

DELRAPPORT 1A: KUNNSKAPSOPPSUMMERING

UTVIKLINGSPROSJEKT FOR Å STYRKE KRISESENTERTILBUDET I
KOMMUNENE TIL VOLDSUTSATTE MED ALVORLIG PROBLEMATIKK KNYTTET
TIL RUS, PSYKISKE LIDELSER OG FUNKSJONSNEDESETTELSE

Av Geir Møller



Innhold

1	Sammendrag	4
2	Innledning.....	8
3	Personer som utsettes for vold i nære relasjoner.....	11
3.1	Forekomst av vold i nære relasjoner	12
3.2	Risikofaktorer for vold i nære relasjoner	14
3.3	Forhold som bidrar til at voldsutsatte søker/ ikke søker hjelp	15
4	Tilbudet ved krisesentrene i de skandinaviske landene	19
4.1	Bakgrunn.....	19
4.2	Bemanning.....	20
4.3	Brukerne av krisesentrene.....	21
4.4	Hva tilbyr krisesentrene?	22
5	Krisesentertilbudet til voldsutsatte med tilleggspromatikk.....	25
5.1	Tilbudet til utsatte grupper ved norske krisesentre.....	26
5.2	Spesialiserte krisesentertilbud	30
6	Krisesentrenes samordning med andre tjenester.....	33
6.1	Krisesentrenes samordning med øvrige tjenester	34
6.2	Danske krisesentres erfaringer med samordning	35
6.3	Former for samarbeid i kommunen.....	36
7	Relevante tjenester og behandlingsmetoder	40
7.1	Relevante tjenester	40
7.2	Intervensjoner overfor kvinner med rusmiddelproblemer	43
8	Litteratur	49



1 Sammendrag

1 Sammendrag

Formålet med denne rapporten har vært å gjennomgå litteratur om krisesentertilbudet til voldsutsatte som samtidig har alvorlig problematikk knyttet til rus, psykiske lidelser og funksjonsnedsettelse (voldsutsatte med tilleggsproblematikk). Rapporten oppsummerer nordisk litteratur om følgende tema:

- Risikofaktorer og sammenhenger hos målgruppen, herunder (1) årsaken til at det oppstår vold i nære relasjoner blant målgruppen spesielt, (2) sammenhengen mellom forekomsten av vold i nære relasjoner og tilleggsproblematikk, og (3) forhold som påvirker målgruppen til å (opp)søke hjelp
- Krisesentertilbud og -tiltak for målgruppen
- Erfaringer med modeller for samarbeid mellom ulike tjenester

Risikofaktorer og sammenhenger hos målgruppen

Som rapporten beskriver, er det en overhyppighet av voldsforekomst blant voldsutsatte med tilleggsproblematikk sammenlignet med den generelle befolkningen (se mer under kapittel 3.1). Hva er så årsaken til at vold i nære relasjoner oppstår blant målgruppen spesielt? Er det en spesiell sammenheng mellom forekomsten av vold i nære relasjoner og tilleggsproblematikk? Så langt vi kjenner til er det få nordiske undersøkelser som har undersøkt hva slags risikofaktorer som bidrar til at man utsettes for vold i nære relasjoner generelt, og kun noen som undersøker risikofaktorene for målgruppen spesielt. Det finnes imidlertid noen på personer med funksjonsnedsettelse, som legger spesielt vekt på den sårbare situasjonen disse personene er i. Én undersøkelse viser til at det er tre tema som sammen beskriver og forklarer vold mot personer med funksjonsnedsettelse: Usynlighet, sårbarhet og avhengighet (se kapittel 3.2).

Når det gjelder sammenhengen mellom vold og tilleggsproblematikk, finnes det imidlertid en rekke undersøkelser, særlig på rusfeltet (se kapittel 3.2). Gjennomgående viser litteraturen eksempelvis at de som utsettes for vold har høyere alkoholkonsum enn kvinner som ikke utsettes for vold. Hvorvidt dette kun er en samvariasjon eller om det er rusmiddelmissbruken som medfører vold, er imidlertid usikkert. Vi finner den samme problemstillingen når det gjelder forholdet mellom vold og psykiske lidelser. Spørsmålet her er tilsvarende om vold i nære relasjoner er årsaken til psykiske plager, eller om de psykiske plagene er en risikofaktor for å bli utsatt for vold (ibid.). Flere undersøkelser viser også at kvinner utsatt for vold, i tillegg til å ha rusproblemer, også har psykiske lidelser.

Hva gjelder spørsmålet om hva som driver voldsutsatte til å handle (eller ikke) og (opp)søke hjelp, i denne konteksten ved et krisesenter, er svarene flere (se kapittel 3.3). En NOU fra 2003 vektlegger betydningen av tilgjengeligheten på krisesentertilbudet, altså at begrensninger på tilbudssiden også begrenser tilfanget på personer som oppsøker krisesentre. Noen studier viser samtidig til forhold som spesifikt gjelder voldsutsatte med tilleggsproblematikk. Eksempelvis har man i en svensk undersøkelse sett nærmere på rusmiddelavhengiges tilbøyelighet til å søke hjelp ved mishandling, der det fremgår at det ikke er spesielt for rusmiddelmissbrukende kvinner å avstå fra å søke hjelp, men for rusmiddelavhengige er reservasjonen enda større – både som følge av lite motivasjon, og som følge av en oppfatning om at hjelpen ikke finnes. En annen svensk undersøkelse viser tilsvarende resultater for personer med funksjonsnedsettelse som er utsatt for vold i nære

relasjoner, som iht. undersøkelsen bagatelliserte volden, følte skam og skyldfølelse knyttet til volden, og som på grunn av dette frastod fra å oppsøke hjelp. Undersøkelser viser også at kvinner med nedsatt funksjonsevne har større vansker for å bryte ut av et voldelig parforhold enn andre, og at personer med nedsatt funksjonsevne – som følge av avhengigheten til hjelpesystemet – reserverer seg mot å anmelde vold eller søke hjelp.

Krisesentertilbud og -tiltak for målgruppen

I krisesenterloven står det at det kommunale krisesentertilbudet skal omfattet et krisesenter eller tilsvarende gratis, helårs, heldøgns og midlertidig botilbud. Selv om det ikke fremgår eksplisitt i loven, er det ikke et hvilket som helst botilbud som skal tilbys, men et botilbud som også beskytter beboerne. Litteraturgjennomgangen viser at voldsutsatte med tilleggspromblematikk ikke passer inn i de rammene som dagens krisesentre tilbyr, at dette skyldes atferden til personer med rus- og psykiske lidelser, og at dagens tilbud ikke er fysisk tilrettelagt for personer med funksjonsnedsettelse (se kapittel 4 og 5).

Krisesentrenes tilbøyelighet til å ta inn voldsutsatte med tilleggspromblematikk varierer imidlertid mellom krisesentrene. På den ene siden finner vi de som kategorisk avviser spesielt personer med rusproblemer, mens andre sentre er mer åpne og vurderer hver enkelt sak skjønnsmessig. Det betyr for det første at de tre gruppene med spesielle behov ikke er homogene, og at de i ulik grad vil ha en problematisk atferd eller funksjonsbegrensning som er uforenelig med det å bo på et krisesenter. For det andre betyr det at krisesentrene i ulik grad har tilpasset tilbudet til disse gruppene. Dette tilsier at det også ligger et potensiale i å tilpasse tilbudet hos flere krisesentre slik at de blir i stand til å bistå en større del av de aktuelle gruppene. I følge litteraturen ser vi at slike tilpasninger kan være:

- Kompetanse om spesielt rus og psykiske lidelser, men også funksjonsnedsettelse
- Boligmessige tilpasninger, herunder tilpasninger til de med nedsatt funksjonsevne og egne boenheter for utvalgte grupper (på linje med skjermede tilbud for menn)
- System for samarbeid med andre tjenester

I tillegg til at vi finner variasjoner mellom krisesentrene i deres tilbøyelighet til å ta inn voldsutsatte med spesielle behov, finner vi også eksempler på spesialiserte krisesentertilbud rettet mot disse gruppene. Dette gjelder i hovedsak krisesentertilbud for rusmiddelavhengige, men også for personer med funksjonsnedsettelse.

Erfaringer med modeller for samarbeid mellom ulike tjenester

Krisesentrenes mulighet til å gi tilbud til voldsutsatte med spesielle behov, avhenger som påpekt over av samarbeidet med andre spesialiserte tjenester. Gjennomgående viser litteraturen at det er vanskelig å få til samordnede tjenester for disse gruppene. Evalueringen av implementeringen av krisesenterloven viser at krisesentrene er mer samordnet med øvrige kommunale tjenester etter at loven ble innført. Det er imidlertid usikkert om dette har resultert i bedre kvalitet på samhandlingen og mer samordnede tiltak.

Litteraturgjennomgangen viser også at en del krisesentre er involvert i institusjonelt samarbeid med øvrige kommunale tjenester i form av å utforme individuelle planer og å delta i ansvarsgruppemøter (erfaringen viser imidlertid at individuelle planer i liten grad benyttes, og at de vurderes som mindre nyttig enn øvrige virkemidler). I tillegg foregår det også en del uformell kontakt mellom krisesentrene og øvrige tjenester. En forutsetning for å få til et godt samarbeid er ifølge litteraturen at krisesentrene har kompetanse om det kommunale og statlige tjenestetilbudet. Erfaringer fra Danmark viser også at det å operere med egne kontaktpersoner/koordinatorer for voldsutsatt og bruk av nettverksgrupper kan være en god hjelp for å få til et samordnet tilbud. Her vises det også til erfaringer med bruk av helhetlige handlingsplaner, men i praksis ble disse i liten grad benyttet.

Når det gjelder hvilke tjenester det er aktuelt for krisesentrene å samarbeide med, viser ulike karlegginger at de viktigste samarbeidspartnerne til krisesentrene bl.a. er NAV, politi, barnevern og bolig tjenesten. Samarbeidet med disse tjenestene vil være relevant for alle beboere, ikke bare de med spesielle behov. For de gruppene som denne rapporten omhandler, er det også aktuelt å trekke inn fastlegen, psykisk helse- og rustjenester i kommunene, foruten spesialisthelsetjenesten. Så langt vi har avdekket, er dette lite omtalt i litteraturen.



2 Innledning

2 Innledning

Denne rapporten inngår som en del av et større FoU-prosjekt der formålet er å styrke krisesentertilbudet i kommunene til voldsutsatte med tilleggsproblematikk (rus, psykiske lidelser og funksjonsnedsettelse). Bakgrunnen for prosjektet er NOVAs evaluering av kommunenes implementering av krisesenterloven. I følge loven skal kommune tilby voldsutsatte kvinner, menn og barn et godt og helhetlig tilbud i form av et trygt botilbud, støtte, veiledning, hjelp til å ta kontakt med andre deler av tjenesteapparatet og oppfølging i reetableringsfasen. En hovedkonklusjon i NOVAs evaluering viser imidlertid at kommunenes krisesentertilbud til personer med rusproblemer, psykiske lidelser og funksjonsnedsettelse er mangelfullt (Bakketeig m.fl. 2014).

Litteraturgjennomgangen vil ta for seg både litteratur som omhandler dagens krisesentertilbud (faktisk tjenestetilbud), og litteratur som omhandler tjenestetilbud som vil eller kan være relevant for målgruppen (relevant tjenestetilbud). Primært vil gjennomgangen omfatte skandinavisk litteratur. I den grad det er relevant, trekker vi også inn engelskspråklig/internasjonal litteratur.

Rapporten omhandler også tema som går ut over det ansvaret som kommunene har i henhold til krisesenterloven, og som ligger under helse- og omsorgstjenesteloven. Formålet med dette er todelt. For det første er det å avtegne et helhetlig tjenesteforløp fra krisehjelp til behandling. Selv om krisesentrene primært har som formål å gi beskyttelse, råd og veiledning, vil det overordnede målet være at målgruppene kommer ut av en livssituasjon med vold. For enkelte grupper vil en forutsetning for dette være at de også deltar i et behandlingsforløp. For det andre vil en bred omtale av aktuelt tjenestetilbud kunne åpne for flere modeller for organisering eller lokalisering av et tilpasset krisesentertilbud for målgruppen.

Rapporten er delt inn i sju kapitler. *Kapittel 2* tar for seg problemstillingen om «sammenhenger og risikofaktorer hos målgruppen». Kapitlet tar for seg forekomst av vold i nære relasjoner, risikofaktorer for å bli utsatt for vold i nære relasjoner og faktorer som bidrar til at kvinner søker/ikke søker hjelp. Her fremgår det at rus, psykiske lidelser og funksjonsnedsettelse ikke bare er en tilleggsproblematikk hos de aktuelle målgruppene, men er også noe som gjør de aktuelle målgruppene mer utsatt for vold i nære relasjoner. Samtidig er disse gruppene også mindre tilbøyelige til å oppsøke hjelp.

Kapittel 3 inneholder en kort beskrivelse av dagens krisesentertilbud. Formålet er å beskrive de mer grunnleggende tjenestebehovene til personer utsatt for vold i nære relasjoner, noe som også vil være relevant for målgruppene med tilleggsproblematikk.

Kapittel 4 inneholder en oversikt over litteratur som omhandler ulike utfordringer ved krisesentertilbudet i de skandinaviske landene i forhold til voldsutsatte med spesielle behov. Samtidig viser oversikten at tilbudet til disse gruppene varierer. I kapitlet forsøker vi derfor å finne praktiske eksempler eller løsninger på krisesentertilbud som kan være aktuelle for voldsutsatte med spesielle behov. I tillegg beskrives et fåtall eksempler med spesialiserte krisesentertilbud som ivaretar et mer helhetlig tilbud til de aktuelle målgruppene.

Kapittel 5 inneholder en gjennomgang av litteratur som omhandler krisesentrenes praksis med videre henvisning og samarbeid med andre tjenester. Krisesentrenes erfaringer med å samarbeide med andre kommunale tjenester viser seg å variere. I kapitlet gjennomgås derfor ulike virkemidler som kan fremmet et slikt samarbeid.

Kapittel 6 oppsummerer hovedresultatene i rapporten. Her trekker vi også sammen resultatene fra de ulike kapitlene og utformer en modell som beskriver ulike veivalg i utforming av krisesentertilbud til voldsutsatte med tilleggsproblematikk.



3 Personer som utsettes for vold i nære relasjoner

3 Personer som utsettes for vold i nære relasjoner

I dette kapitlet tar vi for oss følgende tre tema: Forekomsten av vold i nære relasjoner, årsaken til at det oppstår vold i nære relasjoner (risikofaktorer), og forhold som påvirker voldsutsatte til å søke hjelp.

Gjennomgangen av litteratur som sier noe om forekomsten av vold i nære relasjoner, viser at tallene er sprikende. Dette har sammenheng med at undersøkelsene definerer vold på ulik måte og måler over ulike tidsperioder. Implikasjonen av dette er at enkelte målinger opererer med prosentandeler på rundt to prosent (i befolkningen), mens andre strekker seg opp mot 25 prosent. Det er for øvrig sparsomt med oversikter over forekomsten av vold i nære relasjoner blant målgruppene i denne analysen, dvs. rusmiddelavhengige, personer med psykiske lidelser og personer med funksjonsnedsettelse. Dessuten tar de fleste undersøkelsene for seg alle typer vold, ikke spesielt vold i nære relasjoner. En svensk undersøkelse av kvinner med rusmiddelavhengige viser at så mye som 75 prosent hadde vært utsatt for psykisk, men dette omfattet både vold i nære relasjoner og andre former for vold. En tilsvarende svensk undersøkelse viste 2/3 av et utvalg av personer med psykiske lidelser hadde vært utsatt for vold i løpet av sitt voksne liv. Av disse igjen var det hele 2/3 – drøye 65 prosent – som oppga at voldsutøver var en person i nær relasjon. Det betyr at i underkant av halvparten av hele utvalget hadde vært utsatt for vold i nære relasjoner. Litteraturen som omhandler personer med funksjonsnedsettelse, viser til at forekomsten av vold i nære relasjoner er vel så høy om ikke høyere blant disse enn i befolkningen generelt.

Så langt vi kjenner til er det få nordiske undersøkelser som har undersøkt hva slags risikofaktorer som bidrar til at man utsettes for vold i nære relasjoner. En undersøkelse peker imidlertid på at det handler om problemer i oppveksten, vanskelige relasjoner til foreldre, lav utdanning og problemer med adferd og psykiske problemer. Dette samsvarer langt på vei med andre internasjonale undersøkelser. En av disse peker spesielt på at vold er relatert til rusproblemer, og en annen på at mange av risikofaktorene kan spores tilbake til de voldsutsattes barne- og ungdomsår. En anbefaling er derfor å sette inn tidlige forebyggende tiltak mot vold i nære relasjoner. Samtidig med at mange av risikofaktorene oppstår i tidlig alder, peker en av undersøkelsene også på den utøsende faktoren i voldssituasjoner ofte er rusrelatert. Litteraturen som tar for seg risikofaktorer hos personer med funksjonsnedsettelse, peker på at disse gruppene er spesielt utsatt på grunn av sin sårbare situasjon. Dette gjelder bl.a. at de kan ha dårligere forutsetninger for å beskytte seg selv, at de har vanskeligere for å tolke situasjoner og at de gjerne er avhengig av hjelpepersoner.

