

Kapittel 9

Voldsutsatte med funksjonsnedsettelse – individuelle og strukturelle barrierer mot å søke hjelp

TONJE GUNDERSEN OG CAMILLA VISLIE

SAMMENDRAG Personer med funksjonsnedsettelse har opp mot tre ganger så høy risiko for å utsettes for vold sammenlignet med den øvrige befolkningen. Samtidig er det færre som henvender seg til hjelpeapparatet, og volden synes vanskeligere å oppdage. I dette kapitlet viser vi hvordan det å ha en funksjonsnedsettelse kan innebære individuelle barrierer mot å oppsøke hjelp. Vi ser også på betydningen av strukturelle barrierer i form av manglende kunnskap og oppmerksomhet om problematikken i hjelpetjenesten. Vi diskuterer hvordan slike barrierer kan reduseres, slik at voldsutsatte med funksjonsnedsettelse kan få et likeverdig tilbud.

NØKKEORD funksjonsnedsettelse | individuelle og samfunnsmessige barrierer | hjelpetilbud

ABSTRACT People with disability have a greater risk of being victims of violence compared to the general population. However, fewer seek help and the violence seems harder to uncover. Possible reasons for this is the topic of this chapter. We shed light on two main reasons, one is how having a disability may represent an individual barriers for seeking help, and the other is how ignorance and lack of knowledge in help services become a structural barrier. We discuss how such barriers can be reduced in order to achieve equal services.

KEYWORDS disability | individual and structural barriers | help services

INNLEDNING

Vold mot personer med funksjonsnedsettelse er viet økt oppmerksomhet de to siste tiårene fra både forskere og offentlige myndigheter. Vold er et stort folkehelseproblem, og forekomststudier viser at personer med funksjonsnedsettelse gjennomgående er mer utsatt for vold sammenlignet med personer uten slike utfordringer. Det er da snakk om alle typer vold fra både fremmede og familie, og som rammer både menn og kvinner, barn som voksne (Dammeyer & Chapman, 2018; Gundersen, Farstad & Solberg, 2011; Hughes et al., 2012; Krnjacki, Emerson, Llewellyn & Kavanagh, 2016; Olofsson, Lindqvist & Danielsson, 2015). Det å avdekke vold mot funksjonshemmede og gi et godt hjelpetilbud synes imidlertid å innebære noen særlige utfordringer. Studier fra Norge (Gundersen, Madsen & Winsvold, 2014; Olsvik, 2010), USA og Storbritannia (Lund, 2011), finner at det er relativt få personer med funksjonsnedsettelse som søker hjelp fra private eller offentlige instanser som yter hjelp og støtte til voldsutsatte, og de blir værende lenger i forhold preget av vold før de oppsøker hjelp. De som oppsøker hjelpeapparatet og har vært i et langvarig voldelig forhold, rapporterer oftere om alvorligere fysiske og psykiske skader enn det personer uten funksjonsnedsettelse gjør (Gundersen, Madsen, et al., 2014). Hvordan dette kan ha seg, er utgangspunktet for dette kapitlet, og vi vil særlig rette oppmerksomheten mot hvordan individuelle og strukturelle barrierer kan gjøre det vanskelig å sikre voldsutsatte personer med funksjonsnedsettelse et tilgjengelig og likeverdig hjelpetilbud.

Personer med funksjonsnedsettelse utgjør en uensartet gruppe, og *funksjonshemming* kan forstås som et paraplybegrep som omfatter funksjonsnedsettelse, aktivitets- og deltakelsesbegrensinger. I Konvensjonen om rettighetene til mennesker med funksjonsnedsettelse¹ artikkel 1, brukes følgende defensjon:

Mennesker med funksjonsnedsettelse er blant annet mennesker med langvarig fysisk, mental, intellektuell eller sensorisk funksjonsnedsettelse som i møte med ulike barrierer kan hindre dem i å delta fullt ut og på en effektiv måte i samfunnet, på lik linje med andre.

Konvensjonen viser til barrierer for deltakelse for personer med funksjonsnedsettelse. Det vil si at mange av de utfordringene som funksjonshemmede opplever, ikke er et direkte resultat av individuelle skader, lyter eller kroniske tilstander, men av hindringer eller barrierer i deres sosiale og materielle omgivelser. I tillegg til å hindre deltakelse vil barrierer også muliggjøre voldsutøvelse og hindre avdek-

1. https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/sla/funk/konvensjon_web.pdf.

king av vold. Ved å rette oppmerksomheten mot slike barrierer dreier vi blikket bort fra å betrakte problemer og løsninger som primært et individuelt anliggende over mot relasjonelle, strukturelle og samfunnsmessige forhold.

Som andre utsettes personer med funksjonsnedsettelser for vold av partnere og slektninger, altså relasjoner som omfattes av straffelovens familievoldsbestemmelser jf. lov om straff 2005, 19. juni 2009 nr. 74. § 282 og § 283. Mange personer med funksjonsnedsettelser får assistanse til daglige gjøremål, alt fra rengjøring i huset til intimhygiene. De som yter slik assistanse, er ofte tjenesteutøvere. For å få et dekkende bilde av vold som kan skje i eget hjem og i intimsfæren, inkluderer vi vold utøvet også av tjenesteutøvere og inkluderer altså en videre krets av personer enn dem som følger av straffelovens familievoldsbestemmelser.

I kapitlet vil vi først gi en nærmere innsikt i voldsforekomst før vi gir en presentasjon av metodene som ligger til grunn for den empirien som presenteres. I resultatdelen vil først individuelle og relasjonelle barrierer presenteres, dernest barrierer på system- og samfunnsnivå, før vi til slutt diskuterer implikasjonene av slike barrierer for utforming av et tilfredsstillende hjelpetilbud.

VOLDSUTSATTHET BLANT PERSONER MED FUNKSJONSNEDESETTELSELER

I rapporten *Personer med nedsatt funksjonsevne* (Ramm & Otnes, 2013) basert på Statistisk sentralbyrås (SSB) levekårsundersøkelse fra 2008, oppga 13 prosent av befolkningen mellom 20 og 66 år at de hadde en funksjonsnedsettelse. Det omfattet personer som oppga å ha varige hørsels-, syns- eller bevegelsesvansker, kognitive eller psykiske vansker.

Flere undersøkelser rapporterer at personer med funksjonsnedsettelser har økt risiko for å utsettes for vold sammenlignet med personer uten slike utfordringer. Ifølge Ramm og Otnes (2013) oppga ti prosent av de med funksjonsnedsettelser at de hadde vært utsatt for vold eller trusler, mot fem prosent i hele befolkningen.

