



# Overgrep mot kvinner med nedsatt funksjonsevne - en kunnskapsoversikt

Vigdis Mathisen Olsvik

Nasjonalt kunnskapssenter  
om vold og traumatisk stress a/s

# **Overgrep mot kvinner med nedsatt funksjonsevne en kunnskapsoversikt**

Vigdis Mathisen Olsvik

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) er et selskap under Unirand AS som er heleid av Universitetet i Oslo. NKVTS består av tidligere Psykososialt senter for flyktninger, Kompetansesenter for voldsofferarbeid, Nasjonalt ressurs-senter for seksuelt misbrukte barn og deler av Kontoret for katastrofepsykiatri.

Formålet med senteret er:

Å utvikle, vedlikeholde og spre kompetanse og kunnskap som kan bidra til:

- Å redusere helsemessige og sosiale konsekvenser av vold og traumatisk stress
- Å forebygge vold og traumatisk stress

Senterets oppgaver er forskning, utviklingsarbeid, undervisning, formidling og veiledning.

Bak opprettelsen av senteret står:

Barne-, likestilling-, og inkluderingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Justis og politidepartementet, Forsvarsdepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet.

Oslo 2010

ISBN 978-82-8122-039-3 (PDF)

Henvendelse vedrørende publikasjonen rettes til Nasjonal kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Kontaktinformasjon på [www.nkvts.no](http://www.nkvts.no)

## Forord

Det er mange som på ulike måter har bidratt til utarbeidelsen av denne kunnskapsstudien, og som fortjener en stor takk. For det første retter jeg en takk til ledelsen ved Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) og ved Østlandsforskning. De har gjort det mulig for meg å inneha et to og et halvt års engasjement ved NKVTS i halv stilling for bl.a. å utarbeide denne kunnskapsstudien. Studien inngår i mitt Ph.D. arbeid om overgrep mot kvinner med nedsatt fysisk funksjonsevne ved Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap ved Norges teknisk- naturvitenskaplige universitet (NTNU). Jeg vil derfor benytte denne anledningen til også å takke min veileder førsteamanuensis Kristjana Kristiansen for faglig støtte gjennom flere år. En takk også til de ansvarlige departementene bak Regjeringens handlingsplan som satte temaet vold mot personer med nedsatt funksjonsevne på dagsorden. En spesiell takk til Bufetat som arrangerte en egen konferanse om temaet i november 2009, hvor jeg presenterte resultatene av kunnskapsoversikten og deler av mitt øvrige Ph.D. arbeid.

Til slutt vil jeg takke seksjonsleder Ole Kristian Hjemdal, forsker Wenche Jonassen og forskningsleder Arnfinn Andersen ved NKVTS som har gjort en formidabel innsats med gjennomlesning av manuset, og som har kommet med mange konstruktive kommentarer. En spesiell takk til bibliotekar Sonja Haugland ved NVKTS som har utført litteratursøket til kunnskapsoversikten, og som sammen med spesialbibliotekar Hege Eriksen Oswald har sjekket og ryddet opp i mine mange referanser. Jeg vil også takke mine kollegaer ved NKVTS for en hyggelig og lærerik tid!

Lillehammer, oktober 2010

Vigdis M. Olsvik

## **Innhold**

<b>Summary</b> .....	<b>4</b>
<b>Sammendrag</b> .....	<b>7</b>
<b>Innledning</b> .....	<b>10</b>
<b>1. Teoretiske forståelser av overgrep og overgrepforløpet</b> .....	<b>14</b>
1.1 Ulike forståelser av overgrep .....	14
1.2. Forståelser av overgrepforløpet.....	20
<b>2. Overgrepens omfang</b> .....	<b>24</b>
2.1. Overgrep mot kvinner generelt .....	24
2.2. Overgrep mot kvinner med nedsatt funksjonsevne .....	25
<b>3. Overgrepens sosiale kontekst</b> .....	<b>33</b>
3.1. Ulike typer overgrep .....	33
3.2. Overgripere og overgrepsarenaer .....	37
3.3. Overgrepens tidsperspektiv .....	38
3.4. Overgrepens konsekvenser og de voldsutsattes hjelpebehov .....	39
<b>4. Hjelpetiltak mot overgrep</b> .....	<b>43</b>
4.1. Overordnede politiske og økonomiske tiltak .....	43
4.2. Rapporter med anbefalinger om tiltak.....	44
4.3. Kommunenes hjelpetilbud .....	47
4.4. Ulike intervensjonstiltak - krisesentertilbud og kontakttelefon .....	50
4.5. Hjelpetiltak i regi av kvinnenettverk.....	53
<b>5. Drøfting og anbefalinger</b> .....	<b>56</b>
<b>Referanser</b> .....	<b>62</b>

## Summary

### *Theoretical understanding of abuse and its source of events*

The first chapter of this report describes the theoretical understanding of abuse against women with functional impairments. There are several theoretical approaches that may all contribute to our understanding of abuse of these women. Two of these approaches are presented. The first one is the criminological approach with emphasis on victimological terms, such as “multiple victimization”, “repeated victimization” and “lifetime victimization”. The second one is the intersectional approach with emphasis on the power imbalance in abusive relationships and on how social dimensions of power such as gender, age and functional impairments influence each other in a mutual interaction. In addition, two models of the process of abuse against women with functional impairments are presented. This process is divided into the following phases: stress build up, escalation into abuse, trespassing of tolerance, acquiring strength and support and finally the abusive relationship is brought to an end permanently or temporarily. This course of events is different from the general cycle of partner violence against women, which often is terminated with a last phase called the “honeymoon”.

### *Extent of abuse*

The second chapter deals with the prevalence of abuse against women with functional impairments. The earliest prevalence studies indicated that the extent of abuse of women with functional impairments was just as big as or bigger than of women without functional impairments. We therefore asked the question whether this was still correct. Recent extent studies indicate that the extent of abuse of women with functional impairments is just as big as or possibly bigger than of women without functional impairments, in particular if we include abuse in care settings.

At the same time the same prevalence studies point out some characteristics regarding abuse of women with functional impairments. The first characteristic is that abuse of disabled women seems to last longer than abuse of women in general. The second is that this group of women may be more subject to certain types of abuse than other women, and the third characteristic is that women with certain types of functional impairments may be more exposed to abuse than women with other types of functional impairments. Even though several prevalence studies on abuse of women with functional impairments have been published, the number of studies is still limited. The studies’ design vary so much that it is also a challenge to compare results and draw any clear conclusions.

### *Social context of the abuse*

The third chapter deals with the social context of the abuse of women with functional impairments. Qualitative studies referred to in this chapter indicate that women with functional impairments are exposed to all kinds of abuse like women in general, but they are in addition more exposed to institutional abuse for example from employees in the care sector. Furthermore, women with functional impairments are exposed to abuse from all kinds of abusers, even though most of the abuse is committed by persons close to them or by people they depend on. Since most of the abuse happens at home, it is here in particular that qualitative studies have had their focus. There is, however, a need for a greater focus on the work place and the arenas of free time and the caring system. The literature has had little focus on the time perspective of the abuse, which is of importance to the consequences of the abuse of the women. Retrospective depth studies document abuse in all life phases. Some of the prevalence studies indicate that women with functional impairments experience more long-term abusive relationships than other abused women. The studies also indicate that the consequences of the abuse range from no self-reported consequences to suicide attempts. Especially physical and sexual abuse early in life and abuse of long duration seem to have serious consequences. Furthermore, studies indicate that the women to a varying degree sought help from family, friends or professionals. Many of the abused women with functional impairments had not sought or received help. Whether this is because they do not need help or because they do not have access to help is unclear and should be studied further.

### *Measures against abuse*

The fourth chapter deals with measures for women with functional impairments exposed to violence. Since the UN women conference on this theme in 1995, many initiatives have been made on a superior political level in the form of resolutions, recommendations, operating plans and economic support has been given to study and development work which has been important to make clear the abuse of women with functional impairments. The Europe Council and Brottsforebyggande Rådet have both published a report on concrete measures at different stages and levels and aimed at different target groups.

Municipalities have an important responsibility for first line services to everybody that experiences violence and abuse. Former studies have, however, indicated that only a few municipalities had implemented measures especially for this group. Centers for battered women are central in providing help to all women exposed to violence. Studies have indicated that not all centers are accessible to women with functional impairments, and work is going on to better this. The Act relating to Municipal Crisis Centre Services (Crisis Centre Act) entered into force 1. January 2010. The purpose of the Crises Centre Act is to ensure the provision of a good, comprehensive crisis centre service for women, men and children who are subjected to domestic violence or threats of such violence. The municipality shall ensure the provision of a crisis centre service that may be used by persons who are subjected to domestic violence or threats of such violence, and who need counselling or safe, temporary

accommodation. This also includes an individual provision and coordination of the measures aimed at women exposed to violence with functional impairments.

A limited interest in the complex of abuse problems in women's own interest organizations had as a consequence that individual networks were formed in the Scandinavian countries. These networks have to a large extent contributed to putting the theme violence against women with functional impairments on the agenda and to initiate measures. There is still a need for support to women networks, at the same time as it is important to encourage the interest organizations to discuss the theme. An important measure that should be considered is the creation of a national hotline for these women similar to the ones in Sweden and Denmark and similar to the one for the elderly exposed to violence in Norway.

### *Discussion and recommendations*

In the last chapter there is more specific focus on the scarcity of knowledge and of concrete recommendations for measures. Some of these recommendations include firstly that we need more specific knowledge that can bring forward the characteristics of abuse of women with functional impairments and secondly that we need more comparative studies of the extent of abuse of women with and without functional impairments, between women with various functional impairments and between women and men with the same functional impairments. Thirdly, it is recommended that we focus not only on abuse in close relations, but also on abuse on other arenas especially in the care sector, at the same time as we focus more on the accumulated effect of repeated and long-term abuse. Finally a mapping of needs and existing measures in municipalities and in centers for battered women is recommended, and how these measures function especially for women with functional impairments after the implementation of the Crisis Centre Act of 1 January 2010.



## Sammendrag

### *Teoretiske forståelser av overgrep og overgrepforløpet*

Første kapittel i denne kunnskapsstudien omhandler teoretiske forståelser av overgrepene og overgrepforløpet for kvinner med nedsatt funksjonsevne. Det finnes flere teoretiske tilnærminger som alle kan gi viktige bidrag til vår forståelse av overgrep mot disse kvinnene. I denne studien er to av disse tilnærmingene presentert. Den ene er den kriminologiske tilnærmingen med vekt på viktimologiske begreper, slik som ”flerfoldig viktimisering”, ”gjentatt viktimisering” og ”livsløpsviktimisering”. Den andre er den interseksjonelle tilnærmingen med vekt på det ulike maktforholdet i overgrepsrelasjonene, og på hvordan sosiale maktdimensjoner som for eksempel kjønn, alder og nedsatt funksjonsevne påvirker hverandre i et gjensidig samspill. I tillegg presenteres to modeller for forløpet av overgrep mot kvinner med fysiske funksjonsnedsettelse, som inndeles i følgende faser; stressoppbygging, eskalering til overgrep, passering av en tålegrense, innhenting av styrke og støtte, og til sist, avslutning av overgrepsforholdet permanent eller midlertidig. Dette overgrepforløpet skiller seg fra den generelle syklusen for partnervold mot kvinner, som gjerne avsluttes med en siste fase kalt ”hvetebrødsdager”. Det ser med andre ord ut til at overgrepforløpet er noe forskjellig for kvinner med og uten funksjonsnedsettelse, og at vi derfor behøver ytterligere studier for å videreutvikle en alternativ modell for overgrepforløpet spesifikt for denne gruppen av kvinner.

### *Overgrepenes omfang*

Andre kapittel omhandler omfanget av overgrep mot kvinner med nedsatt funksjonsevne. De tidligste omfangsstudiene antydte at omfanget av overgrep mot kvinner med nedsatt funksjonsevne var like stort eller større enn tilsvarende for kvinner uten nedsatt funksjonsevne. Vi stilte derfor spørsmålet om dette fortsatt var riktig. Nyere omfangsstudier tyder på at omfanget av overgrep mot kvinner med nedsatt funksjonsevne er like stort, eller muligens noe større, enn mot kvinner uten funksjonsnedsettelse, særlig når vi inkluderer de overgrep som skjer i pleie- og omsorgssituasjoner.

Samtidig peker de samme omfangsstudiene på noen særtrekk ved overgrep mot kvinner med nedsatt funksjonsevne. Det første særtrekket er at overgrepene ser ut til å vare over lengre tid enn hva som er vanlig for overgrep mot kvinner generelt. Det andre er at denne gruppen av kvinner kan være mer utsatt for visse typer overgrep enn andre kvinner, og det tredje er at kvinner med visse typer funksjonsnedsettelse kan være mer utsatt for overgrep enn kvinner

med andre typer funksjonsnedsettelse. Selv om det de senere årene har kommet flere undersøkelser av omfanget av overgrep mot kvinner med nedsatt funksjonsevne, er antallet studier fortsatt begrenset. Det er også en utfordring at undersøkelsenes design varierer så vidt mye. Dette gjør det vanskelig å sammenlikne resultatene og å trekke entydige konklusjoner. For at vi skal kunne si noe mer sikkert om omfanget av overgrep mot kvinner med nedsatt funksjonsevne er det behov for å bruke egne utvalg av personer med funksjonsnedsettelse, for eksempel med utgangspunkt i trygderegisteret.

### *Overgrepene sosiale kontekst*

Det tredje kapitlet omhandler den sosiale konteksten rundt overgrepene mot kvinner med nedsatt funksjonsevne. I de kvalitative studiene som det er referert til i dette kapitlet, kommer det frem at kvinner med nedsatt funksjonsevne er utsatt for alle typer overgrep på lik linje med kvinner for øvrig, men at de i tillegg er mer utsatt for institusjonelle overgrep, som for eksempel overgrep fra ansatte i pleie- og omsorgssektoren. Videre er kvinner med nedsatt funksjonsevne utsatt for overgrep av alle kategorier av overgripere, selv om flesteparten av overgrepene blir begått av personer som kvinnene har et nært forhold til, eller som de står i et avhengighetsforhold til. Siden de fleste av overgrepene skjer på hjemmearenaen, er det særlig på denne arenaen at de kvalitative studiene har hatt sitt fokus. Det er imidlertid behov for et større fokus på arbeidsarenaen, fritidsarenaen og særlig pleie- og omsorgsarenaen. Faglitteraturen har også vært lite opptatt av overgrepene tidsperspektiv, noe som har betydning for hvilke konsekvenser overgrepene får for kvinnene. De retrospektive dybdestudiene dokumenterer overgrep i alle livsfasene. Noen av omfangsstudiene bekrefter for øvrig at kvinner med nedsatt funksjonsevne lever i mer langvarige overgrepsrelasjoner enn andre overgrepsutsatte kvinner. Studien viser også at konsekvensene av overgrepene spenner over hele spektret, fra ingen selvrapporterte konsekvenser til selvmordsforsøk. Særlig fysiske og seksuelle overgrep begått tidlig i livsløpet og overgrep av lang varighet synes å gi alvorlige konsekvenser. Videre viser studiene at kvinnene i varierende grad søkte hjelp hos familie, venner eller fagfolk. Relativt mange av de overgrepsutsatte kvinnene med nedsatt funksjonsevne hadde ikke søkt eller fått hjelp. I hvilken grad dette skyldes manglende behov for hjelp eller manglende tilgang til hjelpetiltak, er uklart og bør utredes nærmere.

### *Hjelpetiltak mot overgrep*

Det fjerde kapitlet omhandler hjelpetiltak for voldsutsatte kvinner med nedsatt funksjonsevne. Siden FNs kvinnekongress om dette temaet i 1995 er det på overordnet politisk nivå igangsatt en rekke tiltak både i EU-landene og i de skandinaviske landene i form av resolusjoner, anbefalinger, handlingsplaner, samt økonomisk støtte til utrednings- og utviklingsarbeid. Dette er et arbeid som har vært viktig for å synliggjøre overgrep mot kvinner med nedsatt funksjonsevne, og som fortsatt er nødvendig. Europarådet og Brottsforebyggende Rådet har utgitt hver sin rapport som inneholder gode eksempler på konkrete hjelpetiltak på ulike stadier og nivåer, samt mot ulike målgrupper.

Kommunene har et viktig ansvar for å gi førstelinjetjenester til alle som opplever vold og overgrep. Tidligere undersøkelser har imidlertid vist at kun et mindretall av kommunene

hadde særskilt tilrettelagte tiltak ut over de lovpålagte tjenestene som omfatter alle innbyggerne. Krisesentrene står sentralt, når det gjelder hjelpetiltak for alle voldsutsatte kvinner. Undersøkelser har vist at ikke alle krisesentre er tilgjengelige for kvinner med nedsatt funksjonsevne, men at det er et arbeid i gang med å utbedre dette. Lov om kommunale krisesentertilbud trådte i kraft fra 1. januar 2010. Denne loven gir kommunene ansvar for å sikre et helhetlig krisesentertilbud for alle kvinner, noe som også omfatter en individuell tilrettelegging og en samordning av tiltakene for voldsutsatte kvinner med funksjonsnedsettelse.

Manglende interesse for overgrepssproblematikken i kvinnenes egne interesseorganisasjoner førte til at det ble dannet egne kvinnenettverk i de skandinaviske landene. Disse nettverkene har i stor grad bidratt til å sette temaet vold mot kvinner med nedsatt funksjonsevne på dagsorden og til å initiere hjelpetiltak. Det er fortsatt behov for støtte til kvinnenettverk, samtidig som det er viktig å oppfordre interesseorganisasjonene til selv å ta opp temaet til debatt. Et viktig hjelpetiltak som bør vurderes er opprettelsen av en landsdekkende kontaktelefon for disse kvinnene, slik det allerede finnes i Danmark og Sverige, og slik det eksisterer for overgrepsutsatte eldre i Norge.

#### *Drøfting og anbefalinger*

I avslutningskapitlet fokuseres det mer spesifikt på manglene i kunnskapsgrunnlaget vedrørende overgrep mot kvinner med nedsatt funksjonsevne, samt på konkrete anbefalinger til videre tiltak. Noen av disse anbefalingene omfatter for det første at vi trenger mer spesifikk kunnskap som kan få frem det som særpreger overgrep mot kvinner med nedsatt funksjonsevne, og for det andre at vi trenger flere komparative studier av omfanget av overgrep mellom kvinner med og uten nedsatt funksjonsevne, mellom kvinner med ulike funksjonsnedsettelser, samt mellom kvinner og menn med samme type funksjonsnedsettelse. For det tredje gjelder anbefalingene at vi bør rette fokuset ikke bare mot overgrep i nære relasjoner, men også mot overgrep på andre overgrepsarenaer, og spesielt i pleie- og omsorgssektoren, samtidig som vi bør ha et sterkere fokus på den akkumulerte effekten av gjentatte og langvarige overgrep. Til sist anbefales en nærmere kartlegging av både hjelpebehovene og de eksisterende hjelpetilbudene i kommunene og krisesentrene, samt hvordan disse tilbudene fungerer spesielt for kvinner med nedsatt funksjonsevne etter innføringen av Lov om kommunale krisesentertilbud som ble iverksatt fra 1. januar 2010.

## Innledning

Kvinner med nedsatt funksjonsevne har lenge vært en neglisjert gruppe både innen forskning om funksjonshemming, kjønnsforskning og i forskning om vold og overgrep. Det er først de siste 10-15 årene at søkelyset er blitt rettet spesielt mot overgrep mot kvinner med nedsatt funksjonsevne. Vendepunktet kom med FNs kvinnekonferanse i Beijing i 1995, som for alvor satte overgrep mot kvinner med nedsatt funksjonsevne på dagsorden. Men selv om interessen har økt noe de senere årene, finnes det fortsatt et relativt begrenset antall studier som har fokusert på overgrep mot nettopp denne gruppen.

### *Rammer for kunnskapsstudien*

Utgangspunktet for denne kunnskapsstudien er tiltak nr. 36 i ”Vendepunkt”, Regjeringens handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2008 – 2011. NKVTS ble her bedt om å innhente kunnskap om vold og overgrep mot kvinner med nedsatt funksjonsevne og deres hjelpebehov på bakgrunn av eksisterende forskning og rapporter, samt utarbeide forslag til tiltak for å styrke hjelpetilbudet til denne gruppen.

Formålet med kunnskapsstudien har primært vært å skaffe en oversikt over omfanget av og den sosiale konteksten for overgrep mot kvinner med nedsatt funksjonsevne. I tillegg er det gjort rede for ulike teorier om hvorfor overgrep skjer mot denne gruppen. I den grad faglitteraturen har omhandlet hjelpebehov, er dette inkludert, samtidig som vi har sett på hva ulike kilder sier om dette tilbudet og om behovet for særskilte hjelpetiltak for denne gruppen. På denne bakgrunn har vi underveis kommet med våre anbefalinger.

Studien omhandler kvinner med nedsatt funksjonsevne, men har et særskilt fokus på kvinner med fysiske funksjonsnedsettelser, bl.a. fordi det er flest studier som sammenlikner overgrep mot denne gruppen med overgrep mot kvinner generelt. Det er også trukket inn studier om kvinner med andre typer av funksjonsnedsettelser, samt i noen grad også studier av barn og unge, der hvor det har vært relevant. Vi skiller vanligvis mellom kvinner med fysiske, dvs. bevegelses- og sansemessige funksjonsnedsettelser, kvinner med psykiske utviklingshemninger og kvinner med psykiske lidelser. Selv om det vil være spesifikke utfordringer knyttet til spesifikke typer av funksjonsnedsettelser, avhengig av graden av funksjonsnedsettelsen og om den er medfødt eller ervervet, vil de funksjonshemmende barrierene langt på vei være sammenfallende. I denne studien brukes overgrep som en fellesbetegnelse på alle typer overgrep, slik som fysiske, psykiske, seksuelle og økonomiske overgrep, samt forsømmelser, noe vi vil utdype nærmere i kapittel tre.

### *Metode*

Kunnskapsstudien fokuserer i første rekke på skandinavisk faglitteratur, men inkluderer også et utvalg av utenlandske arbeider. I tillegg til at faglitteraturen på dette området er relativt begrenset, er den også av ulik karakter ved at den omfatter forskningsrapporter, artikler, bøker, kunnskapsstudier, empiriske studier, nettbasert informasjon, undervisningslitteratur og brosjyrer. Denne studien omhandler primært forskningsbasert kunnskap, dvs. tidsskriftartikler, bøker og forskningsrapporter, men inkluderer også andre litteraturstudier og i noen grad også andre typer dokumenter, som for eksempel nettbasert informasjon, spesielt vedrørende hjelpetiltak. Det har vært naturlig å avgrense litteratursøket til faglitteratur publisert etter 1995, siden det var da temaet for alvor ble satt på dagsorden.

### *Et sosialkonstruktivistisk perspektiv på sentrale begreper*

I forskning om funksjonshemming skiller en vanligvis mellom selve funksjonsnedsettelsen og funksjonshemmingen. Funksjonshemmingen oppstår for eksempel når ulike samfunnsarenaer ikke er tilgjengelig for personer med ulike funksjonsnedsettelse. Den manglende tilgjengeligheten skyldes både på fysiske og holdningsmessige barrierer. Disse barrierene skaper spesifikke livsbetingelser og strukturelle rammer rundt livsutfoldelsen. Betingelsene som gjør at en person blir funksjonshemmet, forandrer seg med andre ord i rom og tid, dels avhengig av graden av tilgjengeligheten til ulike samfunnsarenaer.

På samme måte som funksjonshemming kan begrepet kvinne ses i et sosialkonstruktivistisk perspektiv, dvs. at begrepet kan forstås som en sosial konstruksjon, ved at en kvinnes kjønns spesifikke egenskaper ikke primært fremstår som biologisk, men også som konstruert i en sosial kontekst. Dette innebærer at disse sosiale egenskapene er foranderlige både i forhold til tid og rom. Det viktigste i denne forbindelse er at de egenskapene som kvinner eller menn tilskrives i et samfunn, avgjør hvilke muligheter og hvilke strukturelle begrensinger de møter i samfunnet.

Når det gjelder begrepet overgrep, opptrer også det i en sosial kontekst. Begrepet oppstår med andre ord i et sosialt rom som muliggjør og tillater at voldelige handlinger finner sted (Sobsey 1994). Hva som oppfattes som overgrep, endrer seg i ulike samfunn til ulike tider. Overgrep kan i noen tilfeller være en kriminell handling som resulterer i straff, men hva som er en straffbar handling, har forandret seg gjennom tidene. Voldsbruk overfor kvinner i hjemmet ble tidligere betegnet som "husbråk" og privatisert. I dag er imidlertid politiets instruksjoner og selve staffemålingen vedrørende familievold vesentlig endret.

