltak og rettigheter. Tjenesteutøvere i kommunen, enten de jobber i hjemmetjenesten, på institusjon eller i bofellesskap, må få opplæring og veiledning. Slik opplæring bør inkludere kunnskap om etiske retningslinjer for eget arbeid, om hva man skal være oppmerksom på for å oppdage vold og overgrep, og hvordan man skal forholde seg hvis vold og overgrep oppdages. Slik veiledning og opplæring må forankres organisatorisk av ledelsen i de ulike virksomhetene.

I en rekke studier i årenes løp (f.eks. Krisesentersekretariatet 2005, Jonassen m.fl. 2008, Olsvik 2010) har man kommet med tilnæringsvis de samme anbefalingene når det gjelder tiltak for å fremme tverretatlig samarbeid, og øke bevisstheten og kunnskapen om voldsutsatte med funksjonsnedsettelse, uten at så mye ser ut til å ha skjedd. Vi vil derfor anbefale at det gjøres studier der man bruker observasjon og intervjuer med tjenesteytere i ulike etater og institusjoner. Slike studier vil gi en mer grundig forståelse av hva som skjer i kommunene og hvordan tjenesteytere i ulike sektorer tenker om muligheter og begrensninger for å få til godt arbeid. Det kan også være at det foregår mye godt arbeid som de til nå gjennomførte studiene ikke har vært i stand til å fange opp på grunn av designene som er valgt i studiene.

UNIVERSELL UTFORMING AV KRISESENTRENE.

Som tidligere anbefalt (Jonassen m.fl. 2008), er det fortsatt behov for oppgradering av krisesentrene for at de skal nå målet om universell utforming. Majoriteten av krisesentrene er i dag tilrettelagt for personer med nedsatt bevegelsesevne, men det er fremdeles et stykke igjen. Få krisesentre er tilrettelagt for personer med nedsatt syn/hørsel. Tiltak som tydelig informasjon for å finne frem i bygg, god belysning og god akustikk, vil gjøre personer med funksjonsnedsettelse mer selvhjulpne, og er særlig viktig i krisesituasjoner.

Norges handikapforbund har utformet en brosjyre om universell utforming av bygg og uteområder som kan brukes som mal²⁹.

Kommunene har ansvar for sine krisesentertilbud (Ot.prp. nr.96). For kommunalt og interkommunalt drevne krisesentre er det kommunenes ansvar å påse at deres virksomheter er universelt utformet. En oppfølging av om krisesentrene og kommunene oppfyller sine forpliktelser vil være viktig for å understreke ansvaret.

UNIVERSELL UTFORMING AV INFORMASJON

Med tanke på den revolusjon som har skjedd innen informasjonsteknologi hadde vi forventet å finne at informasjon til voldsutsatte på internett var tilpasset personer med ulike funksjonsutfordringer. Undersøkelsen viste imidlertid at tilbudet i dag var svært mangelfullt eller ikke-eksisterende. Dette gjelder gjennomgående nettsidene til alle de instansene som deltok i studien, og bekreftes også i evalueringen av volds- og overgrepsmottakene (Eide mfl. 2012).

Generelt er informasjonen til personer med nedsatt funksjonsevne mangelfull og vanskelig tilgjengelig. Fra 1. juli 2014 stilles det derfor nye krav om universell utforming av informasjons- og kommunikasjonsteknologi som private og offentlige virksomheter må følge³⁰.

Mangelfull informasjon handler også om type informasjon som gis. For personer med funksjonsnedsettelse er det viktig å finne informasjon om hvilke tilbud som finnes og om disse er universelt utformet, blant annet om det er mulig å ha med ledsager eller tjenestedyr. Dette er informasjon som må fremkomme på kommunenes, krisesentrenes og andre instanser/etatens nettsider.

Informasjon som ellers bør fremkomme er prosedyrer i voldssaker: hvor man kan henvende seg, hva som skjer når man henvender seg til et hjelpetiltak, prosedyrer ved anmeldelse osv. Slik informasjon er viktig for voldsutsatte både med og uten funksjonsnedsettelse.