Vi har også sett på studier som tar for seg faktorer som hindrer voldsutsatte fra å *søke hjelp*. En viktig faktor her er at tilbudet ikke er tilgjengelig eller tilpasset målgruppene i denne undersøkelsen. I følge litteraturen innebærer dette ikke bare fysisk tilrettelegging eller (innholdet i) tilbudet som sådan, men også holdninger og fordommer hos ansatte i hjelpeapparatet. Samtidig finner vi også at det både er forhold hos den voldsutsatte og i den voldsutsattes miljø som kan spille inn. Bl.a. vises det til at det er en høyere terskel for rusmiddelavhengige å ta kontakt enn for andre voldsutsatte. En annen undersøkelse peker

på at personer med funksjonsnedsettelse ofte står i et sterkere avhengighetsforhold til voldsutøver, noe som gjør det vanskelig å søke hjelp.

3.1 Forekomst av vold i nære relasjoner

Det finnes flere undersøkelser som har tatt for seg forekomsten av vold i nære relasjoner generelt. Disse viser at forekomsten av vold i nære relasjoner varierer mye. I hovedsak varierer tallene som følge av ulike måter å avgrense voldsbegrepet og tidsperiode man opererer med; hvorvidt voldsutøvelsen av vært grov, alvorlig eller mindre alvorlig, når i livet man har blitt utsatt for vold, mv. Blant kvinner varierer andelen fra 1,5 prosent opp til hele 30 prosent, mens andelen blant menn varierer fra 1 til 4 prosent. Andelen som oppgir å *noen gang* ha vært utsatt for partnervold er typisk høyere enn andelen som oppgir å ha blitt utsatt for *grov/alvorlig* partnervold.

Når det gjelder målgruppen, viser undersøkelser at forekomsten blant voldsutsatte med tilleggsproblematikk er høyere enn i den generelle befolkningen.

Rusmiddelavhengige

Vi har kun funnet et par undersøkelser som tar for seg forekomsten av vold blant rusmiddelavhengige. En svensk undersøkelse som tar for seg vold blant kvinner med rusmiddelmisbruk, viser at hele 75 prosent av de rusmissbrukende kvinnene hadde vært utsatt for psykisk, fysisk eller seksuell mishandling (Armeliuss og Armeliuss 2010). En fjerdedel av disse igjen hadde vært utsatt for alle tre typene mishandling. Det fremgår ikke av undersøkelsen om mishandlingen var i nære relasjoner. Undersøkelsen peker imidlertid på at volden/mishandlingen fører til større problemer på i forhold til fysisk helseplager, arbeidssituasjonen, økt rusmiddelmisbruk og familieproblemer. Aanerud (ukjent år) viser også til at nære relasjoner for en del rusmiddelavhengige omfatter noe mer enn familiemedlemmer. I tillegg til familiemedlemmer, vil det også omfatte personer kvinnene er avhengig av i forhold til økonomi eller sitt narkotikabruk.

Psykiske lidelser

En svensk undersøkelse av Bengtsson-Tops og Ehliasson (2012) har undersøkt forekomsten av vold blant personer med psykiske lidelser. Undersøkelsen viser at det i utvalget (174 personer med psykiske diagnoser) var hele 67 prosent som hadde vært utsatt for trusler om vold, fysisk vold og/eller seksuell vold i løpet av sitt voksne liv. I løpet av det siste året var det 33 prosent som oppga at de hadde vært utsatt for vold. Blant kvinnene som oppga at de hadde vært utsatt for vold i løpet av sitt voksne liv, oppga videre 69 prosent at voldsutøver var person i nære relasjoner (dvs. nesten halvparten av kvinnene i utvalget). Undersøkelsen viste at det generelt ikke var forskjeller mellom menn og kvinner, men kvinner var i større grad utsatt for seksuell vold. Undersøkelsen konkluderer med at kvinner med psykiske lidelser er spesielt utsatt for vold.

I en rapport av Hjemdal m.fl. (2012:64) som baserer seg på to regionale norske helseundersøkelser (HUSK og HUBRO), fremgår det at personer utsatt for vold har dårligere psykisk fungering enn de som ikke har vært utsatt for vold. I den ene av undersøkelsene (HUBRO) fremgår det at 30 prosent av de som hadde vært utsatt for vold

siste året, hadde psykiske plager (HSCL-10 skala). Tilsvarende andel blant de som aldri hadde vært utsatt for vold, var 7 prosent. I den andre undersøkelsen (HUSK) fant man at andelen med psykiske plager var 12 prosent blant de som hadde vært utsatt for vold, mens den var 5 prosent blant de som ikke hadde vært utsatt for vold (HADS-12). Disse undersøkelsene bygger begge på selvrapportert psykisk helse, og ikke på diagnoser. Dessuten snakker vi her om psykiske plager og ikke psykiske lidelser. Undersøkelsene sier heller ingenting om hvorvidt volden forekommer i nære relasjoner. I følge undersøkelsen til Bentsson-Tops og Ehliasson (2012) foregår imidlertid 2/3 av den rapporterte volden i nære relasjoner.

Funksjonsnedsettelse

Nasjonelt centrum för kvinnofrid (NCK) har i en litteraturgjennomgang sett på forekomsten av vold i nære relasjoner blant svenske kvinner med funksjonsnedsettelse (NCK 2013). Konklusjonen er at kvinner med nedsatt funksjonsevne utsettes for vold fra sin partner i større grad enn kvinner som ikke har nedsatt funksjonsevne. Resultatene viste også at kvinner med nedsatt funksjonsevne var spesielt utsatt for grov vold. I tillegg fremgår det at disse gruppene også er utsatt for vold fra ansatte omsorgspersoner (assistenter, hjemmehjelp ol.).

En undersøkelse fra NKVTS har gjennomgått nord-amerikanske og nordiske undersøkelser om vold mot kvinner med nedsatt funksjonsevne (Olsvik 2010). Rapporten omhandler overgrepens omfang, den sosiale konteksten volden forekommer i og hjelpetiltak mot slike overgrep. En hovedkonklusjon er at omfanget av overgrep mot kvinner med nedsatt funksjonsevne er like stort som hos kvinner uten funksjonsnedsettelse. Samtidig viser enkelte av de nordiske undersøkelsene at forekomsten kan være noe høyere blant personer med funksjonsnedsettelse. Rapporten peker samtidig på at overgrep mot denne gruppen kvinner ser ut til å ha lengre varighet enn hos andre kvinner. En annen konklusjon er at kvinner med nedsatt funksjonsevne er utsatt for alle typer overgrep på lik linje med andre kvinner, men at de i tillegg også er utsatt for overgrep i institusjoner. Men de fleste overgrep skjer i nære familierelasjoner og av personer de står i et avhengighetsforhold til. Rapporten peker også på at relativt mange av de overgrepsutsatte kvinnene med nedsatt funksjonsevne ikke hadde søkt eller fått hjelp. Resultatene som viser at overgrep mot personer med funksjonsnedsettelse har lengre varighet enn hos andre grupper, underbygges også i andre undersøkelser. Bl.a. viser Gundersen (2014) at brukere av krisesentre med funksjonsnedsettelse har en lengre voldshistorie bak seg enn andre brukere.

Den svenske undersøkelsen fra NCK (2013) har også sett på vold overfor menn med funksjonsnedsettelse (men ikke avgrenset til nære relasjoner). Her vises det til to studier der de undersøker vold overfor menn med og uten funksjonsnedsettelse. Den ene viste at menn som hadde fysisk eller psykisk aktivitetsbegrensninger, oftere var utsatt for vold enn andre menn. Menn med funksjonsnedsettelse var også oftere utsatt for vold og utsatt for flere typer vold. Den andre undersøkelsen som kun tok for seg seksuell vold, viste også at menn med funksjonsnedsettelse oftere ble utsatt for vold enn andre menn. Rapporten fra NCK viser i tillegg til to svenske undersøkelser som undersøker forekomsten av vold mot menn med funksjonsnedsettelse. Disse viser at omfanget av vold eller trusler om vold varierte (mellom 1 og 10 prosent) avhengig av funksjonsnedsettelsen.

Selv om vi ser at resultatene er noe sprikende, heller de likevel i retning av at personer med funksjonsnedsettelse er mer utsatt for vold i nære relasjoner enn personer uten funksjonsnedsettelse. En svakhet med denne typen undersøkelser er imidlertid at de

sannsynligvis har et skjevt utvalg av personer med funksjonsnedsettelse. Sannsynligvis vil personer med intellektuell funksjonsnedsettelse eller personer som har vanskelig for å kommunisere være underrepresentert i slike undersøkelser. Samtidig er dette grupper vi kan anta er spesielt utsatt for overgrep og vold.

3.2 Risikofaktorer for vold i nære relasjoner

I denne delen ser vi nærmere på forekomsten av sammenheng mellom vold i nære relasjoner og funksjonsnedsettelse, rus og psykiske lidelser.

Undersøkelser av risikofaktorer

Armelius og Armelius (2010) sin svenske undersøkelse av vold mot rusmiddelmissbrukende kvinner, viser at forhold som økte risikoen for å bli utsatt for mishandling var problemer i oppveksten, vanskelige relasjoner til foreldre, lav utdanning, problem med egen atferd og psykiske problemer. Andre internasjonale undersøkelser har pekt på mange av de samme faktorene. Vi har ikke kjennskap til andre tilsvarende nordiske undersøkelser.

Studier av risikofaktorer hos personer med funksjonsnedsettelse legger spesielt vekt på den sårbare situasjonen disse personene er i. Nilsson og Westlund (2007) viser til at det er tre tema som sammen beskriver og forklarer vold mot personer med funksjonsnedsettelse. De tre temaene er usynlighet, sårbarhet og avhengighet. Usynligheten kjennetegner særskilt personer som har kontakt med omverden via et fåtall omsorgspersoner eller har funksjonsnedsettelse som innebærer at de har vanskelig for å kommunisere eller gjøre seg forstått. Usynlighet handler bl.a. om at overgrep normaliseres både av de voldsutsatte selv og omgivelsene. Bl.a. vises det i rapporten til at overgrep blant offentlige omsorgspersoner gjerne defineres som brudd på faglige standarder, ikke som lovbrudd. Sårbarheten innebærer både begrensede fysiske muligheter for å beskytte seg mot overgrep, men også det å ikke ha kunnskap om eller muligheter til å forstå at det foregår overgrep. Sårbarheten er avhengig av funksjonsnedsettelsen og kan derfor variere fra person til person. Denne sårbarheten kan både ha opphav i fysisk funksjonsnedsettelse, manglende forståelse som følge av psykisk funksjonsnedsettelse, eller mangelfull opplæring. Avhengighet innebærer at man er avhengig av andre i dagliglivet, og i mange tilfeller er denne avhengigheten stor. I følge rapporten er det denne avhengigheten som gjør at kvinner med funksjonsnedsettelse er spesielt utsatt for gjentatt og langvarig vold. Avhengigheten blir også spesielt stor når overgriperen er den personen man er avhengig av i det daglige.

NCK (2013) omtaler også personer med intellektuell funksjonsnedsettelse spesielt. Her understrekes det at dette er en heterogen gruppe som spenner fra de som ikke er i stand til å ta egne beslutninger, til de som stort sett klarer seg på egenhånd. Mellom disse ytterpunktene kjennetegnes gruppen av å ha mindre forutsetninger for å beskytte seg selv og vanskeligheter med å tolke situasjonen rundt seg. Det fremgår også at de kan ha problemer med å uttrykke seg eller forstå at handlinger er ulovlige. Det fremgår også av rapporten at personer med intellektuell funksjonsnedsettelse er spesielt utsatt for seksuelle overgrep, men også andre former for vold. Foruten det å ha manglende evne til å forstå

voldelige situasjoner, er de spesielt utsatt som følge av at de ofte bor i selvstendige boliger, har stor selvstendighet og bevegelsesfrihet.

Sammenhenger mellom vold, rusmiddelmissbruk og psykiske lidelser

Det finnes også en rekke undersøkelser som har tatt for seg sammenhengen mellom generell rusmiddelmissbruk og vold i nære relasjoner. Gjennomgående viser litteraturen at de som utsettes for vold har høyere alkoholkonsum enn kvinner som ikke utsettes for vold. Hvorvidt dette kun er en samvariasjon eller om det er rusmiddelmissbruken som medfører vold, er imidlertid usikkert. En gjennomgang av Weaver m.fl. (2015) viser at relasjonene mellom rusmiddelmissbruk/avhengighet er gjensidig forsterkende i den forstand at rusmiddelmissbruk/avhengighet øker risikoen for å bli utsatt for vold, mens det å være utsatt for vold samtidig øker risikoen for bruk av rusmidler. Andre undersøkelser viser til at bruk av alkohol bare forekommer sammen med vold og at det er andre bakenforliggende årsaker til både rusmiddelmissbruken og voldsbruken (Costa m.fl. 2015, Salom m.fl. 2015).

Vi finner den samme problemstillingen når det gjelder forholdet mellom vold og psykiske lidelser. Spørsmålet her er om vold i nære relasjoner er årsaken til psykiske plager eller om de psykiske plagene er en risikofaktor for å bli utsatt for vold. I en dansk masteroppgave undersøkes det hvorvidt forekomsten av psykiske problemer hos voldsutsatte kvinner er en følge av å bli utsatt for vold eller en medvirkende årsak til at man utsettes for vold (Veloso 2010). Undersøkelsen viser for det første at det er en sammenheng mellom det å være kronisk engstelig/deprimert og det å være utsatt for vold. Forfatteren peker videre på at psykiske problemer er en selvstendig risikofaktor for å bli utsatt for vold, herunder partnervold. Samtidig viser undersøkelsen at det å bli utsatt for vold igjen bidrar til å forverre den psykiske helsen. Disse resultatene samsvarer også med tilsvarende internasjonale undersøkelser (Mason og Du Mont 2015).

Flere undersøkelser viser også til at kvinner utsatt for vold, i tillegg til å ha rusproblemer, også har psykiske lidelser (Mason og Du Mont 2015, Weaver m.fl. 2015). Vi kjenner imidlertid ikke til studier som spesifikt har sett på sammenhengen mellom forekomsten av psykiske plager og rusproblemer, og hvordan dette henger sammen med det å være utsatt for vold i nære relasjoner. Men uansett årsaksforbindelse, vil forekomsten av komorbiditet mellom rusavhengighet og psykiske lidelser, ha implikasjoner for oppfølgingen og behandlingen av disse personene.

3.3 Forhold som bidrar til at voldsutsatte søker/ ikke søker hjelp

Vi har også sett nærmere på de faktorene som gjør at kvinner søker krisehjelp som følge av vold i nære relasjoner, dvs. faktorer som driver kvinnen til handling (eller ikke), og på egenskaper ved tjenestetilbudet. Spørsmålet er med andre ord hvilke faktorer som gjør at kvinner tar kontakt eller lar være å ta kontakt med krisesentrene.

NOU 2003 peker på at tilgjengeligheten til krisesentertilbudet har betydning for om kvinner søker krisehjelp. Samtidig er utgangspunktet for denne rapporten at tilbudet til voldsutsatte med tilleggsproblematikk ikke er tilgjengelig eller tilstrekkelig. Herrenkohl m.fl. (2015) peker også på behovet for å sikre et system for henvisning til både rusbehandling og behandling for voldsutsatte med psykiske lidelser. Selv om tilbudssiden er mangelfull, finner vi imidlertid i litteraturen at det også er forhold i de voldsutsattes nærmiljø som begrenser eller hindrer at voldsutsatte søker hjelp.

Rambøll (2015) viser til at det ofte er utløsende faktorer i voldsforløpet som bidrar til at man bryter ut og søker hjelp. Det kan være at volden eskalerer til et visst punkt eller andre spesielle hendelser. Samtidig er det også forhold som bidrar til å hindre at man søker hjelp.

Holmberg m.fl. (2005) har i en svensk undersøkelse sett på rusmiddelavhengiges tilbøyelighet til å søke hjelp ved mishandling. Det fremgår at det ikke er spesielt for rusmisbrukende kvinner å avstå fra å søke hjelp, men for rusmiddelavhengige er reservasjonen enda større. Dette handler både om at terskelen for å søke hjelp er høyere, og at kvinnene opplever at det ikke finnes noe hjelp. Den høye terskelen innebærer bl.a. at vold oppleves å være en del av dagliglivet og anses av mange som nærmest «normalt». I følge forfatterne kan dette forstås som fortrenning eller fornektelse. Samtidig er det også slik at rusmiddelmisbruken i seg selv bidrar til at man stenger volden ute. En annen faktor er at situasjonen til disse kvinnene er såpass problematiske at volden får underordnet betydning. Et tredje forhold er oppfatningen av at kvinnene selv er medskyldig i volden som utøves. Et fjerde forhold er frykten for at kriminell virksomhet eller omsorgssvikt blir avdekket dersom de søker hjelp. Oppfatningen av at det ikke finnes hjelp bunner langt på vei i kvinnenes egne erfaringer med å bli avvist ved krisesentrene. Det fremgår også at det hersker en viss mistillit til sosialtjenesten som følge av at de tidligere kan ha blitt nektet hjelp, at det har blitt feilaktig behandlet eller at sosialtjenesten har hatt mistillit til kvinnene.