### *Forskning om funksjonshemming*

Forskning om funksjonshemming har endret seg vesentlig de siste tiårene. Tradisjonelt har denne forskningen vært dominert av medisinere med en klinisk orientering som primært har sett på funksjonshemming som en individuell egenskap, og som har hatt et rehabiliterende og praktisk formål med sin forskning. Samtidig har det vokst fram en samfunnsvitenskapelig forskning som primært har forsøkt å forstå situasjonen for personer med nedsatt

funksjonsevne i et større samfunnsmessig perspektiv (Froestad & Solvang 2000). Et fremtredende trekk ved denne forskningen har vært å kontekstualisere begrepet funksjonshemming ved å understreke samfunnets og omgivelsenes betydning for hva som defineres som funksjonshemming. Dette har resultert i en relasjonell definisjon som ser på funksjonshemming som et misforhold i relasjonen mellom miljøets forventninger og krav og individets evne til å oppfylle disse. Denne definisjonen er i tråd med det sosialkonstruktivistiske perspektivet, og er også den definisjonen som brukes i offentlige utredninger (St.meld. nr 40 (2002-2003)).

Det finnes imidlertid også andre typer av definisjoner av funksjonshemming. Grønvik (2008), som har studert hvordan forskere og myndigheter har definert funksjonshemming, skiller mellom flere definisjoner. Den første er en funksjonell definisjon som tar utgangspunkt i funksjonelle begrensinger, mens den andre er en relasjonell definisjon som tar utgangspunkt i relasjonen mellom individ og omgivelser. En tredje definisjon er en sosial eller samfunnsmessig definisjon som tar utgangspunkt i samfunnsskapt hindringer, mens den fjerde er en administrativ definisjon som ser på hvordan det å være funksjonshemmet utløser bestemte velferdsrettigheter. På bakgrunn av sin studie stiller Grønvik seg tvilende til en standardisert definisjon av begrepet funksjonshemming og anbefaler at man velger definisjon ut fra formålet for anvendelsen. I denne kunnskapsstudien bruker vi først og fremst den relasjonelle definisjonen på funksjonshemming, hvor funksjonshemmende forhold oppstår når det foreligger et gap mellom individets forutsetninger og omgivelsenes utforming eller krav til funksjon. Dette gapet kan reduseres dels ved tiltak som styrker individets forutsetninger, dels ved tiltak for å endre samfunnets krav.

Antallet personer med funksjonsnedsettelse er vanskelig å fastsette, siden det avhenger av hvilken definisjon som anvendes, og i hvilken grad vedkommende selv vil kategorisere seg som en person med nedsatt funksjonsevne. I følge en undersøkelse utført av Statistisk sentralbyrå oppgav 17 prosent av befolkningen i alderen 15-66 år å ha en funksjonsnedsettelse, dvs. om lag 500 000 personer. Spørsmålet som ble stilt, var om informantene hadde fysiske eller psykiske helseproblemer av mer varig karakter som kunne medføre begrensninger i det daglige liv. De eksemplene som ble nevnt, var bevegelsesnedsettelse, nedsatt syn eller hørsel, psykiske utviklingshemninger og psykiske lidelser (Bø & Håland 2009). Spennvidden i hvor begrensende de funksjonshemmende omgivelsene kan være for den enkelte, varierer ikke bare med graden og typen av funksjonsnedsettelsen, men også med vedkommendes livssituasjon. En annen kompliserende faktor er at personer med noen funksjonsnedsettelse kan ha vekslende gode og dårlige perioder, samtidig som selve tilstanden kan forandres over tid til det verre eller bedre.

### *Andre skandinaviske kunnskapsstudier*

Dette er den første norske kunnskapsstudien om dette temaet. Fra tidligere finnes to danske og en svensk kunnskapsstudie som kort skal nevnes her. Den ene danske studien har fokus på partnervold mot kvinner med fysiske funksjonsvansker og refererer til litteratur om fysiske, psykiske, seksuelle og økonomiske overgrep som primært er blitt begått av kvinnenens partnere (Bjerre & Jørgensen 2002). Den konkluderer med at de problemene som er knyttet til partnervold langt på vei er felles for alle kvinner, men at den sårbarhet og avhengighet som kvinner med nedsatt funksjonsevne opplever, muliggjør flere typer overgrep og overgrep over lengre perioder. Den andre danske litteraturstudien har fokus spesielt på seksuelle overgrep mot personer med ulike typer av funksjonsnedsettelse og viser at særlig kvinner med psykisk utviklingshemming har en økt risiko for å bli utsatt for seksuelle overgrep (Muff 2001). Risikofaktorene blir relatert til funksjonsnedsettelsene og til de avhengighetsrelasjonene som kvinnene inngår i på bakgrunn av disse. Studien konkluderer blant annet med at det er særlig behov for studier, hvor man kan identifisere hvilke risikofaktorer som kan føre til disse kvinnenens økte utsatthet for seksuelle overgrep, og hvordan hjelpetilbudene kan skreddersys for denne gruppen. Den svenske kunnskapsstudien omhandler overgrep mot kvinner og menn med alle typer funksjonsnedsettelse. (Brottsförebyggande Rådet 2007). Den slår fast at kunnskap om overgrep mot personer med nedsatt funksjonsevne er utilstrekkelig, og at det mangler en samlet oversikt over forskningen som er gjennomført. Ifølge denne studien er overgrep mot personer med funksjonsnedsettelse kjennetegnet av i hovedsak tre faktorer; usynliggjøring, sårbarhet og avhengighet. Forfatterne etterlyser særlig kunnskap som kan identifisere høyrisikogrupper, samt økt bevissthet og kunnskap om temaet blant de ansatte i pleie- og omsorgssektoren, samt ansatte i rettsvesenet.

### *Rapportens oppbygging*

Den foreliggende kunnskapsstudien er inndelt i fire kapitler. Det første kapitlet ser på ulike teoretiske forståelser av overgrep mot kvinner med nedsatt funksjonsevne, mens det andre kapitlet ser på overgrepenes omfang med utgangspunkt i et utvalg av utenlandske og skandinaviske kvantitative studier. Det tredje kapitlet fokuserer på overgrepenes sosiale kontekst på bakgrunn av et utvalg av nordiske og utenlandske kvalitative studier, mens det fjerde og siste kapitlet bygger på et mer begrenset datamateriale vedrørende hjelpebehov og hjelpetiltak. Til slutt presenteres en sammenfatning av kunnskapsstatusen på dette området, samt anbefalinger om videre innhenting av kunnskap og utvikling av særskilte hjelpetiltak.

# 1. Teoretiske forståelser av overgrep og overgrepforløpet

I dette innledningskapitlet stiller vi spørsmålet om hvordan vi skal forstå overgrep mot kvinner med nedsatt funksjonsevne. Vi ser spesielt på to teoretiske innfallsporner til temaet; en kriminologisk forståelse med vekt på viktimologiske begreper og en interseksjonell forståelse med vekt på ulike maktforhold i overgrepsrelasjonene. I tillegg skal vi se på to modeller av overgrepforløpet til kvinner med nedsatt fysisk funksjonsevne og sammenligne dem med en modell for tilsvarende overgrepforløp til kvinner generelt.

## 1.1 Ulike forståelser av overgrep

### *Kriminologiske forståelser*

Den kriminologiske forskningen om voldsofre domineres av to tradisjoner (Estrada & Nilsson 2004). Den ene tradisjonen forklarer vold og kriminelle handlinger ut fra en tilfældighetsteori basert på forskjeller i aktivitetsmønster blant ofre. Denne påpeker at det er forskjeller i livsstiler og daglige aktiviteter som medfører at ulike grupper befinner seg i ulik grad i risikosituasjoner. Denne tradisjonen har særlig fokusert på tre potensielle voldsarenaer; hjemmet, arbeidslivet og utelivet. Ut fra denne tradisjonen kan vi anta at kvinner med funksjonsnedsettelse som følge av deres funksjonsnedsettelse, vil være særlig utsatt for overgrep på hjemmearenaen, men i mindre grad i arbeidslivet og på utearenaen.

Den andre tradisjonen bygger på strukturelle teorier som betoner de sosioøkonomiske faktorene, bl.a. i hvilke områder man er bosatt. Avhengig av de sosiale problemene som finnes i det aktuelle boligområdet, kan dette føre til større eller mindre risiko for utsatthet for overgrep og andre kriminelle handlinger. Å leve med en funksjonsnedsettelse kan innebære lavere levestandard og dermed mindre kontroll og frihet i egen livssituasjon. Dette skyldes at andelen personer med nedsatt funksjonsevne som er i arbeid, er lavere enn i befolkningen for øvrig, noe som kan medføre dårligere økonomi og dårligere muligheter for et trygt bosted, og som igjen, i følge denne tradisjonen, kan øke risikoen for potensielle voldshandlinger.

Innen den kriminologiske forskningen finnes det også en feministisk retning som forstår utsatthet for vold og kriminelle handlinger først og fremst ut fra ulike maktforhold (Walby 2002). Denne retningen er særlig brukt til å forstå menns vold mot kvinner, men kan også brukes til å analysere ulik maktfordeling i andre relasjoner, for eksempel mellom barn og voksne og mellom legfolk og fagpersoner. For kvinner med nedsatt funksjonsevne er det



særlig store pleiebehov i form av daglig personlig stell som kan lede til et avhengighetsforhold til omsorgspersonene, enten disse er familiemedlemmer eller fagpersoner, og dermed resultere i større risiko for å utsettes for vold og overgrep fra disse personene. Denne typen overgrep kan også forklares med strukturelle faktorer relatert til bemanning og organisering av pleie- og omsorgstjenesten, manglende etiske retningslinjer og oppfølging av disse, samt manglende kunnskap om livssituasjonen til personer med funksjonsnedsettelse. Disse faktorene, sammen med den ulike maktfordelingen mellom pleiepersonellet og brukerne, er relevante, særlig når det gjelder å forstå vold mot kvinner med funksjonsnedsettelse med et stort pleie- og hjelpebehov.

### *Viktimologiske begreper*

Viktimologien er en retning innen kriminologien som undersøker hva det vil si å være offer for overgrep og kriminelle handlinger. Vi skal se nærmere på noen av de mest sentrale begrepene innen dette fagfeltet, før vi ser på hvordan denne retningen forstår overgrep og kriminelle handlinger rettet mot kvinner med nedsatt funksjonsevne.

Begrepet “flerfoldig viktimitisering” (multiple victimization) refererer til å ha vært utsatt for to eller flere typer av overgrep eller kriminelle handlinger innenfor en spesifikk referanseperiode. Den vanligste definisjonen finner vi hos Hope, Bryan, Trickett & Osborn (2001) som definerer “flerfoldig viktimitisering” som “i hvilken grad et hushold eller enkeltpersoner er ofre for mer enn en type av forseelse innenfor en gitt periode” (p. 595 min oversettelse). En mer spesifikk definisjon finner vi i en studie av Finkelhor, Ormrod og Turner (2007a) som introduserte begrepet “polyviktimitisering” med spesiell referanse til barn og unge som hadde vært utsatt for minst fire ulike typer av overgrep det siste året.

I tillegg til å fokusere på ulike typer av overgrep bør vi også fokusere på omfanget av gjentagelser av hver type overgrep, såkalt ”gjentatt viktimitisering” (repeated victimization). I følge Hope et al. (2001.) består “gjentatt viktimitisering” av “en sekvens av samme type hendelse som et individ eller andre mål er utsatt for (p. 596, min oversettelse), mens Finkelhor et al. (2007a.) kaller de som har vært utsatt for mer enn ett tilfelle av samme type overgrep for ”kroniske ofre”. Begge konkluderer med at det er viktig ikke bare å ha fokus på flere typer av overgrep, men også på tidsaspektet i form av omfanget av gjentagelser av hver type overgrep.

De fleste studiene av ”flerfoldig viktimitisering” har begrenset seg til å se på overgrep som finner sted innen bestemte referanseperioder, som oftest det siste året. Det har imidlertid vært en økende oppmerksomhet på behovet for et lengre tidsperspektiv og for longitudinelle studier. Både Finkelhor, Ormrod og Turner (2007b) og Hope et al. (2001) har utført studier med et lengre tidsperspektiv. Forfatterne påpeker at omfanget av overgrep er vesentlig større om man ser på overgrep over en lengre periode enn den vanlige referanseperioden på et år. Begrepet ”livsløpsviktimitisering” (lifetime victimization) viser til de kumulative erfaringene av ulike typer av overgrep som har funnet sted i livsløpet til en enkeltperson. Ved kun å fokusere på det forhenværende året eller et par år, får vi en spesifikk, men begrenset forståelse

for overgrepene. Spesielt når det gjelder utsatte og marginaliserte grupper i samfunnet, bør vi legge an et langtidsperspektiv på viktimisering for å få et helhetlig perspektiv på overgrepssomfanget.

Olsviks (2010b) kvalitative studie av overgrep mot kvinner med fysiske funksjonsnedsettelse, viser at kvinnene gjennom livet utsettes for ”flerfoldig viktimisering” i form av ulike typer overgrep i ulike sosiale sammenhenger, slik som mobbing i skolen, partnervold og overgrep i ulike helseinstitusjoner. Noen falt også inn under kategorien ”polyviktimiterte” dvs. at de hadde vært utsatte for fire eller flere ulike typer av overgrep. I tillegg var de også utsatt for ”gjentatt viktimisering” ved at noen av de typene av overgrep som de ble utsatt for, slik som vold i hjemmet og i helse- og pleieinstitusjoner, gjentok seg over lengre perioder. Studien viser at, når det gjelder utsatte grupper som kvinner med nedsatt funksjonsevne, bør vi se på langsiktige gjentatte overgrep av samme type, samt på kumulative virkninger av såkalt ”livsløpsviktimisering”, dvs. på alle overgrep i løpet av livsløpet.

#### *Forståelser av viktimisering*

Tidlige viktimologiske studier har i liten grad kunnet identifisere hvilke grupper som har en høy risiko for å bli utsatt for overgrep og kriminelle handlinger, og også innenfor denne retningen har personer med nedsatt funksjonsevne fått svært lite oppmerksomhet. Som nevnt tidligere, fokuserte de første viktimologene på ofrenes livsstil og på hvordan ofrene selv bidro til sin egen viktimisering. Senere ble viktimisering sett på som et produkt av risiko og sårbarhet for de sosialt utsatte gruppene i samfunnet. Sammenligninger av flere års data fra British Crime Survey, utført av Davies, Francis & Greer (2007), bekrefter at det er en sammenheng mellom risiko for personlig viktimisering og sosiale kategorier som alder, kjønn og etnisitet, og at de som har høyest risiko for å bli ofre for kriminalitet eller vold, er de mest marginaliserte gruppene i samfunnet.

Ifølge Finkelhor et al. (2007a) kan begrepet ”flerfoldig viktimisering” være viktig for å skille ut de gruppene, hvor viktimisering kan være en permanent tilstand snarere enn en enkeltbegivenhet. Disse kan bli "kroniske ofre" på grunn av en ervervet egenskap tidlig i livet, slik som for eksempel en funksjonsnedsettelse. Ifølge forfatterne gjør dette dem vedvarende sårbare for viktimisering i form av gjentatte overgrepserfaringer over lengre perioder i løpet av livet. Overgrepene blir en del av deres eksistens som de har vanskeligheter med å fjerne seg fra uten hjelp og støtte fra andre. Et slikt livsløpsperspektiv innebærer at det finnes potensielle ofre som bærer risikoen med seg hele livet, og som de kaller "livsløpsofre".

Flere viktimologiske studier har etter hvert fokusert på den ulike fordelingen av viktimisering sett i forhold til sosial ulikhet, og hvordan viktimisering oppleves forskjellig for ulike samfunnsgrupper. Boka "Victims, Crime and Society" av Davies et al. (2007) har et spesielt fokus på denne ulike fordelingen av viktimisering i befolkningen. Den omhandler viktimisering sett i forhold til de sosiale kategoriene kjønn, alder, klasse og etnisitet, men forfatterne har utelatt nedsatt funksjonsevne med den begrunnelse at denne kategorien er for

lite forsket på. Siden vi mangler undersøkelser med et spesifikt fokus på viktimisering i forhold til nedsatt funksjonsevne, må vi se på andre undersøkelser som beskjeftiger seg med lignende sosiale kategorier, slik som for eksempel alder, og se på hva de har til felles. Personer med nedsatt funksjonsevne er på samme måte som unge og eldre utsatt for ulike typer overgrep, især i hjemmet og på ulike helse- og omsorgsinstitusjoner. Sårbarheten som preger begge gruppene, gjør at de har en potensiell risiko for personlig viktimisering. De blir derfor identifisert som sosialt og økonomisk sårbare for viktimisering, i tillegg til at de mangler den fysiske styrken til å motsette seg overgrep. Nedsatt funksjonsevne er ikke nødvendigvis den primære faktor i viktimiseringsprosessen, men den bør ses på i sammenheng med andre sosiale kategorier.

I følge Muncie (2003) kan vi anta at barn og unge med nedsatt funksjonsevne utsettes for overgrep i hjemmet av foreldre like mye som andre barn. Vi har imidlertid en tendens til å være uvitende og benekte omfanget av foreldrenes overgrep og forsømmelse overfor barn og unge generelt. Denne gruppen kan også være vitne til vold mellom foreldrene, og dermed bli "indirekte ofre". I tillegg kan de være utsatte for fysiske og følelsesmessige overgrep i form av mobbing i skolen. Barn og unge kan også være underbeskyttet og bli ofre for institusjonelle overgrep, dvs. utsatt for overgrep av ansatte i for eksempel sykehus, rehabiliteringssentre og tilpassete boliger. Det å være i pleie eller under omsorg kan innebære en potensiell risiko for overgrep for barn og unge i denne gruppen. Både pleie i hjemmet og på institusjoner innebærer forhold hvor både unge og eldre med funksjonsnedsettelse opplever maktesløshet, og hvor overgrep kan foregå uoppdaget og ustraffet. Manglende fysisk styrke og avhengighet av omsorg og pleie utgjør dermed potensielle risikofaktorer.

Ifølge Walklite (2003) finnes det visse spenninger mellom viktimologi og et feministisk perspektiv, især når det gjelder begrepet offer. Forskning basert på et feministisk perspektiv reagerer særlig på den passivitet og maktesløshet som er forbundet med å være et offer, samt at begrepet ikke sier noe om hvordan kvinner kan bekjempe sin strukturelle maktesløshet, og hvordan de kan bli "overlevende" i stedet for ofre. Feminister har derfor ivret for også å dokumentere kvinners strategier for overlevelse og motstand i tillegg til deres "offergjøring". Ifølge Walklite, bør vi snakke både om ofre og overlevende, idet disse begrepene fanger inn forskjellige dimensjoner ved den samme prosessen. Hun argumenterer derfor for en "gender-wise victimology", hvor kjønn ikke er den eneste sosiale kategorien, men som viser hvordan kjønn sammen med andre sosiale dimensjoner interagerer i kvinners hverdagsliv.

På samme måte som kvinner, unge og eldre, så blir personer med nedsatt funksjonsevne definert ut fra sine fysiske karakteristika og identifisert med avhengighet, noe som gjør dem potensielt sårbare overfor overgrep. Som vi har vært inne på, kan overgrep mot unge, eldre og personer med nedsatt funksjonsevne forstås ut fra ulike maktforhold. Maktrelasjonene er knyttet til sosiale dimensjoner som er en del av vår identitet, og som omfatter kjønn, klasse, etnisitet, seksuell orientering, alder og funksjonsevne. De fleste av disse sosiale identitetene

kan endres over tid og sted. De er med andre ord ikke historisk, kulturelt og økonomisk gitt, men blir etablert og vedlikeholdt av sosiale prosesser. Det er derfor viktig å fokusere på de ulike sosiale dimensjonene og være klar over hvordan de virker sammen (Daly 1997). Vi bør ta eksplisitt hensyn til nedsatt funksjonsevne som en sosial identitet, men vi bør gjøre det sammen med snarere enn adskilt fra andre sosiale identiteter, for eksempel i et interseksjonelt perspektiv.

### *Et interseksjonelt perspektiv*

Begrepet interseksjonalitet refererer til et samspill mellom ulike sosiale kategorier som for eksempel etnisitet, kjønn og alder. Ulike sosiale kategorier skaper grunnlag for ulik makt. Begrepet interseksjonalitet søker å analysere det dynamiske samspillet mellom grupper posisjoner, og hvordan det influerer for eksempel deres sosiale deltakelse eller deres identitetsforståelse. Perspektivet søker å avdekke det dynamiske samspillet mellom ulike maktrelasjoner, og hvordan dette bidrar til å svekke eller styrke individer eller grupper posisjoner i forhold til de sosiale arenaene de er en del av. Begrepet ble innført av Crenshaw (1994) i hennes undersøkelse om hvordan rase og kjønn samspilte i situasjoner med vold mot fargete kvinner i USA. Flere forskere har senere videreutviklet begrepet, slik som Collins (1998), som har brukt interseksjonalitet for å beskrive hvordan rase, kjønn og klasse opererer sammen i folks liv. Hun påpeker at noen ganger kan en av identitetene oppleves som mer betydningsfull enn andre, men at alle overlapper og påvirker hverandre i en dynamisk interaksjon. Rase, klasse og kjønn er de mest synlige sosiale identitetene med mest direkte sosioøkonomiske konsekvenser, og overskygger derfor "nyere" identiteter, slik som alder, religion, seksuell identitet og nedsatt funksjonsevne. Ifølge Collins kan ikke sosial ulikhet kvantifiseres i form av en tredobbelt undertrykkelse bestående av rase, kjønn og klasse, slik som i den additive forståelsesmodellen. Ved å se på disse identitetene som adderende, mister vi de sosiale og strukturelle forbindelser mellom dem, særlig med hensyn til hvordan de påvirker den enkeltes erfaringer. Den interseksjonelle modellen understreker hvordan de sosiale identitetene forholder seg til hverandre, ikke ved å undersøke hver enkelt separat eller ved å addere dem, men ved å undersøke hvordan de endres i et gjensidig samspill.

De to svenske forskerne de los Reyes og Mulinari (2005) har brukt begrepet interseksjonalitet i sine maktanalyser. De ser på interseksjonalitet som "et teoretisk perspektiv som synliggjør hvordan ulike historiske og situasjonsavhengige maktrelasjoner skapes og endres gjennom den gjensidige påvirkningen av kjønn, klasse og etnisitet" (s. 24 min oversettelse). Begrepet viser mer spesifikt til skjæringspunktet, hvor ulike makthierarkier basert på for eksempel kjønn, alder og funksjonsevne møtes og samvirker. Det setter søkelyset på hvordan maktrelasjoner gjensidig påvirker hverandre, og hvordan de forsterker eller svekker hverandre, utfyller eller konkurrerer med hverandre i et dynamisk samspill. Det handler med andre ord ikke om å beskrive kvinner med nedsatt funksjonsevne som dobbelt utsatte, men snarere om hvordan disse to maktdimensjonene sammen med andre påvirker og forandrer hverandre.

Sosiale dimensjoner, slik som klasse, kjønn og etnisitet har lenge vært fremtredende i analysen av makt, mens andre dimensjoner, slik som alder, har først fått økt oppmerksomhet de senere årene. Nedsatt funksjonsevne har fått langt mindre oppmerksomhet som en konstituerende dimensjon i maktanalyser. De los Reyes og Mulinari reiser spørsmålet om hvordan de sosiale dimensjonene kjønn, klasse og etnisitet atskiller seg fra andre dimensjoner, slik som seksuell orientering, nedsatt funksjonsevne og alder. Historisk sett har disse kategoriene ofte resultert i ekskludering, marginalisering og stigmatisering, men noen av dem utmerker seg ved at de blir knyttet til det som forfatterne kaller "konstitutive former av ulikhet". Mens sosiale dimensjoner som klasse, kjønn og etnisitet er forbundet med varige strukturelle relasjoner for under- og overordning, er dimensjoner som alder og nedsatt funksjonsevne ikke det på samme måte. Aldersprivilegiet følger livssyklusen, og den underordningen en opplever i barndommen blir midlertidig reversert i voksen alder for så å vende tilbake i alderdommen. Funksjonsnedsettelsens inntreden kan skje på ethvert stadium i livssyklusen, og mangfoldet av grader og typer av nedsatt funksjonsevne er meget vidt. Følgelig er de subjektive erfaringene som er knyttet til disse sosiale identitetene både individuelle og del av en kollektiv opplevelse av funksjonshemmende barrierer i samfunnet. De to sosiale dimensjonene alder og nedsatt funksjonsevne skiller seg fra dimensjonene klasse, kjønn og etnisitet, ved at de sistnevnte representerer en underordning som kan ledsage en hele livet. På samme tid utgjør de sistnevnte dimensjonene bærende søyler i vårt samfunn, og dermed også i tildelingen av økonomiske og symbolske ressurser. På denne bakgrunn er analysen av skjæringspunktet mellom individuelle og strukturelle nivåer, ifølge forfatterne, grunnleggende for å forstå hvordan forskjellige strukturer av undertrykkelse og vold kommer til uttrykk og styrker hverandre.