Volden rammer både kvinner og menn, men på ulik måte. Som i befolkningen generelt utsettes kvinner med funksjonsnedsettelser oftere for seksuell vold, partnervold og psykisk vold, sammenlignet med menn som oftere utsettes for fysisk vold fra ukjente (Krnjacki et al., 2016; Olofsson et al., 2015). En studie fra USA om seksualisert vold mot kvinner og menn med funksjonsnedsettelser viser at også menn utsettes for slik vold, men også her er det slik at kvinner oftest utsettes for seksuell vold fra partner og familie og menn fra bekjente og fremmede (Mitra et al. 2016). Dette bildet, og dessuten at vold mot både kvinner og menn med funk-

sjonsnedsettelsestest utøves av menn, følger dermed et allment kjent kjønnet mønster (Fleming, Gruskin Gruskin, Rojo & Dworkin 2015).

Når det gjelder partnervold, finner sammenligningsstudier at personer med funksjonsnedsettelse har økt risiko for å også utsettes for slik vold sammenlignet med dem uten funksjonsnedsettelse. En studie fra USA fant at mens 12 prosent av menn og 22 prosent av kvinner uten funksjonsnedsettelse rapporterte om erfaringer med partnervold gjennom livsløpet, var tallene henholdsvis 19 og 36 prosent for menn og kvinner med slike utfordringer (Mitra & Mouradian, 2014). Med hensyn til hvilke typer av partnervold kvinner utsettes for, viser en tysk studie at 25 prosent av de med funksjonsnedsettelse hadde vært utsatt for psykisk og fysisk vold, mot 13 prosent av kvinner uten funksjonsnedsettelse. 13 prosent hadde opplevd seksuell vold fra partner mot 4 prosent i den generelle kvinnebefolkningen (Schablon et al., 2012). I likhet med funn fra en dansk studie (Dammeyer & Chapman, 2018) fant de at kvinner med store og hemmende syns- og hørselsnedsettelse synes å ha særlig økt risiko for å utsettes for psykisk, fysisk og seksualisert vold. Andre studier som har undersøkt vold mot kvinner, finner at det å være avhengig av hjelpemidler og assistanse i det daglige øker risikoen for å bli utsatt for ulike typer av vold fra partner og andre nærpersoner (Hughes et al., 2012; Olsvik 2010; Plummer & Findley, 2012). Med forbehold om at det per i dag ikke er gjennomført tilsvarende forekomststudier om vold i nære relasjoner mot personer med funksjonsnedsettelse i Norge, må vi anta at risikoen for å utsettes for slik vold er høyere blant personer med funksjonsnedsettelse enn blant dem uten også i Norge.

SÆRPREGDE FORMER FOR VOLD MOT PERSONER MED FUNKSJONSNEDESETTELSE

Som vist utsettes personer med funksjonsnedsettelse for de typene av vold som alle kan utsettes for, men også for en særpregt vold som skyldes at de har en funksjonsnedsettelse (Ballan & Freyer, 2012). Personer som er avhengig av andres assistanse til ulike gjøremål, kan oppleve både aktive og passive voldshandlinger. Eksempler på dette er å bli nektet påkrevet hygienisk assistanse eller mat, eller bli nektet nødvendig assistanse for å komme seg ut. Personer som i utgangspunktet vil kunne klare seg uten assistanse, kan oppleve at partner eller andre gjemmer eller ødelegger telefonen eller annet utstyr de er avhengig av i hverdagen, som rullestol, hvit stoff og høreslynge, eller manipulerer med medisiner (Nosek, Hughes, Taylor & Taylor, 2006; Powers et al., 2008; Powers et al., 2002). Fysisk vold kan handle om å bli skubbet ut av rullestol, bli plassert foran en varm ovn, sterkt svak-

synte kan bli spent ben på eller snuble over møbler som har blitt flyttet på med vilje. Seksuell vold kan handle om å bli presset til gjenytelser for assistanse man er avhengig av, eller unødige berøring av intime kroppsdeler under personlig stell. Psykisk vold kan handle om å bli fortalt at man bruker funksjonsnedsettelsen for å få oppmerksomhet, bli kalt økenavn og bli fortalt at man er en dårlig forelder på grunn av funksjonsnedsettelsen (Hughes, Lund, Gabrielli, Powers & Curry, 2011; Knigge & Kibsgaard, 2009; Powers et al., 2008; Thiara et al., 2012). Dette viser hvordan funksjonsnedsettelsen gir en særlig sårbarhet som åpner for et bredt spekter av krenkelser.

PSYKISKE KONSEKVENSER AV VOLD

En av de få surveyundersøkelsene som er gjort om psykiske konsekvenser som følge av vold overfor personer med funksjonsnedsettelse (Dembo et al., 2018), finner at kvinner med funksjonsnedsettelse i langt høyere grad rapporterer om dårlig psykisk helse i form av angst og depresjon som følge av vold, enn menn og kvinner uten funksjonsnedsettelse. Men også menn med funksjonsnedsettelse rapporterer om dårligere psykisk helse enn menn uten. Funnene tydet også på at de psykiske konsekvensene av seksuell vold var langt mer alvorlig enn det å bli utsatt for fysisk vold og trusler om vold. Det å utsettes for partnervold økte sannsynligheten for å oppleve angst og depresjon, sammenlignet med dem som hadde opplevd vold fra slektninger. Tidligere studier har funnet at personer med funksjonsnedsettelse generelt har dårligere psykisk helse enn andre på grunn av blant annet vanskeligere levekår, mangel på sosial støtte og dårlige helsetilbud (Krahn, Walker & Correa-De-Araujo, 2015). Som Dembo et al. (2018) gjør oppmerksom på, vil økt utsatthet for vold kunne være en tilleggsforklaring til den store andelen med psykiske problemer blant personer med funksjonsnedsettelse observert i disse studiene.

Oppsummert viser disse studiene at personer med funksjonsnedsettelse er mer utsatt for vold enn personer uten slike utfordringer. Kvinner er mer utsatt for partnervold og seksuell vold, mens menn er mer utsatt for fysisk vold fra ukjente. Både menn og kvinner med funksjonsnedsettelse er mer utsatt for vold fra partner, bekjente og hjelpere enn personer uten funksjonsnedsettelse, men utsattheten er størst for kvinner.

DATA OG METODE

Resultatdelen om individuelle barrierer mot å oppsøke hjelpeapparatet baserer vi på data fra egen (se under) og andres forskning. Forskningslitteraturen er fremkommet gjennom søk i blant annet Oria, Norart, Google Scholar, Idunn og ved å se på refererte artikler og bøker i den litteraturen vi har funnet. Den refererte litteraturen omfatter artikler, bøker og rapporter fra forskningsinstitusjoner og kompetansesentre.