²⁹ <http://biblioteket.husbanken.no/arkiv/dok/3689/Uu%20og%20likestilling.pdf>

³⁰ <http://universellutforming.difi.no/>

TILPASSET INFORMASJON TIL VOLDSUTSATTE MED FUNKSJONSNEDESETTELSER

Det er viktig å formidle informasjon om hvorfor personer med funksjonsnedsettelse kan være særlig sårbare for å utsettes for vold og overgrep, og fortellinger om andres erfaringer. Slik informasjon vil kunne dempe opplevelsen av å være alene, og følelse av skyld og skam. For voldsutsatte vil slik informasjon dessuten være viktig for å vurdere om man skal søke hjelp og/eller gå til anmeldelse. Kunnskap om risikofaktorer vil også kunne ha en forebyggende effekt.

Vi støtter anbefalingen til Olsvik (2010) om å lage en oppdatert versjon av heftet «krisesentrenes tilbud til kvinner med funksjonshemming og deres barn» som utkom i 2002³¹. Dette bør være et nettbasert og skriftlig hefte (med vanlig skrift og punktskrift) der man kan finne adresser og kontaktopplysninger om alle tilbudene som finnes for voldsutsatte og hvordan de er tilrettelagt. Vi stiller oss også bak Olsvik (2010) sin anbefaling om opprettelse av en landsdekkende kontakttelefon, lik den som finnes for voldsutsatte eldre³².

³¹ http://krisesenter.com/materiell/pdf/vold_funksj.pdf

³² <http://www.vernforeldre.no/wip4/>

Summary

The Norwegian Directorate for Children, Youth and Family Affairs commissioned NOVA to do this study. The purpose of the study is to provide improved and updated knowledge about services to people with disabilities who are victims of violence and abuse in their close relationships. The main topic is whether services are suited for disabled victims of violence and abuse, and if there is a gap between their needs and the services offered. The study also provides information about the characteristics of people with disabilities who have been in a shelter, and new insight into factors that may preclude them from seeking assistance. We used multiple approaches to collect data: Semi-structured interviews were conducted with victims of violence and abuse, employees in municipalities, staff at incest and sexual abuse centers, assault centers, and the police. We carried out a nationwide survey in local communities and crises centers. We also analyzed available statistics about crisis center clients for the years 2009-2012.

The main conclusions of the study are that services provided to disabled victims of violence and abuse have major shortcomings, and that very little seems to have improved in later years. Recommendations from a previous study were for example; to give staff guidance in order to raise their awareness and level of competence, organizational measures to coordinate services or clarify the division of responsibility between service areas. The Crisis Centre Act, effective from 01.01.10, states that municipalities are responsible for providing crisis center services to men, women and children subjected to domestic violence. The act does not seem to have led to major changes in services either. We expected that online information to victims of violence would have been adapted to make it available to people with different types of disabilities. Our results show that this type of distribution of information is inadequate or non-existent.

The study has provided insight into people's experience of violence and abuse that arise within the public service system's structural framework. Research indicates that people with disabilities are at greater risk of being victims of violence and abuse, compared to people in general. Factors that pose

risks are related to their dependence on assistance from others. Important risk factors are the way housing for disabled people is organized, lack of procedures and guidelines for the prevention of violence, and follow-up of reported incidents.

Our study exemplifies how lack of registration and monitoring procedures in the service system affect victims of violence assessment of whether or not to report violence they experience. Consequences of such deficiencies are that victims of abuse and violence fear that they will not be believed, that they will be perceived as difficult, and that reporting such incidences can have negative consequences for future municipal services.

Statistics about disabled persons at crisis centers

The percentage of people with disabilities who used crisis centers remained relatively stable, about 6-7 per cent, in the years 2009–2012. There were fewer people with disabilities and an immigrant background compared to those without an immigrant background (4 and 12 percent respectively). There was an increase of men in crises centers, including men with disabilities, while the proportion of women with disabilities decreased over the same period. The most used category to describe the type of disability is “other disability”, which in most cases implies musculoskeletal disorders and psychological difficulties. The second most used category is “limited mobility”.

Disabled persons who use crisis centers are more often than others reported to have been in a violent relationship for five years or longer. In average, they are also older than other users. Those who have been in long-lasting violent relationships, had more often than others experienced both physical and psychological harm.

The majority of all people who use crisis centers report that the offender is their current or former spouse / partner. There is a tendency that disabled people more frequently than others report that the offender is their son or daughter.