Ved hjelp av de los Reyes og Mulinaris bruk av begrepet interseksjonalitet i forbindelse med maktanalyser, viser Olsvik (2010a) i sin studie av overgrep mot kvinner med nedsatt funksjonsevne hvordan de ulike maktrelasjonene knyttet til kjønn, funksjonsevne, alder, samt profesjonsmakt spiller varierende roller i forskjellige overgrepssituasjoner. Hun har også vist hvordan ulike sosiale dimensjoner har skiftet fra å være den dominerende dimensjonen til å interagere med andre dimensjoner, mens de enten styrker eller svekker hverandre.

Når det gjaldt seksuelle overgrepsrelasjoner i barndommen, var alder en overordnet kategori sett i forhold til både kjønn og funksjonsnedsettelse. I forbindelse med seksuelle overgrep som hadde skjedd i ungdommen, bidro derimot alder og kjønn til å forsterke hverandre gjensidig og til å sette kvinnene i en potensiell utsatt posisjon. Nedsatt funksjonsevne på sin side bidro indirekte ved å bringe kvinnene inn i situasjoner, hvor overgrepene kunne finne sted. Når det gjaldt analysen av seksuelle overgrepsrelasjoner som skjedde i voksen alder, var både kjønn og nedsatt funksjonsevne fremtredende dimensjoner, mens alder spilte en mindre rolle. Interaksjonen mellom de ulike sosiale kategoriene varierte med andre ord ut fra hvilken livsfase og sosial kontekst de seksuelle overgrepene fant sted innenfor. Nedsatt funksjonsevne som sosial kategori viste seg ikke å være en fremtredende dimensjon, men spilte snarere en indirekte, men viktig rolle ved å bringe kvinnene inn i situasjoner med økt utsatthet, hvor

andre sosiale makthierarkier, som kjønn og alder, kunne få friere spillerom og dermed føre til eventuelle overgrep.

## 1.2. Forståelser av overgrepforløpet

### *”Abuse Pathways” modellen*

Denne modellen av overgrepforløpet ble utviklet av Hassouneh- Phillips (2005) på grunnlag av livshistoriene til 37 overgrepsutsatte kvinner med fysiske funksjonsnedsettelse. Modellen identifiserer ulike samvirkende komponenter ved overgrep, slik som den sosiale konteksten rundt overgrepene, selve overgrepforløpet og ulike sårbarhetsfaktorer for overgrep. Den viser at voksne kvinnene med nedsatt fysisk funksjonsevne går gjennom ulike faser fra de trer inn i overgrepsrelasjoner til de forlater dem. Disse fasene utgjør en overgrepssyklus som finner sted innenfor bestemte sosiale og kulturelle kontekster.

Hassouneh- Phillips (ibid.) beskriver den sosiale konteksten som kvinner med nedsatt funksjonsevne lever i, som en kontekst preget av systematisk undertrykking. Den sosiale nedvurderingen av kvinner med nedsatt funksjonsevne resulterer i en spesiell sårbarhet for potensielle overgrep. I følge henne påvirker den deres evne til både å finne partnere og å vedlikeholde disse relasjonene, og den øker sjansene for at de trer inn i relasjoner med høy risiko for overgrep. Den sosiale nedvurderingen påvirker også kvinnenens relasjoner til sine tjenesteytere, og måten kvinnene blir sett på og behandlet på av disse. Slik former den sosiale konteksten kvinnenens overgrepserfaringer på flere nivåer.

Den første av de syv fasene i overgrepforløpet er ”innfallsporten” som beskriver prosessen med å gå inn i overgrepsrelasjoner. Den viser hvordan kvinner som er sårbare både psykososialt og fysisk, er mer tilbøyelige til å gå inn i relasjoner med potensielle overgripere enn andre. Det neste stadiet kalles ”overgrepserfaringer” og viser til hvilke overgrep som kvinner med nedsatt funksjonsevne er utsatte for. Forfatteren deler disse inn i to hovedtyper; overgrep relatert til omsorgssituasjoner og overgrep relatert til funksjonsnedsettelsen. Sistnevnte type omfatter for eksempel å holde tilbake eller ødelegge hjelpemidler eller å klandre kvinnen for funksjonsnedsettelsen, mens omsorgsrelaterte overgrep er overgrep hvor omsorgsgiverne utøver makt og kontroll over kvinnene ved å manipulere dem og deres omgivelser. For øvrig deles overgrepene inn i psykologiske, fysiske, seksuelle og økonomiske overgrep, som er de samme som for andre kvinner. Det tredje stadiet, ”mangel på intervensjon”, refererer til manglende omsorgsrutiner og instanser som kan identifisere og intervensjon, når kvinner med fysiske funksjonsnedsettelse er utsatte for overgrep. Barrierene består bl.a. av utilgjengelige krisesentre og manglende fokus på overgrepspørsmålet hos ansatte i det offentlige hjelpeapparatet. Neste fase har Hassouneh- Phillips kalt ”å bli værende”, og her går avveiningen mellom å forlate relasjonen eller å tåle overgrepene for å beholde visse fordeler, slik som økte muligheter for transport og økte muligheter til å bli med på ferie- og fritidsaktiviteter. Mange nådde den neste fasen, ”tålegrensen”, først etter at

overgrepene hadde eskalert til fysisk vold. Deretter begynner kvinnene å vurdere å forlate overgrepsrelasjonen. Denne fasen kaller Hassouneh- Phillips ”å innhente støtte og oppnå styrke”, som er en prosess hvor kvinnen aktivt søker etter løsninger på overgrepsproblemet, ved for eksempel ved å få tak i andre tjenesteytere, bli med i støttegrupper og sosiale nettverk og å bygge seg opp fysisk og psykisk. Den siste fasen, som hun kaller ”å komme seg ut”, beskriver prosessen med å forlate relasjonen, enten for en periode eller permanent, ved for eksempel å forlate en partner for en viss tid eller ved å søke skilsmisse. I etterkant går, ifølge forfatteren, noen kvinner inn i overgrepsfrie relasjoner, noen går tilbake til de gamle overgrepsrelasjonene, mens andre går inn i nye overgrepsrelasjoner.

Hassouneh-Phillips (ibid.) noterte på bakgrunn av sine intervjuer en rekke faktorer som øker kvinnenes sårbarhet, og som er med på å endre maktbalansen i favør av overgriperne. Disse inndeler hun i to kategorier. Den første gjelder faktorer som er relatert til livstraumer og psykososial sårbarhet, mens den andre er relatert til funksjonsnedsettelsen. De førstnevnte faktorene omfatter for eksempel dårlige relasjoner til foreldre, overgrep i barndommen, tidligere overgrep av partner, samt rusmisbruk. Dette er faktorer som underminerer kvinnenes selvtillit, og som svekker deres evne til å beskytte seg for overgrep. I tillegg kommer faktorer som er knyttet til selve funksjonsnedsettelsen, slik som deres behov for partneren som omsorgsperson og deres fysiske avhengighet av hjelp og støtte. Funksjonsnedsettelsen bidrar også til å utsette dem for risiko for overgrep fra fagpersoner, og ifølge forfatteren er denne risikoen høyere jo større deres fysiske avhengighet er. Kvinnene i denne studien rapporterte om psykiske konsekvenser av overgrepene, slik som stress, depresjon, angst og selvmordstanker, fysiske konsekvenser, slik som kroppslige skader og forverring av deres mobilitet, samt sosiale konsekvenser i form av mistillit overfor andre og sosial isolasjon. Siden kvinnene allerede i utgangspunktet hadde en dårlig helse, hadde slike skader større konsekvenser for dem enn for andre kvinner.

### *Copels overgrepssyklus*

Copel (2006) har i sin modell av overgrepssyklusen identifisert overgrepsfasene med fokus på partnervold, dvs. hvordan overgrepene startet, utviklet seg og ble avsluttet. Formålet med hennes studie var dels å beskrive overgrepssyklusen til kvinner med nedsatt fysisk funksjonsevne, dels å verifisere om denne samsvarer med Walkers ”voldssyklus” for kvinner generelt, eller om det var behov for en egen modell. I følge Copel har Walkers teori, slik den er beskrevet av henne, lenge vært utgangspunktet for hvordan man vurderer forløpet av kvinners voldserfaringer. Den beskriver tre faser for partnervold, som omfatter en ”stressbyggende” fase, en ”akutt” fase og en såkalt ”honeymoon” fase, hvor man angres og gjør opp for seg. Denne modellen har særlig vært brukt av klinikere til å vurdere å forstå kvinnens hjelpebehov. Copel stiller spørsmålet om denne modellen også passer for overgrepssyklusen til kvinner med nedsatt funksjonsevne.

På bakgrunn av en kvalitativ studie av 25 kvinner med ulike fysiske funksjonsnedsettelser som hadde opplevd partnervold, har Copel identifisert fem temaer som var felles for

kvinnene. Det første temaet går på den innledende fasen for overgrepene, som hun kaller ”akkumulering av stress”. Hun understreker at det var mange stressfaktorer i kvinnenens liv, særlig stress relatert til økonomiske problemer og mangel på nødvendige ressurser for livsopphold. I tillegg var det mye stress knyttet til komplekse helseproblemer og spesifikke sykdommer, samt til udekte emosjonelle og seksuelle behov. Det andre temaet gjaldt eskaleringen av stressnivået, som etter hvert økte til et punkt hvor det ikke var noen vei tilbake. Situasjonen var kommet ut av kontroll, og kvinnene fortalte at de på dette punktet visste de at det kom til å eksplodere. Det tredje temaet var knyttet til selve overgrepssituasjonen, som ofte begynte med verbale overgrep, men som forverret seg og ofte kulminerte i en voldsepisode. Noen av kvinnene forsøkte å forsvare seg, men de fleste oppfattet det som nytteløst. De innså at de måtte ta det som kom for å få det overstått. I tillegg var de redde for at andre familiemedlemmer ville bli skadet. Noen fortalte også at deres medisiner, hjelpemidler og personlige ting ble ødelagt eller konfiskert. Etter at overgrepet var overstått kommer det som Copel kaller ”adskillelses- og distraheringsfasen”, som innebar at den mannlige partneren forlot scenen. Dette var en slags ”time-out”, hvor partnerne ikke snakket sammen, eller hvor de unngikk hverandre. Det femte og siste temaet kaller hun ”tilbake til det overfladisk normale”, hvor kvinnene følte at livet vendte tilbake til slik det hadde vært før. Kvinnene beskrev denne fasen som skremmende, fordi de var usikre på hvordan de skulle oppføre seg. Det ble ikke snakket om overgrepet, og overgriper innrømmet ikke at han hadde gjort noe galt og bad heller ikke om unnskyldning eller viste anger. Etter en slik ”nedkjølingsperiode” bygget imidlertid stressfaktorene seg opp igjen, og en ny overgrepsspiral startet. Copel bemerker at overgrepene ikke opphørte før kvinnene selv tok affære og avsluttet relasjonen med partneren.

Copel ender sin diskusjon med å klargjøre at hennes fem temaer eller faser ikke helt overensstemmer med Walkers teori om voldssyklusen. På noen områder likner de på hverandre, men den største forskjellen mellom Walkers modell og den foreslåtte modellen er relatert til voldsepisodens etterspill. I hennes studie var det et klart fravær av ”honeymoon” fasen, dvs. det var ingen anger eller tilgivelse og ingen ”hvetebrødsdager”, men snarere en forsterket nedvurdering av kvinnen og en rettferdiggjøring av overgrepet fra overgriperens side. Det syntes som om stigmaet som var knyttet til hennes funksjonsnedsettelse gav partneren et påskudd for hans voldsutøvelse. Det var partnerens ansvarsfraskrivelse og fornektelse av overgrepet, samt hans rasjonalisering av overgrepet med utgangspunkt i kvinnenens funksjonsnedsettelse, samt en påfølgende nedvurdering av kvinnene, som var utgangspunktet for utarbeidelse av denne alternative modellen for partnervold mot kvinner med nedsatt funksjonsevne.

### *Oppsummering og anbefalinger*

Det finnes flere ulike teoretiske tilnærminger til temaet overgrep mot kvinner med nedsatt fysisk funksjonsevne. I dette kapitlet er to av disse tilnærmingene presentert; den kriminologiske forståelsen med vekt på viktimologiske retningen og den interseksjonelle forståelsen med vekt på maktrelasjoner. Den viktimologiske retningen gir oss først og fremst



noen viktige begreper for å beskrive omfanget og alvoret i de overgrepene som kvinner med nedsatt funksjonsevne blir utsatt for, slik som ”flerfoldig viktimisering”, ”gjentatt viktimisering” og ikke minst ”livsløpsviktimisering”. Den interseksjonelle forståelsen setter i motsetning til den viktimologiske forståelsen søkelyset på det som skjer i selve overgrepsrelasjonene, og på hvordan ulike sosiale dimensjoner, slik som kjønn, alder og nedsatt funksjonsevne, påvirker hverandre i et gjensidig samspill. De to forståelsene utfyller hverandre, idet de ser på ulike sider av det samme fenomenet.

Når det gjelder overgrep mot utsatte sosiale grupper, har noen forfattere innenfor den kriminologiske tradisjonen, slik som Davies et al. (2007), sett på hvordan viktimisering oppleves forskjellig for ulike samfunnsgrupper. I sin antologi måtte de imidlertid utelate gruppen med personer med nedsatt funksjonsevne på grunn av manglende studier. Vi behøver derfor kunnskap om hva denne gruppens økte utsatthet innebærer. Samfunnets nedvurdering av personer med nedsatt funksjonsevne sammen med deres sårbarhet og avhengighet av støtte fra andre personer utgjør risikofaktorer for potensielle overgrep.

Overgrepsforløpet for kvinner med fysiske funksjonsnedsettelse, slik det er beskrevet av Hassouneh-Phillips (2005) og Copel (2006), er langt på vei sammenfallende.

Overgrepszyklusen starter med en stressoppbygging som eskalerer og utvikler seg til ulike typer overgrep, som i verste fall resulterer i fysisk vold. På et eller annet tidspunkt når kvinnene sin tålegrense, ofte først når de er blitt fysisk skadet, og bestemmer seg for å avslutte forholdet enten permanent eller midlertidig. I sistnevnte tilfelle starter ofte overgrepsspiralen på ny etter en tid. Disse to sammenfallende beskrivelsene av overgrepsforløpet skiller seg fra voldssyklusen for kvinner generelt, hvor den største forskjellen er fraværet av fasen kalt ”hvetebrødsdager” som er preget av anger og tilgivelse. På denne bakgrunn argumenterer Copel for en alternativ modell for partnervold for voldsutsatte kvinner med nedsatt funksjonsevne.

Som vi har sett, trenger vi ulike teoretiske forståelser som kan belyse overgrep og overgrepsforløpet til kvinner med nedsatt funksjonsevne ut fra ulike vinklinger. Samtidig trenger vi mer spesifikk kunnskap om voldsutsatte kvinner med funksjonsnedsettelse som teoriene kan utprøves på, samt mer komparativ forskning som kan få frem det som særpreger overgrepsituasjonene til denne gruppen kvinner.

## 2. Overgrepens omfang

I dette kapitlet skal vi se nærmere på omfanget av overgrep mot kvinner med nedsatt funksjonsevne og prøve å besvare spørsmålet om hvor stort dette omfanget er sammenlignet med overgrep mot kvinner generelt. I de første undersøkelsene av overgrep mot kvinner med nedsatt funksjonsevne ble omfanget beskrevet som; ”like høyt eller høyere enn overgrep mot kvinner uten nedsatt funksjonsevne”(Gilson, Cramer & DePoy 2001a). For å undersøke om denne beskrivelsen stemmer skal vi først se på undersøkelser av omfanget av overgrep mot kvinner generelt, før vi fokuserer på et utvalg av nordamerikanske og skandinaviske undersøkelser som ser på overgrep mot kvinner med nedsatt funksjonsevne. Siden det finnes så vidt få norske omfangsundersøkelser, har vi også inkludert studier om omfanget av overgrep mot barn og unge med nedsatt funksjonsevne.

### 2.1. Overgrep mot kvinner generelt

Når det gjelder omfangsundersøkelser som fokuserer på kvinners utsatthet for vold, finnes det flere skandinaviske studier som kort skal nevnes her. Den mest omfattende svenske kartleggingen av voldens omfang mot kvinner generelt ble publisert i rapporten ”Slagen Dam” (Lundgren, Heimer, Westerstrand & Kalliokoski 2001). Resultatene viste at 46 prosent av kvinnene hadde blitt utsatt for overgrep av sin partner en eller annen gang etter fylte 15 år. Vold i nære relasjoner var vanligst, idet hver 10ende kvinne hadde vært utsatt for vold av sin nåværende partner eller samboer, samtidig som 35 prosent av kvinnene hadde opplevd fysisk vold, seksuell vold eller trusler fra en tidligere partner.

En dansk undersøkelse fra 2006 undersøkte også omfanget av overgrep mot kvinner generelt (Balvig & Kyvsgaard 2006). Om lag 50 prosent av alle kvinnene som deltok i denne undersøkelsen, hadde blitt utsatt for fysisk eller seksuell vold i løpet av sitt liv, mens nesten fem prosent hadde opplevd tilsvarende i løpet av det siste året. I halvparten av overgrepstilfellene var overgriper ruspåvirket og da først og fremst av alkohol. I tillegg var overgrepene som ble utført av en partner gjennomgående grovere enn andre overgrep og resulterte i flere skader.

Resultatene fra en norsk omfangsundersøkelse viste at drøyt fem prosent av både kvinner og menn i alderen 20 og 54 år hadde blitt utsatt for fysisk vold av sin partner i løpet av det siste året (Haaland, Clausen & Schei 2005). Videre oppgav tre av fem voldsutsatte kvinner at de

ikke hadde hatt noen mulighet til å påvirke den siste voldshendelsen, mot kun en av tre menn. Når kvinner utsettes for partnervold, opplever de med andre ord oftere enn menn at de ikke kunne ha forhindrede overgrepene.

I den siste nasjonale svenske trygghetsundersøkelsen (Brottsförebyggande Rådet 2009) oppgav 1,2 prosent av kvinner og 0,3 prosent av menn at de i løpet av det siste året hadde vært utsatt for ”relasjonsvold”, dvs. mishandling, seksuell vold, trakasseringer eller trusler fra nåværende eller tidligere partner. Kvinner var mest utsatt for mishandlinger og trusler, mens menn var mest utsatt for trakasseringer. De fleste overgrepene fant sted inne, og som oftest i ofrets egen bolig. I om lag halvparten av overgrepstilfellene var utøveren beruset. Tre fjerdedeler av mishandlingene førte til synlige merker, mens en femtedel førte til skader som krevde legehjelp. Til sammen hadde 40 prosent av de voldsutsatte kvinnene hatt behov for støtte, men fire av fem sa at de ikke var blitt tilbudt hjelp. Resultatene fra denne undersøkelsen viste at det finnes grupper i befolkningen, slik som kvinner, unge personer og aleneforeldre som oftere rapporterer om vold i nære relasjoner enn andre grupper.

Vi kan oppsummere med at det er vanskelig å få et enhetlig bilde av omfanget av vold mot kvinner generelt, fordi tidsaspektet i undersøkelsene varierer, fra hvorvidt overgrepene har skjedd det siste året eller etter fylte 15 år eller gjennom livsløpet. I det første tilfellet varierer omfanget fra 1,2 prosent til fem prosent av kvinnene i utvalgene. I det andre tilfellet varierer omfanget fra 46 prosent til 50 prosent av de deltakende kvinnene. Disse tallene utgjør vårt utgangspunkt, når vi nå skal se nærmere på tilsvarende tall for kvinner med nedsatt funksjonsevne.

## **2.2. Overgrep mot kvinner med nedsatt funksjonsevne**

Lenge fantes det kun et fåtall omfangsundersøkelser med fokus på overgrep mot kvinner med nedsatt funksjonsevne. De siste årene er det imidlertid kommet til nyere og mer omfattende omfangsundersøkelser, særlig i USA og Canada, men antallet er fortsatt begrenset. Vi skal se nærmere på noen av de tidligste og deretter på noen av de nyere undersøkelsene. Vi inndeler omfangsundersøkelsene i henholdsvis nordamerikanske og skandinaviske undersøkelser. Det er en rekke forhold vi må ha i minne, når vi studerer de kvantitative undersøkelsene. For det første må vi være oppmerksomme på tidsaspektet for undersøkelsene, dvs. om de refererer til overgrep som er begått det siste året eller siste fem år, eventuelt etter 15 års alder eller gjennom et helt livsløp. For det andre må vi se på hvilken målgruppe de undersøker, er det kvinner med nedsatt funksjonsevne generelt eller kun kvinner med en spesifikk type funksjonsnedsettelse, for eksempel med nedsatt fysisk funksjonsevne. For det tredje må vi være oppmerksomme på hvilke typer overgrep undersøkelsene gjelder. Er det flere typer, slik som fysiske, psykiske og seksuelle overgrep, eller kun en type, som for eksempel seksuelle overgrep? Eller er det overgrep begått av kun en kategori overgripere, slik som partnervold som vanligvis inkluderer alle de tre typene av overgrep. Alle disse forholdene vil virke inn på hvilke omfangstall vi får, samtidig som det gjør det vanskelig å sammenlikne undersøkelsene.

### *Nordamerikanske omfangsundersøkelser*

Den mest omtalte av de tidligere omfangsundersøkelsene vedrørende overgrep mot kvinner med og uten nedsatt fysisk funksjonsevne ble foretatt ved Center for Research on Women with Disabilities (CROWD) i Houston, Texas (Young, Nosek, Howland, Chanpong & Rintala 1997). Det var en nasjonal omfangsundersøkelse om helse og seksualitet som også hadde spørsmål om overgrep, og hvor kvinnene ble rekruttert gjennom rådgivingsentre for personer med funksjonsnedsettelse. For å kunne sammenligne omfanget av overgrep mot kvinner med og uten funksjonsnedsettelse bad forfatterne kvinnene rekruttere en venninne uten nedsatt funksjonsevne til studien (totalt 504 kvinner med og 442 kvinner uten fysisk funksjonsnedsettelse). Resultatene viste at 62 prosent av kvinnene i begge gruppene hadde vært utsatt for ett eller flere overgrep i løpet av sitt liv. Om lag halvparten av kvinnene i begge gruppene hadde opplevd psykiske overgrep (52 % vs. 48 %), begge gruppene hadde opplevd samme grad av fysiske overgrep (36 %), mens kvinner med og uten funksjonsnedsettelse hadde vært utsatt for seksuelle overgrep i noenlunde samme omfang (40 % vs. 37 %). I begge gruppene var utøverne av den psykiske og fysiske volden som oftest kvinnenes ektemenn eller partnere, samt deres foreldre, mens overgriperne i de seksuelle overgrepene i hovedsak var ukjente personer. Undersøkelsen viste to andre viktige funn. For det første at kvinner med fysiske funksjonsvansker var utsatt for overgrep over en signifikant lengre periode enn kvinner i sammenligningsgruppa (7,4 år versus 5,6 år), og for det andre at kvinnene i hovedgruppa var mer utsatt for overgrep fra helsepersonell og andre omsorgspersoner enn sammenligningsgruppa (14 % versus 4 %).

I 2001 ble den første omfangsundersøkelse om fysiske og seksuelle overgrep mot kvinner med og uten nedsatt funksjonsevne som omfattet en hel amerikansk stat (North Carolina) publisert (Martin et al. 2006). Undersøkelsen gjaldt overgrep kun det siste året og omfattet et representativt utvalg av ikke institusjonaliserte kvinner med fysiske, mentale og kognitive funksjonsnedsettelse sammenlignet med kvinner uten funksjonsnedsettelse (totalt 5326 kvinner). Resultatene viste at kvinner med funksjonsnedsettelse ikke var signifikant mer utsatt for fysiske overgrep i løpet av det siste året enn kvinner uten (rundt 2,0 % for begge), men at de hadde en signifikant større risiko for å bli utsatt for seksuelle overgrep (1,5 % vs. 0,6 %). Utsattheten var større for kvinner med visse typer av nedsatt funksjonsevne, slik som kvinner med kognitive funksjonsnedsettelse, bevegelsesnedsettelse, samt kvinner som var avhengig av spesielle hjelpemidler. Videre viste resultatene at det i hovedsak var kvinnenes nåværende eller tidligere partnere som var overgripere (44 % av de fysiske overgrepene og 48 % av de seksuelle overgrepene). De konkluderer med at kvinner med funksjonsnedsettelse er like utsatt for fysiske overgrep som andre kvinner, men at de har en høyere risiko for å bli utsatt for seksuelle overgrep.