Analysen av tjenester og hjelpetilbudet til personer med funksjonsnedsettelse baserer seg på to rapporter. Rapporten fra 2014, *Tjenestetilbudet til voldsutsatte personer med nedsatt funksjonsevne* (Gundersen, Madsen et al., 2014) omfattet flere ulike datakilder, men i dette kapitlet vil vi primært benytte data fra kommunesurveyen og intervjuer med ansatte i 16 kommuner. I rapporten ble det gjennomført analyser av krisesenterstatistikken, to spørreundersøkelser rettet mot landets kommuner og krisesentre, intervjuer med voldsutsatte med funksjonsnedsettelse og pårørende, og med ansatte i kommuner, ved krisesentre, sentre mot incest og seksuelle overgrep, volds- og overgrepsmottak og politikamre. Målet med analysene av det statistiske materialet og spørreundersøkelsene var å få en oversikt over tilbudet til personer med funksjonsnedsettelse ved krisesentre og i kommunene. Intervjudata ga innblikk i ulike aktørers erfaringer med tjenestetilbudet.

Rapporten *Vern av risikoutsatte voksne – kommunenes varslingssystemer for avdekking av vold og overgrep* (Vislie & Gundersen, 2017) baserer seg på telefonintervjuer med kommuneansatte fra et representativt utvalg av 100 norske geografisk spredte kommuner: 44 små, 34 mellomstore og 22 store. Målet med undersøkelsen var å få en oversikt over hvordan kommunene arbeider for å håndtere vold og overgrep mot risikoutsatte voksne når slike saker oppstår, og hvordan dette arbeidet er organisert. Vi var særlig interessert i å få en oversikt over hvilke prosedyrer, retningslinjer og veiledere kommunene benyttet i sitt arbeid, og hvilke sårbare grupper og former for vold som var inkludert. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) har utgitt «retningslinjer ved seksuelle overgrep mot voksne med utviklingshemming», og vi gjennomførte oppfølgingsintervjuer med representanter for de 20 kommunene som oppga at de hadde erfaring med disse retningslinjene.

Begrepet risikoutsatte voksne inkluderer personer med ulike funksjonsnedsettelse, inkludert psykiske lidelser og utviklingshemming, i tillegg til de med rusproblematikk og eldre. I dette kapitlet begrenser vi oss imidlertid til å inkludere data om personer med ulike funksjonsnedsettelse.

METODISKE BEGRENSNINGER

En begrensning ved datamaterialet vi bruker, er at det ikke har hatt som formål å belyse problemstillingen i dette kapitlet. Mens siktemålet i overnevnte prosjekter var å få innsikt i eksisterende tilbud og erfaringene med tilbudene til personer med funksjonsnedsettelse, er målsettingen med dette kapitlet å belyse hvorfor er det så vanskelig å sikre et tilgjengelig hjelpetilbud til voldsutsatte personer med funksjonsnedsettelse. Det betyr at i dette kapitlet settes analysene i de to forskningsrapportene inn i en «ny» analytisk sammenheng. Med dette følger det noen begrensninger. Et empirisk materiale spisset mot problemstillingen ville gitt bedre mulighet til å forfølge spesifikke spørsmål som problemstillingen reiser. Denne muligheten er vi avskåret fra når vi bruker et eksisterende materiale. Med forbehold om disse begrensningene opplever vi likevel at de tidligere studiene har gitt et egnet grunnlagsmateriale for å belyse vår problemstilling.

INDIVIDUELLE, RELASJONELLE OG STRUKTURELLE BARRIERER MOT Å OPPSØKE HJELPEAPPARATET

Mange voldsutsatte oppsøker ikke hjelpeapparatet, dette gjelder personer både med og uten funksjonsnedsettelse. På den ene siden handler dette om individuelle barrierer som for eksempel redsel for ikke å bli trodd, redsel for represalier, skam- og skyldfølelse (Gundersen, Madsen, et al., 2014). På den annen side handler det om sosiale eller samfunnsmessige barrierer, som for eksempel hvordan lite kunnskap i hjelpeapparatet om vold, særlig mot personer med funksjonsnedsettelse, kan bidra til at vold ikke oppdages og dermed ikke meldes. Her inngår også barrierer i form av manglende systemer for å melde vold og for ivaretagelse av voldsutsatte. Vi vil nå presentere hvordan de ulike formene for barrierer kan forklare hvorfor det kan være vanskelig å sikre personer med funksjonsnedsettelse et tilgjengelig hjelpetilbud.

INDIVIDUELLE BARRIERER

Det å stå i en avhengighetsrelasjon til andre fordi man trenger hjelp og assistanse, er en barriere mot å oppsøke hjelp, men også for å få hjelp fra andre når man utsettes for vold. Avhengighet av andre innebærer å inngå i relasjoner preget av maktulikhet som medfører økt sårbarhet og risiko for å bli utsatt for misbruk av makt, herunder voldsutøvelse (Healey, Humphreys & Howe, 2013; Thiara, Hague, Bas-hall, Ellis & Mullender, 2012). Personer som er avhengig av assistanse og et pleie-

og omsorgssystem, får ofte bistand fra et stort antall mennesker. Det å være avhengig av et slikt system kan over tid bidra til utvikling av «lært hjelpeløshet» som medfører dårlige selvhevdelsesferdigheter (Muff, 2001; Rosen, 2006). For personer med medfødte funksjonsnedsettelse som har vært avhengig av assistanse hele livet og der deres kropp har vært et «offentlig» anliggende i den forstand at en rekke mennesker har hatt deres kropp som arbeidsområde, kan det å bygge opp egen intimitetsgrense være en utfordring (Gundersen, Neumann & Egeland, 2014). Dårlig selvhevdelsesfølelse i kombinasjon med uklare intimitetsgrenser kan bidra til at de som utsettes for eksempelvis uønsket seksuell beføling eller psykisk vold i form av trusler, ikke tør melde ifra om hva de opplever. For alle voldsutsatte som opplever å stå i et avhengighetsforhold til voldelig hjelper eller det systemet som han eller hun er en del av, så kan frykt for represalier eller at de ikke vil bli trodd, bidra til at de kvier seg for å melde ifra (Gundersen, Madsen et al., 2014). Et annet aspekt ved det å ha utviklet uklare intimitetsgrenser og svak autonomi er at det kan være vanskelig å skille hjelp til intimstell fra overgrep, fordi volden og krenkelsene kan anta form av subtile grenseoverskridelser. Subtiliteten kan bidra til at den utsatte ikke forstår at det er vold eller overgrep han eller hun utsettes for.