Shelter services for persons with disabilities

The number of crises centers with accommodations for people with limited mobility has increased. While 18 out of 50 centers reported they had such

accommodations in 2007, by 2013 the numbers had risen to 32 out of 47 centers. However, of these 32 centers only seven qualify to be accessible to all. The majority of centers have websites, but few use inclusive design technology. In general, the centers do not give information about the buildings' physical accessibility.

The general impression is that staff goes to great lengths to help everybody who seek their help, even though the lack of accessibility is challenging. One aspect was considered particularly unfortunate, and was related to security, especially fire and break-ins, when evacuation could be necessary.

Although the staff are positive to teaching and informing about violence against disabled people to municipal employees, they experienced that their qualifications were not in demand.

Municipal / Local authorities and services for disabled people

The nationwide survey and interviews with representatives from 16 municipalities showed that there is little focus on, and knowledge about services for disabled victims of violence. The municipalities have little knowledge about the accommodations at the crises centers. Although the municipalities are responsible for ensuring that the centers are accessible to all victims of violence, only a very few included the requirement of Universal Design in their contract with the centers. The centers are not always able to provide services to people with complex needs for assistance. The results show that 40 percent of municipalities do not have, or know if they have alternative safe shelters.

Few municipalities have designed their information material according to the principles of Universal Design. Most say that disabled victims of violence will receive information after they have reported an incidence.

The study shows that very few municipalities educate their staff about violence and abuse against vulnerable groups systematically. Almost none of the municipalities in the interview study said they had established procedures for how to follow-up cases of violence and abuse after they were exposed. The local authorities did not have written procedures about how to cooperate in cases where people with disabilities have been victims of violence. One reason they gave was that they had a good overview of the municipality's population and those who could be in a particularly vulnerable situation. They were

confident that this "transparency" meant that violence and abuse against persons with disabilities would be discovered.

Services provided by centers for victims of incest and sexual abuse, violence and sexual assault centers, and police

Neither the centers nor the police keep records or statistics on victims of violence and abuse that have disabilities. The interviews revealed that they have limited experience with people with disabilities, particularly with persons with physical and sensory impairments. All agencies report that they have more experience with people with dementia, intellectual disabilities, and mental health and emotional disabilities.

In general, there was little focus on the specific situation of people with disabilities, in regards to guidance of staff or development of services. There was a widespread assumption that people with disabilities do not have needs that require special expertise or facilitation beyond that all victims of violence need.

Regarding cooperation with local authorities, a general view was that closer collaboration between the different services and the municipality is necessary.

Recommendations

The study shows that there still is great need to improve services for victims of violence who have disabilities. First, the municipalities have to fulfill their responsibility to ensure that their shelter services are accessible to all inhabitants, that the services and their content meet professional requirements and that the given information is available to everyone. Municipalities must also be able to offer acceptable alternatives to those who cannot use the crises centers. This means that municipalities must follow-up the responsibility they have towards all inhabitants in their community. Victims of violence with disabilities may need services from different agencies and according to various laws. This requires that the employees have referral skills and knowledge about the other public services. How municipalities choose to address such challenges may vary. Establishing procedures for cooperation or using coordinating units, may be relevant solutions. Establishing cooperative relations and

routines could help address the challenges other agencies have with the municipalities when the users of their services have disabilities.

Service practitioners in the community, whether they work in home care, in institutional or residential settings, must receive training and guidance regarding the ethical guidelines of their work. They should know what to be aware of in order to detect violence and abuse. They should also know how to respond when violence or abuse is detected. Management in the various units should anchor the guidance and training organizationally.

The shelters have broad expertise about violence. Many of the employees do have experience from working with people with disabilities in other settings or with users of shelters that have disabilities. The shelters can be of use in the informational and educational efforts to raise municipal employees' knowledge about violence and abuse against vulnerable groups. Furthermore, we recommend that municipalities, shelters and other agencies involve victims with disabilities in their work, both to improve their own competency and to find good models for cooperation.

Otherwise, we recommend making updated information about available services that addresses the topic "Disabled people and violence in close relationships". The information should include information about centers, how to reach them, their services and accessibility. The information should be available, both online and in printed versions, in formats that are suited for people with different types of disabilities.