Beskrivelsen av voldsutsatte kvinner med rusproblemer viser med andre ord at tilbøyeligheten til å søke hjelp er liten, både som følge av lite motivasjon og som følge av oppfatningen av at hjelpen ikke finnes.

I en rapport fra den svenske Socialstyrelsen (2011b:45) vises det også til en undersøkelse der det fremgår at kvinner med funksjonsnedsettelse som er utsatt for vold i nære relasjoner, i liten grad har søkt hjelp. Begrunnelsene for dette er bl.a. at de bagatelliserte volden, at de følte skam og at de opplevde å være skyld i situasjonen selv. Andre i undersøkelsen pekte på at de ikke viste hvor de skulle søke hjelp eller at partneren hindret dem i å søke hjelp. I den samme rapporten vises det også til andre undersøkelser som underbygger at tilbøyeligheten til å søke hjelp er lav, samtidig som at begrunnelsene både er generelle (gjelder alle kvinner) og spesifikt knyttet til funksjonsnedsettelsen. Tilsvarende viser NCK (2013) til at kvinner med nedsatt funksjonsevne har større vansker for å bryte ut av et voldelig parforhold enn andre. Dette handler både om praktiske forhold med transport og sviktende tilgang til hjelpetilbud generelt.

I en annen undersøkelse av Gundersen m.fl. (2014) fremgår det at personer med nedsatt funksjonsevne – som følge av avhengigheten til hjelpesystemet – reserverer seg mot å anmelde vold eller søke hjelp. Det er flere grunner til dette. For det første er personer med nedsatt funksjonsevne som regel sterkt avhengig av hjelpeapparatet, og frykten er at eventuelle anmeldelser skal få negative konsekvenser for et videre kommunalt tjenestetilbud. For det andre fremgår det at de opplever å ikke bli trodd eller opplever å bli stemplet som en vanskelig person.

En undersøkelse av Bengtsson-Tops m.fl. (2009) viser at oppfatningene i hjelpeapparatet kan bidra til at voldsutsatte unngår å søke hjelp. Det fremgår at hjelpeapparatet ofte ikke ser eller anerkjenner volden som personer med psykiske lidelser er utsatt for. I følge forfatterne kan dette forklares av de profesjonelles holdninger, usikkerhet eller mangel på oppmerksomhet. I undersøkelsen fremkommer det også at de profesjonelle hadde en tilbøyelighet til å legge skylden på kvinnene selv. I en rapport fra NCK (2013) vises det også til undersøkelser om pekte på at de profesjonelle hadde normalisert volden som følge av at vold var et vanlig fenomen. Som en følge av dette sluttet de å reagere og agere på kvinnes historier om vold, og istedenfor så de på volden som en ingrediens i kvinnes hverdag som var vanskelig å fjerne.

En undersøkelse av Donnely (2015) støtter også opp under den undersøkelsen til Bengtsson-Tops m.fl. (2009). Denne har tatt for seg medisinsk akuttpersonells erfaringer og holdninger til voldsutsatte kvinner. Undersøkelsen viste at en stor del av de ansatte hadde erfaringer med denne gruppen. Samtidig fremgikk det av undersøkelsen at en stor del av respondentene (nesten halvparten) mente at ofrene måtte avslutte rusmiddelmissbruket før de kunne få effektiv hjelp. Undersøkelsen konkluderer med at det i hjelpeapparatet i stor grad eksisterer myter eller fordommer omkring voldsutsatte kvinner.

Generelt viser litteraturgjennomgangen at det både er forhold hos målgruppene (voldsutsatte med rusproblemer, psykiske lidelser og funksjonsnedsettelse) og egenskaper ved selve tjenestetilbudet som begrenser tilbøyeligheten til å søke hjelp hos krisesentrene eller annen hjelp. Det er derfor rimelig å anta at det er et større hjelpebehov hos disse gruppene enn det den konkrete etterspørselen etter hjelp skulle tilsi.



4 Tilbudet ved krisesentrene i de skandinaviske landene

4 Tilbudet ved krisesentrene i de skandinaviske landene

Formålet med dette kapitlet er å gi en kort oversikt over krisesentertilbudet i de skandinaviske landene generelt, men i Norge spesielt. Dette innbefatter en kort innledning om lovregulering av krisesentrene, hvordan krisesentrene har blitt profesjonalisert, profilen på og endring av krisesentrenes brukere, og en oversikt over hva krisesentrene tilbyr.

Gjennomgangen viser for det første at krisesentrene opererer med et sett kjernetjenester iht. lovtteksten som grovt sett består av et skjermet botilbud, råd og veiledning, samt formidling av kontakt med øvrig hjelpeapparat. Vi ser også at disse hovedtypene av tilbud kan ha ulikt omfang og ta ulike former ved krisesentrene.

For det andre viser gjennomgangen at krisesentrene i løpet av årene har endret seg på flere måter. En viktig del av denne endringsprosessen er lovreguleringen av krisesentertilbudet i 2010. Vi ser samtidig at krisesentrene profesjonaliseres gjennom faste ansettelses og ansettelses av fagutdannet personell. I tillegg har også brukergruppene endret seg – med den konsekvens at tilbudet også har endret seg. Bl.a. ser vi at andelen innvandrerkvinner har økt betraktelig de senere årene, samtidig som at menn har blitt en ny målgruppe. Begge disse gruppene har resultert i tilpasninger ved krisesentrene. Mens innvandrerkvinnene kanskje først og fremst har bidratt til å endre tjenestetilbudet (bl.a. tolketilbud) har menns inntreden bidratt til endringer i utformingen av de fysiske lokalene eller til bruk av alternative botilbud. Men mye tyder på at tilbudet varierer en del mellom krisesentrene. I neste kapittel skal vi også se at dette er tilfellet for tilbudet til voldsutsatte med rusproblemer, psykiske lidelser og funksjonsnedsettelse.

4.1 Bakgrunn

Krisesentrene i de tre nordiske landene har alle felles opphav i kvinnebevegelsen på 1970-tallet. I utgangspunktet oppstod det som allaktivitetshus, men fikk tidlig både krisetelefoner og boliger for kvinner utsatt for vold. Krisesentrene var opprinnelige drevet av frivillige, men har senere gjennomgått en institusjonaliseringsprosess i form av at de organiserte seg i sammenslutninger, ble mer profesjonalisert og ble underlagt offentlig finansering, administrasjon og lovregulering. Disse prosessene har også bidratt til at krisesentrene i de tre landene har utviklet seg noe ulikt.

I Norge ble virksomheten til krisesentrene lovregulert først i 2010. I loven heter det at kommunene skal sørge for et krisesentertilbud til personer som utsettes for vold eller trusler om vold i nære relasjoner. I Norge omfatter loven både kvinner, menn og barn som er utsatt for vold eller trusler i nære relasjoner. Krisesentertilbudet skal i tillegg til å inneholde heldøgns, midlertidig botilbud, også omfatte et dagtilbud, tilbud om råd og veiledning per telefon og oppfølging i reetableringsfasen. På samme måte som i Danmark og Sverige, inneholder loven også en paragraf om samordning av tjenester. Her står det at kommunen skal sørge for oppfølging gjennom samordning av tiltak mellom krisesentertilbudet og andre

deler av tjenesteapparatet, og at individuell plan kan inngå som et ledd i denne samordningen (mer om dette i delrapport 1b, Lov- og regelverkskartlegging).

I Sverige er det i sosialtjenesteloven en generell bestemmelse (brottsoffeparagrafen) om å sikre personer med behov for beskyttelse. Det er altså ikke noe egen lov eller lovparagraf som regulerer krisesentrene (kvinnojour eller skyddat boende). Derimot finnes det en egen forskrift om vold i nære relasjoner hvor det fremgår at sosialnemden skal tilby støtte og hjelp i form av «tilfeldig boende» eller «skyddat boende» (Socialstyrelsen 2014). Dette omfatter også medfølgende barn. Forskriften regulerer for øvrig både sosialtjenesten og helsetjenestens ansvar overfor voldsutsatte i nære relasjoner. For å sikre samordningen av ulike tjenester, heter det i forskriftens § 8 at kommunen og landstinget sammen skal opprette en individuell plan dersom den enkelte har behov for innsatser både fra sosialtjenesten og helsetjenesten (§ 8).

I Danmark ble det innført bestemmelser om krisesentervirksomhet i lov om social service fra 2004, og fra 2007 har kommunene hatt det lovpålagte ansvaret for denne tjenesten. I lovens § 109 står det at kommunalbestyrelsen skal tilby midlertidig opphold i boformer til kvinner som har vært utsatt for vold, trusler om vold eller tilsvarende krise i relasjon til familie- og samlivsforhold. I loven står det også at kommunen skal tilby innledende og koordinerende støtte og veiledning til voldsutsatte kvinner i midlertidige boformer. Slik rådgivning skal gis i forhold til bolig, økonomi, arbeidsmarked, skole, daginstitusjoner, helsevesen m.v. I tillegg skal kommunen også tilby psykologhjelp til medfølgende barn inntil et visst antall timer.

I alle de tre skandinaviske landene er krisesentertilbudet et kommunalt ansvar som minst skal innbefatte midlertidig bolig, råd og veiledning og en forpliktelse for kommunen til å samordne ulike tjenestebehov. Både i norsk og svensk regelverk vises det til individuell plan som et virkemiddel for å samordne ulike tjenester. I dansk lovgivning har kommunene kun et driftsansvar og skal utvikle kvalitetsstandarder for krisesentrene, herunder utforme en servicedeklarasjon som informerer om tjenestene ved krisesentrene. Fra 2014 ble imidlertid ansvaret for godkjenning og tilsyn av tjenesteinnholdet i Danmark lagt til en egen uavhengig godkjenning- og tilsynsordning.

Finansieringen av krisesentrene er noe ulik i de tre skandinaviske landene. I Norge inngår finansieringen i rammetilskuddet til kommunene, mens i Danmark er det en statlig øremerket subsidiering av de kommunale utgiftene (50%). I Sverige finner vi både kommunalt finansierte krisesentre kombinert med brukerbetaling, og privat drevet krisesentre som kun er finansiert med brukerbetaling.

4.2 Bemanning

I følge Bufetats krisesenterstatistikk for 2015 er det 46 krisesentre i Norge. Statistikken viser også at det er omtrent 600 ansatte, hvorav 1/3 – 33 prosent – var heltidsansatte (totalt i underkant av 400 årsverk). Statistikken over ansettelsesforhold og de ansattes utdanningsbakgrunn viser at bemanningen ved krisesentrene har blitt mer profesjonalisert de senere årene. For det første har andelen frivillige gått betydelig ned fra 2010 til 2015. I 2015 var det i alt bare 58 frivillige ved krisesentrene, noe som utgjør i underkant av 10 prosent av totalt antall ansatte og frivillige, og omtrent 5 prosent av antall årsverk.

Tilsvarende ser vi at utdanningsnivået til de ansatte har økt betydelig. I 2010 var andelen med universitets- og høyskoleutdanning 42 prosent, mens den i 2015 var på 57 prosent.

4.3 Brukerne av krisesentrene

Det er to typer bruker av krisesentrene, dagbrukere og beboere. De siste årene har det vært rundt 2000 beboere på krisesentrene, mens det har vært omtrent 2400 dagbrukere. Dagbrukerne står årlig for omtrent 9500 dagbesøk. En stor del av dagbrukerne hadde tidligere opphold på et krisesenter (30 prosent av dagbrukerne, og 50 prosent av dagbesøkene), noe som indikerer at dagbrukerne benytter krisesentertilbudet som en oppfølgingsinstans (Bufetat 2016).

Krisesentrene har gjennomgått store endringer siden etableringen på 1980-tallet. Dette fremgår også av statistikken over brukergruppene. Et eksempel er menn som brukergruppe. Disse utgjør en forholdsvis liten, men økende andel av beboerne ved krisesentrene. I 2015 utgjorde menn 6,5 prosent av beboerne. Brukere med innvandrerbakgrunn har også økt betydelig de senere årene, men utgjør en langt større andel enn menn. I 2005 utgjorde kvinner med innvandrerbakgrunn omtrent halvparten av brukerne, mens de i 2015 utgjorde en andel på omtrent 2/3 – drøye 65 prosent.

Endringen av krisesentrenes brukergrupper har også bidratt til å påvirke sentrenes tilbud. I følge en rapport fra Nordisk ministerråd (2008) har tilbudet blitt mer tilgjengelig for minoritetskvinner ved å fjerne unødvendige barrierer, ved å tilby mer tilrettelagt hjelp, og ved å organisere hjelpearbeidet både som særtiltak og fellestiltak. Et konkret tiltak er bl.a. tolketjenesten som ser ut til å ha blitt et fast tilbud ved de fleste tjenestene etter at krisesenterloven trådte i kraft (Bakketeig 2014: 96). Tilsvarende har menn som en brukergruppe bidratt til at botilbudet har blitt utvidet. NOVAs evaluering av implementeringen av krisesenterloven viser at tilbudet til menn er mangfoldig og innbefatter i stor grad boligtilbud utenfor de tradisjonelle kvinnesentrene, herunder eget hus, hybel, hotell/motell (Bakketeig 2014:84).

Selv om NOVAs evaluering av implementeringen av krisesenterloven konkluderer med at voldsutsatte med rusproblemer, psykiske problemer og funksjonsnedsettelse i liten grad får et tilbud ved krisesentrene, er disse gruppene også brukere av krisesentrene. I følge Bufetats statistikk fra krisesentrene fremgår det at 18 prosent av brukerne hadde en funksjonsnedsettelse i 2015. Med funksjonsnedsettelse menes da både fysisk og psykisk nedsatt funksjonsevne, noe som vil innbefatte både psykiske lidelser, kroniske sykdommer, utviklingshemning eller kognitive vansker.

Blant de med nedsatt funksjonsevne utgjør den største gruppen personer med psykiske lidelser (dvs. med diagnose). Av de totalt 18 prosentene med nedsatt funksjonsevne, utgjør de med psykiske lidelser omtrent halvparten (ca. 9 prosent av alle brukere). Personer med kroniske sykdommer utgjør den nest største gruppen og omfatter omtrent 25 prosent av de med nedsatt funksjonsevne (4,3 av alle). Personer med psykisk utviklingshemning/kognitiv svikt utgjør 7 prosent (1,3 prosent av alle), og personer med nedsatt syn og hørsel utgjør til sammen 7 prosent (1,3 prosent av alle). I statistikken er det også en forholdsvis stor andel med annen funksjonsnedsettelse (20 prosent). I statistikken opplyses det at det her inngår en del med psykiske plager. Dette fordi kategoriseringen av psykiske lidelser

forutsetter at brukerne har fått en diagnose. I statistikken finnes det ingen registreringer på rusproblematikk.

En sammenligning av krisesenterstatistikken med tilsvarende tall fra Arbeidskraftundersøkelsen som omfatter et utvalg av hele befolkningen, viser at personer med funksjonsnedsettelse ikke er vesentlig overrepresentert på krisesentrene. Mens andelen med funksjonsnedsettelse er 18 prosent blant brukerne av krisesentrene, er tilsvarende andel med funksjonsnedsettelse i befolkningen som helhet på 16,6 prosent (15-66 år).

4.4 Hva tilbyr krisesentrene?

I følge krisesenterloven skal krisesentertilbudet omfatte et: a) Heldøgns, trygt og midlertidig botilbud, b) et gratis dagtilbud, c) et tilbud om råd og veiledning per telefon, og d) oppfølging i reetableringsfasen. Det siste punktet handler om oppfølging gjennom samordning av tiltak mellom krisesentertilbudet og andre deler av tjenesteapparatet (jf. § 4).

I litteraturen finner vi ulike beskrivelser av det faktiske tilbudet ved krisesentrene. Disse er langt på vei sammenfallende, men varierer i detaljeringsgraden.

I en rapport fra Vista Utredning (2001) finner vi at krisesentertilbudet deles inn i fem kategorier (gjengitt i NOU 2003:31, s. 80):

1. Telefonvakt – krisetelefon
2. Opphold for kvinner og barn i en krisesituasjon, samt bistand til kontakt med hjelpeapparatet
3. Tilbud til barn som kommer til krisesentrene i følge med sine mødre
4. Dagtilbud og andre tilbud til brukere
5. Utadrettet virksomhet i form av opplæring og informasjon til hjelpeapparatet og til publikum, offentlige myndigheter, osv.

Jonassen m.fl. (2008) opererer i utgangspunktet med en grov tredeling av tjenestetilbudet ved krisesentrene: (1) tilbud om overnatting, (2) råd og veiledning, og (3) kontaktformidling til hjelpeapparatet. Aanerød (ukjent år) utdyper også et viktig aspekt ved overnattingstilbudet, nemlig at det skal være bolig med skjerming og beskyttelse.

Råd og veiledning er en romslig kategori som inneholder mange ulike tjenester. For det første ytes dette både per telefon, som et tilbud til dagbrukere og et tilbud til beboere (både under og etter opphold). Det fremgår også at mange krisesentre tilbyr samtaler med barn. Råd og veiledning kan også ha mange former, både grupper, individuelt, i form av kurs, og hjemmebesøk (etter opphold ved krisesenter). Det viser seg også at råd og veiledning kan inneholde mer strukturerte eller manualbasert metodikk (f.eks. ICDP, LØFT, IRTS og OTT).