RELASJONELLE BARRIERER

Å være avhengig av assistanse til personlige oppgaver fra en voldelig partner kan bidra til økt sårbarhet og utrygghet (Nosek, Hughes et al. 2006). For noen kan dette handle om at de er i et forhold med en partner som søker kontroll, det vil si at partneren bevisst har valgt å etablere et forhold til personen fordi han eller hun derfor antas å være lettere å dominere. Sårbarheten som funksjonsnedsettelsen innebærer, kan utnyttes av slike personer som gjennom manipulering kan fremme ekstra avhengighet. Den særegne avhengighetssituasjonen etableres eksempelvis gjennom trusler om at den voldsutsatte må bo på sykehjem, eller at voldsoffer vil miste omsorgen for barn på grunn av funksjonsnedsettelsen, eller ved å bryte ned voldsutsattes selvtillit gjennom å fortelle at han eller hun er heldig som har noen som gidder å være sammen med en som er funksjonshemmet. Den voldsutsatte kan også oppleve at voldsutøver blir sett på som selvoppofrende og god (se for eksempel. Ferraro, 2015; Grøvdal, 2013; Hague, Thiara & Mullender, 2011). Denne typen maktmanipulering kan skape psykiske barrierer som gjøre det vanskelig å bryte ut av forholdet.

Økonomisk avhengighet kan også gjøre det vanskelig å bryte ut. Hvis personen med funksjonsnedsettelse i tillegg står utenfor arbeidslivet, kan dette forsterke

økonomisk og emosjonell avhengighet av voldsutøver. Å stå utenfor arbeidsliv eller utdanning øker også risikoen for isolasjon, og sjansen for at voldsutøvelsen blir oppdaget, reduseres. Å finne hjelp og støtte er særlig vanskelig om man er avhengig av assistanse fra voldelig partner for å komme seg ut eller i kontakt med omverdenen (Thiara, Hague et al., 2012).

Hvis partneren er den som yter assistanse i form av hjelp til hygiene og lignende, medfører dette en ekstra sårbarhet og som kan være til hinder for å bryte ut. I en slik situasjon kan den som utsettes for vold, oppleve å være nødt til å velge mellom å få slike vitale behov dekket, eller å rapportere overgrepene med risiko for å miste nødvendig assistanse (Olsvik 2010, Ballan og Freyer 2012, Thiara, Hague et.al., 2012).

Personer med funksjonsnedsettelse kan dessuten oppleve seg stigmatisert og diskriminert i samfunnet (Ramm, 2010), og ha en opplevelse av å være en samfunnsmessig byrde (se for eksempel Ballan & Freyer 2012, Plummer & Findley 2012), noe som kan påvirke selvbildet i negativ retning og bidra til en tenkning om at man får det parforholdet man fortjener. Forskning finner for eksempel at personer med synlige funksjonsnedsettelse tenderte mot å betrakte seg selv som mindre seksuelt kapable og tiltrekkende (Hassouneh-Philips & McNeff, 2005). Negativ selvforståelse, i kombinasjon med et sterkt ønske om å inngå i et parforhold, kan bidra til at voldsutsatte forblir i forholdet.

Manglende kunnskap hos den enkelte om hvor man skal henvende seg for å få hjelp, erfaring med og bekymring for manglende universell utforming av offentlige bygg og krisesentre, og usikkerhet om man kan ha med seg assistanse, tjenestedyr eller om tjenestene tilbyr tolk, kan bidra til at personer med funksjonsnedsettelse ikke oppsøker hjelpetilbud (Gundersen, Madsen, et al., 2014).

En rekke forhold kan altså bidra til å forklare hvorfor personer med funksjonsnedsettelse enten ikke oppsøker hjelp eller venter lenger med å oppsøke hjelp enn personer uten slike utfordringer. Som nevnt kan også manglende kunnskap og usikkerhet om hvor man kan oppsøke hjelp, og bekymring for om hjelpetilbudet er tilrettelagt, være barrierer mot å oppsøke hjelp. Dette er barrierer som har sammenheng med utforming av tjenestetilbudene, og er det som vil omtales i neste avsnitt.

STRUKTURELLE BARRIERER MOT Å SIKRE ET TILFREDSSTILLEND HJELPETILBUD

Et godt hjelpesystem forutsetter et tilbud tilpasset alle innbyggers behov. Et slikt tilbud forutsetter at strukturelle rammer i form av overordnede lover og retnings-

linjer følges. Det innebærer også å ha systemer for forebygging i form av tilgjengelig informasjon, tilstrekkelig kunnskap hos tjenesteutøvere, og systemer for å oppdage, varsle og følge opp voldsutsatte. Det krever også et system for ivaretagelse av voldsutsatte i en krisesituasjon, som krisesentre eller andre tilbud, og samarbeid mellom tjenester.

Det påligger den enkelte kommune å ha et tilbud til voldsutsatte – det gjelder også voldsutsatte personer med funksjonsnedsettelse. Blant annet skal kommunene sørge for å ha et likeverdig og individuelt tilpasset krisesentertilbud, enten i form av tilbud på et konkret krisesenter eller et alternativt trygt tilbud i kommunen (krisesenterlova 2009).² Ansvarer innebærer også å ha gode rutiner til bruk ved mistanke om overgrep, slik at de sikrer at alle utsatte får tilstrekkelig og likeverdig beskyttelse og bistand. Som ledd i dette arbeidet er kommunene forventet å utarbeide handlingsplaner for å systematisere (sam-)arbeidet mot vold (NKVTS, 2017).³

Gjennom 2000-tallet har det vært en økende forståelse for viktigheten av å utvikle en politikk på voldsfeltet som også rommer voksne som kan tenkes å være ekstra sårbare, som personer med ulike former for funksjonsnedsettelse (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2013). Dette innebærer å utvikle tiltak som er tilpasset ulike gruppers behov, samtidig som det erkjennes at dette arbeidet er utfordrende. Av den grunn finansierte Barne- og likestillingsdepartementet i 2012 prosjektet «sikring av utviklingshemmede mot overgrep» (SUMO-prosjektet). På bakgrunn av SUMO-prosjektet og studiene til Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) om vold mot eldre har Bufdir utviklet et nettbasert og skriftlig verktøy. Verktøyet omfatter et læringsverktøy som retter seg mot ansatte, og et om hvordan gå frem for å avdekke, melde og følge opp voldsutsatte med utviklingshemming og eldre. Det er utformet slik at det også kan brukes i arbeidet med andre særlig risikoutsatte voksne. Verktøyene er anbefalte, men det forventes at kommunene bruker dem.