Litteratur

- Ballan, M. S. and M. B. Freyer (2012). "Self-Defense Among Women With Disabilities: An Unexplored Domain in Domestic Violence Cases." *Violence against Women* 18(9): 1083-1107.
- 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.
- Chenoweth, L. and S. Cook (2001). "Violence against women with disabilities - special issue." *Violence against Women* 7(4).
- Cullberg, J. (2010). *Mennesker i krise og utvikling*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Eide, A.K. (2012). "Det beste må ikke bli det godes fiende!" *En evaluering av overgrepsmottakene*. Nordlandsforskning Rapport 11/2012
- Ferraro, Kathleen (2006). *Neither angels nor demons. Women, crime and victimization*. Boston: Northeastern University Press
- Fjær, E. G., T. Gundersen and S. Mossige (2013). Lesbiske, homofile, bifile og transpersoners utsatthet for vold i nære relasjoner. NOVA rapport 5/13. Oslo, NOVA.
- Grøvdal, Yngvil (2012). *En vellykket sak? Kvinner utsatt for mishandling møter strafferettsapparatet*. Oslo: UniPub
- Gundersen, T., Winsvold, A. (2011) *Evalueringen av Klara Klok – en nettjeneste for ungdom*. NOVA-notat 8/11, Oslo
- Hague, G., R. Thiara and A. Mullender (2011). "Disabled Women, Domestic Violence and Social Care: The Risk of Isolation, Vulnerability and Neglect." *British Journal of Social Work* 41(1): 148-165.
- HANDU (2007). *Mäns våld mot kvinnor med funktionsnedsättning*. Stockholm, Utredningsinstitutet HANDU AB.
- Hassouneh-Philips, D. and E. McNeff (2005). "I thought I was less worthy": Low sexual and body esteem and increased vulnerability to intimate partner abuse in women with physical disabilities. *Sexuality and Disability* 23: 227-240.
- Healey, L., C. Humphreys and K. Howe (2013). "Inclusive Domestic Violence Standards: Strategies to Improve Interventions for Women With Disabilities?" *Violence and Victims* 28 (1): 50-68.

- Hjelmdal, O.K., Sogn, H. and Schau, L. (2012) *Vold, negative livshendelser og helse. En gjennomgang av data fra to regionale helseundersøkelser*. NKVTS rapport 1/2012, Oslo
- Hollomotz, A. (2012a) Disability, oppression and violence: Towards a sociological explanation *Sociology*, 47, 3, 477-493.
- Hollomotz, A. (2012b) Disabled Women and Domestic Violence: Responding to the Experiences of Survivors, *British Journal of Social Work*, 42, 7, 1430-1432.
- Hughes, K., M. A. Bellis, L. Jones, S. Wood, G. Bates, L. Eckley, E. McCoy, C. Mikton, T. Shakespeare and A. Officer (2012). "Prevalence and risk of violence against adults with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies." *The Lancet* 379(9826): 1621-1629.
- Isdal, P. (2000). *Meningen med volden*. Oslo, Kommuneforlaget.
- Jonassen, W. H. Sogn, V.M. Olsvik, O.K. Hjelmdal (2008): *Kunnskap - kvalitet - kapasitet. En nasjonal utredning om krisesentrenes kompetanse og tilgjengelighet*. NKVTS
- Juklestad, O.N. (2007) *Hva er overgrep mot eldre som bor hjemme eller på institusjon?*: NKVTS.
- Knigge, M. L. and L. Kibsgaard (2009). *Afsluttede evalueringsrapport for prosjekt HUK i perioden 2005-2009*. Ringsted, Servicestyrelsen.
- Krisesentersekretariatet (2003). *Hvilket tilbud gir kommunene til voldsutsatte kvinner mer funksjonshemming? Rapport fra en intervjuundersøkelse med utvalgte kommuner i 2003*, Nettverk for kvinner med funksjonshemming og Krisesentersekretariatet
- Krisesentersekretariatet (2005). *Hvilket tilbud gir kommunene til voldsutsatte kvinner mer funksjonshemming? Rapport fra en intervjuundersøkelse med utvalgte kommuner i 2005*, Nettverk for kvinner med funksjonshemming og Krisesentersekretariatet
- Kvam, M.H. (2004) Sexual abuse of deaf children, *Child Abuse & Neglect*, 3, 241-251.
- Lund, E. M. (2011). "Community-Based Services and Interventions for Adults With Disabilities Who Have Experienced Interpersonal Violence: A Review of the Literature." *Trauma Violence & Abuse* 12(4): 171-182.
- Mansell, S. and Sobsey, D. (2001) *The Aurora Project. Counselling People with Developmental Disabilities Who Have Been Sexually Abused*, New York: NADD Press.
- Mitra, M., S. E. Manning and E. Lu (2012). "Physical abuse around the time of pregnancy among women with disabilities." *Maternal Child Health Journal* 16: 802-806.