Det fremgår også at kontaktformidling til hjelpeapparatet innbefatter flere funksjoner, herunder det å være koordinator for brukerne, være deltaker i ansvarsgrupper eller bistand til nettverksarbeid både under og etter oppholdet. Kontaktformidling innebefatter også

formelle rutiner for samarbeid og samarbeidsavtaler med ulike instanser som f.eks. politi, barnevern og lege. Av oversikten fremgår det også at de fleste krisesentrene også gir opplæring til eller driver informasjonsvirksomhet overfor hjelpeapparatet eller publikum generelt.

I Bufdirs statistikk over krisesentrene finner vi også en mer spesifisert beskrivelse av tilbudet. Her fremgår det at tilbudet ved de fleste krisesentrene innbefatter kartlegging av hjelp-/ beskyttelsesbehov, planlegging, bistand til å etablere kontakt med andre tjenester, og hjelp til å finne varige boligløsninger. Det fremgår også at krisesentrene bistår med oppfølging i form av dagtilbud etter krisesenteropphold. I tillegg skal krisesentertilbudet i Norge også ha tilbud til medfølgende barn. I følge Bufetat (2016) omfatter dette bl.a. systematisk kartlegging av hjelpe- og beskyttelsesbehov, plan for oppfølging og samtaletilbud.

Vi ser her at de ulike beskrivelsene av tjenestetilbudet langt på vei er sammenfallende og faller inn under en tredeling med bolig, råd/veiledning, og kontakt med øvrig tjenesteapparat. Det betyr at sentrene tilbyr alle disse tre funksjonene i en eller annen form. Samtidig fremgår det også at tilbudet innenfor disse tre kategoriene varierer mellom krisesentrene. Disse variasjonene ser ut til å gjelde både før og etter innføringen av krisesenterloven. I følge en rapport fra RVTS – Sør (2011) definerer også krisesentrene sin rolle ulikt. Mens noen definerer seg som en «nødhavn», vil andre ha et mer helhetsperspektiv med tilbud om mer langvarig støtte og behandling.

I Danmark og Sverige er kjernetjenestene ved krisesentrene omtrent lik den vi finner i Norge. Samtidig ser vi at problemstillingene rundt voldsutsatte i nære relasjoner og med spesielle behov, er like i de tre skandinaviske landene. Danmark skiller seg imidlertid noe fra de to øvrige landene ved at tilbudet ikke omfatter menn. I følge en gjennomgang fra den danske Riksrevisjonen er alternativet for menn å søke om opphold på forsorgshjem (etter servicelovens § 110).



5 Krisesentertilbudet til voldsutsatte med tilleggsproblematikk

5 Krisesentertilbudet til voldsutsatte med tilleggspromblematikk

I NOVAs evaluering av kommunenes implementering av krisesenterloven fremgår det at krisesentrene har to måter å håndtere brukere med spesielle behov (Bakketeig m.fl. 2014). Mens noen sentre strekker seg for å ta inn så mange som mulig, vil andre sentre avvise dem og heller henvise direkte til andre tjenester (s.13). Dette bildet samsvarer også med rapporten fra RVTS – Sør (2011) som viser at krisesentrene definerer sin rolle ulikt. Noen definerte seg som «nødhavn» for voldsutsatte kvinner, mens andre definerte seg mer som en bistands- og oppfølgingsarena med mål om langvarig opphold med ulike støtte- og behandlingstilbud integrert.

Dette viser at vi kan tilnærme oss problemstillingen i rapporten fra to innfallsvinkler. Den ene er å ta utgangspunkt i de variasjonene i tilbudet vi finner mellom krisesentrene. Noen går åpenbart lengre i å ivareta de utsatte målgruppene enn andre krisesentre. Læringspotensialet ligger således i å identifisere hvordan disse krisesentrene håndterer de utsatte gruppene. Den andre innfallsvinkelen er å se nærmere på hvordan krisesentrene samhandler med øvrig tjenestetilbud i kommunen.

Det fremgår av gjennomgangen at krisesentertilbudet har vært mangelfullt for målgruppene for dette prosjektet – voldsutsatte med tilleggspromblematikk – selv etter at krisesenterloven trådte i kraft. Av de som blir avvist ved krisesentrene i Norge, utgjør personer med rusproblemer eller tyngre psykiske lidelser hele 75 prosent. Det er flere årsaker til dette, bl.a. mangelfulle lokaler, ressursknapphet, manglende samarbeid med andre kommunale/statlige tjenester, og mangelfull kompetanse. Det fremgår også av litteraturen at det er usikkerhet knyttet til ansvaret krisesentre har for disse gruppene. Krisesentertilbudet til voldsutsatte med funksjonsnedsettelse ser ut til å være noe bedre, men tilbudet er også mangelfullt overfor denne gruppen. Her ser vi at det varierer en god del mellom krisesentrene hvor godt tilpasset de er til å ta imot personer med funksjonsnedsettelse.

Krisesentertilbudet til voldsutsatte med rusproblemer, psykiske lidelser og funksjonsnedsettelse i Sverige og Danmark ser ut til å være like mangelfullt som i Norge. Litteraturen fra de to landene peker på mye av de samme utfordringene som i Norge.

Det fremgår likevel at noen krisesentre har et bedre tilpasset tilbud enn andre, både i forhold til praktiske tilpasninger og samarbeid med øvrige tjenester. Dette illustrerer både at tilbudene varierer mellom krisesentrene, og at voldsutsatte med spesielle behov ikke er homogene grupper. Krisesentrene er åpenbart i stand til å ta imot noen av disse, men ikke andre. Av målgruppene vi er opptatt av her, ser det ut til at det er personer med rusproblemer som i minst grad har et tilbud ved krisesentrene.

Gjennomgangen av litteraturen viser at de krisesentrene som er mest tilbøyelige til å ta imot voldsutsatte med tilleggspromblematikk, kjennetegnes av å ha god kompetanse, har et operativt dagtilbud (ambulerende tjeneste), har tilpasset bygningsmessige forhold til personer med funksjonsnedsettelse (spesielt rullestoler), åpner for at brukere kan benytte

personlig assistent på krisesentret, og at de har tilbud om egne leiligheter/hybler adskilt fra fellesområdene.

Kapittelet inneholder også en kort oversikt over mer spesialiserte krisesentertilbud til personer med spesielle behov, i hovedsak rusproblemer. Eksempler på dette finner vi både i Norge, Sverige og Danmark. Vi ser også at det varierer hvorvidt de tilbyr et rent spesialisert krisesentertilbud, eller om de også tilbyr en form for behandling. Det betyr at også slike tilbud i varierende grad vil være avhengig av samarbeid med mer spesialiserte kommunale eller statlige tjenester.

5.1 Tilbudet til utsatte grupper ved norske krisesentre

Krisesentre med tilbud til voldsutsatte med tilleggspromblematikk

I følge Bufirs krisesenterstatistikk er det et fåtall av krisesentrene som oppgir at de har tilbud til personer med psykisk utviklingshemming, psykiske lidelser og kjent rusproblematikk (Bufdir 2016). Av de 46 krisesentre som rapporterte tall for 2015, er det henholdsvis 13, 10 og 8 som har et tilbud til kvinner med denne typen tilleggspromblematikk. Det er videre et fåtall krisesentre som oppgir at de ikke har tilbud til disse gruppene (hhv 3, 3, og 8). De fleste krisesentrene oppgir imidlertid at de vurderer å ta inn grupper med tilleggspromblematikk. Antakeligvis handler dette om at hver enkelt sak vurderes skjønnsmessig etter tilleggspromblematikkens alvorlighet og situasjonen ved krisesentret. Statistikken til Bufdir (se tabell på neste side) viser omtrent det samme mønstret for menn som for kvinner, men her er det flere krisesentre som oppgir at de ikke har tilbud til menn med tilleggspromblematikk. Situasjonen er noe annerledes med personer med fysisk funksjonsnedsettelse. Her ser vi av statistikken at det er 31 av 46 krisesentre som oppgir at de har et tilbud til kvinner, mens det er tilsvarende 13 krisesentre som oppgir at det vurderes etter situasjonen. For menn er det 11 krisesentre som oppgir å ha et tilbud, 5 at de ikke har et tilbud og 26 vurderer tilbudet etter situasjonen.

Gjennomgående viser altså statistikken at de fleste krisesentre vurderer tilbudet til de aktuelle målgruppene ut fra situasjonen. Det tyder samtidig på at en del av disse blir avvist ved krisesentrene. I følge Meld. St. 15 (2012-13) utgjør personer med psykiske lidelser og rusproblematikk omtrent 75 prosent (44 prosent med psykiske problemer og 28 med merkbare rusproblemer) av de 15 prosent som blir avvist ved krisesentrene. Vi har ikke tilsvarende statistikk som viser i hvilken grad personer med funksjonsnedsettelse blir avvist. Men ifølge Gundersen (2014) har brukerne av krisesentrene med funksjonsnedsettelser holdt seg relativt stabilt på 6-7 prosent i årene 2009-2012. Dette viser at det tross alt finnes et tilbud for denne gruppen ved krisesentrene, men at dette enten varierer mellom sentrene eller at det bare omfatter visse typer funksjonsnedsettelse.

Tabell 5.1: Krisesentertilbud til personer med tilleggspromblematikk. Kilde: Bufdir 2016.

	Tilbud til kvinner (N=46)			Tilbud til menn (N=43)		
	Ja	Nei	vurderes	Ja	Nei	vurderes
Personer med fysisk funksjonsnedsettelse	31	2	13	11	5	26
Personer som er psykisk utviklingshemmet	13	3	30	6	8	29
Personer med kjent psykisk lidelse	11	3	33	7	7	29
Personer med kjent rusproblematikk	8	8	30	3	11	29

Tilbudet til voldsutsatte med rusproblemer og psykiske lidelser

Litteraturgjennomgangen viser at et manglende krisesentertilbud til personer med rusproblemer eller psykiske lidelser lenge har vært på dagsorden. Dette påpekes bl.a. i NOU 2003:31 (s.83) der det fremgår at spesielt kvinner med rusproblemer ikke har et tilstrekkelig tilbud. Utvalget viser videre til Jonassen og Stefansen (2003) som hevder at disse kvinnene, som i særlig grad har behov for krisehjelp, i praksis ikke har noe tilbud som er spesifikt rettet inn mot å avhjelpe problemer knyttet til den volden de er utsatt for. Utvalget mener samtidig at krisesentrene ikke er et egnet sted for kvinner med rusproblemer, bl.a. på grunn av øvrige beboere, hensynet til barna, og som følge av at personalet mangler kompetanse om disse gruppene. Utvalget nevner ikke kvinner med psykiske lidelser som en egen gruppe med særskilte behov.

Nyere litteratur viser at krisesentertilbudet til personer med psykiske lidelser og rusproblematikk fremdeles er mangelfullt etter at krisesenterloven trådte i kraft. I en rapport fra RVTS – Sør (2011) har de sett nærmere på årsakene til at krisesentrene avviser de to gruppene. I følge rapporten var grunnene til avvisningen i hovedsak:

- Mangel på kunnskap, kompetanse og erfaring i å håndtere komplekse problemstillinger som kjennetegner disse brukergruppene
- Mangelfulle lokaler til å skjerme personer med «utagerende» atferd
- Manglende ressurser i form av kapasitet og bemanning
- Manglende samarbeid mellom krisesentrene og eksterne aktører med nødvendig kompetanse
- Holdninger, tradisjoner og lokale kulturer på krisesentrene

Når det gjelder det første punktet, vises det til at krisesentrene bygger mer på realkompetanse om tradisjonelle brukere enn på formalkompetanse. I følge rapporten

mangler derfor mange krisesentre spesifikk kunnskap på fagområdene psykisk helse og rusavhengighet, noe som er nødvendig for å gi trygghet både til personalet og beboere.

Det andre punktet handler i første rekke om å skjerme barna fra brukere med rusproblemer eller psykiske lidelser, men også manglende fysiske muligheter til å utforme skjermede enheter for de aktuelle gruppene. Aanerud (ukjent år) hevder også at tilbudet til rusmiddelavhengige i praksis ofte er ubeskyttede boliger og i verste fall en campingvogn uten noen form for beskyttelse.

Det tredje punktet om ressurser dreier seg om at kvinner med rusproblemer og psykiske lidelser oppfattes å være langt mer ressurskrevende enn andre, mer tradisjonelle brukere. Med andre ord synes ekskluderingen av disse gruppene også å handle om prioritering innenfor gitte rammer.

Det fjerde punktet relateres til at det å hjelpe disse gruppene forutsetter samarbeid med andre hjelpeinstanser, og at slikt samarbeid ofte er personavhengig og tilfeldig, mer enn at det bygger på formelle systemer for samarbeid. Det betyr også at samarbeidsrelasjonene varierer mellom krisesentrene.

Det femte og siste punktet viser til tradisjoner ved krisesentrene, og til at enkelte grupper faller utenfor som følge av at de ikke passer inn i den eksisterende forståelsen av krisesentrene. Det er rimelig å anta at slike bakenforliggende tradisjoner og holdninger bidrar til å fremtone de fire øvrige begrunnelsene. Rapporten til RVTS – Sør ble utformet samtidig som krisesenterloven ble utformet. Resultatene kan således være preget av en periode hvor krisesentrene fremdeles var uavhengig av kommunen.

NOVAs evaluering av implementeringen av krisesenterloven (Bakketeig m.fl. 2014) peker imidlertid på noen av de samme utfordringene som vi finner i rapporten til RVTS – Sør. Selv om evalueringen konkluderer med at kommunene i stor grad oppfyller loven når det gjelder tilbudet som gis av og på krisesentrene, fremgår det også at de i liten grad oppfyller lovens krav om å ha et krisesentertilbud til grupper med tilleggsproblematikk. Dette omfatter bl.a. voldsutsatte med rus- og/eller psykiske problemer. I følge evalueringsrapporten får disse gruppene verken tilbud i krisesentrene eller av andre tjenester i kommunen. Evalueringen peker også på at kommunene ikke er i mål med å samordne hjelpetiltak for voldsutsatte i en sammenhengende tiltakskjede, og at ansvarsforholdet i reetableringsfasen er uklart. Følgende punkter oppsummerer konklusjonene for voldsutsatte med tilleggsproblematikk:

- Det hersker usikkerhet i kommunene om hvor i systemet brukerne med psykiske lidelser eller rusproblematikk hører hjemme
- Praksisen varierer mellom kommunene i den forstand at noen krisesentre forsøker å ta inn brukere med tilleggsproblematikk, mens andre sluser dem videre

I den norske litteraturen er det i liten grad beskrevet hvordan et tilbud til personer med rusproblematikk eller psykiske lidelser kan utformes innenfor de eksisterende krisesentrene. Ett unntak er Aanerød (ukjent år) som har beskrevet tilbudet til voldsutsatte rusmiddelavhengige i Østfold. Rapporten viser til at det ikke finnes noe eget tilpasset tilbud til denne gruppen, men at enkelte kommuner likevel har et tilbud ved å tilby boliger,

leiligheter eller tilsvarende. Oversikten viser imidlertid ikke hvordan sikkerheten er ivaretatt i disse boligene, eller hva slags annet tilbud som tilbys disse beboerne.

Tilbudet til voldsutsatte med nedsatt funksjonsevne

NKVTS (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress) utarbeidet i 2010 en kunnskapsstudie om vold mot kvinner med nedsatt funksjonsevne (Olsvik 2010). En konklusjon i rapporten er at kommunene i liten grad hadde særskilte tiltak for denne gruppen, og at ikke alle krisesentrene var tilgjengelige for kvinner med nedsatt funksjonsevne. Rapporten anbefaler at det gjennomføres en nærmere kartlegging av både hjelpebehovene til kvinner med nedsatt funksjonsevne og hjelpetilbudet ved krisesentrene og i kommunene. Denne konklusjonen og anbefalingen bygger på litteratur fra før krisesenterloven trådte i kraft.

En undersøkelse av NOVA fra 2014 (Gundersen m.fl. 2014) konkluderer imidlertid også med at tjenestetilbudet til volds- og overgrep utsatte personer med nedsatt funksjonsevne har store mangler, og at det over tid har skjedd lite bedringer. Hovedutfordringen er at mange krisesentre ikke er universelt utformet. Dette gjelder både tilrettelegging av fysisk utforming og tilrettelegging av informasjonen om krisesentrene. Spesielt vises det til utfordring med sikkerheten i forhold til brann og innbrudd. En annen utfordring er at krisesentrene forutsetter at beboerne er selvhjulpne når det gjelder innkjøp, matlaging og renhold. Rapporten peker også på at kommunene har ansvar for å sikre et helhetlig tilbud til disse brukerne, og at aktuelle løsninger for dette er å etablere samarbeidsrutiner med andre kommunale tjenester eller bruke kommunens koordinerende enheter. Dessuten peker rapporten på at det er behov for å styrke kunnskapen om vold i nære relasjoner innenfor øvrige kommunale tjenester.

Også NOVAs evaluering av implementeringen av krisesenterloven (Bakketeig m.fl. 2014) omtaler tilbudet til personer med nedsatt funksjonsevne. Her fremgår det at det varierer mellom kommunene hvorvidt krisesentertilbudet er tilpasset voldsutsatte med fysiske funksjonsnedsettelse. Dette gjelder både fysisk tilpasning av lokaler til rullestolbruk og tilbud om døvetolk.