KOMMUNENES KRISESENTERTILBUD FOR VOLDSUTSATTE MED FUNKSJONSNEDESETTELSE

Det ble gjennomført to kartlegginger av tilbudet til kvinner med funksjonsnedsettelse i henholdsvis 2003 og 2005 (Krisesentersekretariatet, 2003, 2005), det vil si før krisesenterloven trådte i kraft i 2010. Kartleggingene viste at det var lite sam-

2. Lov om kommunale krisesentertilbud, LOV-2009-06-19-44.

3. <https://www.regjeringen.no/no/tema/lov-og-rett/vold-i-nare-relasjoner/innsikt/kommunale-handlingsplaner-mot-vold-i-nare-relasjoner/id2340286/>.

arbeid mellom kommuner og krisesentre, og kun 16 av 201 kommuner hadde spesifikke tiltak og rutiner for ivaretagelse av voldsutsatte kvinner med funksjonsnedsettelse. I 2013 hadde alle kommunene i studien *Tjenestetilbudet til voldsutsatte personer med funksjonsnedsettelse* (Gundersen, Madsen et al., 2014) inngått avtale med et krisesenter, enten i egen eller annen kommune. Majoriteten av kommunene svarte imidlertid at de ikke visste om senteret de hadde inngått kontrakt med, var tilrettelagt for personer med ulike funksjonsnedsettelse, og kun 37 prosent hadde presisert dette som et krav i kontrakten med senteret. På spørsmål om kommunene hadde et trygt tilbud til personer med funksjonsnedsettelse, svarte litt over halvparten at de enten fikk tilbud på krisesenter eller i kommunen. I nær halvparten av kommunene svarte kommunene at de ikke visste om de hadde et tilbud (39 %), eller at de ikke hadde et tilbud (5 %). Disse svarene stemte ikke med det tilbudet som krisesentrene selv oppga, som var at 32 av 47 sentre hadde fysisk tilrettelagt for alle eller noen former for funksjonsnedsettelse. Nesten alle oppga dessuten at de tok imot personer med fysiske funksjonsnedsettelse, selv om senteret ikke var tilrettelagt. De tallene kommunene oppga, er derfor langt under det tilbudet krisesentrene selv oppga å ha.

Hovedinntrykket fra studien er derfor at kommunene manglet kunnskap om eget tilbud til voldsutsatte med funksjonsnedsettelse. Det at kommunene ikke hadde oversikt over eget tilbud, er i seg selv urovekkende og indikerte at dette ikke var problemstillinger de var opptatt av. For voldsutsatte kan det medføre at de ikke får riktig informasjon om hvilke tilbud som finnes. Funnene indikerer også at det ikke fantes et adekvat tilbud til alle, og at kommunene derfor vanskelig kan ivareta sitt ansvar for å gi et likeverdig krisetilbud til personer med funksjonsnedsettelse. Den positive endringen man kunne ha forventet som følge av krisesenterloven, synes derfor å ikke ha skjedd på bred basis i kommunene.

ENDRINGER I KOMMUNENES ARBEID MED HANDLINGSPLANER OG RUTINER

Handlingsplaner er et viktig verktøy i arbeidet mot vold mot personer med funksjonsnedsettelse, fordi det vil gi kommunene oversikt over det voldsarbeidet som gjøres. Arbeidet med handlingsplaner vil avdekke hvor det er behov for samarbeid med andre instanser, og hvor det er behov for omorganisering eller styrket innsats. I de to studiene gjennomført på NOVA i henholdsvis 2014 og 2017 (Gundersen, Madsen et al., 2014; Vislie & Gundersen, 2017) undersøkte vi om kommunene hadde handlingsplaner mot vold i nære relasjoner som omfattet personer med ulike funksjonsnedsettelse. Begge studiene viste at relativt få kommuner hadde

handlingsplaner, men det var en positiv utvikling. Fra 2014 til 2017 hadde andelen steget fra 30 til 47 prosent. På spørsmål om handlingsplanen omfattet personer med fysiske funksjonsnedsettelse, oppga i overkant av en tredjedel av kommunene at de gjorde det ved begge tidspunkter. Når det gjelder utviklingshemming, så var det en liten økning fra 37 til 40 prosent. Disse funnene viser at de fleste kommunene fremdeles ikke inkluderer personer med funksjonsnedsettelse i det helhetlige planleggingsarbeidet mot vold i nære relasjoner.

Når det oppstår mistanke eller avdekkes vold mot personer med funksjonsnedsettelse, er det viktig å ha varslings- og rapporteringssystemer, slik at sakene blir behandlet på en god måte. En kartlegging av kommunenes hjelpetilbud til voldsutsatte kvinner fra 2003 viste at åtte prosent av kommunene hadde spesifikke tiltak og rutiner for gruppen. NOVA-studien fra 2017 viste en økning, men fortsatt hadde kun 35 prosent av kommunene utarbeidet spesifikke rutiner for risikoutsatte voksne. Studien fant også at en overvekt av rutineene omhandlet seksuelle overgrep mot personer med utviklingshemming. Dette indikerer en mulig positiv virkning av Bufdirs arbeid med å øke oppmerksomheten om overgrep mot utviklingshemmede og gjennom utviklingen av nettbaserte og skriftlige råd om hvordan man skal gå frem når man oppdager vold mot denne gruppen. Erfaringer med bruken av dette verktøyet kommer vi tilbake til.

KOMMUNENES KOMPETANSEHEVENDE ARBEID

Kunnskap om hvordan forebygge og oppdage vold, og om hvordan gå frem hvis man oppdager vold, er nødvendig for å sikre et godt hjelpetilbud til personer med funksjonsnedsettelse. I et forebyggingsperspektiv kan informasjon om hva vold er og hvor man kan søke hjelp, være et viktig bidrag til å senke terskelen for å oppsøke hjelp. Også kunnskap om de særegne formene for vold som personer med funksjonsnedsettelse kan utsettes for, er viktig i denne sammenhengen, både for de utsatte selv og for tjenesteapparatet. Forebygging handler imidlertid også om å øke kompetansen hos tjenesteutøvere om hvordan de selv skal unngå vold og krenkelser mot personer de yter tjenester overfor, enten det er i tjenstemottakerens hjem eller i institusjoner. I denne sammenhengen er det viktig med bevisstgjøring av hvordan man som tjenesteutøver står i en maktposisjon overfor mottaker av tjenestene, noe som krever særlig aktsomhet når det gjelder fremferd, væremåte og språkbruk. I tillegg må tjenesteutøvere bevisstgjøres om hvordan funksjonsnedsettelse kan tre frem i forgrunnen og bidra til å forhindre at man ser vold, eller kan medføre at man tenker at personens utfordringer skyldes funksjonsnedsettelsen og ikke vold (Ruiz-Pérez, Pastor-Moreno, Escribà-Agüir & Maroto-Navarro,

2018). For eksempel kan angst og depresjon hos personer med fysiske funksjonsnedsettelse tolkes som uttrykk for fortvilelse over funksjonsnedsettelsen og ikke som resultat av å leve i et voldsregime. Det kan derfor være vanskelig å skille mellom hva som er uttrykk for en persons grunntilstand, og hva som er resultatet av vold. Kunnskap om hvordan vold i institusjonssammenheng kan arte seg, både blant beboere og fra tjenesteutøver mot beboer, er også viktig (se for eksempel Gundersen, Madsen et al., 2014, 48–52).