I Canada ble det i 2006 publisert en omfangsstudie med fokus på partnervold mot kvinner med og uten nedsatt funksjonsevne (Brownridge 2006). Denne studien bestod av et representativt utvalg av over 7000 kanadiske kvinner som levde i ekteskap eller partnerskap,

hvorav vel 1000 var klassifisert med en psykisk eller fysisk funksjonsnedsettelse, dvs. en andel på 15,5 prosent. Resultatene viste at kvinner med nedsatt funksjonsevne i løpet av det siste året hadde hatt 1,2 ganger høyere risiko for overgrep fra sine partnere enn kvinner uten nedsatt funksjonsevne (2 % vs. 1,7 %) uten at det var statistisk signifikant, mens de i løpet av siste femårsperiode hadde hatt 1,4 ganger høyere risiko (4,9 % vs. 3,5 %) for å bli utsatt for overgrep, som var statistisk signifikant. Brownridge konkluderer med at i et femårsperspektiv har kvinner med nedsatt funksjonsevne 40 prosent større risiko for å oppleve overgrep fra sin partner enn kvinner uten nedsatt funksjonsevne. Det er med andre ord først når vi ser på overgrep over et lengre tidsrom, at forskjellene mellom de to gruppene kommer fram.

Resultatene viste også at kvinner med nedsatt funksjonsevne hadde vært utsatt for alvorligere overgrep av sin partner i løpet av en femårsperiode enn kvinner uten nedsatt funksjonsevne. De hadde dobbelt så høy risiko som kvinner uten nedsatt funksjonsevne for å bli utsatt for fysiske overgrep, slik som å bli rundjult, sparket og slått med knyttneve, og tre ganger høyere risiko for å bli tvunget til seksuell aktivitet. Brownridge testet også ut ulike forklaringer på overgrepene, dels basert på relasjonsfaktorer, dels på kjennetegn ved offeret og dels på kjennetegn ved overgriperen. Det viste seg at det var kjennetegn ved overgriper, og spesielt holdningene kategorisert som ”patriarkalsk dominans” og ”seksuell eiendomstrang”, som forklarte den forhøyede risikoen som kvinner med nedsatt funksjonsevne har for å oppleve partnervold. Han konkluderer derfor med at resultatene støtter feministiske teorier om at patriarkalske holdninger øker kvinnes risiko for partnervold.

De to nordamerikanske omfangsstudiene som så på omfanget av overgrep i et ettårsperspektiv, viste med andre ord at omfanget av overgrep mot kvinner med nedsatt funksjonsevne i løpet av et år lå på rundt 2 prosent, mens omfanget av overgrep mot kvinner generelt lå på mellom 1,7 prosent til 2 prosent. Fordelingen på henholdsvis fysiske og seksuelle overgrep målt over en periode på ett år, viste at andelen av fysiske overgrep var noenlunde lik for de to gruppene, mens den var signifikant høyere, når det gjaldt seksuelle overgrep for kvinner med nedsatt funksjonsevne. Sett i et femårsperspektiv lå omfanget av overgrep mot kvinner med nedsatt funksjonsevne på nesten fem prosent som var signifikant høyere enn for kvinner uten nedsatt funksjonsevne. Samtidig var forskjellene mellom de to gruppene mer markerte, når det gjaldt fordelingen på ulike typer overgrep, idet kvinner med nedsatt funksjonsevne hadde dobbelt så høy risiko for å oppleve fysiske overgrep og tre ganger høyere risiko for å bli utsatt for seksuelle overgrep enn kvinner generelt.

De ene undersøkelsen som så på overgrep i et livsløpsperspektiv, viste at omfanget av overgrep totalt mot kvinner med fysiske funksjonsnedsettelser lå på 62 prosent som var det samme som for sammenligningsgruppen av kvinner uten nedsatt funksjonsevne. Når det gjaldt fordelingen på ulike typer av overgrep mot kvinner med nedsatt funksjonsevne, var andelen psykiske overgrep størst og lå på 52 prosent, etterfulgt av seksuelle overgrep på 40 prosent og fysiske overgrep på 36 prosent. Det var imidlertid ingen statistisk signifikant forskjell mellom tallene for kvinner med og uten fysiske funksjonsnedsettelser.

### *Skandinaviske omfangsundersøkelser*

I en svensk levekårsundersøkelse som utredningsinstituttet HANDU utførte blant personer av begge kjønn med fysiske funksjonsnedsettelse, oppga 2,5 prosent at de det siste året hadde vært utsatt for vold som hadde krevd legebesøk (HANDU 2005). Til sammenligning svarte 0,9 prosent av totalbefolkningen bekreftende på det samme spørsmålet i en tilsvarende levekårsundersøkelse fra 2003 utført av Statistiska Centralbyrån (Brottsförebyggande Rådet 2007, s.31). Dette kan tyde på at personer med fysiske funksjonsnedsettelse i noe høyere grad enn totalbefolkningen er utsatte for voldshandlinger som krever legebesøk.

Et par år senere utførte det samme utredningsinstituttet en omfangsstudie kalt ”Mäns våld mot kvinnor med funktionsnedsättning” (HANDU 2007) som så på overgrep begått mot kvinner med nedsatt fysisk funksjonsevne etter fylte 15 år. Studien bestod av et tilfeldig, men ikke representativt utvalg av kvinner som enten hadde en bevegelses- eller synsnedssettelse, og som var medlemmer i en av fem ulike interesseorganisasjoner. Undersøkelsen baserte seg på svar fra 1063 kvinner mellom 18 og 64 år. I alt oppga 33 prosent av kvinnene at de etter fylte 15 år hadde opplevd trusler, vold eller seksuell trakassering av menn. Nesten halvparten av disse, dvs. totalt 14 prosent av deltakere i spørreundersøkelsen, svarte at de en eller flere ganger hadde blitt fysisk skadet av menn som hadde utsatt dem for vold eller seksuelle overgrep. En fjerdedel av de voldsutsatte kvinnene i utvalget hadde søkt om behandling for fysiske skader, og fem prosent hadde vært lagt inn på sykehus. Når det gjaldt ulike typer av psykiske plager, hadde 26 prosent av de voldsutsatte kvinnene opplevd depresjon, mens 40 prosent hadde kjent angst. Syv prosent sa at de hadde forsøkt å ta sitt liv, og 33 prosent at de hadde hatt selvmordstanker.

Videre svarte to tredjedeler av de voldsutsatte kvinnene med nedsatt funksjonsevne at de ikke hadde fått støtte eller søkt hjelp. Av den tredjedelen som hadde fått profesjonell hjelp, oppgav nesten like mange at de var misfornøyde som fornøyde med hjelpen. En fjerdedel oppgav at det var deres partner, foreldre eller søsken som utsatte dem for overgrepene. Det forekom også at omsorgspersonell, sjåførere og lærere hadde utsatt dem for overgrep. Overgrepene skjedde vanligvis i kvinnenens hjem (41 %) eller i en annens bolig (17 %). Bare hver tiende av de voldsutsatte kvinnene hadde anmeldt overgrepene til politiet. Av de som hadde anmeldt forholdet, var omtrent like mange misfornøyde som fornøyde med politiets behandling av saken.

I Norge er det utført kun et fåtall omfangsstudier av overgrep rettet mot personer med fysiske funksjonsnedsettelse, tre av dem er rettet mot barn og ungdom av begge kjønn, mens en studie er rettet mot kvinner med nedsatt fysisk funksjonsevne. Vi skal se nærmere på hver av disse studiene.

Kvam har utført to undersøkelser av omfanget av seksuelle overgrep begått mot henholdsvis døve/sterkt hørselshemmede og blinde/sterkt synshemmede barn og unge av begge kjønn

(Kvam 2001; Kvam 2003). Hennes retrospektive undersøkelse av 502 blinde og svaksynte voksne viste at av de som ble synshemmet i voksen alder, og som dermed hadde en barndom uten synsproblemer, hadde 20 prosent av kvinnene og 9 prosent av mennene vært utsatt for seksuelle overgrep med fysisk kontakt i barndommen (Kvam 2003). I den andre gruppen, dvs. blant de som ble synshemmet i alderen 0-18 år, rapporterte 26 prosent av kvinnene og 17 prosent av mennene om seksuelle overgrep i barndommen. Forskjellen mellom de to gruppene er statistisk signifikant, og hun konkluderer med man kan si at synshemmede barn oftere blir utsatt for alvorlige seksuelle overgrep med fysisk kontakt, enn seende barn. Kvam sammenlignet disse tallene med en undersøkelse fra Statens institutt for folkehelse fra 1994, hvor vel 19 prosent av kvinner generelt sett rapporterte om seksuelle overgrep med fysisk kontakt før fylte 18 år og knapt 10 prosent av mennene. Som vi ser, er andelen for kvinner generelt sammenfallende med antallet for de som ble synshemmet først i voksen alder, mens antallet av de som ble synshemmet i barndommen var noe høyere.

Når det gjaldt de døve/sterkt hørselshemmede personene, viste den andre studien, som kun omfattet de som ble døve i alderen 0-8 år, at forekomsten av seksuelle overgrep med fysisk kontakt lå på 40 prosent blant jentene og 33 prosent blant guttene (Kvam 2001). Forskjellene er dermed store, både når vi sammenligner med undersøkelsen fra Statens institutt for folkehelse, som viste at forekomsten av seksuelle overgrep mot kvinner generelt lå på 19 prosent, og når vi sammenligner med kvinner som er blinde eller sterkt synshemmet, hvor omfanget var 26 prosent. Det er med andre ord kvinnene som ble døve/sterkt hørselshemmet som barn (0-8år), som er mest utsatt for alvorlige seksuelle overgrep med fysisk kontakt.

En nyere studie fra NKVTS av voldsutsatt ungdom, basert på helseundersøkelser i seks fylker, viser at 22 prosent av 15-16 åringer ble utsatt for vold og/eller seksuell vold i løpet av et år (Schou, Dyb & Graff-Iversen 2007). Studien viser også at utsatthet for vold og overgrep var hyppigere blant ungdom med nedsatt hørsel og nedsatt bevegelsesevne. Jenter med nedsatt hørsel var for eksempel mer utsatt for vold fra annen ungdom enn andre jenter (20 % vs. 11 %), samt vold fra voksne (11 % vs. 4 %). Når det gjaldt seksuelle overgrep, var jenter med nedsatt hørsel også mer utsatte enn andre jenter (13 % vs. 5 %). For jenter med nedsatt bevegelsesevne var tallene for vold fra annen ungdom også høyere enn for andre jenter (17 % vs. 11 %), og det samme gjaldt for vold fra voksne (9 % vs. 4 %). Jenter med nedsatt bevegelsesevne hadde imidlertid ingen økt risiko for seksuelle overgrep sammenlignet med jenter uten nedsatt bevegelsesevne, slik som jenter med nedsatt hørsel hadde. Disse funnene bekrefter langt på vei resultatene fra Kvams undersøkelse, hvor særlig jenter med hørselsnedsettelse var utsatt for seksuelle overgrep sammenlignet med jenter med synsnedsettelse og jenter uten funksjonsnedsettelse.

I tillegg til disse undersøkelsene er det gjort en mindre omfangstudie av overgrep rettet mot kvinner med fysiske funksjonsvansker (i hovedsak bevegelses- og sansemessige funksjonsnedsettelse) som var medlemmer i Norges Handikapforbund (Olsvik 2005). Denne omfangsstudien fokuserte på ulike typer overgrep, slik som psykiske, fysiske og seksuelle

overgrep som kvinnene hadde vært utsatte for en eller flere ganger i løpet av sitt liv. Studien ble gjort etter mønster av den tidligere omtalte amerikanske undersøkelsen ved at et utvalg på 300 kvinner som var medlemmer i Norges Handikapforbund, fikk tilsendt to spørreskjemaer, ett som de skulle svare på selv, og ett som de skulle gi til en venninne uten funksjonsnedsettelse. Imidlertid kom hele 56 spørreskjemaer i retur med påskriften adressaten ukjent, slik at det reelle utvalget ble 244 kvinner, samt et tilsvarende antall venninner. Av disse besvarte til sammen 201 kvinner med og uten fysiske funksjonsnedsettelse spørreskjemaene (svarprosent på henholdsvis 69 og 36). Studien var med andre ord basert på et tilfeldig, men ikke-representativt utvalg av kvinner med og uten nedsatt fysisk funksjonsevne.

Resultatene fra denne undersøkelsen viste at det totale omfanget av alle typer overgrep var signifikant større for kvinner med enn for kvinner uten fysiske funksjonsnedsettelse (53 % vs. 37 %). Fordelingen på de ulike typene av overgrep viste at kvinner med nedsatt fysisk funksjonsevne var nesten dobbelt så utsatt for fysiske overgrep som kvinner uten (29 % vs. 16 %), og at forskjellen var statistisk signifikant. Psykiske overgrep var den typen overgrep som begge gruppene opplevde oftest (42 % vs. 27 %), men her var forskjellen var ikke signifikant. Det samme gjaldt seksuelle overgrep (21 % vs. 14 %), hvor forskjellen heller ikke var signifikant. Den største forskjellen mellom de to gruppene omfattet imidlertid de overgrepene som fant sted innenfor ulike institusjoner, slik som helseinstitusjoner, hvor kvinnene med fysiske funksjonsnedsettelse var statistisk signifikant mer utsatte enn kvinnene uten (23 % vs. 5 %). Når vi ser på overgrep i et livsløpsperspektiv, viser denne undersøkelsen at kvinner med fysiske funksjonsnedsettelse har større risiko for å bli utsatt for fysiske og institusjonelle overgrep, og dermed også for overgrep totalt sett, mens de har omtrent like stor risiko for å bli utsatt for psykiske og seksuelle overgrep som kvinner uten nedsatt fysisk funksjonsevne.

Av disse fire skandinaviske undersøkelsene så to på overgrep mot kvinner med nedsatt fysisk funksjonsevne i et livsløpsperspektiv, hvor andelen av overgrep totalt lå på mellom 33 prosent og 53 prosent. Den første studien så imidlertid kun på overgrep mot kvinner etter fylte 15 år, mens den andre så på overgrep under hele livsløpet, samtidig som utvalgene var ulike. Disse faktorene kan forklare noe av forskjellen. I den ene nordamerikanske studien som så på overgrep i et livsløpsperspektiv, lå den totale andelen av overgrep på 62 prosent. Under forutsetning om at vi kan sammenligne tallene fra nordamerikanske og skandinaviske undersøkelser kan vi antyde at den totale andelen av overgrep mot kvinner med nedsatt fysisk funksjonsevne sett i et livsløpsperspektiv ligger et sted mellom 33 og 62 prosent. Sammenlignet med tallene for overgrep mot kvinner generelt, som lå på mellom 46 og 50 prosent under hele livsløpet i de skandinaviske undersøkelsene og på 62 prosent i den amerikanske undersøkelsen, kan vi konkludere med at omfanget synes å ligge på noenlunde på samme nivå for begge gruppene.

I de to andre skandinaviske undersøkelsene fokuserte den ene både på vold og/eller seksuelle overgrep, mens den andre så kun på seksuelle overgrep mot barn og unge av begge kjønn.



Dersom vi fokuserer kun på jentene og kun på seksuelle overgrep, var omfanget av seksuelle overgrep signifikant høyere blant blinde/synshemmede jenter enn blant seende jenter (26 % vs. 20 %) og vesentlig høyere (40 %) for døve/hørselshemmede jenter. I den andre undersøkelsen var omfanget av seksuelle overgrep mot unge jenter med nedsatt hørsel dobbelt så høyt som for hørende jenter (13 % vs. 5 %), mens jenter med nedsatt bevegelsesevne ikke hadde økt risiko for seksuelle overgrep sammenlignet med jenter uten nedsatt bevegelsesevne. Disse resultatene viser at seksuelle overgrep rettet mot blinde/synshemmede jenter, og spesielt mot døve/hørselshemmede jenter, er høyere enn for jenter uten nedsatt funksjonsevne, mens dette ikke var tilfellet for jenter med nedsatt bevegelsesevne.

### *Oppsummering og anbefalinger*

Innledningsvis stilte vi spørsmålet om hvor stort omfanget av overgrep mot kvinner med nedsatt funksjonsevne er sammenlignet med kvinner generelt. De tidligste studiene på dette området antydte at omfanget av overgrep mot kvinner med nedsatt funksjonsevne var like stort eller større enn tilsvarende for kvinner uten nedsatt funksjonsevne.

Vi kan starte med å slå fast at vår gjennomgang av et utvalg av nordamerikanske og skandinaviske omfangsundersøkelser viser at det ikke er enkelt å komme fram til et entydig svar på dette spørsmålet. Presentasjonen av de ulike undersøkelsene har vist hvor komplekst og utfordrende en sammenligning av resultatene er. Dette skyldes særlig fem forhold; ulike tidsperspektiver, målgrupper med ulike funksjonsnedsettelse, fokus på ulike typer overgrep, bruk av ulike forskningsdesign, samt tallmateriale fra ulike land. Vi kan derfor kun antyde omfanget av overgrep innenfor visse begrensninger.

Når det er sagt, antyder denne oversikten at i de nordamerikanske undersøkelsene varierer omfanget av overgrep mot kvinner med nedsatt funksjonsevne fra rundt to prosent i løpet av siste år, som var likt med tilsvarende tall for kvinner uten nedsatt funksjonsevne, til fem prosent i løpet av fem år, som var 40 prosent høyere enn for de øvrige kvinnene i utvalget. Sett i et livsløpsperspektiv lå omfanget av overgrep mot kvinner både med og uten nedsatt funksjonsevne på samme nivå, dvs. totalt sett på 62 prosent.

I den ene av de skandinaviske undersøkelsene lå omfanget av vold som hadde krevd legebesøk i løpet av det siste året for personer med fysiske funksjonsnedsettelse av begge kjønn på 2,5 prosent mot 0,9 prosent i totalbefolkningen. Dette kan tyde på at denne gruppen er noe mer utsatt for alvorlige voldshandlinger enn befolkningen for øvrig. I de to andre skandinaviske undersøkelsene som kun så på kvinner med nedsatt fysisk funksjonsevne, lå andelen av overgrep totalt sett på mellom 33 og 53 prosent sett i et livsløpsperspektiv. Sammenlignet med tilsvarende tall for kvinner generelt som lå på mellom 46 og 50 prosent, kan det se ut til at omfanget ligger på tilnærmet samme nivå. I de tre andre skandinaviske undersøkelsene som fokuserte på barn og unge med fysiske funksjonsnedsettelse, viste resultatene at seksuelle overgrep både mot blinde/synshemmede jenter, og særlig mot

døve/hørselshemmede jenter, var høyere enn for jenter uten nedsatt funksjonsevne, mens det samme ikke var tilfelle for jenter med nedsatt bevegelsesevne.

På bakgrunn av resultatene fra disse studiene er det med andre ord fortsatt mulig å si at omfanget av overgrep mot kvinner med nedsatt funksjonsevne er like stort eller muligens noe større enn tilsvarende for kvinner uten nedsatt funksjonsevne, særlig dersom vi ser overgrepene i et lengre tidsperspektiv og inkluderer overgrep som skjer i pleie- og omsorgsrelasjoner. Samtidig kan vi påpeke flere særtrekk ved overgrepene mot kvinner med nedsatt fysisk funksjonsevne, slik som at overgrepene ser ut til å vare lengre, at denne gruppen kan være mer utsatt for visse typer overgrep enn andre kvinner, samt at kvinner med visse typer funksjonsnedsettelse kan være mer utsatt enn kvinner med andre typer funksjonsnedsettelse. Dette kan forklares med at disse kvinnene utsettes for flere risikofaktorer enn kvinner generelt som følge av sin funksjonsnedsettelse, slik som vist i kapitlet om hvordan overgrep mot kvinner med nedsatt funksjonsevne kan forstås.

For at vi i fremtiden skal kunne si noe sikrere om omfanget av overgrep mot kvinner med nedsatt funksjonsevne, er det behov for flere omfangsundersøkelser. I mangel av dette er det desto viktigere å bruke egne særutvalg av personer med funksjonsnedsettelse, for eksempel med utgangspunkt i trygderegisteret, for å kunne innhente data også om denne spesifikke gruppen.

### 3. Overgrepens sosiale kontekst

Grunnlaget for denne delen av kunnskapsoversikten er primært et utvalg kvalitative undersøkelser som omhandler ulike typer overgrep mot kvinner med nedsatt funksjonsevne og den sosiale konteksten som overgrepene opptrer i. I tillegg skal vi se på hvordan noen kvantitative studier eventuelt kan bekrefte og belegge resultatene med tall. Vi vil starte med å se nærmere på hvilke typer overgrep som kvinner med nedsatt funksjonsevne er utsatt for, og om disse typene er forskjellige fra overgrep som rammer kvinner generelt. Dernest fokuserer vi på hvem som er overgriperne, på hvilke arenaer overgrepene skjer, hvor lenge overgrepene pågår og i hvilke livsfaser de oppstår, før vi til slutt ser på hva studiene sier om overgrepens konsekvenser for kvinnene, og om hvilken hjelp og støtte de har fått.

Aller først skal vi se nærmere på hva de ulike typene av overgrep omfatter. Med fysiske overgrep forstår vi voldshandlinger rettet mot vår kropp, slik som å bli slått, sparket, lugget eller kroppslig skadet på annen måte, mens psykiske eller emosjonelle overgrep innebærer handlinger som skader en persons psykiske tilstand, og som omfatter både verbale overgrep som trusler og utskjelling og ikke-verbale overgrep som isolering og utestenging. Seksuelle overgrep er handlinger som både kan være fysiske og omfatte alt fra beføling til voldtekt, men som også kan være psykiske i form av verbale slibligheter og kinking. I tillegg til disse tre vanligste kategoriene av overgrep finner vi i faglitteraturen også eksempler på økonomiske overgrep, som er handlinger som kan medføre tap av kontroll og rett til penger, eiendom eller arv ved at overgriper utnytter den utsatte økonomisk. Institusjonelle overgrep er en egen kategori som særlig preges av forsømmelser eller neglisjeringer, og som vi skal fokusere spesielt på. På samme måte som i forrige kapittel, har vi delt inn studiene i nordamerikanske og nordiske undersøkelser.

#### 3.1. Ulike typer overgrep

##### *Nordamerikanske studier*

Blant de nordamerikanske studiene er særlig en amerikansk kvalitativ studie om seksuelle overgrep mot kvinner med fysiske funksjonsnedsettelse av interesse. Av de 31 kvinnene som ble intervjuet i denne studien, fortalte 25 om erfaringer med ulike overgrep i løpet av livsløpet, hvorav elleve hadde vært utsatt for seksuelle overgrep (Nosek 1996). Studien som hadde et særlig fokus på seksuelle overgrep, understreket kompleksiteten rundt de seksuelle overgrepene ved å vise til de ulike uttrykkene de kunne ha og til de ulike arenaene de kunne

finne sted på. Kvinnene i denne studien identifiserte særlig overgrepene som fant sted på sykehus og i andre medisinske settinger, som et alvorlig problem for dem.

En annen nordamerikansk kvalitativ studie undersøkte overgrep som kvinner med ulike funksjonsnedsettelse ble utsatt for av personer som hadde som oppgave å gi dem grunnleggende personlig pleie (Saxton, Curry, Powers, Maley, Eckels & Gross 2001). Studien baserte seg på fokusgrupper med 72 kvinner med fysiske og kognitive funksjonsnedsettelse. Resultatene viste at kvinnene som var avhengige av å få assistanse med personlig pleie, var utsatt for utbredte og hyppige overgrep. Overgrepene var dels relatert til grensesetting, som når ansatte trakk over de personlige grensene til kvinnene, dels til misbruk av makt, som når de ansatte brukte tvang overfor kvinnene de skulle hjelpe, og dels til overgrep som var direkte relatert til funksjonsnedsettelsen, slik som å forlate dem i hjelpeløs tilstand eller fjerne hjelpemidler som de var avhengig av.

I en pilotstudie beskrev Hassouneh-Phillips (2002) overgrepserfaringene til fem kvinner med ervervete fysiske funksjonsnedsettelse som hadde opplevd ulike typer overgrep. Resultatene ble rapportert under følgende tre temaer; den daglige kampen, sammensatt sårbarhet og det å forsone seg med funksjonsnedsettelsen. Det første temaet beskrev kvinnenes daglige kamp for å overleve og bevare sin integritet i et til tider fiendtlig miljø. Kvinnene beskrev for eksempel møter med helsevesenet som til tider fornedrende og ydmykende. Det andre temaet, sammensatt sårbarhet, omhandlet på hvilke måter kvinnene opplevde økt sårbarhet for overgrep, slik som i forbindelse med fattigdom, sosial isolasjon og begrensninger knyttet til deres nedsatte fysiske funksjonsevne. Det tredje temaet beskrev den indre prosessen de måtte gjennom for å akseptere et liv med fysiske funksjonsnedsettelse. Resultatene viste at overgrepserfaringene til kvinner med nedsatt fysisk funksjonsevne er komplekse, og at kompleksiteten beror på den sosiale konteksten rundt funksjonsnedsettelsen og kvinnenes respons til denne konteksten, samt på hvorvidt overgrepene er intenderte eller mer strukturelt betingede.