Bufdirs statistikk viser at flere krisesentre i Norge har tilpasset lokalitetene til personer med fysisk funksjonsnedsettelse (Bufdir 2016). Dette varierer, men en stor del av krisesentrene har ifølge statistikken handikaptoalett, trinnfri adkomst og rullestolrampe. Det er imidlertid færre som f.eks. har automatisk døråpner, trappeheis, hørselsslynge. Det interessante med statistikken er likevel at vi finner variasjoner mellom sentrene og at noen har tilpasset tilbudet bedre enn andre.

Litteraturen, som er omtalt over, tar primært for seg personer med nedsatt fysisk funksjonsnedsettelse og i liten eller mindre grad personer med psykisk funksjonsnedsettelse. Det er derfor noe uklart hvorvidt personer med psykisk funksjonsnedsettelse representerer spesielle utfordringer og eventuelt hva dette består i.

5.2 Spesialiserte krisesentertilbud

Vi har over sett på krisesentertilbudet til personer med spesielle behov med utgangspunkt i eksisterende tilbud ved krisesentrene og hvordan disse har tilpasset eller utvidet tjenestetilbudet til de aktuelle målgruppene. I denne delen har vi gjennomgått litteratur som omhandler etableringen av mer spesialiserte tilbud til målgruppen. Med spesialiserte tilbud menes da at krisesentrene/krisesentertilbudet er forbeholdt voldsutsatte med spesielle behov.

I RVTS – Sør sin rapport om krisesentertilbudet til psykisk syke og rusmiddelmissbrukende kvinner vises det til eksempler på *alternative botilbud* i enkelte kommuner (RVTS – Sør 2011). Dette omfatter bl.a. et samarbeid mellom Oslo kommune og Kirkens bymisjon som innbefatter tilbud om bolig og overnatting for rusavhengige kvinner. Andre eksempler er Kirkens bymisjon med tilsvarende tilbud i Tønsberg og Tromsø, samt et tilbud Blå Kors har i Fredrikstad. Det fremgår ikke nærmere hva disse tilbudene inneholder, hvorvidt de inneholder tradisjonelle krisesentertjenester, og hva det eventuelt består av.

Rapporten til RVTS – Sør nevner også Heidrunsentret i Trondheim. Dette er et kommunalt lavterskeltilbud som tilbyr *overnatting i skjermede omgivelser for kvinner med rusproblematikk*. Ifølge en masteroppgave fra det juridiske fakultet i Bergen, finnes det kun tre slike tilbud som er forbeholdt kvinner (Juridisk fakultet-UiB 2015).¹ Foruten Heidrunsentret i Trondheim, er dette Thereses Hus som driftes av Oslo kommune, og Babettes hus i Kristiansand (driftes av Kirkens Bymisjon på vegne av kommunen). På hjemmesiden til Thereses hus står det at målgruppen er voldsutsatte kvinner som ikke får tilbud ved vanlige krisesentre på grunn av omfattende rusmiddelmissbruk. I følge årsmeldingen til Kirkens Bymisjon i Kristiansand drives Babettes hus i samarbeid med krisesentret. Rapporten til Aanerud (ukjent år) omtaler også flere av de samme tilbudene.

I Danmark viser Rambølls evaluering (2014a:92) at kvinner med tilleggsproblematikk som rus og psykiske lidelser, og som ikke kan tas inn på krisesentrene, gjennomgående henvises videre til sosialtjenesten og til ordningen med forsorgshjem (§110). Forsorgshjem innebærer tilbud om midlertidig bolig og oppfølging. I følge en rapport fra Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integrasjon og Sociale forhold (2015) kjennetegnes beboerne på forsorgshjemmene av å ha komplekse problemer med f.eks. rusmiddelmissbruk, fysiske og psykiske sykdommer og svak tilknytning til arbeidsmarkedet. En vesentlig forskjell mellom forsorgshjemmene og krisesentrene er at tilbudet ved krisesentrene innebærer sikkerhetsforanstaltninger for kvinnen og overfor voldsutøver.

Rambølls evalueringsrapport (2014a) viser også til Hanne Mariehjemmet som er et spesialtilpasset krisesentertilbud til kvinner med rusproblemer. På krisesentrets hjemmeside står det at krisesentret er et tilbud til marginaliserte kvinner fra misbruks- og prostitusjonsmiljøet. Videre heter det at formålet er å tilby beskyttelse, omsorg, behandling, skadereduksjon og sosialfaglig støtte i en avgrenset periode. Mariehjemmet er å betrakte som et nasjonalt tilbud siden det er åpent for alle uavhengig av bosted. Kapasiteten begrenser seg imidlertid til 8 plasser. I følge en tilsynsrapport fra 2012 fremgår det at Mariehjemmet er definert til å være et krisesenter med kort oppholdstid (14 dager) og uten

¹ Publikasjonens forfatter har kun et kandidatnummer (177), og er ikke identifisert med navn.

særskilt behandlingstilbud.² Det fremgår likevel at sentret tilbyr praktisk bistand eller en form for veiledning i løpet av de 14 dagene beboerne kan være på sentret.

I følge den svenske Socialstyrelsen (2011b:61) har det de senere årene også i Sverige blitt utformet krisesentertilbud til kvinner med rusproblemer. I følge rapporten gir disse virksomhetene støtte i form av både skjermede boliger, dokumentasjon av skader, støtte- og motivasjonssamtaler, rådgivning, hjelp til politianmeldelse, støtte til å kontakte andre offentlige tjenester og annen praktisk hjelp. Men ifølge rapporten er flere av disse tilbudene opprettet med prosjektmidler, noe som innebærer at det gjerne oppstår usikkerhet omkring tilbudet når prosjektperioden er over.

Et svensk eksempel på et slikt prosjekt er utformet av virksomheten Öppen Gemenskap (ÖG) som yter tjenester til voldsutsatte kvinner med tilleggsproblematikk (rusmidler, psykiske lidelser og hjemløshet). En av virksomhetene i ÖG er Mobila Ture som har til oppgave å løse akutte bostedsproblemer. Formålet er å finne individuelt tilpassede og langsiktige boligløsninger. I 2009 startet ÖG et prosjekt rettet mot voldsutsatte kvinner med rusproblemer og psykiske lidelser. Innholdet bestod av et botilbud (i familiehjem eller bolig med personalstøtte), motivasjonsarbeid, nettverksarbeid og oppsøkende virksomhet i ettertid (for de som går tilbake til opprinnelig familie/miljø). Ut over det å dekke akuttbehovet, skulle målgruppen motiveres til å bli rusfri, inngå i et langsiktig tjenestetilbud samt få tilgang til sikker og langsiktig bolig. Målet var med andre ord å bistå i å få varige rehabiliteringsløsninger på plass for beboerne.

Vi er også kjent med at det i Sverige finnes et spesialisert krisesenter for døve og hørselsskadede (Härnösands Kvinnojour för döva och hörselsskadede) som tilbyr overnatting, råd og støtte av personer som kan døvespråk.³ Vi er imidlertid ikke kjent med hva slags øvrige tjenester krisesentret tilbyr.

Som vist over finnes det både i Norge, Sverige og Danmark spesialiserte krisesentre for rusmiddelavhengige, men også brukere med funksjonsnedsettelse. Det er to forhold som bør nevnes i tilknytning til disse sentrene. For det første ser vi at enkelte er prosjektbasert og vil dermed ha et midlertidig eller usikkert eksistensgrunnlag. For det andre er slike sentre lokalisert i større byer, eller de har en nasjonal rolle. Det betyr også at det for mange aktuelle brukere vil være lang reisevei til slike krisesentre.

² http://www.mariehjem.dk/hanne/?page_id=19

³ <http://www.dovjouren.com/>



6 Krisesentrenes samordning med andre tjenester

6 Krisesentrenes samordning med andre tjenester

Ansvar for å iverksette krisesenterloven er plassert i kommunene. En viktig begrunnelse for dette er bl.a. muligheten for å samordne tilbudet med andre hjelpetjenester. I lovens § 4 står det også at kommunen skal sørge for at de som er utsatt for vold i nære relasjoner skal få en *helhetlig oppfølging* gjennom samordning av tiltak mellom krisesentertilbudet og andre deler av tjenesteapparatet.

Krisesentrenes mulighet til å gi tilbud til voldsutsatte med spesielle behov, avhenger av samarbeidet med andre spesialiserte tjenester. Gjennomgående viser litteraturen at det er vanskelig å få til samordnede tjenester for disse gruppene. Evalueringen av implementeringen av krisesenterloven viser at krisesentrene er mer samordnet med øvrige kommunale tjenester etter at loven ble innført. Det er imidlertid usikkert om dette har resultert i bedre kvalitet på samhandlingen og mer samordnede tiltak.

Litteraturgjennomgangen viser også at en del krisesentre er involvert i institusjonelt samarbeid med øvrige kommunale tjenester i form av å utforme individuelle planer og å delta i ansvarsgruppemøter. I tillegg foregår det også en del uformell kontakt mellom krisesentrene og øvrige tjenester. En forutsetning for å få til et godt samarbeid er ifølge litteraturen at krisesentrene har kompetanse om det kommunale og statlige tjenestetilbudet. Erfaringer fra Danmark viser også at det å operere med egne kontaktpersoner/koordinatorer for voldsutsatt og bruk av nettverksgrupper kan være en god hjelp for å få til et samordnet tilbud. Her vises det også til erfaringer med bruk av helhetlige handlingsplaner, men i praksis ble disse i liten grad benyttet.

Til slutt i kapitlet omtales flere virkemidler for kommunal samordning. Dette er koordinerende enheter (eventuelt tjenestekontor), individuelle planer, koordinatorene og ansvarsgrupper. Alle disse samordningsmetodene vil være aktuelle i samarbeidet mellom krisesentrene og kommunale- og statlige tjenester. Erfaringen viser imidlertid at individuelle planer i liten grad benyttes, og at de vurderes som mindre nyttig enn de øvrige virkemidlene.

Vi vil i dette kapitlet peke på ulike former/mekanismer for å samordne krisesentertilbudet med andre tjenester. I tillegg er det relevant å avklare hvilke tjenester det er aktuelt å samarbeide med. Ulike karlegginger har vist at de viktigste samarbeidspartnere til krisesentrene bl.a. er NAV, politi, barnevern og bolig tjenesten. Samarbeidet med disse tjenestene vil være relevant for alle beboere, ikke bare de med spesielle behov. For de gruppene som denne rapporten omhandler, er det også aktuelt å trekke inn fastlegen, psykisk helse- og rustjenester i kommunene, foruten spesialisthelsetjenesten. Så langt vi har avdekket, er dette lite omtalt i litteraturen.

6.1 Krisesentrenes samordning med øvrige tjenester

Evalueringen til NOVA viser at det har skjedd en forbedring av samordningen mellom krisesentrene og kommunens øvrige tjenester etter innføringen av den norske krisesenterloven (Bakketeig 2014). Samarbeid måles her i form av skriftlige avtaler, faste møter og faste kontaktpersoner. I størst grad har krisesentrene samarbeidsmøter med NAV og barnevernet. Det fremgår likevel at det er et mindretall av krisesentrene som har etablert et slikt samarbeid. I undersøkelsen er det ikke spurt spesifikt om rustjenester eller psykisk helsetjeneste, men av resultatene er det rimelig å anta at det ikke er noe mer samarbeid med disse tjenestene enn med de som er spesifisert i undersøkelsen (politi, NAV, barnevern, familievernkontor, flyktningskontor og andre tjenester).

Evalueringen av kommunenes krisesentertilbud viser at en god del av de spurte kommunene har utarbeidet ulike virkemidler for å samordne det kommunale tjenestetilbudet (Bakketeig m.fl. 2014). Det er 30 prosent som oppgir at de har en kommunal- eller interkommunal handlingsplan som dekker området, 21 prosent som oppgir at de har en egen koordinator, og omtrent 60 prosent som har faste møter halvårlig eller oftere (50 prosent bare halvårlig). Gjennomgående viser undersøkelsen at krisesentrenes vertskommuner i større grad har slike virkemidler enn kommuner som ikke er vertskommuner. I undersøkelsen ble det også spurt om krisesentrene hadde deltatt i utformingen av individuelle planer eller deltatt i ansvarsgruppemøter. I følge rapporten var det i underkant av 30 prosent av krisesentrene som hadde deltatt i utforming av individuelle planer for brukerne. Videre var det omtrent halvparten som hadde deltatt i ansvarsgrupper for brukere. Evalueringen sier imidlertid bare noe om hvor mange krisesentre som har benyttet slike virkemidler, ikke hvor vanlig det er og heller ikke hvordan de fungerer.

Selv om evalueringen viser at krisesentrene er bedre samordnet med kommunens øvrige tjenestetilbud etter at loven trådte i kraft, påpekes det likevel at det er vanskelig ut fra datamaterialet å vurdere om kvaliteten på samordningen er blitt bedre, og om det har bidratt til mer samordnede tiltak. I det minste synes det som at erfaringen med å samordne tilbudet ved krisesentrene med andre tilbud varierer en god del mellom sentrene. Problemene som nevnes er at det kan være utfordrende for sentrene å bli anerkjent som en samarbeidsaktør, at samordningen er personavhengig, og at krisesentrene selv ikke i tilstrekkelig grad har tatt initiativ til samarbeid. Det vises også til at samarbeidsutfordringene kan ha bakgrunn i at det øvrige tjenesteapparatet ikke i tilstrekkelig grad kjenner til krisesentrene. I evalueringen fremgår også det at det er uklart hvor ansvaret til krisesentrene og kommunen for øvrig går i re-etableringsfasen. En spesiell utfordring som nevnes, er samordning med andre tjenester knyttet til å ivareta boligbehovet i forlengelsen av krisesenteroppholdet.

Bufdirs krisesenterstatistikk inneholder en oversikt over hva slags kontakt krisesentrene oppretter med andre tjenester på vegne av beboerne (Bufdir 2016). Statistikken viser at det under oppholdet opprettes kontakt med NAV i 33 prosent av sakene, mens det allerede har vært kontakt før krisesenteroppholdet i 21 prosent av sakene. Denne kontakten kan være mangesidig og det er rimelig å tro at det i mange tilfeller vil handle om arbeid og økonomiske stønadsordninger. I statistikken fremgår det også at det for 7 prosent av beboerne ble opprettet kontakt med psykisk helsevern, mens 15 prosent av brukerne allerede hadde opprettet kontakt med denne tjenesten før oppholdet. For dagbrukerne er det gjennomgående slik at brukerne allerede har opprettet kontakt med ulike tjenester, og det etableres i liten grad kontakt med andre instanser som følge av dagbesøk.

Grøvdal m.fl. (2014) viser at det generelt er vanskelig å få til samordnede tjenester for voldsutsatte, og spesielt for noen grupper. Dette omfatter kvinner med rusproblemer, eldre mennesker, personer med funksjonsnedsettelse og personer med minoritetsbakgrunn. I tillegg vises det til at menn kan ha vanskeligere for å få hjelp enn kvinner, bl.a. fordi vold mot menn ikke tas like alvorlig. I undersøkelsen fremgår det at spesielt sosialtjenesten i NAV og politiet får mye kritikk av informantene. Kritikken mot NAV handlet bl.a. om sendretktighet i behandling av søknader om økonomisk hjelp, og at hjelpen derfra var for personavhengig. Kritikken mot politiet handlet bl.a. om at de ga for dårlig informasjon, at etterforskningen de utførte var for dårlig, og at de generelt ga for liten støtte.

Grøvdal m.fl. (2014) hevder i sin undersøkelse at kompetanse er en viktig forutsetning for å få til samordning av tjenester. Dette handler ikke bare om det å ha kompetanse om vold i de ulike tjenestene, men vel så mye om det å ha ferdigheter i å ta opp vold som tema og ha evne til å skape trygghet og tillit som ramme for de gode samtalene. I følge rapporten er det også viktig å ha kompetanse om andre tjenester, andres kompetanse, arbeidsmåter og metoder. I den forbindelse vises det til behovet for en koordinator som nettopp besitter kunnskap om de ulike tjenestene og deres hjelpemuligheter. Denne kan enten være tilknyttet krisesentret eller andre enheter i kommunen.

I forlengelsen av de nevnte undersøkelsene, er det også nærliggende å trekke fram en rapport utarbeidet av JURK (Juridisk rådgivning for kvinner, 2014). I denne rapporten er de opptatt av re-etableringsfasen, og at det finnes et oppfølgingsapparat etter opphold på krisesentrene. Spesielt legges det her vekt på betydningen av overgangsboliger som følge av at utsatte kvinner ofte har vanskelig for å skaffe bolig på egenhånd. I følge JURK er det nødvendig at slike overgangsboliger kombineres med oppfølging og bistand for å sikre re-etablering.

6.2 Danske krisesentres erfaringer med samordning

I 2008 ble det i Danmark gjennomført en ekstraordinær satsing på å få til mer sammenhengende innsats i oppfølgingen av beboere på krisesentrene. En del av denne satsingen innebar at forsøkskommuner utviklet modeller for samarbeid mellom krisesentrene og kommunen. Forsøkene var ikke spesielt rettet mot voldsutsatte personer med spesielle behov, men heller mot kvinner med barn. Noen av resultatene kan likevel være relevante i denne sammenheng.