Våre data indikerer at de færreste kommuner har et systematisk opplæringstilbud for bevisstgjøring av ansatte. Det gis heller ikke systematisk opplæring i hvordan avdekke eller rapportere om vold mot personer med funksjonsnedsettelse. Majoriteten av dem vi har intervjuet, gir uttrykk for en tro på at generell kunnskap om vold i nære relasjoner er tilstrekkelig til å avdekke og håndtere vold overfor alle grupper (Gundersen, Madsen et al., 2014; Vislie & Gundersen, 2017).

GRUNNER TIL KOMMUNENES MANGLENDE INNSATS OVERFOR VOLDSUTSATTE MED FUNKSJONSNEDESETTELSELER

I tillegg til en tro på at den kunnskapen man har om vold i nære relasjoner generelt er tilstrekkelig for å håndtere vold mot alle grupper, er det i hovedsak tre grunner som oppgis som årsak til kommunenes manglende søkelys på voldsutsatte med funksjonsnedsettelse: manglende økonomiske og personalmessige ressurser, manglende erfaring med denne typen vold og at behovet ikke er der.

Kommunestørrelse har betydning for tjenestetilbudet og dets utforming. De store og mellomstore kommunene har oftere samarbeid med krisesentre, samtidig har de oftere krisesentre plassert i samme kommune. Nærhet til krisesentre innebærer lettere tilgang til fagkompetanse. Større kommuner har ofte flere og spesialiserte stillinger som lettere kan muliggjøre utvikling og implementering av verktøy og systemer, sammenlignet med små kommuner. Dess større kommune, jo mer sannsynlig er det også at de har utviklet retningslinjer og handlingsplaner. For eksempel oppga 64 prosent av de store kommunene, 35 prosent av de mellomstore og 20 prosent av de små kommunene at de hadde utarbeidet rutiner for hvordan de skal håndtere saker med vold mot risikoutsatte voksne (Vislie & Gundersen, 2017).

Ressurssituasjonen ble trukket frem i de små kommunene som en grunn til hvorfor de ikke prioriterer dette arbeidet. Små kommuner har færre administrativt ansatte som skal dekke de lovpålagte kravene, og i en slik situasjon velger de å konsentrere seg om å få på plass rutiner på de områdene der behovet er mest synlig og åpenbart. Andre forklaringer som trekkes frem, er at dårlig økonomi og høy

turnover i helse- og omsorgssektoren bidrar til at de ikke prioriterer kompetansehevende tiltak for ansatte som yter tjenester til voksne med funksjonsnedsettelse. Fordi kommunene enten ikke har hatt eller kun har hatt et fåtall saker der vold eller overgrep er avdekket eller mistenkt, ser kommunene heller ikke behovet for å prioritere arbeidet med utarbeiding av rutiner. Et tredje argument handler om at det ikke er behov for rutiner fordi små kommuner er «gjennomsiktige», det vil si at man har «god oversikt over innbyggerne». Det argumenteres også med at i små kommuner kjenner tjenesteytere hverandre, noe som letter kontakten og minsker behovet for nedfelte rutiner (Gundersen, Madsen et al., 2014, Vislie & Gundersen 2017).

Argumentet om at det ikke er behov for rutiner fordi vold ikke er avdekket, er en sirkelargumentasjon. Det er en mulighet for at saker ikke blir kjent, nettopp fordi det ikke finnes kompetanse for å avdekke vold eller rutiner for å håndtere dem. Dessuten kan små forhold og tette bånd gjøre det vanskeligere for voldsutsatte og kolleger å rapportere om vold. Det å utvikle gode rapporteringsrutiner uansett kommunestørrelse synes nødvendig, men delvis ut fra ulike begrunnelser. Mens man i store kommuner blant annet trenger systemer for å håndtere mange tjenesteutøvere og mottakere, trengs det i små kommuner systemer for å håndtere voldssaker på en profesjonell måte, nettopp fordi båndene mellom innbyggerne kan være tette.

POSITIVE ERFARINGER I KOMMUNER MED GODE RUTINER OG SYSTEMER

Kommuner som har etablert gode rutiner og systemer, har i overveiende grad positive erfaringer. I forskningsrapporten *Vern av risikoutsatte voksne* (Vislie & Gundersen, 2017) undersøkte vi særlig erfaringene med «retningslinjer ved seksuelle overgrep mot voksne med utviklingshemming» utviklet av Bufdir. Av de 100 kommunene i studien var det kun 20 som kjente til og hadde innført retningslinjene. Av de som hadde tatt retningslinjene i bruk, ble de opplevd som et nyttig og godt hjelpemiddel som bidro til trygghet når det gjaldt hvordan voldssaker skulle håndteres og følges opp. Retningslinjene bidro også til raskere håndtering, økt avdekking av andre typer enn seksuell vold og hadde bidratt til flere politianmeldelser.

Det denne studien finner, er imidlertid at gode retningslinjer i seg selv ikke er tilstrekkelig for å få til gode rutiner og økt kompetanse. Ledere med kunnskap og kompetanse om vold og interesse for problematikken bidrar til en forståelse for betydningen av å investere i kompetanseheving og implementeringsarbeid. Ledere sitter derfor i en nøkkelposisjon når det gjelder å få til gode systemer for

voldsarbeidet. God implementering og forankring krever imidlertid at arbeidet må rette seg mot alle ledd i en organisasjon. Vertikalt ved at informasjon tilflyter dem som jobber nedover i organisasjonen, og at det lages konkrete planer for kompetanseheving som følges opp og sikrer at voldskunnskap opprettholdes og videreutvikles og at rutiner blir en del av et etablert system, og ikke blir liggende som et «dødt» dokument i en perm eller i et datasystem. Også god horisontal implementering er viktig, det vil si at voldsarbeidet må forankres i flere tjenesteledd, slik at det sikres god dialog mellom samarbeidende tjenester. For eksempel kan det være viktig at politiet rutinemessig gir tilbakemelding til melder om hva som skjer i saken, for å signalisere at anmeldelser tas på alvor.