#### *Nordiske studier*

Den første norske studien som omhandlet overgrep mot kvinner med nedsatt fysisk funksjonsevne ble utført av Sørheim (1998). Den hadde primært som formål å synliggjøre livssituasjonen til kvinner med fysiske funksjonsnedsettelse, og så ikke spesifikt på overgrep, men åtte av de 22 kvinnene som deltok, fortalte uopfordret at de hadde blitt utsatte for seksuelle overgrep for det meste i sitt eget hjem. Resultatene viste blant annet at noen av disse kvinnene hadde opplevd flere enn ett overgrep, og at noen av overgrepene hadde foregått over flere år. De fleste av overgrepene var begått av personer som kvinnene hadde et fortrolig forhold til, eller som de stod i et avhengighetsforhold til. Overgrepene hadde hatt til dels alvorlige konsekvenser for dem både fysisk og psykisk, men likevel hadde nesten alle valgt å tie om overgrepene.

Finndahls svenske studie (2001) omfattet intervjuer både med tolv voldsutsatte kvinner med ulike fysiske funksjonsnedsettelse og med fagfolk som arbeidet med overgrep mot kvinner. Resultatene viste at langt de fleste av overgrepene var av psykisk art, men at det også forekom gjentatte fysiske og seksuelle overgrep. I noen tilfeller forekom også økonomisk utnyttelse ved at andre kontrollerte kvinnenens økonomi. Det vanligste var at overgrepene ble utført av en mann som kvinnene hadde en nær relasjon til, eller av en person som de var avhengige av. Når det gjaldt overgrep utført av pleiepersonale, omfattet dette like gjerne kvinnelige som mannlige overgripere. I førstnevnte tilfelle var overgrepene først og fremst av psykisk art, i form av tvang, straff eller at kvinnene ble unndratt noe de var avhengige av, slik som telefon eller hjelpemidler. Den vanligste arenaen for overgrepene var likevel kvinnenens egne boliger. Kvinnene opplevde selv at overgrepene handlet om makt og kontroll, og at overgrepene ofte eskalerte fra verbale trakasseringer til mishandling og vold. I noen tilfeller kom overgrepene til å bli et normalt innslag i tilværelsen deres. Forfatteren mener at overgrepene dels skyldes kvinnenens avhengighet av assistanse, som skaper en sårbarhet som kan bli misbrukt av personer som ønsker kontroll, dels at kvinner med nedsatt funksjonsevne kan være mer isolerte enn andre kvinner, på grunn av at flere av dem står utenfor arbeidsmarkedet.

Den finske studien til Viemerö (2004) var basert på personlige intervjuer med 20 kvinner med fysiske funksjonsnedsettelse. Den omhandlet både fysiske, psykiske og seksuelle overgrep i tillegg til økonomiske overgrep. Overgriperne var i hovedsak kvinnenens ektemenn eller samboere, men også medlemmer av kvinnenens foreldre og søsken, samt ulike kategorier av helse- og omsorgspersoner. Overlevelsestrategiene blant disse kvinnene var ulike, idet noen skilte seg fra partneren som var overgriper, mens andre fortsatte å leve med han. En av kvinnene hadde forsøkt å begå selvmord som følge av overgrepene, mens andre hadde klart å komme seg ut av overgrepsrelasjonen på egen hånd. Også denne studien peker på at kvinnenens avhengighet av andre kan føre til økt utsatthet overfor overgrep, og den støtter langt på vei resultatene fra de foregående studiene.

I Olsviks studie (2006a) som var basert på intervjuer med 13 voldsutsatte kvinner med nedsatt fysisk funksjonsevne, beskrev kvinnene tilfeller av både fysiske, psykiske og seksuelle overgrep, samt tilfeller av forsømmelser eller neglisjeringer som fant sted i ulike institusjoner. På bakgrunn av disse beskrivelsene ble det utarbeidet en typologi av overgrep som ble inndelt i personlige og institusjonelle overgrep, og som inneholdt de ulike typene av overgrep som er nevnt ovenfor, tilsvarende en åttefelts tabell. Studien viste at overgrepene fant sted på praktisk talt alle samfunnets arenaer; i primær- og sekundærfamilien, skolen, helse- og rehabiliteringsinstitusjoner, samt på arbeids- og fritidsarenaen. Likeledes bestod overgriperne av flere ulike kategorier, slik som foreldre og søsken, ektemenn og kjærester, medelever og lærere, leger og sykepleiere, arbeidskollegaer og fritidstrenerer. Overgrepene bestod delvis av enkelthendelser, men først og fremst av gjentatte hendelser over lengre perioder. Noen kunne fortelle om langvarige overgrepshistorier som begynte tidlig i barndommen av foreldre eller søsken, fortsatte i grunnskolen i form av mobbing av medelever, ble gjentatt av ansatte under deres opphold i helseinstitusjoner, fortsatte i ekteskapet av partneren, og i et tilfelle også av

egne voksne barn i alderdommen. For noen av kvinnene var det med andre ord snakk om et helt livsløp med ulike typer overgrep i ulike faser av livet.

### *Institusjonelle overgrep*

Felles for forskningslitteraturen er at den har hatt lite fokus på institusjonelle overgrep, samtidig som dette er en type overgrep som personer med funksjonsvansker er potensielt mer utsatte for enn andre. Sobsey (1994) definerer institusjonelle overgrep som "neglectful, psychological, physical or sexual abuse that takes place in the managed institutional care of human beings" (s. 90). Institusjonelle overgrep kan altså omfatte alle typer overgrep, men særlig forsømmelser eller neglisjeringer, som ifølge Sobsey innebærer at individets grunnleggende fysiske, sosiale og helsemessige behov ikke blir møtt eller blir unødig trenert. Dette er både intenderte og ikke-intenderte overgrep som begås av ansatte innenfor ulike institusjoner, i vår sammenheng særlig innenfor skoler og helse- og pleieinstitusjoner.

Flere nordamerikanske studier har flere etter hvert fokusert på det de kaller "disability-related abuse", dvs. overgrep som er relatert til kvinnenes funksjonsnedsettelse. Nosek, Foley, Hughes and Howland (2001) gjorde en kvalitativ analyse av de åpne svarene som kom inn i forbindelse med den tidligere nevnte omfangsundersøkelsen, for å finne ut hvilke typer av overgrep som var direkte relatert til kvinnenes funksjonsnedsettelse. Disse overgrepene falt inn i to kategorier. Den ene var variasjoner av de vanlige typene av emosjonelle, fysiske og seksuelle overgrep som alle kvinner er potensielt utsatte for, men som ikke ville ha funnet sted, dersom kvinnene ikke hadde hatt en funksjonsnedsettelse. Den andre kategorien gjaldt overgrep i behandlings- og pleierelasjoner som var direkte knyttet til kvinnenes funksjonsnedsettelse. Studien viste at sistnevnte relasjoner kunne øke utsattheten for overgrep, og særlig der hvor behovet for daglig personlig assistanse var stort.

Andre nordamerikanske studier har satt andre navn på denne typen av overgrep. Mac Farlane (1994) kaller denne typen overgrep for "subtle forms of abuse" som personer med funksjonsnedsettelse blir utsatte for, fordi de er avhengige av hjelp fra omsorgspersonell, enten de bor i spesielle boenheter eller i sine egne hjem, og som ikke umiddelbart fremstår som overgrep. Marquis og Jackson (2000) fant i sin studie at kvaliteten på tjenesterelasjonene mellom personer med nedsatt funksjonsevne og de som yter hjemmebasert omsorg, lå på et kontinuum fra gjensidig støttende relasjoner til ulike typer overgrep, uten at det går en tydelig grense for hva som er overgrep eller ikke. McCarthy og Thompson (1996) argumenterer for at overgrep som finner sted i slike tjenesterelasjoner, skjer fordi mulighetene for å begå slike overgrep uten å bli oppdaget og straffet er stor. Shakespeare (1996) påpeker at behovet for daglige personlige tjenester skaper en potensiell sårbar situasjon for overgrep, samtidig som han understreker at hvis brukerne kan ansette sine egne personlige assistenter, vil de ha mer kontroll over sin egen situasjon, og dermed kunne minske muligheten for overgrep.

Det er få skandinaviske studier som har rettet fokuset mot denne spesifikke typen overgrep. Et unntak er Olsviks studie (2006b) hvor det forekom flere eksempler på institusjonelle

overgrep. I denne studien blir institusjonelle overgrep forstått som fysiske, psykiske, seksuelle overgrep eller forsømmelser som blir utført av ansatte som jobber i en institusjon, hvis oppgave det er å tilby tjenester eller hjelpemidler til personer med nedsatt funksjonsevne. Eksempler på slike typer overgrep var blant annet unødig hardhendt pleiebehandling, verbale trakasseringer med referanse til funksjonsnedsettelsen, manglende tilrettelagt undervisning fra lærere og ledelse i grunnskolen, manglende smertelindring under medisinske behandlinger og seksuell beføling i forbindelse med medisinske undersøkelser. Overgrepene skjedde særlig innenfor ulike helse- og pleieinstitusjoner, men også i hjelpemiddelsentralene i forbindelse med det som kvinnene opplevde som unødig lang ventetid ved anskaffelse og reparasjon av nødvendige hjelpemidler, noe som resulterte i at de følte at deres liv ble satt på vent.

### **3.2. Overgripere og overgrepsarenaer**

I dette kapitlet skal vi fokusere både på hvem overgriperne er og på hvilke arenaer overgrepene finner sted, siden de to kategoriene henger nært sammen. Vi skal først se hva de kvalitative studiene sier om disse temaene, før vi sjekker om de kvantitative omfangsstudiene kan bekrefte og eventuelt belegge resultatene med tall.

Et fellestrekk i de kvalitative studiene er at vi har å gjøre med overgrep som har skjedd i nære relasjoner. Dette gjelder for det første overgrep begått av kvinnenes nåværende eller tidligere ektemenn eller samboere. For det andre gjelder det overgrep som er begått av andre nære personer, slik som medlemmer i kvinnenes oppvekstfamilie. I en studie av omfanget av omsorgssvikt blant barn med nedsatt funksjonsevne, har man funnet at barn med nedsatt funksjonsevne har tre til fire ganger høyere risiko for å utsettes for dette enn andre barn (Sullivan & Knutson 1998). Ifølge en rapport fra den svenske Barnombudsmannen blir barn med funksjonsnedsettelser i større grad enn andre barn utsatt for trakassering og mobbing av medelever, samtidig som de er mer ensomme i skolen og har færre kontakter med skolekamerater utenfor skolen (Barnombudsmannen 2002, s.28). Den tredje gruppen av overgripere som nevnes av kvinnene i noen av de kvalitative studiene, er pleie- og omsorgspersoner, enten ubetalte som tilhører kvinnenes primære eller sekundære familie, eller betalte som er ansatt i helse- og pleieinstitusjoner. I begge tilfellene er kvinnene avhengige av deres tjenester for å kunne fungere i hverdagen. Overgrepsrelasjonene er med andre ord kjennetegnet av nærhet, fortrolighet og avhengighet, noe som også gjør det problematisk å avslutte dem. I tillegg til disse tre kategoriene av overgripere nevner kvinnene også andre kategorier av overgripere. I Olsviks studie (2006a.) nevnes for eksempel slektninger og venner, egne voksne barn, elever og lærere, leger og sykepleiere, nattevakter på sykehus og skoleinternat, arbeidskollegaer og kursdeltakere, samt trenere i idrettsorganisasjoner. I denne studien foregikk overgrepene på alle samfunnets arenaer, dvs. både i primær- og sekundærfamilien, skolen, sykehus og andre helseinstitusjoner, samt på jobb- og fritidsarenaen.

På hvilken måte kan de kvantitative studiene bekrefte disse resultatene og belegge dem med tall? Vi finner de samme tendensene i de kvantitative studiene, idet overgrepene som oftest ble utført av en person som kvinnene hadde et nært forhold til. I studien fra North Carolina ble 44 prosent av de fysiske og 48 prosent av de seksuelle overgrepene begått av kvinnenes nåværende eller tidligere partnere (Martin et al 2006). Den kanadiske undersøkelsen om partnervold viste at det var kjennetegn ved overgriper, spesielt holdninger som ”patriarkalsk dominans” og ”seksuell eiertrang overfor kvinnen” som forklarte den forhøyede risikoen som kvinner med nedsatt funksjonsevne har for å oppleve partnervold (Brownridge 2006). I den svenske undersøkelsen oppgav en fjerdedel av kvinnene at det var deres partnere, foreldre eller søsken som hadde utført overgrepene, samt at overgrepene vanligvis skjedde i kvinnenes hjem (41 %) (HANDU 2007). Disse tallene bekrefter med andre ord at overgriperne primært er tidligere eller nåværende partnere og medlemmer fra kvinnenes primærfamilie.

Når det gjaldt overgrep begått av pleie- og omsorgspersoner, har vi færre kvantitative undersøkelser å støtte oss til. Imidlertid var et av hovedfunnene i den amerikanske omfangsundersøkelsen av Young et al. (1997), at kvinner med nedsatt fysisk funksjonsevne var mer utsatt for overgrep fra helsepersonell og andre omsorgspersoner enn kvinner uten funksjonsnedsettelse (14 % vs. 4 %). I den norske omfangstudien av Olsvik (2006a) var de tilsvarende tallene 23 prosent blant kvinner med og fem prosent blant kvinner uten nedsatt fysisk funksjonsevne. Dette bekrefter at kvinner med nedsatt funksjonsevne er mer utsatt for overgrep fra denne kategorien overgripere, og på disse arenaene, enn kvinner generelt. Det er mer usikkert hvor stor andel de øvrige kategoriene av overgriperne utgjør, slik som slektninger, lærere, taxisjåførere, arbeidskollegaer og trenere i idrettsorganisasjoner, men på bakgrunn av de øvrige tallene kan vi anta at de utgjør en mindre andel av overgriperne.

### **3.3. Overgrepenes tidsperspektiv**

Overgrepenes tidsperspektiv er et lite påaktet tema i faglitteraturen, men som er desto viktigere, siden det har betydning for hvilke konsekvenser overgrepene får for den enkelte. Det er derfor viktig å ta i betraktning både hvilken livsfase overgrepene skjer i og om hvorvidt overgrepet var en enkeltstående hendelse eller bestod av langvarige gjentatte overgrep. Vi skal se nærmere på hva de kvalitative og kvantitative undersøkelsene sier om overgrepenes tidsperspektiv.

De kvalitative studiene som er nevnt foran, er retrospektive studier, hvor en har intervjuet kvinnene om overgrep sett i et livsløpsperspektiv (Nosek 1996, Hassouneh- Phillips (2002), Viemerö (2004) og Olsvik (2006a). Dette har resultert i beretninger om ulike typer av overgrep som daterer seg fra barndommen og fram til tidspunktet for intervjuet. Det fremgår også at flere av overgrepene var gjentatte overgrep som varte over flere år. Dette gjelder særlig kvinner som utsettes for partnervold, og barn som utsettes for mishandling i familien, samt kvinner som behøver omfattende og ofte hjelp av ansatte innen pleie- og omsorgssektoren. Disse overgrepene innebærer ofte langvarige overgrepsrelasjoner som det er



spesielt vanskelig å frigjøre seg fra. I utgangspunktet gjelder dette en type overgrep som både kvinner med og uten funksjonsnedsettelse kan bli utsatt for. Forskjellen ligger i den daglige og ofte livslange avhengigheten av disse tjenestene som kvinner med nedsatt fysisk funksjonsevne har, og som gjør dem potensielt mer utsatte for langvarige overgrep enn andre grupper.

Hva sier de kvantitative studiene om tidsperspektivet på overgrepene? Flere omfangsstudier ser kun på overgrep som har funnet sted det siste året og fanger derfor ikke opp de langvarige overgrepsforholdene og heller ikke overgrep som ligger tilbake i tid. Den kanadiske omfangsstudien som utvidet sitt tidsperspektiv fra ett til fem år, registrerte et signifikant større omfang av overgrep mot kvinner med nedsatt fysisk funksjonsevne sammenlignet med kvinner generelt (Brownridge 2006). I den amerikanske omfangsstudien blir den gjennomsnittlige varigheten av overgrep mot kvinner med nedsatt fysisk funksjonsevne tallfestet til 7,4 år sammenlignet med 5,6 år for kvinner uten nedsatt funksjonsevne (Young 1997). Også i HANDUs undersøkelse (2007) som kun omfattet kvinner med nedsatt funksjonsevne, kommer det frem at seksuelle overgrep ikke kun skjer en enkelt gang, men ofte flere ganger. I alt oppgav 35 prosent av kvinnene med nedsatt fysisk funksjonsevne at de hadde vært utsatt for seksuelle overgrep fra menn som de ikke hadde hatt en tidligere seksuell relasjon til. Av disse oppgav 23 prosent at de hadde opplevd det en gang, halvparten hadde opplevd dette fra to til 50 ganger i løpet av sitt liv, mens tre prosent hadde opplevd det flere enn 50 ganger. Sju prosent av kvinnene hadde vært utsatt for seksuelle overgrep av sin nåværende ektemann eller samboer, og av disse oppgav en tredjedel at det kun hadde skjedd en gang, mens halvparten sa at det hadde skjedd fra 2 til 50 ganger. Som vi ser, underbygger de kvantitative undersøkelsene de kvalitative studiene med at kvinner med nedsatt funksjonsevne er særlig utsatt for langvarige overgrepsrelasjoner.

### **3.4. Overgrepens konsekvenser og de voldsutsattes hjelpebehov**

Det er kun et fåtall av studier som har fokusert på hvilke konsekvenser overgrepene har fått for kvinnene, og på hvilken type hjelp de har søkt og fått. Vi skal illustrere dette ved å se nærmere på hva et par av de kvalitative og kvantitative undersøkelsene sier, først om omfanget og typer av konsekvenser som overgrepene har resultert i, og deretter om hjelpen som kvinnene eventuelt har fått.

#### *Kvalitative undersøkelser*

I Olsviks kvalitative studie (2006a) fortalte kvinnene både om fysiske konsekvenser i form av blåmerker, kutt og brudd, selvmordsforsøk og selvskading, og om psykiske konsekvenser i form av depresjoner, angst, ødelagt selvtillit, søvnproblemer og mareritt. Noen av kvinnene beskrev seg selv som ”hjernevasket” og overgrepsforholdet som ”psykisk terror”. Andre fortalte at overgrepene hadde ødelagt deres forhold til egen kropp. Dette var både et resultat av fysiske og seksuelle overgrep, men også av ulike typer av overgrep på sykehus og i pleieinstitusjoner. En av kvinnene hadde vært utsatt for det hun opplevde som invaderende

behandlinger helt fra spebarnsalder på grunn av sin medfødte funksjonsnedsettelse. Hun sa at hun veldig tidlig hadde lært at ”alle kan gjøre hva de vil med min kropp”, mens en annen som hadde lignende erfaringer, sa: ”Jeg eier egentlig ikke min egen kropp. Den føler jeg ble donert til helsevesenet for lenge siden”. Ifølge kvinnene i denne studien var det de langvarige overgrepene, og overgrepene som skjedde tidlig i livet, som gav de mest alvorlige konsekvensene.

I Viemerös studie (2004) av 20 voldsutsatte kvinner med fysiske funksjonsnedsettelser finner vi to av ytterpunktene i et kontinuum av ulike konsekvenser representert. På den ene siden har vi kvinner som enten hadde vurdert eller forsøkt å begå selvmord. På den andre siden har vi kvinner som hadde klart å kjempe seg ut av forholdet. Det typiske overgrepsmønsteret var imidlertid et forhold hvor vold og overgrep ble etterfulgt av unnskyldninger og anger, men som senere eskalerte til enda mer alvorlige overgrep i en stadig økende overgrepsspiral.

#### *Kvantitative undersøkelser*

Av de kvantitative omfangsstudiene skal vi særlig se på HANDUs (2007) og Olsviks undersøkelser (2005) som begge har data om overgrepenes konsekvenser. Ifølge det svenske utredningsinstituttet HANDU svarte en tredjedel av kvinnene i utvalget at de hadde opplevd trusler, vold eller seksuelle overgrep fra en mann. Av disse svarte halvparten, at de hadde fått fysiske skader av overgrepene, mens nesten like mange svarte at de hadde vært redde og engstelige. I denne undersøkelsen sa sju prosent at de hadde forsøkt å ta sitt eget liv, mens 33 prosent sa at de hadde tenkt tanken.

I Olsviks studie (2005) svarte 17 prosent av kvinnene med nedsatt fysisk funksjonsevne at de hadde fått fysiske skader av overgrepene sammenlignet med åtte prosent av kvinnene uten nedsatt funksjonsevne. Det var imidlertid de psykiske skadene av overgrepene som var dominerende, idet nesten halvparten av de voldsutsatte kvinnene sa at de hadde fått psykiske vansker i form av angst og depresjon sammenlignet med 35 prosent av kvinnene uten nedsatt fysisk funksjonsevne. I tillegg rapporterte 16 prosent av kvinnene om selvmordstanker mot åtte prosent av kvinnene i sammenligningsgruppa. Samtidig krysset ni prosent av kvinnene med nedsatt fysisk funksjonsevne av for svarkategorien ”et ødelagt liv” mot fire prosent i sammenligningsgruppen. På den andre siden er det viktig å understreke at 35 prosent av kvinnene med nedsatt fysisk funksjonsevne svarte at overgrepene ikke hadde hatt noen konsekvenser for dem, mens det tilsvarende tallet for kvinnene uten nedsatt funksjonsevne var enda noe høyere (39 prosent). Det er imidlertid vanskelig å vite hva som reelt sett ligger bak disse tallene. Er det virkelig slik at mange av overgrepene ikke får noen uttalte konsekvenser for kvinnene, eller skjuler disse tallene mye skam og fortielse?

#### *Hjelpebehov*

I tråd med at 34 prosent av de voldsutsatte kvinnene i Olsviks studie (2005) svarte at overgrepene ikke hadde noen konsekvenser for dem, er det heller ikke uventet at over halvparten (56 prosent) av de voldsutsatte kvinnene rapporterte at de ikke hadde søkt om hjelp

eller støtte. Dette sammenfaller ganske bra med resultatene i den svenske undersøkelsen foretatt av HANDU (2007), hvor 66 prosent av de voldsutsatte kvinnene sa at de aldri hadde søkt eller fått hjelp. Av de resterende som hadde søkt eller fått profesjonell hjelp, viste det seg at nesten like mange var misfornøyde som fornøyde med hjelpen. I Olsviks omfangsstudie (2005) oppgav 23 prosent av kvinnene med nedsatt fysisk funksjonsevne at de hadde fått hjelp av fagfolk, mens 28 prosent hadde fått hjelp av familien, og 23 prosent hadde fått hjelp av venner. I denne studie hadde kun åtte prosent gått til politianmeldelse av fysiske og seksuelle overgrep.

Det kan med andre ord se ut til at flertallet av de voldsutsatte kvinnene verken har fått eller søkt hjelp i etterkant av overgrepene. Det er imidlertid uklart om dette skyldes at de ikke føler at de har behov for det, at de ikke ønsker det eller at de lar være å søke hjelp, fordi de ikke tror at det finnes hjelp å få.

### *Oppsummering og anbefalinger*

I dette kapitlet har vi primært sett på kvalitative studier som omhandler ulike sider av den sosiale konteksten rundt overgrepene, samt supplert dem med tallmateriale fra de kvantitative studiene. I disse studiene kommer det frem at kvinner med nedsatt fysisk funksjonsevne er utsatt for alle typer overgrep, både fysiske, emosjonelle, seksuelle og økonomiske på lik linje med kvinner generelt. I tillegg er kvinner med nedsatt funksjonsevne utsatt for intenderte og ikke intenderte overgrep som er begått av ansatte i form av institusjonelle overgrep, og som ofte tar form av forsømmelser. Felles for faglitteraturen er at den har hatt mindre fokus på slike institusjonelle overgrep som er en type overgrep som kvinner med nedsatt funksjonsevne er potensielt mer utsatte for enn andre kvinner på grunn av sin funksjonsnedsettelse. Dette er derfor en type overgrep som det bør fokuseres langt mer på i fremtidige studier.