- Mitra, M., V. E. Mouradian and M. Diamond (2011). "Sexual Violence Victimization Against Men with Disabilities." *American Journal of Preventive Medicine* 41(5): 494-497.
- Muff, K.E. (2001) *Seksuelle overgrep på mennesker med handicap - et litteraturstudie*, København: Socialt Udviklingscenter SUS.
- Nilsson, L. og O.Westlund (2007). *Våld mot kvinnor och män i nära relationer*. Rapport 2007:26. Stockholm, Brottsförebyggande Rådet.
- Nilsson, L. og O.Westlund (2009). *Våld mot kvinnor och män i nära relationer*. Rapport 2009:12. Stockholm, Brottsförebyggande Rådet.
- Nosek, M. A., C. C. Foley, R. B. Hughes and C. A. Howland (2001). "Vulnerabilities for abuse among women with disabilities." *Sexuality and Disability* 19 (3): 177-189.
- Nosek, M. A., R. B. Hughes, H. B. Taylor and P. Taylor (2006). "Disability, psychosocial, and demographic characteristics of abused women with physical disabilities." *Violence against Women* 12 (9): 838-850.
- Olsen, T. (2006). *En helt vanlig jobb? En studie av utviklingshemmede i arbeidslivet*. NF-rapport 6/2006. Bodø, Nordlandsforskning.
- Olsvik, V. M. (2010). *Overgrep mot kvinner med nedsatt funksjonsevne - en kunnskapsoversikt*. Oslo, NKVTS.
- Olsvik, V. M. (2005). *Omfang av vold og overgrep mot kvinner med fysiske funksjonsnedsettelse: en sammenlignende spørreundersøkelse om vold og overgrep mot kvinner med og uten fysiske funksjonsnedsettelse*. ØF-notat 08/05. Lillehammer, Østlandsforskning.
- Plummer, S. B. and P. A. Findley (2012). "Women With Disabilities' Experience With Physical and Sexual Abuse: Review of the Literature and Implications for the Field." *Trauma Violence & Abuse* 13(1): 15-29.
- Powers, L. E., M. A. Curry, E. McNeff, M. Saxton, J. L. Powers and M. Oswald (2008). "End the Silence: A Survey of Abuse Against Men with Disabilities." *Journal of Rehabilitation* 74 (4): 41-53.
- Powers, L. E., M. A. Curry, M. Oswald, S. Maley, M. Saxton and K. Eckels (2002). "Barriers and strategies in addressing abuse: A survey of disabled women's experiences." *Journal of Rehabilitation* 68 (1): 4-13.
- Ramm, J. (2010). *På like vilkår? Helse og levekår blant personer med nedsatt funksjonsevne*. Statistiske analyser. Oslo Statistisk sentralbyrå
- Rosen, D.B. (2006). Violence and exploitation against women and girls with disabilities. *Annals of New York Academy of Science*, 1087: 170-177

- Schei, B., T. Haaland and S.-E. Clausen (2005). *Vold i parforhold - ulike perspektiver: resultater fra den første landsdekkende undersøkelsen i Norge*. Oslo, Norsk institutt for by- og regionforskning.
- St.meld.15 (2012-2013). *Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner*. Justis- og beredskapsdepartementet.
- Thiara, R. K., G. Hague, R. Bashall, B. Ellis and A. Mullender (2012). *Disabled women and domestic violence. Responding to the experience of survivors*. London and Philadelphia, Jessica Kingsley Publishers.
- Thiara, R. K., G. Hague and A. Mullender (2011). "Losing out on both counts: disabled women and domestic violence." *Disability & Society* 26 (6): 757-771.
- Winsvold, A (2011) *Evalueringen av prosjektet Sammen for barn og unge - bedre samordning av tjenester til utsatte barn og unge*. NOVA-rapport 18/11, Oslo
- Aas, G. (2013). *Politiets arbeid med vold i nære og familiære relasjoner - fra utrykning til tiltale*. Oslo, Politihøgskolen