AVSLUTTENDE DRØFTING

Fremstillingen har vist at både kvinner og menn med funksjonsnedsettelse har høyere risiko for å bli utsatt for vold og overgrep, samtidig finner vi her som ellers at kvinner er mer utsatt enn menn. Kulturelle forestillinger om kjærlighet, omsorg og parforhold gjør kvinner særlig utsatt for seksuell og reproduktiv vold som Bjørnholt og Helseth skriver i kapittel 5 i denne boken. Funnene viser også hvordan allmenne mønstre av maktrelasjoner som økonomi og klasse får betydning for vold i nære relasjoner (Sokloff & Dupont 2005). Samtidig er det ikke tilstrekkelig til å forklare hvorfor personer med funksjonsnedsettelse har økt risiko for å utsettes for vold i nære relasjoner. Thiara et al. (2012) argumenterer for at samspillet mellom kjønn og funksjonsnedsettelse bidrar til marginalisering som skaper en ekstra sårbarhet, der marginaliseringen handler om en systematisk degradering av funksjonshemmede og kvinner i samfunnet (2012, 111–112). Den maktasymmetrien som funksjonsnedsettelsen medfører, innebærer imidlertid, som refererte studier viser, at også menn med funksjonsnedsettelse har økt risiko for å utsettes for vold i nære relasjoner sammenlignet med menn uten slike utfordringer. Å inkludere den samfunnsmessige degraderingen av funksjonshemmede og hvordan denne påvirker relasjoner, synes derfor nødvendig i analysen av utsatt-het for vold og overgrep.

Fremstillingen har videre vist at det eksisterer mange barrierer mot å sikre voldsutsatte med funksjonsnedsettelse et tilgjengelig hjelpetilbud. De individuelle og relasjonelle hindringene omfatter blant annet avhengighet av assistanse, at volden lett blir usynlig hvis man står utenfor arbeidsliv eller utdanning, opplevelse av samfunnsmessig stigmatisering og negativt selvbilde, i tillegg til usikkerhet hos den enkelte om hvor man kan oppsøke hjelp, og bekymring for om hjelpetilbudet er tilrettelagt. De strukturelle hindringene synes å ha sammenheng med

begrenset forståelse for og oppmerksomhet på at vold mot personer med funksjonsnedsettelse er en viktig problemstilling. Konsekvensene er manglende rutiner for forebygging, oppdagelse og melding om vold, og opplæring i tjenestene om problematikken.

Manglende prioritering av tiltak mot vold som rammer personer med funksjonsnedsettelse, har vært en utfordring over tid. De refererte studiene i dette kapitlet indikerer at denne tendensen fortsetter, selv om vi også har sett spor av bedring. Hovedbildet viser allikevel fortsatt store mangler ved det kommunale voldsarbeidet i form av at det er få kommuner som har handlingsplaner som inkluderer personer med funksjonsnedsettelse, og få har utarbeidet retningslinjer for håndtering av vold og overgrep mot disse gruppene. I lys av det kjønnete mønsteret vil denne mangelen i særlig grad ramme kvinner.

En forutsetning for å få til et tilfredsstillende hjelpetilbud er en erkjennelse av at personer med funksjonsnedsettelse har økt risiko for å utsettes for alle typer vold, og det å utsettes for vold kan ha store psykiske helsemessige konsekvenser. At volden allikevel ikke fanges opp, har antakelig sammenheng med en rekke samvirkende faktorer som funksjonshemmedes livssituasjon, den samfunnsmessige degraderingen av funksjonshemmede og at funksjonsnedsettelse blir et filter som gjør det vanskeligere å se vold. Av denne grunn er kunnskap og kompetanse om slike barrierer vi har beskrevet ovenfor, avgjørende for å kunne avverge og oppdage vold. God kompetanse vil også kunne bidra til å bygge ned barrierer i form av fordommer, og bidra til økt forståelse for betydningen av god informasjon om vold tilpasset alle borgere med ulike typer utfordringer. På kommunalt nivå innebærer dette nødvendigheten av å erkjenne at et godt fungerende hjelpetilbud fordrer kunnskap om voldens ulike former og behovet for tilpassede løsninger.

Bruk av handlingsplaner og utarbeidelse av gode rutiner for hvordan forebygge, oppdage og melde vold, er viktig i det voldsforebyggende arbeidet og for å sikre hjelpetilbudet til voldutsatte personer med funksjonsnedsettelse. Fra myndighetene har det blitt utviklet gode verktøy som kommunene kan ta i bruk (Vislie & Gundersen, 2017), og kompetansemiljøer som krisesentrene tilbyr opplæring (Gundersen, Madsen et al., 2014). Fordi få kommuner benytter seg av disse tilbudene og heller ikke på egen hånd har utviklet et godt hjelpetilbud, viser det nødvendigheten av økt prioritering og et kompetanseløft fra kommunene side. Det synes også å være behov for at overordnede myndigheter bidrar med mer konkrete og slagkraftige virkemidler for å sikre personer med funksjonsnedsettelse et tilfredsstillende hjelpetilbud. For eksempel i form av opplæringskrav til alle private og offentlige ansatte som jobber i hjelpetjenester finansiert av det offentlige, og krav til universell utforming av alle bygg, infrastruktur og informasjonstje-

nester. Overnevnte tiltak vil øke kompetansen i hjelpeapparatet og kan bidra til å både avdekke vold og redusere den samfunnsmessige degraderingen av personer med funksjonsnedsettelser. Ved å senke barrierene mot å oppsøke hjelpeapparatet kan det også bidra til å forhindre utsatthet for ny vold.