Den danske satsingen på en mer sammenhengende innsats er omtalt i en evalueringsrapport fra Rambøll (2011:51). Denne viser at det var to måter krisesentrene samarbeidet med kommunene på. Den ene var å utnevne en *kontaktperson i kommunen* som bisto kvinnen med kontakt til relevante instanser. Den andre metoden var – i tillegg til å utnevne en kontaktperson – å gjennomføre *nettverksmøter med relevante tjenester*. Erfaringene viser at alle forsøkskommunene benyttet ordningen med kontaktperson, men i varierende grad nettverksmøter.

Det viste seg også at kontaktpersonen jobbet noe ulikt. To modeller for bruk av kontaktperson ble benyttet. Den ene dreide seg om å etablere kontakt med brukeren så tidlig som mulig etter at beboerne flyttet inn på krisesentret. Denne modellen innebar også at kontaktpersonen var fleksibel i forhold til oppmøte på krisesentret (dvs. tok kontakt når

brukeren flyttet inn). Begrunnelsen for denne modellen var behovet for å oppnå tidlig kontakt med beboerne så tidlig som mulig i den mest kaotiske fasen, bl.a. for å forhindre at kvinnene flyttet hjem igjen. Den andre modellen innebar at kontaktpersonen hadde faste møtedager på krisesentret med den følge at det ble mer tilfeldig hvor langt tid etter innflytting kontaktpersonen møtte kvinnene. Denne modellen beskrives også som mindre aktiv i den forstand at kontaktpersonen var et tilbud som kvinnene selv måtte kontakte.

Bruken av kontaktperson påvirket også bruken av nettverksmøter. Kommunene som ikke hadde tatt i bruk nettverksmøter, begrunnet dette med at slike møter ble for overveldende, og at det var mer hensiktsmessig at kontaktpersonen heller representerte kvinnene overfor andre tjenester. Det viste seg også å være praktisk vanskelig å få til nettverksmøter med flere aktører innenfor korte tidshorisonter.

I prosjektene ble det også benyttet handlingsplaner for å koordinere oppfølgingen av kvinnene. Denne ble utarbeidet ved slutten av oppholdet på krisesentrene og skulle sikre en sammenhengende innsats. Erfaringen viste imidlertid at det i forholdsvis liten grad ble utformet handlingsplaner for kvinnene. Det gis ikke noe utdypende begrunnelse for hvorfor disse ikke ble benyttet i større grad.

Et spørsmål som tas opp i Rambøll-evalueringen er hvorvidt de involverte kommunale tjenestene bør trekkes inn i arbeidet med brukerne i bred skala (dvs. at alle medarbeidere involveres), eller om det er mest fordelaktig kun å involvere utvalgte medarbeidere fra de enkelte tjenestene. Ifølge rapporten er ulempene med å avgrense involveringen til utvalgte medarbeidere, at kunnskapen om vold ikke når bredt ut til alle i de ulike tjenestene. Fordelen med å avgrense involveringen til utvalgte medarbeidere er at disse over tid blir kjent med hverandre og får god kunnskap om voldsproblematikken.

En annen dansk rapport utarbeidet av Christensen m.fl. (2010) har gjennom kvalitative undersøkelser forsøkt å trekke frem gode egenskaper ved et oppfølgingsløp for beboere på krisesentrene. Dette starter i første omgang ved at krisesentret opparbeider seg tillitt til kvinne gjennom samtaler med kvinnene. Dernest – for noen – handler det om å få psykologisk bistand eller tilsvarende for å bearbeide volden. For det tredje handler det om å gi de voldsutsatte hjelp til å kontakte ulike offentlige tjenester. Også her vises det til at det å utnevne spesielle kontaktpersoner, med kunnskap om kommunens tjenestetilbud, er et nyttig hjelpemiddel. Rapporten anbefaler riktignok å knytte disse kontaktpersonene til krisesentrene, ikke andre tjenester i kommunen. Forfatterne peker samtidig på at små krisesentre vil ha problemer med å opprettholde slik kompetanse (om alle relevante tjenester) og foreslår derfor i tillegg at det utarbeides en oversikt over ulike tjenester og tiltak i kommunen (med kontaktpersoner).

6.3 Former for samarbeid i kommunen

Behovet for samarbeid vil som regel oppstå som følge av at ulike tjenester henger sammen eller at brukere vil ha behov for flere tjenester. Strengt tatt kan vi si at de funksjonene krisesentrene tilbyr i utgangspunktet er akutte og ikke avsluttende tilbud. Samarbeidet overfor målgruppene i denne oversikten vil derfor ha som formål å knytte krisesentertilbudet til andre hjelpetjenester i et behandlings- eller rehabiliteringsøyemed. Nedenfor har vi tatt for oss to typer virkemidler for å få til slike koblinger. Det ene

Virkemiddelet er bruk av koordinerende enhet/tjenestekontor og det andre individuell plan, koordinator og ansvarsgruppe. Litteraturen her bygger på generelle erfaringer med virkemidlene, ikke på krisesentrenes erfaringer.

Koordinerende enhet/tjenestekontor

I helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3 står det at kommunen skal ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet. Denne enheten skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan § 7-1, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator etter § 7-2. Ansvaret omfatter alle pasient- og brukergrupper med behov for langvarige og koordinerte tjenester, og er ikke avgrenset til habilitering og rehabilitering.

Lovverket stiller ingen krav til at koordinerende enhet skal være en egen organisatorisk enhet. I følge en veileder fra Helsedirektoratet kan en slik koordinerende virksomhet organiseres som egen enhet, som et fast overordnet tverrfaglig team, som egen koordinator for dette formålet, eller gjennom ordinær virksomhet. Veilederen viser også til at mange kommuner har utviklet bestillerkontor/ forvaltningskontor til å bli robuste enheter med bred kompetanse, enhetlige rutiner for håndtering av meldinger og søknader, og med god oversikt over tjenestene. I følge veilederen foreligger det gode erfaringer fra kommuner som har etablert en koordinerende enhet i, eller i nær tilknytning til, bestillerkontor/forvaltningskontor.

En undersøkelse gjennomført av Rambøll (2010) hadde som formål å undersøke faktorer og rammebetingelser som har betydning for at koordinerende enheter på systemnivå bidrar til å sikre god koordinering på individnivå. Undersøkelsen tar ikke for seg hvilken organisatorisk form som egner seg, men peker likevel på noen generelle forutsetninger som god forankring, god informasjon om rolle og funksjon, system for opplæring, osv. Hovedutfordringene som rapporten viser til er bl.a:

- Å få ansatte til å ta rollen som koordinator for brukere med individuell plan
- At det er ulike oppfatninger omkring ansvaret til de ulike tjenestene
- Å få til tjenestesamarbeid som går ut over de tradisjonelle helse- og omsorgstjenestene
- At koordinerende enhet ofte bare består av én person i kommunen

I en undersøkelse fra NIBR som tar for seg kommunenes organisering av tilbudet til personer med psykiske lidelser, fremgår det at nesten 40 prosent av kommunene oppga at de hadde bestillerkontor som behandlet søknader om hjelp fra innbyggerne (Tjerbo m.fl. 2012). Det fremgår imidlertid ikke om disse fungerte som koordinerende enheter, eller om det i kommunen fantes koordinerende enheter i tillegg til bestillerkontorene.

I opptrappingsplanen for rusfeltet (Prop. 15 S) nevnes også mottaks- og oppfølgingscentre som eksempel på måter å samordne tjenester til personer med rusproblemer. Målet med slike sentra er å sikre rask tilgang til hjelp og samle forskjellige tjenester fra kommunen og spesialisthelsetjenesten under samme tak. I følge meldingen er det etablert ulike varianter av slike sentre i norske kommuner.

Individuell plan, koordinator og ansvarsgrupper

Brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester, herunder mennesker med rus- og/eller psykiske problemer, skal tilbys en koordinator, og har rett til en individuell plan. Ifølge opptrappingsplanen for rusfeltet, viser resultatet fra Brukerplan-kartleggingen i 2013 at kun 13 prosent av kartlagte brukere hadde en individuell plan (Prop. 15 S, 2015-16). Selv om ikke alle skal ha en slik plan, er det ifølge proposisjonen rimelig å anta at flere kunne hatt nytte av en slik plan.

Bernven m.fl. (2013) har evaluert ordningen med individuelle planer (IP). Ifølge evalueringen viser en gjennomgang av tilsynsrapporter at individuell plan er ett av flere virkemidler for samhandlingen mellom tjenestenivå for mennesker med psykiske lidelser. Videre peker rapporten på at individuell plan mange steder og for mange pasienter ikke var tatt i bruk som det samarbeids- og planleggingsverktøyet det er ment å være. I tillegg viser evalueringen at det er ulikheter i hvor langt kommuner og helseforetak hadde kommet i utarbeidingen av IP. Gjennomgangen av tilsynsrapportene viste også at det ikke nødvendigvis er tilstedeværelsen av selve planen som er avgjørende, men at de funksjoner og prosesser som individuell plan legger opp til, blir ivaretatt.

En undersøkelse gjennomført av SINTEF har kartlagt det kommunale rusarbeidet og viser her til kommunenes bruk av individuelle planer, ansvarsgrupper og koordinatorene (Dyrstad og Ose 2014). På spørsmålet om hvor stor andel av de kartlagte rusavhengige som har individuell plan, ansvarsgruppe og koordinator, framgår det at både *koordinator* og *ansvarsgrupper* benyttes forholdsvis mye (omtrent 1/3 av kommunene – drøye 30 prosent – bruker det til halvparten eller flere av brukerne), mens *individuell plan* i mindre grad brukes (10 prosent av kommunene bruker det til halvparten eller flere av brukerne). I undersøkelsen ble det også spurt om erfaringer med de tre koordineringsverktøyene, og ifølge rapporten var svarene samstemte i at ansvarsgrupper og koordinatorene opplevdes som nyttige og nødvendige, mens nyttevurderingen av individuell plan var mer variabel. Det fremgår også at det var få brukere som ønsket å ha en individuell plan, men at den kunne være et godt verktøy hvis bruker ønsket den og den ble brukt på en riktig måte.

I den samme undersøkelsen fra SINTEF omtales også samarbeidet med spesialisthelsetjenesten. Her fremgår det at kommunene stort sett vurderer samarbeidet som godt. Samtidig fremgår det at ventetider, dyre behandlingsplasser og ansvarsforhold er utfordringer i samarbeidet.



7 Relevante tjenester og behandlingsmetoder

7 Relevante tjenester og behandlingsmetoder

I dette kapitlet ser vi nærmere på kommunale tjenester for personer med psykiske lidelser og ruslidelser. Dette innbefatter også tjenestetilbudet som ligger i grenselandet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten; lokale psykisk helse- og rustjenester. Formålet er å skissere hvilken rolle disse tjenestene har eller kan ha overfor målgruppen i dette prosjektet.

Evalueringer viser at rustjenesten og de psykiske helsetjenestene varierer i omfang og form i de ulike kommunene. Mye av arbeidet mot disse gruppene dreier seg om å tilby et samordnet tjenestetilbud mellom kommunal tjeneste og spesialisthelsetjenesten. Dette tilbudet kjennetegnes både av at det foregår i desentraliserte spesialisttjenester (DPS), i tverrfaglige team (ATC/FACT), og i tilknytning til tilpassede boliger. Gjennomgående etterlyses et bedre boligtilbud, i særdeleshet heldøgnsbemannede boliger. Samtidig finner vi også eksempler på kommuner som har funnet gode boligløsninger for disse gruppene.

Til slutt i kapitlet har vi også gått gjennom en del internasjonal litteratur som omhandler metoder eller tiltak rettet mot personer med rusproblematikk og/eller psykiske lidelser. Noen av disse er utformet med tanke på voldsutsatte i nære relasjoner, mens andre ikke er det. De sistnevnte kan likevel være egnet for voldsutsatte personer. Vi kan her skille mellom to typer tiltak/metoder. Den ene kan vi kalle *tverretatlige* tiltak, som innebærer at ulike tjenester samordner eller integrerer sine tjenester. Den andre kan vi kalle *tverrfaglige* tiltak, som innebærer en integrasjon og tilpasning av ulike tjenesters metoder.

Den sistnevnte litteraturen omhandler i hovedsak tiltak utviklet i USA, og det er derfor usikkert hvordan disse tilbudene passer inn i en norsk kontekst. Selv om kunnskapen kan være relevant i seg selv, er det usikkert hvorvidt dagens krisesentre har rammer til å ta i bruk slike metoder. Spørsmålet er derfor om denne typen metoder i større grad egner seg som en del av et kommunalt-statlig oppfølgingstilbud etter tiden i krisesentrene. Dette vil det være relevant å undersøke nærmere i prosjektets modellutviklings- og –utprøvningsfase.

7.1 Relevante tjenester

Vi har tidligere vært inne på at de tradisjonelle samarbeidspartnere til krisesentrene omfatter barnevernet, NAV og boligkontor. I tillegg til disse vil også fastlegen, psykisk helse- og rustjenester være spesielt aktuelle for de målgruppene denne oversikten omhandler. Personer med fysiske funksjonsnedsettelse kan også være brukere av/ha behov for andre tjenester i kommunen, slik som (brukerstyrt) personlig assistent, hjemmesykepleie/hjemmetjenester, og fysioterapi/ergoterapi. Fra litteraturen er samarbeidet med disse tjenestene imidlertid lite omtalt.

En rapport utarbeidet av SINTEF har riktignok kartlagt det kommunale rusarbeidet i norske kommuner (Dyrstad og Ose 2014). Undersøkelsen tar for seg både den forebyggende virksomheten, tidlig innsats/identifisering, før-behandling, behandling i TSB (tverrfaglig spesialisert behandling) og rehabilitering/etterbehandling. Det mest relevante i denne sammenheng er før-behandlingen, samarbeidet med TSB og rehabilitering/etter-

behandling. Det fremgår av undersøkelsen at disse tre tjenestetilbudene består av følgende aktiviteter/tiltak:

- Ansvarsgrupper, koordinator, individuell plan
- Motivasjonsarbeid, støttesamtaler, praktisk bistand og lavterskel helsetjenester
- Bolig/døgnbemannet omsorgsbolig, boveiledning og økonomisk rådgivning
- Arbeidstilbud og fritidstilbud

Det fremgår videre at generelle ruskonsulentoppgaver (råd og veiledning, kartlegging, samtaler, henvisning og oppfølging), foruten tiltak rettet mot arbeid og aktivitet, er vanlige oppgaver i de fleste kommunene. Derimot er det færre kommuner som ser ut til å ha boligsosiale tiltak (drøye 65 prosent) og enda færre med akuttiltak/heldøgntilbud (drøye 15 prosent). Det fremgår også at tilbudet til rusmiddelavhengige som venter på TSB varierer mye mellom kommunene. Dette spenner fra praktisk bistand og rådgivning, til mer omfattende tilbud om tilpassede boliger, aktivitetstilbud og støttesamtaler. Kommunene kan også kjøpe opphold på institusjon fra private aktører ved behov. Det fremgår at det spesielt er i små kommuner at tilbudet er begrenset.

I følge rapporten består mye av oppfølgingsarbeidet etter behandling i TSB av å tilby arbeid, bolig, økonomisk bistand og fritidstilbud. Spesielt pekes det på at det i denne fasen er svært viktig å hjelpe med å skaffe bolig, men samtidig at det er vanskelig å finne egnede boliger. Til tross for at en del kommuner har boligsosiale tiltak, opplever kommunene at boligtilbudet ikke er godt nok. Spesielt etterlyses det døgnbemannede omsorgsboliger. Rapporten viser samtidig til spesielt én kommune som har etablert heldøgnsbemannede boliger for personer med rusproblemer og/eller psykiske lidelser, og som er svært fornøyd med dette tilbudet.

En annen rapport fra SINTEF tar for seg *både* kommunalt psykisk helse- og rusarbeid (Ose og Kaspersen 2015). Her fremgår det at vel 25 prosent av kommunene har døgnbasert tilbud til personer med rusproblemer eller psykiske lidelser. Med døgnbasert tilbud menes et tilbud som befinner seg mellom spesialisthelsetjenestens behandlingstilbud og kommunens boligtilbud. Blant de største kommunene (> 50 tusen innbyggere) er det 4 av 5 som har et slikt tilbud. Blant de minste kommunene (< 5 tusen innbyggere) er andelen bare omtrent 15 prosent. Rapporten viser at de nevnte botilbudene er mangfoldige og innbefatter bl.a. bofellesskap med personalbaser, botilbud i samarbeid med spesialisthelsetjenesten, botilbud på sykehjem og botilbud i samarbeid med private. Likevel står det også i denne rapporten at kommunene oppfatter botilbudet som å være utilstrekkelig for rusmiddelavhengige og/eller personer med psykiske lidelser. Mindre kommuner rapporterer videre om at det vil være vanskelig å bygge opp et eget botilbud til få personer. I tillegg fremgår det at kommunene ikke har tilgang på psykologer, bl.a. som følge av lang veg til DPS.⁴ Det etterlyses også interkommunalt samarbeid om psykologtilbud i kommunene.