Videre har vi sett at kvinner med nedsatt fysisk funksjonsevne er utsatt for overgrep av alle kategorier av overgripere, men at flesteparten av overgriperne er personer som kvinnene har et fortrolig forhold til, eller som de står i et avhengighetsforhold til, særlig gjelder dette partnere, foreldre og søsken, samt pleie- og omsorgspersonell. I faglitteraturen nevnes i tillegg en rekke andre kategorier av overgripere, slik som elever og lærere, leger og sykepleiere, nattevakter, arbeidskollegaer og kursdeltakere, trenere, samt ukjente. De fleste av overgrepene skjer på hjemmearenaen, og det er også på denne arenaen at faglitteraturen har hatt sitt hovedfokus. Faglitteraturen har i langt mindre grad hatt søkelys på overgrep som skjer på pleie- og omsorgsarenaen, arbeidsarenaen, fritidsarenaen og i det offentlige rommet. Det er følgelig nødvendig med et større fokus også på disse arenaene i framtida.

Likeledes har det vært lite fokus på overgrepens tidsperspektiv, særlig tatt i betraktning av at dette har stor betydning for hvilke konsekvenser overgrepene får for kvinnene. De kvalitative studiene som ser på overgrepene i et livsløpsperspektiv, viser både til overgrep som har skjedd i tidlig barndom, samt til overgrep som har pågått i årevis. Dette gjelder særlig

overgrepssrelasjoner som er preget av nærhet og avhengighet som det derfor er svært vanskelig å bryte ut av. De få sammenlignede kvantitative studiene som har tallfestet overgrepens varighet, bekrefter beskrivelsene fra de kvalitative undersøkelsene om at kvinner med nedsatt funksjonsevne er utsatt for flere langvarige overgrepssrelasjoner enn kvinner for øvrig. Det er derfor viktig å se overgrepene i et livsløpsperspektiv, for å kunne synliggjøre hvilke konsekvenser den akkumulerte effekten av overgrep i ulike livsfaser og over lengre tid har for kvinnene.

Vi har også sett at konsekvensene av overgrepene spenner over hele spekteret fra ingen rapporterte konsekvenser, via psykiske og fysiske skader, til selvmordsforsøk og opplevelsen av et ødelagt liv. Ikke uventet synes konsekvensene av overgrep som fant sted i barndommen eller ungdommen, samt overgrep som varte over lang tid, å ha hatt de alvorligste konsekvensene for kvinnene. Avhengig av omfanget og typen av konsekvenser søkte kvinnene i varierende grad hjelp hos familie, venner eller fagfolk. Samtidig er det viktig å understreke at relativt mange av kvinnene verken hadde søkt eller fått hjelp. Hva dette skyldes er uklart, og det er derfor et tema som bør utredes nærmere.

## 4. Hjelpetiltak mot overgrep

I dette kapitlet skal vi se spesifikt på hjelpetiltak rettet mot voldsutsatte kvinner med nedsatt funksjonsevne. Med tiltak sikter vi her dels til politiske tiltak i form av resolusjoner, anbefalinger og økonomisk støtte, dels til praktiske tiltak, slik som tilgjengelige krisesentre, landsdekkende kontaktelefon og opplæringstilbud for kommunalt ansatte. Det viste seg imidlertid å være vanskelig å få en god oversikt over hjelpebehov og hjelpetiltak for voldsutsatte kvinner med nedsatt funksjonsevne. Kapitlet omtaler derfor noen tiltak på dette området, men desto flere anbefalinger om hva som bør gjøres.

Vi skal først se nærmere på noen overordnede politiske tiltak som er blitt igangsatt i europeiske og skandinaviske land. Deretter ser vi på noen tiltak og anbefalinger spesielt rettet mot kvinner med nedsatt funksjonsevne, slik de beskrives i to rapporter fra henholdsvis Europarådet og Brottsförebyggande Rådet i Sverige. I neste omgang fokuserer vi på et par undersøkelser om krisesentrenes tilgjengelighet, før vi med utgangspunkt i en norsk og en svensk undersøkelse ser nærmere på kommunenes rolle og ansvar for alle voldsutsatte. Dernest presenterer vi den nye loven om kommunale krisesentertilbud og ser nærmere på hva den kan komme til å bety for kvinner med funksjonsnedsettelse. Til slutt setter vi søkelyset på hvilken rolle frivillige kvinnenettverk har spilt og bør spille på dette området.

### 4.1. Overordnede politiske og økonomiske tiltak

I etterkant av FNs kvinnekongress i Beijing i 1995, hvor temaet vold mot kvinner med nedsatt funksjonsevne kom på dagsorden for alvor, ble det igangsatt flere tiltak på overordnet politisk nivå. Allerede i 1986 satte EU-parlamentet fokus på vold mot kvinner, og siden den gang er det formulert flere resolusjoner som tar opp vold og diskriminering rettet mot personer med nedsatt funksjonsevne. Det er også avholdt konferanser om temaet og igangsatt undersøkelser som belyser voldsproblematikken spesifikt mot denne gruppen (Bjerre 2002). I 1997 ble Daphneprogrammet, som var et EU-program med formål å bekjempe vold mot barn, unge og kvinner, lansert. Programmet gav økonomisk støtte til utrednings- og forsøksprosjekter med fokus på vold mot kvinner og barn. Under dette programmet ble det igangsatt flere prosjekter om vold mot kvinner med nedsatt funksjonsevne. Et av disse var IRIS-prosjektet, hvor formålet var å forbedre registreringen av overgrep, hvor det bl.a. ble utarbeidet en standardisert guide for fagfolk som arbeider med voldsutsatte kvinner med nedsatt funksjonsevne (Asociación Iniciativas y Estudios Sociales 1999).

I alle de skandinaviske landene er det blitt utarbeidet overordnede handlingsplaner for bekjempelse av vold, hvor også kvinner med nedsatt funksjonsevne inngår. I tillegg er det gitt økonomisk støtte til praktiske hjelpetiltak, utredninger og forskning, samt til spesifikke kvinnenettverk (Bjerre 2002). Sverige har her vært et foregangsland, både når det gjelder politiske prioriteringer og igangsetting av praktiske tiltak, som for eksempel en forbedret registrering av overgrep mot denne målgruppen, utvidet opplæring og utdanning av fagfolk, samt støtte til frivillige organisasjoner og til sommerleire for voldsutsatte kvinner med nedsatt funksjonsevne i regi av de svenske krisesentrenes fellesorganisasjon (Riksorganisationen för Kvinnojourer 1999). På disse sommerleirene, som også har hatt deltakere fra Norge, fikk kvinnene kunnskap om vold og selvforsvar, mens personalet fra krisesentrene på sin side fikk økt kunnskap om de særskilte behovene til kvinner med nedsatt funksjonsevne.

I alle de skandinaviske landene har nasjonale nettverk for kvinner med nedsatt funksjonsevne avholdt flere seminarer om vold. Det norske ”Nettverk for kvinner med funksjonshemming” har med støtte fra Helsedirektoratet utarbeidet både kursmaterieell rettet mot ulike grupper av fagpersoner, og et informasjonshefte om hva det vil si å være kvinne og ha en funksjonsnedsettelse, samt om risikoen for vold og overgrep. Vi skal se nærmere på noen av disse nettverkene, men først skal vi omtale to rapporter fra henholdsvis Europarådet og Brottsförebyggande Rådet med fokus på deres anbefalinger og forslag til hjelpetiltak.

## **4.2. Rapporter med anbefalinger om tiltak**

### *Europarådets anbefalinger*

Europarådets rapport forfattet av Brown (2002) om vern av voksne og barn med nedsatt funksjonsevne mot overgrep har som formål å synliggjøre omfanget og karakteren av overgrep og sørge for at personer med nedsatt funksjonsevne vernes mot overgrep på lik linje med andre borgere (s.7). Rapporten skisserer en rekke tiltak og anbefalinger på ulike nivåer som skal beskytte barn og voksne med nedsatt funksjonsevne mot overgrep. Her vil det kun bli referert til et utvalg av tiltak, men rapporten anbefales for alle med ansvar for igangsetting av tiltak på dette området.

Rapporten deler hjelpetiltakene inn i forskjellige stadier, slik som primærstadiet, som skal forebygge overgrep, sekundærstadiet, som skal sikre at overgrep blir avdekket og henvist til de rette instansene, og tertiærstadiet, som skal behandle voldsutsatte individer og forhindre at overgrepene fører til alvorlige traumer på lang sikt (s.11). I rapporten understrekes det at vi også trenger ulike tiltak på ulike nivåer, både direkte overfor enkeltindivider, overfor tjenesteyterne, samt på statlig og lokalt nivå. Noen eksempler på tiltak som er rettet mot enkeltindivider på primærstadiet, og som nevnes i rapporten, er selvhjelpskampanjer og selvforsvarskurs for kvinner med nedsatt funksjonsevne, på sekundærstadiet brukervennlige informasjonsbrosjyrer som viser hvilke rettigheter kvinnene har, og på tertiærstadiet en

respektfull mediedekking av overgrepssaker hvor ofrene er personer med funksjonsnedsettelse (s.87).

Når det gjelder tjenesteyterne, er noen eksempler på tiltak på primærstadiet vandelsattest for ansatte som skal arbeide med barn og voksne med nedsatt funksjonsevne og regelmessig inspeksjon av arbeidsmiljøene for å heve standarden. På sekundærstadiet nevnes kurs for de ansatte om hvordan de skal kjenne igjen overgrep, samt rutiner for hvordan de skal følge opp eventuelle mistanker, mens det på tertiærstadiet trengs spesialiserte instanser som kan arbeide med allerede voldsutsatte personer med nedsatt funksjonsevne, samt opplæring for det ordinære hjelpeapparatet, dvs. voldtekstmottak og krisesentre, om hvordan de kan gjøre sine tjenester tilgjengelige for denne gruppen (s.87).

Når det gjelder sentralt og lokalt nivå, er noen av eksemplene på det primære stadiet holdningskampanjer, samt adekvat finansiering og ansvarlig bruk av ressurser på vegne av personer med funksjonsnedsettelse og de instansene som skal betjene dem. På det sekundære stadiet nevnes opprettelsen av hjelpetelefoner som kan betjene både tjenesteytere, foresatte og de voldsutsatte selv, mens eksempler på det tertiære stadiet er arbeidsgrupper som kan gjennomgå behovene for opplæring og eventuelt ny lovgivning, samt tiltak for å forhindre at ansatte som begår overgrep, skal kunne forflytte seg rundt på institusjonene (s. 88).

Som vi ser, vil de tiltakene som foreslås i Europarådets rapport kreve handling både fra statlige instanser, frivillige organisasjoner og uavhengige instanser som representerer personer med nedsatt funksjonsevne og deres foresatte, samt pleie- og omsorgspersoner. Rapporten understreker spesielt viktigheten av at samtlige instanser samarbeider, og at myndighetene gjør det klart at deres ansvar er å verne om rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne.

Europarådets rapport (Brown 2002) presenterer med andre ord mange gode eksempler på tiltak på ulike nivåer og stadier. I rapporten foreslås det de kaller en beskyttelsesmodell som styrker rettighetene til voksne og barn med nedsatt funksjonsevne. Rapportens anbefalinger skisserer også en oppnåelig dagsorden som det er mulig å måle fremskritt opp mot. Den understreker at arbeidet med å verne barn og voksne med nedsatt funksjonsevne er en forpliktelse som går hånd i hånd med Europarådets formål om integrering og sosial inkludering av personer med nedsatt funksjonsevne.

#### *Brottsförebyggande rådets (BRÅ) anbefalinger*

Brottsförebyggande rådet (BRÅ) i Sverige har utarbeidet en rapport med liknende forslag til tiltak, men som er mer målrettet mot følgende tre grupper; pleie- og omsorgspersonell, de foresatte som også ofte har et slikt ansvar, og personer med funksjonsnedsettelse (Brottsförebyggande Rådet 2007).

Når det gjelder den første gruppen, går et av forslagene ut på en nøyere rekruttering av pleie- og omsorgspersonalet, ved å bedømme om de i utgangspunktet passer til oppgaven. Deretter understreker rapporten at en utdanningsmodul om vold og konflikthåndtering spesielt rettet mot pleie- og omsorgspersonellet er en viktig forebyggende faktor. Rapporten understreker at det både behøves kunnskap om at overgrep mot denne gruppen faktisk forekommer, og om hvordan disse overgrepene kommer til uttrykk. En del av opplæringen bør, ifølge BRÅ, bestå i å lære å oppdage tegn på overgrep ved spesifikke adferdsendringer hos de voldsutsatte. Videre er det, ifølge rapporten, behov for kontinuerlig veiledning av personalet for å forebygge overgrep.

BRÅ peker på at vold mot personer med funksjonsnedsettelse også utøves av personalet selv, og for å unngå dette bør man minske mulighetene for at noen alene har ansvar for en person med nedsatt funksjonsevne. Sårbarheten for overgrep er særlig stor der hvor det er et avhengighetsforhold til få personer, og for å motvirke dette bør pleie- og omsorgstjenestene gis av flere personer. Samtidig er det viktig at mottakeren ikke blir utlevert til altfor mange, pleiere, idet det også er nødvendig med fortrolighet vedrørende personlig still. Det er med andre ord avgjørende å finne balansen mellom de ulike behovene. Videre bør det være muligheter for avløsning for ansatte som kommer opp i vanskelige eller stressfylte arbeidssituasjoner. Lange arbeidsøkter kan også lede til stress, og en ustabil pleiestab kan gi dårlige pleie- og omsorgstjenester.

Når det gjelder forebyggende tiltak rettet mot de foresatte, understreker rapporten at det er viktig å støtte de foresatte, fordi at det å leve med og ha omsorg for en person med funksjonsnedsettelse kan innebære stress som igjen kan ende i overgrepshandlinger. Gode muligheter til avlastninger er derfor et viktig tiltak som både kan gi innsyn i omsorgsrelasjonene og samtidig hindre at mottakeren blir avhengig av for få hjelpepersoner.

Et av rapportens forslag til tiltak for selve målgruppen går ut på å gi seksual- og samlivsundervisning som er tilpasset personer med ulike funksjonsnedsettelse. Manglende seksualopplysning og manglende seksuell erfaring kan for eksempel gjøre det vanskelig å bedømme hva som er et seksuelt overgrep. Et økt tilbud om tilpasset seksual- og samlivsundervisning er derfor et av flere tiltak som kan minske utsattheten for seksuelle overgrep. Et annet tiltak er opplæring i selvforsvar i vid betydning, dvs. å bidra til at personer med nedsatt funksjonsevne kan hevde sin integritet både overfor ukjente, foresatte og ansatte. Slike kurs innebærer på den ene siden å lære hvordan man forebygger overgrep, og på den andre siden å høyne selvilliten hos den enkelte, og dermed øke mulighetene til selvhevdelse og motstand.

Til slutt kommer Brottforebyggende rådet med et ønske om et økt engasjement rundt overgrepssproblematikken i alle frivillige organisasjoner som jobber for personer med nedsatt funksjonsevne. Rapporten viser at bare et fåtall av de frivillige organisasjonene har arbeidet spesifikt med spørsmålet om vold mot personer med funksjonsnedsettelse. Flere av



organisasjonene har ennå ikke satt temaet på sin dagsorden. Dette kan skyldes dels at de ikke ser på dette temaet som like viktig som spørsmål om diskriminering og tilgjengelighet, dels at de ikke ønsker å koble funksjonsnedsettelse med begreper som sårbarhet og utsatthet, fordi de ikke vil betraktes som et "svak" gruppe. I følge BRÅ bør de uansett komme mer på banen.

#### *Den amerikanske debatten om hjelpetiltak*

I den amerikanske faglitteraturen pågår det en diskusjon om universell screening av kvinner for overgrep, begrunnet med at omfanget av overgrep mot denne gruppen er så vidt stort. I den forbindelse er det i ulike fagmiljøer i USA utarbeidet screeningsverktøy spesielt tilpasset kvinner med ulike funksjonsnedsettelse. Et av disse er en modell for en vurdering av overgrepsrisikoen som består av tre elementer; en tradisjonell vurdering av overgrep basert på det såkalte makt- og kontrollhjulet, som har fokus på de spesifikke typene for overgrep som denne gruppen er utsatt for, en vurdering av deres funksjonsevne basert på en selvrappotering og selvgradering, samt en vektlegging av heterogenitet med hensyn til kultur og type funksjonsnedsettelse (Gilson, DePoy & Cramer 2001b). Flere forfattere viser til at bevisstgjøring og kunnskap om overgrep er et første steg for å bekjempe vold og overgrep, og at utviklingen av screeningverktøy er viktig i denne sammenheng (Oschwald, Renker, Hughes, Arthur, Powers & Curry 2009). Sistnevnte beskriver et lydbasert computerprogram i form av et selvintervju spesielt utviklet for døve kvinner, som dels skal øke deres bevissthet, dels oppmuntre dem til å ta sine forholdsregler, og dels skal gi dem informasjon om de hjelpetiltakene som finnes i nærmiljøet. I den amerikanske faglitteraturen drøftes og evalueres de ulike screeningverktøyene opp mot hverandre. Slike screeningprotokoller for ulike utsatte grupper vil kunne være til hjelp både for kvinnene selv og for hjelpepersonellet, og bør derfor også vurderes her i landet.

### **4.3. Kommunenes hjelpetilbud**

Kommunene har ansvaret for å gi førstelinjetjenester til alle som opplever vold og overgrep. Spørsmålet er hvordan de forvalter sitt ansvar. Et par norsk og svenske undersøkelser kan gi oss noe av svaret på dette spørsmålet.

#### *Norske erfaringer*

Nettverket for kvinner med funksjonshemming og Krisesentersekretariatet gjennomførte i 2003 en kartlegging av kommunenes hjelpetilbud til voldsutsatte kvinner med nedsatt funksjonsevne (<http://krisesenter.com/materiell/pdf/kartlegging.pdf>). Denne kartleggingen viste at svært få kommuner hadde særskilt tilrettelagte tilbud til denne målgruppen utover det lovpålagte helse- og sosialtilbudet som gjelder for alle innbyggerne. Bare 16 av 201 kommuner som deltok i undersøkelsen, hadde spesifikke tiltak, samordninger og rutiner for voldsutsatte kvinner med nedsatt funksjonsevne som var forankret i kommunens helse- og sosialplaner. Imidlertid oppgav nesten 85 prosent av kommunene at de støttet et krisesenter

økonomisk, og et flertall av disse mente også at krisesentrene var tilrettelagt for kvinner med nedsatt funksjonsevne, selv om kun 14 av 51 krisesentre i realiteten var det i 2003. Et fåtall av kommunene (12 %) svarte at de ansatte hadde fått opplæring i å avdekke og forebygge vold mot kvinner med nedsatt funksjonsevne. I den grad det ble gitt opplæring var denne ikke formalisert. Forfatterne konkluderte med at krisesentrene uten tvil er den viktigste støttepillaren for voldsutsatte kvinner, og at mye av hjelpen kanaliseres gjennom krisesentrene i samarbeid med kommunene. Likevel fremhever de at det er viktig også å heve bevissthets- og kompetansenivået i kommunene i forhold til vold og overgrep mot kvinner med nedsatt funksjonsevne for at denne målgruppen skal bli ivaretatt på en like god måte som andre voldsutsatte kvinner.

Kartleggingen ble i 2005 fulgt opp med en intervjuundersøkelse med 21 utvalgte kommuner, som ytterligere bekreftet konklusjonene fra kartleggingsundersøkelsen. Denne undersøkelsen viste at en stor andel av kommunene fortsatt hadde manglende kompetanse og begrensede tiltak for å avdekke og forhindre vold mot kvinner med nedsatt funksjonsevne ([http://krisesenter.com/materiell/pdf/rapport\\_kommunene\\_160306.pdf](http://krisesenter.com/materiell/pdf/rapport_kommunene_160306.pdf)). I disse kommunene fantes det så å si ingen adekvate hjelpetilbud rettet mot denne gruppen ut over de generelle tiltakene som gjelder for alle. Rapporten viser også at de kommunale ansatte i hjelpetjenestene manglet kunnskap både om livsvilkårene for denne gruppen og om vold i nære relasjoner. I noen kommuner fantes det et etablert tverrfaglig samarbeid på området, mens samarbeidet i andre kommuner skjedde fra sak til sak, noe som fort kan innebære at hjelpen blir tilfeldig og personavhengig.

Rapporten avslutter med en rekke anbefalinger både angående opplæringen og utformingen av hjelpetilbudet i kommunene. I følge forfatterne er et tverretattlig samarbeid som er forankret i kommunale planer, og som har en klar ansvarsfordeling, en forutsetning for et godt hjelpetilbud. I tillegg er det nødvendig med en bevisstgjøring og opplæring av de ansatte. De ansatte trenger basiskunnskap om livssituasjonen for kvinner med nedsatt funksjonsevne i tillegg til kunnskap om vold og overgrep. De som er involvert i tverrfaglig samarbeid, trenger også spesialisert kunnskap om hjelpetiltak og rettigheter. Det er også viktig med oppfølging og veiledning, særlig for de med koordineringsansvar for hjelpetjenestene.

På den andre siden er forebyggende tiltak som kan bryte kvinnes isolasjon og avhengighet, viktige, siden det er nær sammenheng mellom isolasjon og avhengighet av andre og sårbarhet for overgrep. Det at kommunene bidrar til å legge til rette for størst mulig aktiv samfunnsdeltakelse også for kvinner med nedsatt funksjonsevne, er en viktig forebyggende faktor mot vold og overgrep. Undersøkelsen peker også på nødvendigheten av å se krisesentrene og kommunenes tilbud i sammenheng. Når krisesenteret ikke kan brukes pga. manglende tilgjengelighet, stiller det store krav til kommunene med hensyn til egne hjelpetiltak og egen kompetanse. Mye av kompetansen om vold og overgrep finnes på krisesentrene, slik at et utvidet samarbeid mellom kommunene og krisesentrene på dette området er nødvendig. For øvrig fastslår forfatterne av rapporten at alle krisesentrene i

prinsippet bør være tilgjengelige for kvinner med nedsatt funksjonsevne, slik at de ikke diskrimineres, når det gjelder tilgjengelighet til dette viktige lavterskeltiltaket.

### *Svenske erfaringer*

Brottsforebyggende Rådet (BRÅ) utførte i forbindelse med sin rapport om vold mot personer med funksjonsnedsettelse en spørreundersøkelse hos samtlige kommuner og bydeler for å få en oversikt over deres erfaringer vedrørende overgrep mot denne gruppen (Brottsforebyggende Rådet 2007). Av de om lag to tredjedeler av kommunene og bydelene (186) som besvarte undersøkelsen, oppgav 89 (48 %) at de hadde arbeidet med temaet, mens 18 (10 %) sa at de i løpet av de siste tre årene hadde deltatt i en særskilt satsing for å forebygge overgrep mot personer med nedsatt funksjonsevne (s.64).

De forebyggende tiltakene som allerede var igangsatt i de 18 kommunene og bydelene, ble inndelt i henholdsvis primær forbygging, som har som formål å forhindre at overgrep blir begått, sekundær forebygging, som er tiltak rettet mot spesifikke risikogrupper, og tertiær forebygging, som er tiltak rettet mot allerede voldsutsatte personer. Noen eksempler på iverksatte primærforebyggende tiltak var utdanning av personalet innenfor pleie- og omsorgstjenesten angående overgrep mot personer med nedsatt funksjonsevne, samt belysning av offentlige plasser, slik som ved bussholdeplasser. Sekundærforebyggende tiltak som var igangsatt, omfattet for eksempel distribusjon av informasjonsmateriell om seksuelle overgrep, samt opprettelsen av rådgivningsgrupper som skulle spre informasjon via materiell og seminarer om overgrep mot denne gruppen. Eksempler på tertiærforebyggende tiltak var utdanning av personalet som hadde ansvaret for avdekking av vold mot personer med nedsatt funksjonsevne, samt utarbeiding av rutiner til bruk ved mistanker om vold og overgrep.

Blant de 89 kommunene og bydelene som oppgav at de hadde arbeidet med spørsmål om overgrep mot personer med nedsatt funksjonsevne, bestod arbeidet vanligvis i at man diskuterte spørsmålene i kommunen eller bydelen. 75 av kommunene svarte at deres arbeid med dette temaet helt eller delvis dreide seg om dette, 17 sa at det også innebar spredning av informasjon om vold mot denne gruppen, mens 31 oppgav at de drev videreutdanning av personalet omkring dette temaet. I tillegg nevnte et mindre antall at de var i ferd med å utarbeide spesifikke rutiner eller å aktualisere allerede eksisterende rutiner omkring temaet.

Erfaringene fra kommunene både i Norge og Sverige viser med andre ord at det er relativt lite som gjøres av forebyggende tiltak rettet spesifikt mot kvinner med nedsatt funksjonsevne. I Sverige har Handikappombudsmannen understreket kommunenes doble ansvar for personer med nedsatt funksjonsevne, dvs. både for deres beskyttelse mot vold og for deres nedsatte funksjonsevne. Handikappombudsmannen har i denne forbindelsen rettet kritikk mot måten kommunene i Sverige forvalter sitt ansvar på. Den samme kritikken kan uten tvil reises mot de norske kommunene. Mange av kommunene møter denne kritikken med å vise til sin økonomiske støtte til krisesentrene. Vi skal derfor se nærmere på hvordan krisesentrene ivaretar behovene til voldsutsatte kvinner med nedsatt funksjonsevne.