LITTERATURLISTE

- Ballan, M. S. & Freyer, M. B. (2012). Self-Defense Among Women With Disabilities: An Unexplored Domain in Domestic Violence Cases. *Violence against Women, 18*(9), 1083–1107.
- Barne- likestillings- og inkluderingsdepartement. (2013). *Meld. St. 45 (2012–2013) Frihet og likeverd: Om mennesker med utviklingshemming*. Oslo: Det kongelige barne-, likestillings- og inkluderingsdepartement.
- Dammeyer, J. & Chapman, M. (2018). A national survey on violence and discrimination among people with disabilities. *Bmc Public Health, 18*(1), 355.
- Ferraro, K. (2015). *Neither angels nor demons: Women, crime, and victimization*. Northeastern University Press.
- Fleming, P. J.; Gruskin, S.; Rojo, F.; Dworkin, S.I. (2015). Men's violence against women and men are inter-related: Recommendations for simultaneous intervention. *Social Science & Medicine (146)* 249–256
- Grøvdal, Y. (2013). Mellom frihet og beskyttelse. *Vold og seksuelle overgrep mot mennesker med psykisk utviklingshemming – en kunnskapsoversikt* (Rapport 2). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Gundersen, T., Farstad, G. R. & Solberg, A. (2011). *Ansvarsdeling til barns beste? Barn og unge med funksjonsnedsettelser i barnevernet*. NOVA Rapport 17/11. Oslo: NOVA.
- Gundersen, T., Madsen, C. & Winsvold, A. (2014). *Tjenestetilbudet til voldsutsatte personer med nedsatt funksjonsevne*. NOVA Rapport 6/14. Oslo: NOVA.
- Gundersen, T., Neumann, C. B. & Egeland, C. (2014). *Kroppen min*. NOVA Rapport 18/14. Oslo: NOVA/OsloMet.
- Hague, G., Thiara, R. & Mullender, A. (2011). Disabled Women, Domestic Violence and Social Care: The Risk of Isolation, Vulnerability and Neglect. *British Journal of Social Work, 41*(1), 148–165.
- Hassouneh-Philips, D. & McNeff, E. (2005). «I thought I was less worthy»: Low sexual and body esteem and increased vulnerability to intimate partner abuse in women with physical disabilities. *Sexuality and Disability, 23*, 227–240.
- Healey, L., Humphreys, C. & Howe, K. (2013). Inclusive Domestic Violence Standards: Strategies to Improve Interventions for Women With Disabilities? *Violence and Victims, 28*(1), 50–68.
- Hughes, K., Bellis, M. A., Jones, L., Wood, S., Bates, G., Eckley, L., ... Officer, A. (2012). Prevalence and risk of violence against adults with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *The Lancet, 379*(9826), 1621–1629.

- Hughes, R. B., Lund, E. M., Gabrielli, J., Powers, L. E. & Curry, M. A. (2011). Prevalence of Interpersonal Violence Against Community-Living Adults With Disabilities: A Literature Review. *Rehabilitation Psychology, 56*(4), 302–319.
- Knigge, M. L. & Kibsgaard, L. (2009). *Afsluttede evalueringsrapport for projekt HUK i perioden 2005–2009*. Ringsted: Servicestyrelsen.
- Krahn, G. L., Walker, D. K. & Correa-De-Araujo, R. (2015). Persons with disabilities as an unrecognized health disparity population. *American Journal of Public Health, 105*(S2), 198–S206.
- Krisentersekretariatet. (2003). *Hvilket tilbud gir kommunene til voldsutsatte kvinner med funksjonshemming?*
- Krisentersekretariatet. (2005). *Hvilket tilbud gir kommunene til voldsutsatte kvinner med funksjonshemming?*
- Krnjacki, L., Emerson, E., Llewellyn, G. & Kavanagh, A. M. (2016). Prevalence and risk of violence against people with and without disabilities: findings from an Australian population-based study. *Australian and New Zealand Journal of Public Health, 40*(1), 16–21.
- Lund, E. M. (2011). Community-Based Services and Interventions for Adults With Disabilities Who Have Experienced Interpersonal Violence: A Review of the Literature. *Trauma Violence & Abuse, 12*(4), 171–182.
- Mitra, M. & Mouradian, V. E. (2014). Intimate partner violence in the relationships of men with disabilities in the United States: relative prevalence and health correlates. *Journal of Interpersonal Violence, 29*(17), 3150–3166.
- Muff, K. E. (2001). *Seksuelle overgrep på mennesker med handicap – et litteraturstudie*. København: Socialt Udviklingscenter SUS.
- NKVTS. (2017). *Veileder, kommunale handlingsplaner mot vold i nære relasjoner*.
- Nosek, M. A., Hughes, R. B., Taylor, H. B. & Taylor, P. (2006). Disability, psychosocial, and demographic characteristics of abused women with physical disabilities. *Violence against Women, 12*(9), 838–850.
- Olofsson, N., Lindqvist, K. & Danielsson, I. (2015). Higher risk of violence exposure in men and women with physical or sensory disabilities: Results from a public health survey. *Journal of Interpersonal Violence, 30*(10), 1671–1686.
- Olsvik, V. M. (2010). *Overgrep mot kvinner med nedsatt funksjonsevne – en kunnskapsoversikt*. Oslo: NKVTS.
- Plummer, S. B. & Findley, P. A. (2012). Women With Disabilities' Experience With Physical and Sexual Abuse: Review of the Literature and Implications for the Field. *Trauma Violence & Abuse, 13*(1), 15–29.
- Powers, L. E., Curry, M. A., McNeef, E., Saxton, M., Powers, J. L. & Oswald, M. (2008). End the Silence: A Survey of Abuse Against Men with Disabilities. *Journal of Rehabilitation, 74*(4), 41–53.
- Powers, L. E., Curry, M. A., Oswald, M., Maley, S., Saxton, M. & Eckels, K. (2002). Barriers and strategies in addressing abuse: A survey of disabled women's experiences. *Journal of Rehabilitation, 68*(1), 4–13.
- Ramm, J. (2010). *På like vilkår? Helse og levekår blant personer med nedsatt funksjonsevne* (Statistiske analyser). Oslo: Statistisk sentralbyrå.

- Ramm, J. & Otnes, B. (2013). *Personer med nedsatt funksjonsevne. Indikatorer for levekår og likestilling*. Rapport 8/13. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Rosen, D. B. (2006). Violence and Exploitation against Women and Girls with Disability. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1087(1), 170–177.
- Ruiz-Pérez, I., Pastor-Moreno, G., Escribà-Agüir, V. & Maroto-Navarro, G. (2018). Intimate partner violence in women with disabilities: perception of healthcare and attitudes of health professionals. *Disability and Rehabilitation*, 40(9), 1059–1065.
- Schablon, A., Zeh, A., Wendeler, D., Peters, C., Wohlert, C., Harling, M. & Nienhaus, A. (2012). Frequency and consequences of violence and aggression towards employees in the German healthcare and welfare system: a cross-sectional study. *BMJ open*, 2(5)
- Sokoloff, N.J. & Dupont, I. (2005). Domestic Violence at the Intersections of Race, Class, and Gender. *Violence against women*, 11(1), 38–64.
- Thiara, R. K., Hague, G., Bashall, R., Ellis, B. & Mullender, A. (2012). *Disabled women and domestic violence. Responding to the experience of survivors*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Vislie, C. & Gundersen, T. (2017). *Vern av risikoutsatte voksne. Kommunenes varslings-systemer for avdekking av vold og overgrep*. NOVA rapport 1/17. Oslo: NOVA/ OsloMet.