⁴ Psykologtilgangen i kommunene er imidlertid under utvikling. I 2013 ble det etablert en tilskuddsordning for rekruttering av psykologer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Fra 2013 til 2015 har det vært en økning fra 130 til 350 stillinger. Over halvparten (240) av landets kommuner og bydeler hadde rekruttert psykolog gjennom tilskuddsordningen ved utgangen av 2015. Lovkrav om psykologkompetanse i norske kommuner er også varslet fra ca. 2020.

Vi har også tatt med en rapport fra Bruker Spør Bruker-prosjektet, hvor en psykiatrisk boligjeneste i Tromsø er nærmere beskrevet. I disse boligene gis det døgkontinuerlig oppfølging til 32 beboere med omfattende psykiske lidelser og/eller rusproblemer (Bjørngen m.fl. 2015). I tillegg har de også oppfølging av beboere i omsorgsboliger på dag- og kveldstid. De 32 boenhetene er fordelt på 6 hus/bofelleskap og er tilknyttet en egen personalbase. Primært er tilbudet til personer med psykiske lidelser, men det fremgår at omtrent halvparten også har ruslidelser. Tilbudet i boligjenesten er for øvrig bl.a. praktisk bistand og opplæring, tilrettelegging for aktivitet samt koordinering av hjelpetiltak.

I tillegg til de mer varige botilbudene nevnt over, er det også varslet fra regjeringens side en satsing på kommunale akuttiltak for personer med psykiske lidelser og rusproblemer. Fra og med 2016 har kommunene fått ansvar for å tilby sine innbyggere døgntilbud for øyeblikkelig hjelp. I følge opptrappingsplanen for rusfeltet, vil denne plikten også gjelde for mennesker med psykisk helse- og eller rusproblemer fra og med 2017 (Prop. 15 S, 2015-16).

Lokale psykisk helse- og rustjenester for ROP-lidelser

Tjenester til personer med samtidig rus- og psykisk lidelse (ROP-lidelser) kalles gjerne lokale psykisk helse- og rustjenester. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus- og psykisk lidelse (ROP-lidelser) inneholder et kapittel om behandling. Her vises det til ulike metoder, i all hovedsak fra internasjonal litteratur. De konkrete behandlingsformene knyttes ikke opp til bestemte institusjoner. Likevel vises det til både kommunen og spesialisthelsetjenestens særskilte ansvar. Ifølge retningslinjene er kommunen en svært viktig arena for kontaktetablering, kartlegging, behandling og oppfølging av personer med ROP-lidelser. Dette omfatter bl.a. kartlegging av funksjonsnivå og vurdering av behov for tjenester, forebyggende helsetjenester og helsehjelp, samt det å fremskaffe bolig og oppfølging av bolig. I tillegg har kommunen også ansvar for å henvise til behandling i spesialisthelsetjenesten. Det fremgår også av retningslinjene at personer med ROP-lidelser trenger oppfølging over tid, helst av personer/team med stor stabilitet, og i samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Retningslinjene viser til kommunens ansvar for å henvise til spesialisthelse og helseforetakenes ansvar for å organisere samordning omkring tilbudet om psykisk helsevern og TSB (tverrfaglig spesialisert rusbehandling). Mer spesifikt står det at **innenfor dagens organisering er hovedansvaret for personer med alvorlige psykiske lidelser og ruslidelser lagt til psykisk helsevern** (både ved mindre alvorlige og alvorlige ruslidelser). Dersom den psykiske lidelsen er stabilisert, kan imidlertid pasienten behandles innen TSB (forutsetter at psykisk helse vurderer dette som forsvarlig). Det åpnes også for å gi behandling på døgninstitusjon i TSB ved alvorlige psykiske lidelser og alvorlige ruslidelser, men da i samarbeid med psykisk helsevern. **Ansvaret for pasienter med mindre alvorlige psykisk lidelse og alvorlig ruslidelser ligger hos TSB.**

Retningslinjene viser også til ansvaret ved DPS-ene. Det står at når hovedansvaret for pasienten ligger hos kommunen, skal pasienter ved behov følges opp ved DPS. Det står

også at såkalte ACT-/FACT team – med ansatte både fra kommune og spesialisthelse – bør vurderes overfor personer med sammensatte problemer.

ACT er et aktivt oppsøkende behandlingsteam som skal gi et helhetlig tilbud til mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Bakgrunnen for etableringen av ACT-team var at personer med slike lidelser, ofte i kombinasjon med andre tilleggsproblemer som for eksempel rusmiddelmissbruk, hadde vanskelig for å nyttiggjøre seg av det eksisterende tilbudet. ACT-teamene er etablert som et samarbeid mellom DPS (spesialisthelsetjenesten) og én eller flere kommuner. ACT-teamene jobber tverrfaglige overfor enkeltbrukere og med oppsøkende virksomhet. Teamet skal også yte alle typer tjenester som brukeren har behov for, herunder integrert behandling av rus og psykisk lidelse og tett individuell oppfølging rettet mot arbeid, familie, fritid og bolig. Bemanningen av teamene varierer, men består av personer med fagutdanning som sykepleier, vernepleier, sosionom, psykiater, psykolog, lege ol. En mer fleksibel nederlandsk versjon av modellen – kalt FACT – har etter hvert blitt mer vanlig å benytte Norge. Modellen er evaluert internasjonalt, og evalueringene har vist til gode resultater for målgruppen. En norsk evaluering av forsøk med ACT-team viser også til gode resultater for brukerne, men peker samtidig på at de evaluerte ACT-teamene bare delvis var implementert i tråd med modellbeskrivelsen.

Arbeidsforskningsinstituttet har undersøkt samarbeidet mellom kommune og statlige helsetjenester i arbeidet med ROP-pasienter (Pettersen og Rudningen 2014). Formålet var å kartlegge gråsoner og klargjøre ansvarsforholdet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten for mennesker med samtidig psykiske lidelser og ruslidelser med voldsproblematikk. I følge evalueringsrapporten kjennetegnes de gode samhandlingsmodellene av at ansvarsfordelingen er klargjort, at tjenestene utføres samtidig, at det er dialog mellom tjenestene, og at spesialisthelsetjenesten/DPS jobber utadrettet for å bistå kommunene med kompetanse og veiledning. Det framgår også at hensiktsmessige boliger er en viktig arena for samarbeidet, fordi mye av tjenestene ytes i brukernes boliger. Samtidig fremgår det at det er flere utfordringer i samarbeidet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten.

7.2 Intervensjoner overfor kvinner med rusmiddelproblemer

I følge den svenske Socialstyrelsen (2011b: 61-62) er det behov for å utvikle evidensbasert kunnskap om metoder og behandling som fungerer overfor voldsutsatte med spesielle behov. Bakgrunnen for dette er målet om at de aktuelle gruppene skal komme ut av en livssituasjon med vold, og at dette forutsetter at de også får et relevant behandlingstilbud. I denne delen har vi derfor gjennomgått litteratur (hovedsakelig internasjonal) som har tatt for seg ulike intervensjoner overfor rusmiddelavhengige og personer med nedsatt funksjonsevne. Slike metoder omtales separat fordi de ikke nødvendigvis forutsetter at deltakerne bor i en skjermet virksomhet. Metodene kan vel så gjerne benyttes i et oppfølgingsløp knyttet til andre kommunale tjenester som rustjenesten, psykisk helsetjeneste eller i en egen tjeneste. Enkelte av metodene som omtales har også et forebyggende formål.

Fra samordning av tjenester til integrert behandling

Schumacher og Holt (2012) tar utgangspunkt i behovet for å samordne tjenester som retter seg mot vold i nære relasjoner og rustjenester. Her vises det innledningsvis til følgende utfordringer med å samordne disse tjenestene:

- Barrierer for å gå inn i rusbehandling som f.eks. manglende motivasjon hos kvinnene
- Utfordringer med å huse kvinner med rusproblemer ved krisesentre, herunder ivareta sikkerheten til andre beboere og ansatte, samt kostnader med tilleggsytelsene

Artikkelen tar videre for seg studier som har sett på: a) Krisesentre med tilbud til rusmiddelmissbrukere, b) rusbehandling som tilbyr tilleggsprogram for voldsutsatte, c) kobling av voldsbehandling og rusbehandling, og d) integrerte metoder for behandling av vold og rus.

Forfatterne viser til at det er svært få krisesentre som også tilbyr rusbehandling innenfor krisesentrenes vegger. Artikkelen refererer kun til kvantitative undersøkelser som gir oversikt over andelen krisesentre som tilbyr dette, men det fremgår ikke hva slags tilbud slike krisesentre har. Artikkelen viser også til tilsvarende kvantitative undersøkelser over rusbehandlingstjenester som kan tilbyr behandling for vold i nære relasjoner. Ifølge forfatterne er det imidlertid uklart hvorvidt dette handlet om parallelle eller integrerte behandlingsløp. Koblingen mellom tjenester for vold og rusbehandling omtales i generelle vendinger. Men det vises til at slike koblinger vanligvis ivaretas av avtaler mellom samarbeidende tjenester, formelle (eller uformelle) henvisningsrutiner og møtepunkter mellom tjenestene. Med bakgrunn i erfaringer med at voldsutsatte kvinner ofte mangler motivasjon til rusbehandling, vises det til gode erfaringer med bruk av motiverende intervjuer (MI) som et virkemiddel i henvisningen til rusbehandling.

Ifølge forfatterne omfatter integrerte metoder både (1) at to tjenester koordinerer sin innsats (parallelt), og (2) løsninger der voldsbehandling og rusbehandling tilbys av én enkelt tjeneste. Artikkelen viser til flere undersøkelser som omhandler integrerte metoder. Nedenfor har vi omtalt to prosjekter mer utførlig.

Det første samordningsprosjektet (Women Co-occurring Disorders and Violence Study) bestod av ni ulike forsøksområder som skulle utvikle integrerte tjenester for behandling av rus og psykiske lidelser overfor kvinner utsatt for vold (McHugo m.fl. 2005). De ulike forsøksområdene utviklet sine respektive integrerte systemer, men med gitte krav til innholdet. For det første skulle prosjektene ha et visst omfang og inneholde åtte ulike tjenesteområder, bl.a. oppsøkende virksomhet, et system for kartlegging, rådgivningstjeneste og en traumespesifikk tjeneste. For det andre skulle forsøksområdene integrere tjenestene både på systemnivå og individnivå (utvikle behandlingslinjer eller forløp gjennom rustjenester, psykisk helsetjeneste og traumetilbud). For det tredje skulle forsøksområdene være traumebevist, dvs. at alle medarbeiderne i tjenestene skulle ha kunnskap og bevissthet om vold og traumer. Alle de 9 forsøksområdene implementerte også en av fire manualbaserte behandlingsmetoder (TREM, Seeking Safety, ARTIUM og Triad Group model). De 9 forsøkene er nærmere omtalt i McHugo m.fl. (2005).

Virkningen av de ni samordningsforsøkene er omtalt i to artikler. Den ene artikkelen sammenligner de ni forsøksområdene med tilsvarende ni områder hvor det ble tilbudt ordinære tjenester (Cocozza m.fl. 2005). Forfatterne konkluderer med at forsøkene samlet sett hadde gitt positive resultatet for kvinnene etter seks måneder, men kvinnenes situasjon forbedret seg både i forsøksområdene og i sammenligningsområdene. Den relative effekten av forsøkene var derfor små.

Den andre undersøkelsen av prosjektet tar hensyn til at tjenestene var integrert i både forsøksområdene og sammenligningsområdene (Morrisey m.fl. 2005). Bakgrunnen for dette var at forsøksområdenes samordning av tjenester varierte, og at den førstnevnte undersøkelsen ikke hadde tatt hensyn til at også sammenligningsområdene kunne ha integrerte tjenester. Konklusjonen i denne artikkelen er for det første at integreringsforsøket bidro til bedring av livssituasjonen for kvinnene (reduisert rusmiddelmisbruk og bedret mental helse). For det andre konkluderes det med at resultatene for kvinnen var best i de forsøksområdene med mest integrerte tjenester (uavhengig av forsøks- og sammenligningsområder).

Det andre samordningsprosjektet ble gjennomført i fire områder, hvorav to ble definert som integrerte modeller og 2 som samarbeidsmodeller (Bennett og O'Brien 2007). Alle de fire prosjektene innbefattet en rustjeneste med tradisjonell rusbehandling (avrusning, poliklinikk, 12-trinns gruppeveiledning og individuelle samtaler) og et krisesentertilbud (24-timers krisetilbud, skjermet bolig, case-management, sikkerhetsveiledning, psykoeduksjon, program for barn og individuell eller gruppeveiledning). Analysen av de fire prosjektenes virkning på brukerne er gjennomført ved hjelp av en før-etter-undersøkelse (ingen sammenligningsgruppe). Resultatene viser at deltakerne hadde betydelig reduksjon i bruk av rusmidler og hadde styrket sin mestringstro etter gjennomført program. Noe overraskende viste resultatene samtidig at kvinnene opplevde å være mer sårbare for overgrep etter programmet enn før. I følge forfatterne kan en forklaring på dette være at kvinnene – etter avrusning – ble mer bevist sin sårbare situasjon. En annen forklaring er at overgriperen faktisk blir mer aggressiv som en følge av at kvinnen trer ut av avhengighetsforholdet. I lys av usikkerheten rundt disse resultatene anbefaler forfatterne mer forskning på denne problemstillingen.

Vi kan også ta med en tredje metode som er omtalt i en litteraturgjennomgang fra den svenske Sosialstyrelsen (2011a). Oversikten omtaler sju dokumenterte metoder som er relevant for *voldsutsatte kvinner med rusproblemer*, hvorav seks er relevante i denne sammenheng.⁵ Kun en av de seks – RPRS – er direkte rettet mot kvinner utsatt for partnervold og som samtidig har rusproblemer. Omtalen av RPRS baserer seg på en studie

⁵ Metoden som ikke har relevans er BCT. Denne handler om en metode der en av partnerne har et rusproblem og hvor det er samlivsproblemer.

som har undersøkt effekten av tiltaket. Undersøkelsen viser at tiltaket har effekt, men med svak vitenskapelig dokumentasjon (Gilbert 2006). I følge oversikten til Sosialstyrelsen er metoden i liten grad utberedt. Vi har heller ikke funnet senere undersøkelser som omtaler metoden.

De to førstnevnte programmene, sammen med RPRS, er modeller som er utformet med utgangspunkt i voldsutsatte kvinner med tilleggsproblematikk i form av rus eller psykiske lidelser. Gjennomgående ser vi at det handler om å sette sammen eksisterende tjenester, enten ved å koordinere eksisterende tjenester eller integrere ulike tjenester i en felles tjeneste. Så langt vi kjenner til er det ikke utviklet eksplisitte metodebeskrivelser på bakgrunn av disse forsøkene. Disse prosjektene ser ut til å ha vektlagt metoder for samordning eller integrering av ulike tjenester, ikke hvordan de ulike tjenestenes metoder sette sammen og kombineres. Vi kan si at de nevnte prosjektene handler om tverretatlige prosjekter, i motsetning til tverrfaglige prosjekter som omtales nedenfor. Med tverrfaglighet menes da hvordan ulike behandlingsmetoder kombineres eller integreres.

RPRS – beskrivelse av behandlingssesjonen:

- Åpning med inspirerende aktiviteter (sang, opplesning, dikt)
- Diskusjon omkring erfaringer med vold og rusproblemer, samt hvordan rehabiliteringen går (dette for å identifisere utløsende faktorer og utforme planer for å unngå rusmidler og utvikle en sikkerhetsplan for å redusere eksponeringen for vold)
- Diskusjon for å øke bevisstheten om koblingen mellom ulike rusrelaterte aktiviteter og ulike typer partnervold
- Ferdighetsbyggende samtale knyttet til temaet for dagen
- Diskusjon om deltakernes behov for støtte eller problem som deltakerne ønsker å jobbe spesielt med

Intervensjon mot voldsutsatte med rusmiddelproblemer

De fem øvrige metodene i oversikten til Sosialstyrelsen (2011a) retter seg mot kvinner med både psykiske lidelser (PTSD, psykiske forstyrrelser mv) og rusmiddelproblemer. Dette er *Seeking Safety*, *TREM*, *Triad*, *ARTIUM* og *WIT*. Det som kjennetegner disse metoden er først og fremst at de kombinerer rus- og traumebehandling. Modellene inneholder i liten grad tilbud som innbefatter koordinering med andre tjenester. Kun ett/to tilbud spesifiserer dette. Ingen av modellene spesifiserer tilbud om bolig eller beskyttelse. Det er med andre ord selve traume- og rusbehandlingen som står sentralt i disse programmene, ikke beskyttelse og andre hjelpetilbud (økonomi, bolig, arbeid etc.).

Antakelsen er imidlertid at de nevnte metodene også kan anvendes overfor kvinner utsatt for vold i nære relasjoner med rusproblemer. Begrunnelsen for at svenske Sosialstyrelsen (2011a) omtaler de nevnte metodene er at det i Sverige mangler et godt kunnskapsgrunnlag og tiltak/modeller som kan benyttes overfor voldsutsatte kvinner med rusproblemer. Tilsvarende antakelser finner vi også hos Fowler og Faulkner (2011) som i søken etter integrerte tjenester overfor voldsutsatte med rusproblemer, utfører en metaanalyse av de aktuelle metodene (*Seeking Safety*, *TREM*, *ATRIUM*). Sosialstyrelsens rapport peker samtidig på at alle de nevnte modellene er utviklet i USA, og at de derfor ikke nødvendigvis har direkte overføringsverdi. Samtidig pekes det på at modellene inneholder elementer som også vil ha nytte i en nordisk kontekst.