#### **4.4. Ulike intervensjonstiltak - krisesentertilbud og kontakttelefon**

##### *Tilgjengelige krisesentre*

Krisesentrene står helt sentralt, når det gjelder intervensjonstiltak for voldsutsatte kvinner både med og uten nedsatt funksjonsevne. Sentrenes mandat tilsier at alle kvinner som har vært utsatt for vold, skal kunne søke hjelp på et krisesenter. Kvinner med nedsatt funksjonsevne kan imidlertid støte på både fysiske, kommunikasjonsmessige og holdningsmessige barrierer i sitt møte med sentrene. De fysiske barrierene kan være i form av trapper, smale dører og små toaletter og bad som kan hindre en bevegelseshemmet kvinne i rullestol å få adgang til sentrene. De kommunikasjonsmessige barrierene kan bestå i at man har vanskelig for å kommunisere med kvinner med hørsels- eller talenedsettelse, for eksempel ved at sentrene ikke har teksttelefoner til døve. De holdningsmessige barrierene som både omfatter de ansattes holdninger og deres manglende kunnskap om kvinner med ulike funksjonsnedsettelser, for eksempel hva det innebærer å være blind, kan også hindre kvinnene i å bruke krisesentrene. Samtidig har sentrene ikke formidlet godt nok om at tilbudet deres også gjelder kvinner med nedsatt funksjonsevne.

En rapport fra NKVTS (Jonassen, Sogn, Olsvik & Hjemdal 2008) tok bl.a. opp krisesentrenes tilgjengelighet for kvinner med nedsatt funksjonsevne. Rapporten viser at kun en tredjedel av krisesentrene var fysisk tilgjengelige for denne gruppen i 2006, men at en like stor andel hadde utbedring av den fysiske tilgjengeligheten på agendaen. Videre hadde kun en fjerdedel av sentrene kompetanse om kvinner med nedsatt funksjonsevne, men samtidig ønsket et flertall av lederne ved sentrene mer kunnskap om denne gruppen. Rapporten anbefaler derfor både en fortsatt oppgradering av den fysiske tilgjengeligheten og en oppbygging av de ansattes kompetanse, samt en bedre markedsføring om krisesentrenes tilbud til kvinner med nedsatt funksjonsevne (s.89).

I en tilsvarende undersøkelse om de danske krisesentrenes tilgjengelighet for kvinner med nedsatt funksjonsevne, understrekes også behovet for en utbedring av den generelle tilgjengeligheten, samt en bedre synliggjøring av sentrenes tilbud (Bjerre 2008). Denne rapporten påpeker også at kvinner med nedsatt funksjonsevne kan trenge noe ekstra hjelp til de praktiske gjøremålene, mer psykisk støtte i form av flere samtaler, samt sosial støtte, slik at de også kan delta i sosiale arrangementer. Generelt sett opplever de danske krisesentrene at kvinner med nedsatt funksjonsevne er noe mer ressurskrevende enn de øvrige kvinnene ved sentrene. På denne bakgrunn igangsatte Socialministeriet prosjektet ”Udvikling på krisecentre” (HUK) for å kvalifisere krisesentrene til å utvikle tilbudet til voldsutsatte kvinner og barn (ibid s. 2). Det arbeides med andre ord både i Danmark og i Norge med en utbedring av tilgjengeligheten til krisesentrene. Denne økte satsingen vil på sikt kunne likestille hjelpetilbudet for kvinner med og uten funksjonsnedsettelser. I Norge vil den nye loven om

kommunale krisesentertilbud, som vi straks skal se nærmere på, forhåpentligvis sette fortløpende i denne pågående utviklingen.

#### *Ny Lov om kommunale krisesentertilbud*

I juni 2009 ble Lov om kommunale krisesentertilbud (krisesenterlova) vedtatt, og loven ble iverksatt fra 1. januar 2010 (<http://www.lovdatabasen.no/all/hl-20090619-044.html>). Denne loven gir kommunene ansvaret for å sikre et godt og helhetlig krisesentertilbud for kvinner, menn og barn utsatt for vold eller trusler om vold i nære relasjoner. I henhold til loven skal krisesentertilbudet gi brukerne støtte, veiledning og hjelp til å ta kontakt med andre deler av tjenesteapparatet. Det skal omfatte et heldøgns krisesentertilbud eller tilsvarende trygt botilbud, et dagtilbud, en døgnåpen krisetelefon og oppfølging i reetableringsfasen. Tilbudet skal være et lavterskeltilbud ved at voldsutsatte personer kan henvende seg direkte dit uten timeavtale eller henvisning, og det skal også være gratis. Videre skal sentrene sørge for en individuell tilrettelegging av tilbudet (§3), og kommunene plikter også å gi brukerne et helhetlig tilbud ved å sørge for en samordning av tiltakene mellom krisesentrene og andre deler av tjenesteapparatet (§4). Særlig disse to siste paragrafene i Loven om kommunale krisesentertilbud har spesiell betydning for voldsutsatte kvinner med nedsatt funksjonsevne.

Når det gjelder vurdering av kravet til universell utforming og tilrettelegging av krisesentertilbudet for brukere med nedsatt fysisk, psykisk og kognitiv funksjonsevne, viser Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet til at det i den nye plan- og bygningsloven allerede er foreslått krav om universell utforming både av eksisterende og nye bygninger som skal være allment tilgjengelige (Ot.prp.nr.96 (2008-2009) Om lov om kommunale krisesentertilbud Kap. 7.3). Dette vil også gjelde bygninger med et krisesentertilbud. I tillegg viser departementet til den nye loven om forbud mot diskriminering, hvor en offentlig virksomhet er pålagt aktivt å arbeide for en universell utforming. En slik aktivitetsplikt vil dermed også gjelde krisesentertilbudet. På bakgrunn av disse to lovene mener departementet at det ikke er behov for å stille ytterligere krav til universell utforming av bygninger og tjenester. Departementet viser videre til at kvinner med nedsatt psykisk funksjon, kvinner som er avhengige av rusmidler og kvinner som har redusert kognitiv funksjon også har behov for tilrettelagte tilbud, men at de eksisterende krisesentrene ikke har et egnet tilbud til disse kvinnene. Dersom disse brukerne har behov for et annet tilbud enn det krisesenteret kan gi, har kommunene et ansvar for å sikre plass i institusjon eller i bolig med heldøgntjenester.

LO og NAV mente i sine høringsuttalelser til Lov om kommunale krisesentertilbud at et krav om universell tilpassing burde tas inn i loven for å sikre at utsatte grupper både fikk tilstrekkelig informasjon og reel tilgjengelighet (ibid). Andre høringsinstanser var opptatt av at tilbudet måtte tilrettelegges, slik at det ikke diskriminerte noen grupper, og at dette kunne bety at det var nødvendig med en særskilt tilrettelegging av tilbudet for å ivareta behovene til spesifikke målgrupper. Atter andre var opptatte av at det må finnes personer med kompetanse til å ta seg av voldsutsatte psykisk utviklingshemmede, og som kan sikre at voldsutsatte

rusavhengige kvinner og kvinner med alvorlige psykiske lidelser som ikke kan få et godt tilbud på krisesentrene, ikke kun avvises, men formidles videre i tjenesteapparatet.

Flere av høringsinstansene hadde betenkeligheter med hensyn til om behovene til alle kvinner med nedsatt funksjonsevne vil bli tilstrekkelig ivaretatt av krisesentrene, slik som § 3 om individuell tilpassing og § 4 om en samordning av tiltakene til et helhetlig krisesentertilbud, tilsier. Dette skyldes dels at denne gruppen omfatter kvinner med ulike funksjonsnedsettelse og med påfølgende ulike behov, dels at denne gruppen kun vil utgjøre en liten andel av brukerne ved det enkelte krisesenter, slik at det vil være vanskelig å opparbeide tilstrekkelig kompetanse for alle. Et samarbeid og en fordeling av kompetansen mellom flere sentre kan derfor være nødvendig, men pr i dag er det uklart hvordan dette skal gjøres. Vi mener derfor at det fortsatt er behov for et spesielt fokus på hvordan denne gruppen blir ivaretatt innenfor de kommunale krisesentertilbudene de kommende årene. Dette kan bl.a. gjøres ved å kreve en spesifikk redegjørelse i årsrapportene fra krisesentrene om antall henvendelser fra kvinner med nedsatt funksjonsevne, og hvordan disse henvendelsene er fulgt opp. En slik rapportering bør fokusere ikke bare på de fysiske, men også på de kommunikasjons- og holdningsmessige barrierene som kvinnene møter. En påfølgende analyse vil vise hva som eventuelt svikter, hvor dette skjer, og hva som bør gjøres for at intensjonene i den nye loven blir ivaretatt også for kvinner med nedsatt funksjonsevne.

#### *Andre hjelpetiltak – informasjonsbrosjyrer og kontakttelefon*

Som nevnt tidligere, er det både i Danmark og Norge behov for bedre informasjon og markedsføring av tilbudene ved krisesentrene overfor kvinner med nedsatt funksjonsevne. I Danmark gav paraplyorganisasjonen for krisesentrene (LOKK) i 2008 ut et eget informasjonshefte som rettet seg spesielt mot denne gruppen. I heftet finnes adresser og kontaktopplysninger om de av landets krisesentre som er i stand til å ta imot kvinner og barn med nedsatt funksjonsevne. I tillegg informeres det om et eget grønt telefonnummer som man kan ringe døgnet rundt for å få hjelp og rådgivning fra fagpersoner (<http://www.lokk.dk/Publikationer/PjecerfraLOKK/>). I Norge har Krisesentersekretariatet og Nettverk for kvinner med funksjonshemming med økonomisk støtte av Helsedirektoratet gitt ut en informasjonsbrosjyre om krisesentrenes tilbud til voldsutsatte kvinner med funksjonsnedsettelse og deres barn ([http://krisesenter.com/materiell/pdf/vold\\_funksj.pdf](http://krisesenter.com/materiell/pdf/vold_funksj.pdf)). Nettverk for kvinner med funksjonshemming fungerte lenge som en uformell kontakttelefon for voldsutsatte kvinner med funksjonsnedsettelse og opplevde at de fikk mange henvendelser. Siden nettverket ble nedlagt, har behovet for en landsdekkende kontakttelefon for denne målgruppen vært til stede. En løsning kan være en ordning lik den landsdekkende kontakttelefonen som allerede finnes for voldsutsatte eldre ([http://www.helsedirektoratet.no/helseogomsorg/vern\\_for\\_eldre\\_ny\\_nasjonal\\_kontakttelefon\\_292784](http://www.helsedirektoratet.no/helseogomsorg/vern_for_eldre_ny_nasjonal_kontakttelefon_292784)). Mulighetene for en tilsvarende kontakttelefon for voldsutsatte kvinner med nedsatt funksjonsevne bør derfor utredes.

## 4.5. Hjelpetiltak i regi av kvinnenettverk

Manglende interesse for overgrepstemaet i kvinnes egne interesseorganisasjoner førte til at det er blitt dannet egne nettverk initiert av kvinner med nedsatt funksjonsevne. Disse nettverkene har vært viktige på flere måter. For det første har de arbeidet for å få satt overgrepstemaet på dagsorden, bl.a. ved å initiere konferanser og seminarer. For det andre har de arbeidet med å igangsette konkrete tiltak ved å utarbeide informasjonsmateriell og å igangsette kartlegginger. For det tredje har de fungert som et lavterskeltilbud, hvor overgrepsutsatte kvinner med nedsatt funksjonsevne har kunnet henvende seg, enten personlig eller på telefon. Vi skal se nærmere på et par av nettverkene som er eller har vært aktive i de skandinaviske landene.

I Sverige har en gruppe kvinner med tilknytning til Bräcke diakoni igangsatt et treårig prosjekt som kaller seg ”Utvecklingscentrum Dubbelt Utsatt”, og som har som målsetning å øke kunnskapen om vold mot kvinner med nedsatt funksjonsevne ([www.dubbeltutsatt.se](http://www.dubbeltutsatt.se)). Med økonomisk støtte fra Allmänna Arvsfonden og Brottsoffermyndigheten startet dette prosjektet i 2007 en forstudie som fikk navnet ”Dubbelt utsatt? Om våld och övergrepp mot kvinnor med funktionshinder” ([shttp://www.dubbeltutsatt.se/boken.html](http://www.dubbeltutsatt.se/boken.html)). Prosjektet jobber både forebyggende, gjennomfører kurs for fagpersoner og bidrar med kunnskapsspredning om at kvinner med funksjonsnedsettelse er en spesielt utsatt gruppe, når det gjelder vold. Rent konkret utarbeider nettverket informasjonsmateriell, holder kurs for kommuner og arrangerer seminarer og konferanser.

I Danmark finner vi ”Stop overgrep”, som er et prosjekt under Socialt Udviklingscenter (SUS), og som har satt fokus spesielt på seksuelle overgrep mot mennesker med funksjonsnedsettelse. Socialt Udviklingscenter (SUS) er en avhengig, allmenntilgjengelig forening, som har spesialisert seg i metodeutvikling, prosess- og prosjektstyring og formidling i forhold til sosialt utsatte grupper. Deres overordnede visjon er at de skal medvirke til å forbedre livsvilkårene for sosialt utsatte medborgere, herunder personer med funksjonsnedsettelse og personer med psykiske vansker som har behov for støtte til bedring av egne livsvilkår. SUS utfører egne prosjekter, slik som prosjektet ”Stop overgrep”, arrangerer kurs og konferanser, driver rådgiving av fagpersoner og pårørende, videreformidling av kunnskap, samt undervisning og deltakelse i forsknings- og praksisnettverk (<http://www.stopovergrep.dk/>).

I Norge har vi hatt Nettverk for kvinner med funksjonshemming, som nå er nedlagt, men som gjorde en viktig jobb i de årene det eksisterte, bl.a. ved å utarbeide informasjonsbrosjyrer om overgrep rettet mot kvinner med nedsatt funksjonsevne, ta imot telefoner fra de som var voldsutsatte, holde seminarer, gjennomføre undersøkelser og initiere forskningsprosjekt. Nettverket hadde et nært samarbeid med Krisesentersekretariatet, og sammen utarbeidet de bl.a. en brosjyre om krisesentrenes tilbud til kvinner med nedsatt funksjonsevne. De hadde også et felles informasjonsprosjekt, hvor de besøkte krisesentrene med et kursopplegg for de ansatte angående overgrep mot kvinner med funksjonsnedsettelse (<http://krisesenter.com/materiell/pdf/funksjonsh03.pdf>). Sammen gjennomførte de også, som

nevnt tidligere, en kartlegging av hva kommunene har å tilby kvinner med nedsatt funksjonsevne som har vært utsatt for overgrep.

### *Oppsummering og anbefalinger*

Siden 1995 er det igangsatt en rekke tiltak både i EU-landene og i de skandinaviske landene i form av handlingsplaner og anbefalinger, samt gitt økonomisk støtte til ulike utrednings- og utviklingsprogrammer og til konkrete hjelpetiltak. Dette arbeidet har vært viktig for å synliggjøre vold mot kvinner med nedsatt funksjonsevne.

Rapportene til Europarådet og Brottsförebyggande Rådet inneholder mange gode eksempler på konkrete hjelpetiltak til ulike målgrupper, slik som pleie- og omsorgspersonell, foresatte og personer med nedsatt funksjonsevne. De fleste av tiltakene som presenteres i de to rapportene, burde være mulige å gjennomføre, og har samtidig en utforming som det er mulig å måle resultatene opp mot. Både Europarådet og Brottsförebyggande Rådet etterlyser et større engasjement fra de frivillige organisasjonene, samtidig som de understreker viktigheten av samhandling mellom frivillige organisasjoner, statlige instanser, pleie- og omsorgspersonell, de foresatte og kvinnene selv. Det er mye kunnskap og inspirasjon å hente i begge rapportene for alle aktører på dette feltet. Samtidig bør den amerikanske debatten om ulike screeningverktøy for overgrep mot kvinner med nedsatt funksjonsevne kunne gi inspirasjon og innspill til nye tiltak.

Kommunene har et viktig ansvar for å gi førstelinjetjenester til alle som opplever vold og overgrep. Både den norske og den svenske undersøkelsen av kommunenes hjelpetilbud til kvinner med nedsatt funksjonsevne viste at det kun var et mindretall av kommunene som hadde særskilt tilrettelagte tiltak til denne gruppen ut over de lovpålagte helse- og sosialtjenestene som omfatter alle innbyggerne. Slike særskilte tiltak omfatter både oppfølging og veiledning for å heve bevissthets- og kompetansenivået blant de ansatte, og organisatoriske tiltak i form av en tverretattlig samordning og en klar ansvarsfordeling av tjenestetilbudet. Samtidig er det viktig med forebyggende tiltak som kan bryte kvinnes isolasjon og avhengighet av andre, samt å legge til rette for en størst mulig aktiv samfunnsdeltakelse for å forebygge vold og overgrep.

Krisesentrene står helt sentralt, når det gjelder hjelpetiltak for voldsutsatte kvinner både med og uten funksjonsnedsettelse. Undersøkelsene fra Norge og Danmark viser at for noen år tilbake var kun et begrenset antall av krisesentrene i begge landene tilgjengelige for kvinner med nedsatt funksjonsevne. Samtidig viser rapportene at det er et arbeid i gang for å bedre situasjonen med hensyn til fysisk tilgjengelighet, oppgradering av de ansattes kompetanse, utvidelse av støttetilbudene og en bedre markedsføring av tilbudet overfor kvinner med nedsatt funksjonsevne. Den oppgraderingen som allerede er anbefalt i rapporten fra NKVTS, bør derfor følges opp. Et annet viktig hjelpetiltak som bør vurderes, er opprettelsen av en landsdekkende kontakttelefon for denne målgruppen, slik det allerede eksisterer for voldsutsatte eldre her i landet, og som allerede finnes i Danmark og Sverige.



Lov om kommunale krisesentertilbud gir kommunene ansvar for å sikre et helhetlig krisesentertilbud for alle voldsutsatte, inkludert en individuell tilrettelegging av tilbudet, samt en samordning av tiltakene mellom krisesentrene og det kommunale tjenesteapparatet. Særlig de to siste forholdene har betydning for voldsutsatte kvinner med nedsatt funksjonsevne. For å sikre at de særskilte behovene for kvinner med nedsatt funksjonsevne vil bli ivaretatt, anbefaler vi et spesielt fokus på den universelle tilretteleggingen av krisesentertilbudet. Dette kan gjøres ved for eksempel å kreve en spesifikk rapportering i krisesentrenes årsrapporter om ikke bare de fysiske, men også de kommunikasjonsmessige og holdningsmessige tilretteleggingene.

Flere instanser har påpekt den manglende interessen for overgrepssproblematikk i interesseorganisasjonene for personer med nedsatt funksjonsevne. Av den grunn har kvinnenettverkene som er dannet i de skandinaviske landene hatt en viktig funksjon ved å sette temaet på dagsorden, være vakthund vis à vis de offentlige myndighetene, igangsette tiltak og fungere som et lavterskeltilbud for voldsutsatte kvinner med nedsatt funksjonsevne. Det er fortsatt behov for slike kvinnenettverk, som fortsatt bør støttes av offentlige instanser. Samtidig er det viktig å oppmuntre interesseorganisasjonene, både økonomisk og praktisk, til selv å sette temaet på dagsorden og å igangsette egne tiltak på dette området.

## 5. Drøfting og anbefalinger

Vi skal i dette avslutningskapitlet påpeke enkelte særtrekk ved overgrep mot kvinner med nedsatt funksjonsevne og påvise noen mangler i kunnskapsgrunnlaget, samt komme med konkrete anbefalinger om videre forskning og tiltak.

### *Teoretiske forståelser av overgrep og overgrepforløp*

Innledningsvis stilte vi spørsmålet om hvordan vi kan forstå overgrep og overgrepforløp som kvinner med nedsatt funksjonsevne utsettes for. Det finnes flere teoretiske tilnærminger som alle kan gi viktige bidrag til forståelsen av overgrepene. I denne kunnskapsoversikten blir to av disse forståelsene trukket frem som særlig interessante; den kriminologiske forståelsen med vekt på den viktimologiske retningen, og den interseksjonelle forståelsen med vekt på maktforholdet i overgrepsrelasjonene. Disse to teoretiske perspektivene utfyller hverandre, idet de vektlegger ulike sider av overgrep mot kvinner med nedsatt funksjonsevne.

Den viktimologiske retningen gir oss noen viktige begreper for å beskrive særtrekk ved de overgrepene som kvinner med nedsatt funksjonsevne blir utsatt for. Av særlig betydning er begrepene ”flerfoldig viktimisering”, som indikerer at kvinnene er utsatt for to eller flere typer av overgrep i en gitt periode, ”gjentatt viktimisering”, som betyr at kvinnene er utsatt for gjentatte hendelser av den samme typen av overgrep og ”livsløpsviktimisering”, som viser til summen av kvinnenes erfaringer av både enkeltstående og gjentatte hendelser av ulike typer av overgrep i livsløpet. Særlig det sistnevnte begrepet peker på behovet for et mer helhetlig og langsiktig perspektiv enn de tidsavgrensede studiene som er gjort så langt, samtidig som det fremhever behovet for å synliggjøre de akkumulerte virkningene av ulike typer av gjentatte overgrep gjennom et helt livsløp. I motsetning til den viktimologiske forståelsen setter det interseksjonelle perspektivet søkelyset på det som skjer i overgrepsrelasjonene, og på hvordan ulike sosiale kategorier, slik som kjønn, klasse, etnisitet og alder påvirker hverandre i et gjensidig samspill. Det er imidlertid så langt svært få studier som har inkludert den sosiale kategorien ”nedsatt funksjonsevne” i sine analyser av overgrep. Det er derfor behov for forskning som viser hvordan disse sosiale kategoriene spiller ulike roller i ulike overgrepsrelasjoner, og hvordan nedsatt funksjonsevne bidrar til å bringe kvinnene inn i sosiale kontekster, hvor de er særskilt sårbare for overgrep.

I den foreliggende kunnskapsoversikten presenteres også to sammenfallende modeller av selve forløpet for de overgrepene som kvinner med funksjonsnedsettelse opplever. Forløpet starter med en stressoppbygging som eskalerer og ender i ulike typer av overgrep, som

imidlertid på et eller annet tidspunkt når kvinnenes tålegrense, og som resulterer i at de ønsker å avslutte forholdet enten permanent eller midlertidig. Disse to modellene av overgrepforløpet til kvinner med nedsatt fysisk funksjonsevne skiller seg fra voldssyklusen for kvinner generelt ved at de mangler den siste fasen som blir kalt "hvetebrødsdager", og som preges av overgriperens anger og kvinnens tilgivelse. Dette kan bety at overgrepforløpene for henholdsvis kvinner med og uten nedsatt funksjonsevne kan være forskjellige. Vi behøver derfor flere sammenlignende studier av overgrepforløpet, før vi kan fastslå hva forskjellene består i, og hva de skyldes.

#### **Anbefalinger**

- Vi trenger ulike teoretiske forståelser som kan se på overgrep og overgrepforløp til kvinner med nedsatt fysisk funksjonsevne fra ulike synsvinkler.
- To teoretiske perspektiver, det viktimologiske og det interseksjonelle, fremstår som spesielt interessante i analysen av særtrekk ved overgrep mot kvinner med nedsatt funksjonsevne.
- Generelt sett trenger vi mer spesifikk kunnskap om overgrep og overgrepforløp for kvinner med nedsatt funksjonsevne.

#### *Omfanget av overgrep*

De første kvantitative studiene antydte at omfanget av overgrep mot kvinner med nedsatt funksjonsevne var like stort eller større enn tilsvarende overgrep for kvinner uten nedsatt funksjonsevne. Vi stilte derfor spørsmålet om hvorvidt dette fortsatt var riktig sett i lys av den nyere forskningen som er presentert i denne kunnskapsstudien.

Vår gjennomgang av et utvalg av nordamerikanske og skandinaviske omfangsundersøkelser viser at det er vanskelig å komme fram til et entydig svar på dette spørsmålet. I disse undersøkelsene varierer omfanget av overgrep mot kvinner med nedsatt funksjonsevne fra rundt to prosent i løpet av ett år som var likt med tilsvarende tall for kvinner uten nedsatt funksjonsevne, til fem prosent i et femårsperspektiv som var hele 40 prosent høyere enn for kvinnene uten nedsatt funksjonsevne. Sett i et livsløpsperspektiv lå omfanget av overgrep for begge grupper på samme nivå, dvs. totalt på 62 prosent. Vi kan med andre ord fortsatt konstatere at omfanget av overgrep mot kvinner med nedsatt funksjonsevne er like stort eller muligens noe større enn tilsvarende for kvinner generelt.