Andre og nyere internasjonale oversikter kan supplere Sosialstyrelsens oversikt. Bl.a. Najavits og Hien (2013) utarbeidet en omfattende oversiktsartikkel. Denne inneholder en

rekke effektstudier av metoder/tiltak for personer med ruslidelser (SUD) og PTSD (post traumatisk stresslidelse), men uten at de knytter metodene spesifikt til personer utsatt for vold i nære relasjoner. Her gjennomgås et titalls ulike metoder, hvorav den mest undersøkte er «Seeking safety».

Ifølge forfatterne er innretningen på de fleste metodene nåtidsorienterte, dvs. at de legger vekt på å stabilisere situasjonen, skape mestringsevner og på psykoedukasjon, i motsetning til å legge vekt på fortidsfokusert eksponering. Enkelte av de senere utviklede metodene har imidlertid også kombinert nåtidsfokusede komponenter med fortidsfokusert eksponering, men med visse tilpasninger for å også kunne anvende metodene på personer med rusproblematikk.

Gjennomgående viser resultatene positive effekter. Men det fremgår at metodene oppnår bedre resultater i forhold til PTSD enn for ruslidelser. En tolkning av dette er at ruslidelser er vanskeligere å behandle enn PTSD. I artikkelen vises det til at Seeking Safety er metoden med mest robuste resultater. De fleste undersøkelsene i gjennomgangen omfatter denne metoden (22 av 35), og resultatene viser gjennomgående positive effekter. Det er også den eneste metoden som kan vise til effekter både på PTSD og ruslidelser.

En nyere Cochrane studie (Roberts m.fl. 2016) tar for seg 14 studier som omfatter mange av de samme tiltakene som er nevnt over. I gjennomgangen skilles det mellom to hovedtyper behandling av PTSD og SUD. Den ene er kognitiv individuell atferdsterapi som inneholder en traumefokusert komponent. Den andre er kognitive atferdsterapeutiske metode som har til formål å fremme mestringsevne, men uten noen traumefokusede komponenter. Sistnevnte metode tilbys både individuelt og gruppebasert.

Resultatene viser at den førstnevnte metoden som inneholder en traumekomponent, hadde en liten effekt på både rusmiddelmisbruk og psykiske lidelser sammenlignet med ordinær eller minimal behandling, både på kort og lang sikt. Metodene uten traumekomponent var hovedsakelig gruppebaserte, og samlet sett finner de ingen effekt av disse tiltakene på både rusmiddelmisbruk og psykiske lidelser. Derimot finner de at en av metodene – nemlig Seeking Safety – har en effekt på redusert alkoholbruk.

Intervensjonsmetoder overfor voldsutsatte med funksjonsnedsettelse

Den svenske Socialstyrelsen (2011c) har også gjennomført en litteraturgjennomgang av intervensjonsmetoder overfor voldsutsatte med funksjonsnedsettelse, både fysisk, psykisk, intellektuell og kommunikativ. Alle metodene er innrettet mot kvinner utsatt for vold, ikke voldsutøveren.

Litteraturgjennomgangen innbefatter sju metoder og åtte publikasjoner. Metodene omfatter både forebyggende tiltak og behandling. Et av disse programmene er også omtalt over (TREM). Nedenfor har vi gitt en kort presentasjon av fire programmer. To av disse er forebyggende intervensjoner for kvinner (og menn) med ulike typer funksjonsnedsettelse (SSP og ASAP), ett er en forebyggende intervensjon for kvinner med utviklingsforstyrrelse (ESCAPE), og ett er behandlingsprogram for kvinner med psykisk funksjonsnedsettelse (SASSI).

SSP (Safer and stronger program) er et dataprogram som inneholder ulike spørsmål, oppfølgingsspørsmål og korte videoer. Formålet er at brukeren gjennom spørsmålene skal fortelle om sine erfaringer og bli bevisst faresignaler, sikkerhetsstrategier og hvilken hjelp som finnes. Programmet er å betrakte som et forebyggende tiltak, men synes samtidig å ha samme funksjon som krisesentrenes telefonbaserte råd og veiledningstjeneste. Programmet gjennomføres med en instruktør tilgjengelig. Programmet er for øvrig tilrettelagt for synshemmede, og det ble først utviklet for kvinner, men er nylig også tilpasset menn (Lund m.fl. 2015).

ASAP (A safety awareness program for women with disabilities) er et gruppebasert program med åtte samlinger av 2,5 time. Målet er å øke sikkerheten til kvinner ved å gi kunnskap om sikkerhet, styrke kvinnes beslutnings- og handlingsevne, og styrke deres sosiale relasjoner. Hver av modulene skal lede fram til en individuell handlingsplan. De ulike modulene har tema som omhandler vold og overgrep (hva er det), overgrep og funksjonsnedsettelse, faresignaler, grensesetting og sikkerhetsplanlegging. Programmet er effektvaluert og i følge forfatterne bidrar programmet til økt sikkerhet og beskyttelse for kvinner med funksjonsnedsettelse (Robinson-Whelen m.fl. 2014).

ESCAPE (An effective strategy-based curriculum for abuse prevention and empowerment) er et program som har til formål å styrke deltakernes beslutningsevne for å beskytte seg mot seksuell, fysisk og verbale overgrep i nære relasjoner. Programmet er tredelt. I første del gis det kunnskap om ulike typer overgrep, konsekvenser av overgrep, rettigheter og metoder for å stoppe overgrep. Andre del tar utgangspunkt i en beslutningsprosess som innbefatter fastsetting av personlige mål, identifisering av problem, handlingsvalg og konsekvenser, samt det å fatte beslutninger. Del tre inneholder øvelser og diskusjoner omkring kunnskapsgrunnet fra del 1 og planer utformet i del 2. Totalt består programmet av seks samlinger med grupper på 3 deltakere.

SASSI er et program rettet mot kvinner med psykiske lidelser i form av psykoser, depresjon eller personlighetsforstyrrelser og som er utsatt for vold i nære relasjoner. Målet med programmet er å stanse volden mot kvinnen og å redusere de psykiske symptomene. Metoden bygger på psykoterapi og inneholder følgende fem faser: 1) stabilisering (adskillelse fra voldsutøver og eventuelt medisiner), 2) utredning (kartlegging av psykisk helse og historie), 3) sikkerhet og støtte (utforming av plan for å sikre kvinnen mot vold, herunder hjelp til kontakt med politi og sosialtjeneste), 4) struktur (etablering av faste strukturer med terapi og daglige rutiner), 5) internalisering (internalisere begreper som har vært gjennomgått i terapien: bl.a. selvfølelse, kapasitet, sikkerhet, myndiggjøring).

I sin oppsummering konkluderer Socialstyrelsen (2011c) med at de sju programmene har en del likhetstrekk. De fleste er innrettet på utvikling av kunnskap og ferdigheter hos deltakerne. Dette er bl.a. kunnskap om vold og overgrep, om tegn og signaler, om å beskytte seg, lære å kjenne igjen reaksjoner på trusler og vold samt håndtere dem. Flere intervensjoner har i tillegg et mål om å styrke selvfølelsen og handlekraften til deltakerne. Formen på intervensjonene varierer mellom egenaktivitet, individuelle samtaler og gruppesamtaler/-aktiviteter. Oppsummeringen konkluderer også med at de ulike metodene i liten grad er evidensstestet og at effekten derfor gjennomgående er ukjent. Denne konklusjonen bekreftes også i en nyere oversiktsartikkel som har sett på evidensen av tiltak overfor personer med funksjonsnedsettelse utsatt for vold i nære relasjoner (Mikton m.fl. 2014).

Litteratur

Aanerød, Vibeke (ukjent utgivelsesår): Kan dem takke seg selv..? Skal ikke kvinner i aktiv rus slippe å leve med vold? Ukjent utgiver.

Abramski m.fl. (2011): What factors are associated with recent intimate partner violence? Findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. BMC Public Health 2011, 11:109.

Armelius, K. og Armelius B.Å. (2010) Våldsutsatthet och misshandel hos missbrukande kvinnor – resultat från ASI-intervjuer med 4290 kvinnor. Institutet för Klinisk Psykologi i Umeå AB. Oktober 2010.

Bakketeig m.fl. (2014): Krisesentertilbudet i kommunene. Evaluering av kommunenes implementering av krisesenterloven. NOVA-rapport 19/2014.

Bengtsson-Tops, A., Saveman, B., Tops, D. (2009): Staff experience and understanding of working with abused women suffering from mental illness. Health & Social Care in the Community, Vol 17, Issue 5, 459-465.

Bengtsson-Tops, A. og Ehliasson, K. (2012): Victimization in individuals suffering from psychosis: a Swedish cross-sectional study. Journal of Psychiatric and mental health Nursing, 2012, 19, 23-30.

Berven m.fl. (2013): Individuell plan som virkemiddel for ledelse og samordning av tjenester i kommunene. Uni-Rokkansentret, rapport 2-2013.

Bräcke diakoni (2008): Otillgängliga kvinnojourer – sant eller falskt? Arcus förlag. September 2008.

Buudir (2016): Rapportering fra krisesentertilbudene 2015. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. Rapport 11/2016.

Christensen, E., Lindstrøm, M., Mølholt, A.K. (2010): Efterværn for voldsutsatte kvinder. Krisecentrenes støtte og hjelp til kvinder, som flytter fra centrene. SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd. Rapport 10:23.

Cohen M. Forte T. Du Mont, J. Hyman, I. & Romans S. (2005). Intimate partner violence among Canadian women with activity limitations. Journal of Epidemiology and Community Health, 59 s. 834–839

Donnelly, E.A., Oehma, K., og Melvin, R. (2015): What do EMS personnel think about domestic violence? An exploration of attitudes and experiences after participation in training. Journal of Forensic and Legal Medicine 38 (2016) 64-69.

Costa, B.M. m.fl. (2015): Longitudinal predictors of domestic violence perpetration and victimization: A systematic review. Aggression and Violent Behavior 24 (2015) 261–272.

Du Mont, J. og Forte, T. (2014): Intimate partner violence among women with mental health-related activity limitations: a Canadian population based study. *BMC Public Health* 2014, 14:51.

Grøvdal, Y., Saur, R. og Skaalerud, A.R. (2014): En velvillig og oppmerksom tilhører. Mennesker som har vært utsatt for vold og deres møte med hjelpeapparatet og politi. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Rapport 2 (2014).

Gonzales m.fl. (2015): Characteristics of adults involved in alcohol-related intimate partner violence: results from a nationally representative sample. *BMC Public Health* 2014, 14:466.

Gundersen, T., Madsen, C., Winsvold, A. (2014): Tjenestetilbudet til voldsutsatte personer med nedsatt funksjonsevne. NOVA. Rapport 6/14.

Helsedirektoratet (2012): Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser. IS-1948

Hermansson, K., Lindgren, M.S., Tengström, A. (2011): Beskrivning och utvärdering av ideella kvinnojourer. Karolinska Institutet och Forum – Forskningscentrum för psykosocial hälsa.

Hjemdal, O.K., Sogn, H. og Schau, L. (2012): Vold, negative livshendelser og helse. En gjennomgang av data fra to regionale helseundersøkelser. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Rapport 1 (2012).

Holmberg, C., Smirthwaite, G. og Nilsson, A. (2005): Mäns våld mot missbrukande kvinnor: ett kvinnofridsbrott bland andra. Stockholm: Mobilisering mot narkotika.

Jonassen, W. og Stefansen, K. (2003): Ideologi eller profesjonstenkning? En statusrapport om krisesentrene. Oslo: HiO/Kompetansesenter for voldsofferarbeid. Rapport nr. 27.

Jonassen, W., Sogn, H., Mathisen, V. og Hjemdal, O.K. (2008): Kunnskap – kvalitet – kapasitet. En nasjonal utredning om krisesentrenes kompetanse og tilgjengelighet. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Rapport 2 (2008).

KoRus-Øst/Nasjonalt kompetansetjeneste ROP (2014): Utprøving av ACT-team i Norge. Hva viser resultatene?

Larsson, E. og Brännström, J. (2011): «Öppen Gemenskaps kvinnojour. Utvärdering av Öpengemenskaps uppsökande kvinnojour för våldsutsatta kvinnor med missbrukproblematikk». UFFE-meddelande 2/2011. Utveklings- och Fältforskningsenheten.

Lund, I.O. (2014): Characteristics of a national sample of victims of intimate partner violence (IPV): Associations between perpetrator substance use and physical IPV. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, Vol 21, 2014.

Mason, R. og Du Mont, J. (2015): Advancing our knowledge of the complexity and management of intimate partner violence and co-occurring mental health and substance abuse problems in women. *F1000Prime Reports* 2015, 7:65.

Meld. St. 15 (2012-13): Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner. Justis- og beredskapsdepartementet.

Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale forhold (2015): Kvindekrisecenter- og Forsorgshjemsområdet. Analyse af reglerne for ophold på forsorgshjem og kvindekrisecentre samt kommunernes praksis og styringsmuligheder. København.

Najavits, L.M. og Hien, D. (2013): Helping Vulnerable Populations: A Comprehensive Review of the Treatment Outcome Literature on Substance Use Disorder and PTSD. *Journal of Clinical Psychology*, Vol 69(5), 433-479.

Nasjonal kompetansetjeneste ROP (2014): Uprøving av ATC-team i Norge. Hva viser resultatene? Aker Universitetssykehus.

NCK (2013): Våld mot kvinnor med funktionsnedsättning. Nationellt centrum för kvinnofrid. Rapport 2013:1.

Nilsson, L. og Westlund O. (2007): Våld mot personer med funksionshinder. Rapport 2007:26. Brottförebyggandet rådet. Stockholm: Fritzes

Nordisk Ministerråd (2008): Tiltak for voldsutsatte minoritetskvinner. Noen nordiske erfaringer.

NOU 2003: 31 Retten til et liv uten vold — Menns vold mot kvinner i nære relasjoner. Justis- og beredskapsdepartementet.

Olsvik (2010): Overgrep mot kvinner med nedsatt funksjonsevne – en kunnskapsoversikt. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS).

Prop. 15 S (2015-16) Opptappingsplanen for rusfeltet (2016–2020). Helse- og omsorgsdepartementet.

Owen, S. og Carrington, K. (2014): Domestic violence (DV) service provision and the architecture of rural life: An Australian case study. *Journal of Rural Studies* 39 (2015) 229-238.

Rambøll (2010): Perspektiver på god praksis – en undersøkelse av koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommuner.

Rambøll (2012): Støtte og behandling til kvinner og barn i voldsramte familier. Sluttrapport. Utarbeidet for Srvicestyrelsen (DK). November 2011.

Rambøll (2014a): Evaluering av kvindekrisecentertilbudene - Litteaturstudie. Rapport november 2014.

Rambøll (2014b): Evaluering av kvindekrisecentertilbudene – Evalueringsrapport. Rapport oktober 2014.

Roberts, N.P., Roberts P.A., Jones, N., Bisson, J.I. (2016): Psychological therapies for post-traumatic stress disorder and comorbid substance use disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 4.

RVTS (2011): Psykisk syke og rusmiddelmissbrukende kvinner som brukere av krisesentertilbud. Tiltak 31 i "Vendepunkt" Handlingsplan mot vold i nære relasjoner (2008-2011). Ressurssenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging - region sør. September 2011.

Salom. C.L. m.fl. (2015): Substance use and mental health disorders are linked to different forms of intimate partner violence victimization. *Drug and Alcohol Dependence* 151 (2015) 121–127.

Socialstyrelsen (2011): Interventioner mot våld riktat mot kvinner med funksjonsnedsettning. En systematisk kartlegging och granskning. Rapport nr 2011-9-4

Socialstyrelsen (2011a): Insatser för våldsutsatta kvinnor med missbruksproblem En kartläggning och granskning av interventioner. Rapport nr 2011-9-9.

Socialstyrelsen (2011b): Sylla sig själv? Utbildningsmaterial om våld mot kvinnor med missbruks- eller beroendeproblem.

Socialstyrelsen (2014): Våld i nära relationer. SOSFS 2014:4 (M och S), Föreskrifter och allmänna råd.

Thoresen, S. og Hjemdal, O.K. (2014): Vold og voldtekt i Norge En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS), rapport 1/2014.

Tjerbo, T., Zeiner, H. og Helgesen, M. (2012): Kommunalt psykisk helsearbeid 2012. NIBR-rapport 2012:4.

Ukjent forfatter (2015): Midlertidig botilbud etter lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen § 27 – gapet mellom rettslig regulering og praksis. Masteroppgave, Juridisk fakultet, Universitetet i Bergen.

Veloso, G.A. (2010): Psykiske problemer og voldsudsættelse blandt kvinder - en follow-up undersøgelse. Speciale ved Kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab, Institut for Folkesundhedsvidenskab. Syddansk Universitet.

Weaver, T.L. m.fl. (2015): Identifying and Intervening with Substance-Using Women Exposed to Intimate Partner Violence: Phenomenology, Comorbidities, and Integrated Approaches Within Primary Care and Other Agency Settings. *Journal of Womens's Health*, Vol 24, Nr 1.

VARDE Δ HARTMARK

www.vardehartmark.no