Omfangsstudiene peker samtidig på noen særtrekk ved overgrep mot kvinner med nedsatt funksjonsevne som er verdt å fremheve. For det første ser overgrepene ut til å pågå over et lengre tidsrom, for det andre synes kvinner med nedsatt funksjonsevne å være mer utsatt for visse typer overgrep enn andre kvinner, særlig overgrep i pleie- og omsorgssituasjoner, og for

det tredje kan det se ut som om kvinner med visse typer funksjonsnedsettelse, slik som hørsels- og synsnedsettelse, kan være noe mer utsatte for overgrep enn kvinner med andre typer funksjonsnedsettelse. Disse særtrekkene kan forklares med at disse kvinnene, som følge av sin funksjonsnedsettelse, utsettes for flere risikofaktorer enn kvinner generelt, blant annet som følge av sin avhengighet av hjelp og støtte fra andre personer.

### ***Anbefalinger***

- Det er nødvendig med flere omfangsstudier av overgrep mot både kvinner med og uten nedsatt funksjonsevne, for at vi skal kunne si noe mer sikkert om forskjeller i omfanget av overgrep mot disse to gruppene.
- Det er også behov for sammenlignende undersøkelser av omfanget av overgrep mot kvinner med ulike typer av funksjonsnedsettelse, samt mot menn med tilsvarende typer av funksjonsnedsettelse.
- På tilsvarende måte vil det være interessant å sammenligne omfanget av overgrep mot grupper basert på andre diskrimineringsgrunnlag, slik som etnisitet, alder, og seksuell orientering.

### *Den sosiale konteksten rundt overgrepene*

De kvalitative studiene som det er referert til i rapporten, viser at kvinner med nedsatt funksjonsevne er utsatt for alle typer overgrep, slik som fysiske, psykiske og seksuelle overgrep på lik linje med kvinner generelt. I tillegg er de mer utsatte for institusjonelle overgrep, spesielt overgrep som blir begått av ansatte i pleie- og omsorgssituasjoner. Bakgrunnen for dette er at kvinner med nedsatt funksjonsevne i større grad er avhengige av pleie- og omsorgstjenester enn kvinner for øvrig. Dette er et særtrekk ved denne gruppen som det bør fokuseres mer på i fremtidige studier.

Studiene viser også at kvinner med nedsatt funksjonsevne er utsatt for overgrep fra alle kategorier av overgripere, men at hovedvekten av overgrepene blir begått av personer som kvinnene har et nært forhold til eller står i et avhengighetsforhold til. De fleste av overgrepene skjer på hjemmearenaen, og det er også mot denne arenaen at faglitteraturen har sitt hovedfokus. Imidlertid skjer det også overgrep på andre arenaer, slik som i pleie- og omsorgssektoren, på arbeidsplasser, på fritidsarenaen og i det offentlige rom, og det er derfor også nødvendig med et fokus på overgrep som skjer på disse arenaene.

Forskningen har kun i begrenset grad vært opptatt av overgrepens tidsperspektiv. Dette er uventet, tatt i betraktning av hvilke konsekvenser særlig langvarige overgrep kan ha for kvinnene. Noen av de retrospektive kvalitative studiene har dokumentert at overgrep mot kvinner med nedsatt funksjonsevne kan finne sted i alle livsfaser, samt at de kan være av lang varighet. Sistnevnte bekreftes også av noen av omfangsstudiene som tallfester at kvinner med

nedsatt funksjonsevne er utsatt for mer langvarige overgrep enn kvinner for øvrig. Dette er et særtrekk ved situasjonen til denne gruppen kvinner som bør resultere i flere overgrepstudier med et lengre tidsperspektiv.

Studiene viser også at konsekvensene av overgrepene omfatter hele spektret fra alvorlig selvskading og forsøk på selvmord til ingen selvrappporterte konsekvenser. Fysiske og seksuelle overgrep i tidlige faser av livet, samt overgrep av lang varighet, synes, ikke uventet, å ha alvorlige konsekvenser. Det er derfor viktig å se overgrepene i et livsløpsperspektiv, for å kunne synliggjøre hvilke konsekvenser den akkumulerte effekten av ulike typer overgrep i ulike livsfaser kan ha for kvinner med nedsatt funksjonsevne. Denne akkumulerte effekten av overgrep er også et særtrekk ved situasjonen til den gruppen kvinner, som den eksisterende faglitteraturen sier lite om. Et slikt fokus bør derfor prioriteres i nye studier.

I følge både de kvalitative og kvantitative studiene søkte kvinner med nedsatt funksjonsevne i varierende grad hjelp og støtte hos familie, venner eller fagfolk. Uventet mange av de voldsutsatte kvinnene hadde ikke søkt noen form for støtte, men om dette skyldes manglende behov for støtte eller manglende tilgang til hjelpetiltak, er uklart. De som hadde søkt om offentlig hjelp og støtte, var i varierende grad fornøyd med tilbudet, og hva dette skyldes, er heller ikke avklart. Dette er derfor forhold som bør utredes nærmere i framtidige studier.

#### **Anbefalinger**

- I tillegg til et hovedfokus på overgrep i nære relasjoner og på hjemmearenaen, bør søkelyset også rettes mot de øvrige overgriperne og overgrepensarenaene, og særlig mot overgrep i pleie- og omsorgssituasjoner.
- Framtidige studier bør ha et sterkere fokus på overgrepens tidsperspektiv, og flere av dem bør ha et livsløpsperspektiv.
- Nye studier bør også ha et sterkere fokus på den akkumulerte effekten av gjentatte og langvarige overgrep.
- Det er likeledes behov for kunnskap om hvorfor overgrepsutsatte kvinner med nedsatt funksjonsevne i liten grad synes å ha søkt offentlig hjelp, samt om årsakene til at de som har søkt hjelp, er misfornøyd med hjelpen.

#### *Hjelpetiltak mot overgrep*

De siste 10-15 årene er det igangsatt en rekke tiltak i de europeiske landene i form av handlingsplaner og anbefalinger om hjelpetiltak vedrørende overgrep mot kvinner med nedsatt funksjonsevne. Europarådet og Brottsforebyggende Rådet i Sverige har utgitt rapporter med eksempler på konkrete hjelpetiltak rettet mot ulike målgrupper, slik som pleie- og omsorgspersonell, personer med nedsatt funksjonsevne, samt deres foresatte. Rapportene understreker spesielt viktigheten av samhandling mellom statlige instanser, frivillige organisasjoner, pleie- og omsorgspersonell og de voldsutsatte kvinnene selv.

Kommunene har et viktig ansvar for å gi førstelinjetjenester til alle som opplever vold og overgrep. Norske og svenske undersøkelser viser imidlertid at kun et mindretall av kommunene i de to landene har særskilt tilrettelagte tiltak for voldsutsatte kvinner med nedsatt funksjonsevne, ut over de lovpålagte tjenestene som omfatter alle innbyggere. Slike særskilte tiltak omfatter både en innsats for å heve bevissthets- og kompetansenivået blant de ansatte og organisatoriske tiltak i form av en tverretattlig samordning og klar ansvarsfordeling. Samtidig er forebyggende tiltak som kan bryte kvinnenens isolasjon og avhengighet av andre personer, også viktig.

Krisesentrene står i en særstilling, når det gjelder hjelpetiltak for voldsutsatte kvinner både med og uten funksjonsnedsettelse. Norske og danske undersøkelser viser imidlertid at ikke alle krisesentre er tilgjengelige for kvinner med nedsatt funksjonsevne, samtidig som de påpeker at det er et arbeid i gang med å bedre situasjonen både med hensyn til fysisk tilgjengelighet, oppgradering av de ansattes kompetanse, utvidelse av støttetilbudene og en bedre markedsføring av tilbudet overfor kvinner med nedsatt funksjonsevne.

Lov om kommunale krisesentertilbud gir kommunene ansvar for å sikre et helhetlig krisesentertilbud for alle kvinner ved både å sørge for en individuell tilrettelegging av tilbudet og sørge for en samordning av tiltakene mellom krisesentrene og det øvrige tjenesteapparatet, slik at brukerne får et helhetlig tilbud. Særlig disse to påbudene har betydning for voldsutsatte kvinner med nedsatt funksjonsevne. Samtidig er det reist en del usikkerhet om hvorvidt de særskilte behovene for denne gruppen kvinner vil bli tilstrekkelig ivaretatt. Myndighetene bør derfor ha et spesielt fokus på den universelle tilretteleggingen av krisesentertilbudet ved å kreve en særskilt rapportering i årsrapportene til krisesentrene for denne målgruppen.

Av andre hjelpetiltak påpeker undersøkelsene i Danmark og Norge, at det er behov for en bedre informasjon og markedsføring av krisesentertilbudene. Det finnes informasjonsmaterieell spesielt rettet mot kvinner med nedsatt funksjonsevne i begge land, men det råder en viss usikkerhet om hvor tilgjengelig dette materialet er. Et annet viktig tiltak som etterspørres, er opprettelsen av en landsdekkende kontakttelefon eller grønn linje, slik det alt er opprettet både i Danmark og Sverige, og slik det allerede eksisterer for voldsutsatte eldre her i landet. Mulighetene for opprettelsen en slik landsdekkende kontakttelefon bør derfor utredes.

På grunn av manglende interesse for overgrepssproblematikken i interesseorganisasjonene for personer med nedsatt funksjonsevne, ble det tidlig dannet egne kvinnenettverk i alle de skandinaviske landene. Disse nettverkene har gjort en viktig innsats ved å sette temaet på dagsorden, øve press på de offentlige myndighetene og har fungert som et lavterskeltilbud for voldsutsatte kvinner med nedsatt funksjonsevne. Det er fortsatt behov for å støtte slike kvinnenettverk, samtidig som det er viktig å oppfordre de sentrale interesseorganisasjonene til selv å sette dette temaet på sin dagsorden.

### ***Anbefalinger***

- Siden vår kunnskap om hjelpebehov og hjelpetiltak for kvinner med nedsatt funksjonsevne er uoversiktlig, kan det være nyttig med en nærmere kartlegging av disse.
- Implementeringen av Lov om kommunale krisesentertilbud bør følges nøye i form av årlige rapporteringer fra krisesentrene om situasjonen for kvinner med nedsatt funksjonsevne.
- Den samme oppfølgingen bør skje vedrørende informasjon og markedsføring av krisesentertilbudet, samtidig som mulighetene for en landsdekkende grønn linje for voldsutsatte kvinner med nedsatt funksjonsevne bør utredes.
- Det er fortsatt behov for å støtte kvinnenettverk som arbeider for å bekjempe overgrep mot kvinner med funksjonsnedsettelse, samt å oppmuntre de sentrale

## Referanser

- Asociación Iniciativas y Estudios Sociales (I.E.S.). (1999). *Guide on violence and disabled women [METIS project under the shelter of the DAPHNE Initiative of the European Commission 1997-1998]*. Vedra: I.E.S.
- Balvig, F., & Kyvsgaard, B. (2006). *Vold og overgreb mod kvinder: Dansk rapport vedrørende deltagelse i International Violence against Women Survey (IVAWS)*. København: Justitsministeriet.
- Barnombudsmannen. (2002). *Många syns inte, men finns ändå: BO's rapport till regeringen 2002*. Stockholm: BO.
- Bjerre, L., & Jørgensen, M. L. (2002). *Vold mod kvinder med handicap*. [Danmark]: Formidlingscenter Øst.
- Bjerre, L. K. (2008). *HUK - Handicap udvikling krisecentre: Statusrapport for 2007*. Odense: Servicestyrelsen, Handicapenheden.
- Brottsförebyggande Rådet (BRÅ). (2007). *Våld mot personer med funktionshinder*. Stockholm: BRÅ. (Rapport 2007:26)
- Brottsförebyggande Rådet (BRÅ). (2009). *Våld mot kvinnor och män i nära relationer*. Stockholm: BRÅ. (Rapport 2009:12)
- Brown, H. (2002). *Safeguarding adults and children with disabilities against abuse*. Strasbourg: Council of Europe. Brownridge, D. A. (2006). Partner violence against women with disabilities: Prevalence, risk, and explanations. *Violence Against Women*, 12(9), 805-822. doi: 10.1177/1077801206292681



- Bø, T. P., & Håland, I. (2009). *Funksjonshemma på arbeidsmarknaden*. Oslo: Statistisk sentralbyrå. (SSB- rapport 2009/10)
- Collins, P. H. (1998). It's all in the family: Intersections of gender, race and nation. *Hypatia*, 13(3), 62-82.
- Copel, L. C. (2006). Partner abuse in physically disabled women: A proposed model for understanding intimate partner violence. *Perspectives in Psychiatric Care*, 42(2), 114-129. doi: 10.1111/j.1744-6163.2006.00059
- Crenshaw, K. W. (1991). Mapping the margins: Intersectionality, identity politics and violence against women of color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241-1279.
- Daly, K. (1997). Different ways of conceptualizing sex/gender in feminist theory and their implications for criminology. *Theoretical Criminology*, 1(1), 25-51.
- Davies, P., Francis, P., & Greer, C. (Eds.) (2007). *Victims, crime and society*. London: Sage .
- Davies, P. (2007). Women, victims and crime. In P. Davies, P. Francis, & C. Greer (Eds.) *Victims, crime and society*. Los Angeles: Sage.
- de los Reyes, P., & Mulinari, D. (2005). *Interseksjonalitet: Kritiska reflektioner över (o)jämlighetens landskap*. Lund: Liber.
- Estrada, F., & Nilsson, F. (2004). Exposure to threatening and violent behavior among single mothers. *British Journal of Criminology*, 44(2), 168-187.
- European Disability Forum (EDF). (1999). *Report on violence and discrimination against disabled people*. Brussels: European Disability Forum.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007a). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect*, 31(1), 7-26.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007b). Polyvictimization and trauma in a national longitudinal cohort. *Development and Psychopathology*, 19(1), 149-166.
- Finndahl, K. (2001). *Våga se: En studie om förekomsten av våld mot kvinnor med*

- funktionshinder*. Stockholm: Forum - kvinner og handikapp.
- Froestad, J., & Solvang, P. (2000). Forskning om funksjonshemming; konstruksjon og narrasjon, profesjon og stat. I J. Froestad, P. Solvang, & M. Söder (red.), *Funksjonshemming, politikk og samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Gilson, S. F., Cramer, E. P., & DePoy, E. (2001a). Redefining abuse of women with disabilities: A paradox of limitation and expansion. *Affilia: Journal of Women & Social Work*, 16(2), 220-235. doi:10.1177/08861090122094235
- Gilson, S. F., DePoy, E., & Cramer, E. P. (2001b). Linking the assessment of self-reported functional capacity with abuse experiences of women with disabilities. *Violence Against Women*, 7(4), 418-431. doi:10.1177/10778010122182532
- Grønvik, L. (2008). *Definitions of disability in social sciences: Methodological perspectives*. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis.
- HANDU. (2005). *Levnadsnivåundersøkning 2005: En rapport om levnadsnivån for rörelsehindrad, hörselskadad, döva och synsskadade personer*. Stockholm: Handu.
- HANDU. (2007). *Mäns våld mot kvinnor med funktionsnedsättning* [Elektronisk ressurs]. Hentet fra <http://www.handu.se/kvinnor-vald-handu-funktionshinder.pdf>
- Hassouneh- Phillips D., & Curry, M.A. (2002). Abuse of women with disabilities: State of the science. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 45(2), 96-104.
- Hassouneh-Phillips, D. (2005). Understanding abuse of women with physical disabilities: An overview of the abuse pathways model. *Advances in Nursing Science*, 28(1), 70-80.
- Hope, T., Bryan, J., Trickett, A., & Osborn, D. R. (2001). The phenomena of multiple victimization. *The British Journal of Criminology*, 41(4), 595-617.
- Haaland, T., Clausen, S.-E., & Schei, B. (2005). *Vold i parforhold - ulike perspektiver: Resultater fra den første landsdekkende undersøkelsen i Norge*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning. (NIBR- rapport 2005:3)

- Jonassen, W., Sogn, H., Olsvik, V. M., & Hjemdal, O. K. (2008). *Kunnskap - kvalitet - kapasitet: En nasjonal utredning om krisesentrenes kompetanse og tilgjengelighet*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (Rapport nr 2/2008)
- Kvam, M. H. (2001). *Seksuelle overgrep mot døve barn i Norge: En retrospektiv analyse av situasjonen i barndommen for 431 voksne døve*. Oslo: SINTEF Unimed.
- Kvam, M. H. (2003). *Seksuelle overgrep mot synshemmede barn i Norge: En retrospektiv analyse av situasjonen i barndommen for 502 voksne blinde og svaksynte*. Oslo: SINTEF Unimed.
- Lundgren, E., Heimer, G., Westerstrand, J., & Kalliokoski, A.-M. (2001). *Slagen dam: Mäns våld mot kvinnor i jämställda Sverige: En omfångsundersökning*. Umeå: Brottsoffermyndigheten.
- Mac Farlane, A. (1994). Subtle forms of abuse and their long term effects. *Disability & Society*, 9(1), 85-89.
- Marquis, R., & Jackson, R. (2000). Quality of life and quality of service relationships: Experiences of people with disabilities. *Disability & Society*, 15(3), 411-425.
- Martin, S. L., Ray, N., Sotres-Alvarez, D., Kupper, L. L., Moracco, K. E., Dickens, P. A. ...Gizlice, Z. (2006). Physical and sexual assault of women with disabilities, *Violence Against Women*, 12(9), 823-837.
- McCarthy, M., & Thompson, D. (1996). Sexual abuse by design: An examination of the issues in learning disability services. *Disability & Society*, 11(29), 205-219.
- Muff, E. K. (2001). *Seksuelle overgrep på mennesker med handikap – en litteraturstudie*. København: Socialt Udviklingscenter SUS.
- Muncie, J. (2003). Youth, risk and victimization. In P. Davies, P. Francis, & V. Jupp (Eds.), *Victimisation: Theory, research and policy*. New York: Palgrave MacMillan.

- Nosek, M. A. (1996). Sexual abuse of women with physical disabilities. In D. M. Krotoski, M. A. Nosek, & M. A. Turk (Eds.), *Women with physical disabilities: Achieving and maintaining health and wellbeing* (pp. 153-173). Baltimore: Paul H. Brooks.
- Nosek, M. A., Foley, C. C., Hughes, R. B., & Howland, C. A. (2001). Vulnerabilities for abuse among women with disabilities. *Sexuality & Disability, 19*(3), 177-189.  
doi:10.1023/A:1013152530758
- Olsvik, V. M. (2005). *Omfanget av vold og overgrep mot kvinner med fysiske funksjonsnedsettelse: En sammenlignende spørreundersøkelse om vold og overgrep mot kvinner med og uten fysiske funksjonsnedsettelse. ØF-notat nr 08/2005.*  
Lillehammer: Østlandsforskning.
- Olsvik, V. M. (2006a). Violence and abuse against disabled women. *Scandinavian Journal of Disability Research, 8*(2-3), 81-98.
- Olsvik, V. M. (2006b). Makt, avmakt og institusjonelle overgrep. I T. Heglum, & A. K. Krokan (Red.), *Med vitende og vilje: Om funksjonshemming, diskriminering og krenkelse.* Oslo: Kommuneforlaget.
- Olsvik, V. M. (2010a). *Intersectionality, power relations and abuse of women with physical disabilities.* Paper presented at the 13th International Conference on Violence, Abuse and Trauma. San Diego. ØF-notat nr 06/2010. Lillehammer: Østlandsforskning.
- Olsvik, V. M. (2010b). *Multiple and repeat victimization of women with physical disabilities.* Paper presented at the 11th European Conference on Traumatic Stress (ECOTS). Oslo. ØF-notat nr 7/2010. Lillehammer: Østlandsforskning.
- Oschwald, M., Renker, P., Hughes, R. B., Arthur, A., Powers, L. E., & Curry, M. A. (2009). Development of an accessible audio computer-assisted self interview (A-CAS) to screen for abuse and provide safety strategies for women with disabilities. *Journal of Interpersonal Violence, 24*(5), 795-818.

- Ot.prp. nr. 96 (2008-2009). *Om lov om kommunale krisesentertilbod (krisesenterlova)*. Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet.
- Riksorganisationen för Kvinnojourer (ROKS). (1999). Kvinnor med funktionshinder i aktivt möte med jourkvinnor- ROKS sommerläger, egen utgivelse. [Bergstedt, Märta-Lena: *Sommarläger för kvinnor med funktionshinder i aktivt möte med jourkvinnor*, rapport, ROKS]
- Saxton, M., Curry, M. A., Powers, L. E., Maley, S., Eckels, K., & Gross, J. (2001). Bring my scooter so i can leave you: A study of disabled women handling abuse by personal assistance providers. *Violence Against Women*, 7(4), 393-417.
- Schou, L., Dyb, G., & Graff-Iversen, S. (2007). *Voldsutsatt ungdom i Norge: Resultater fra helseundersøkelser i seks fylker*. Oslo: Folkehelseinstituttet. (Rapport 2007:8)
- Shakespeare, T. (1996). Power and prejudice: Issues of gender, sexuality and disability. In L. Barton (Ed.), *Disability and society: Emerging issues and insights*. Harlow: Longman.
- Sobsey, R. (1994). *Violence and abuse in the lives of people with disabilities: The end of silent acceptance?* Baltimore: P.H. Brooks.
- St.meld.nr.40 (2002-2003). *Nedbygging av funksjonshemmende barrierer: Strategier, mål og tiltak i politikken for personer med nedsatt funksjonsevne*. Oslo: Sosialdepartementet.
- Sullivan, P. M., & Knutson, J. F. (1998). Maltreatment and behavioral characteristics of deaf and hard-of-hearing youth. *Sexuality and Disability*, 16, 295-319.
- Sørheim, T. A. (1998). *Vanlige kvinner - uvanlige utfordringer: En studie av kvinner med funksjonshemming*. Oslo: Seksjon for medisinsk antropologi, Institutt for allmennmedisin og samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Oslo.
- Viemerö, V. (2004). Violence against disabled women. In K. Kristiansen, & R. Traustadottir, *Gender and disability research in the Nordic countries*. Lund: Studentlitteratur.

- Walby, S. (2002). Reducing gendered violence: Defining, measuring and interpreting interpersonal violence and responses to it. In M. Erikson, A. Nenola, & M. M. Nilsen (Eds.). *Kön och våld i Norden. Rapport från en konferens i Køge, Danmark, 23-24 November 2001*. København: Nordisk Ministerråd.
- Walkite, S. (2003). Can there be a feminist victimology? In P. Davies, P. Francis, & V. Jupp, *Victimisation: Theory, research and policy*. New York: Palgrave MacMillan.
- Young, M. E., Nosek, M. A., Howland, C., Chanpong, G., & Rintala, D. H. (1997). Prevalence of abuse of women with physical disabilities. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 78(12), 34-38. doi:10.1016/S0003-9993(97)90219-7

Informasjon fra internett:

<http://www.dubbeltutsatt.se> (Utveklingscentrum Dubbelt Utsatt – kunnskap om våld mot kvinner med funksjonsnedsettning)

<http://www.dubbeltutsatt.se/boken.html> (Dubbelt utsatt : om våld mot kvinner med funksjonsnedsettning)

[http://www.helsedirektoratet.no/helseogomsorg/vern\\_for\\_eldre\\_ny\\_nasjonal\\_kontakttelefon\\_292784](http://www.helsedirektoratet.no/helseogomsorg/vern_for_eldre_ny_nasjonal_kontakttelefon_292784) (Helsedirektoratet, Vern for eldre – ny nasjonal kontakttelefon)

<http://krisesenter.com/materiell/pdf/funksjonsh03.pdf> (Når kvinnen er funksjonshemmet: Rapport fra møter med 16 krisesentre mars-mai 2003)

<http://krisesenter.com/materiell/pdf/kartlegging.pdf> (Hvilket tilbud gir kommunene til voldsutsatte kvinner med funksjonshemming? Rapport fra kartlegging desember 2003)

[http://krisesenter.com/materiell/pdf/rapport\\_kommunene\\_160306.pdf](http://krisesenter.com/materiell/pdf/rapport_kommunene_160306.pdf) (Hvilket tilbud gir kommunene til voldsutsatte kvinner med funksjonshemming? Rapport fra en intervjuundersøkelse med utvalgte kommuner i 2005)

[http://krisesenter.com/materiell/pdf/vold\\_funksj.pdf](http://krisesenter.com/materiell/pdf/vold_funksj.pdf) (Krisesentrenes tilbud til kvinner med funksjonshemming og deres barn)

<http://www.lokk.dk/Publikationer/PjecerfraLOKK/> (Landsorganisation af kvindecentre)

<http://www.lovdata.no/all/hl-20090619-044.html> (Lov om kommunale krisesentertilbud)

<http://www.stopovergreb.dk/> (Forebyg seksuelle overgrep mod mennesker med handicap)