



STIFTELSEN  
SØRLANDET  
KRIKESENTER



# HISTORIEN MIN

Rapport av Sørlandet Krikesenter om utvikling av krike-  
sentertilbud til voldsutsatte med alvorlig problematikk  
knyttet til psykiske helseutfordringer



---

## HISTORIEN MIN

---

---

### FORORD

Krisesentrene i Norge ble etablert på begynnelsen av 1980 tallet. De ble startet som et utspring av kvinnepolitisk bevisstgjøring og likestillingskampen i 1970 årene, av kvinner som så på det de kalte kvinnemishandling som en del av likestillingsproblemet. De startet sentrene for å kunne hjelpe kvinner som ble mishandlet av sine kjærester og ektemenn. Siden den gang har krisesentrene vært i stadig endringsprosesser. Etter at krisesenterloven trådte i kraft i 2010 har det vært ytterligere endringer og utvikling. Vi er nå en del av kommunale hjelpeapparatet, organisert under helse. På vårt krisesenter er vi opptatt av å utvikle oss og å møte lovens krav og samfunnets forventninger til vårt tilbud. Dette innebærer at vi skal kunne møte alle deler av befolkningen som er i vår målgruppe. Vold i nære relasjoner kan ramme mennesker i alle deler av befolkningen, noe som gjør at brukergruppen er bred og variert. Det kan være både spennende og utfordrende å skulle gi de ulike brukergruppene et helhetlig og individuelt tilrettelagt tilbud. Det krever bred kompetanse og egnede lokaler, i tillegg til at vi må være særlig gode på samhandling.

Prosjektperioden var opprinnelig 3 år, fra 2022 til 2024. Grunnet uforutsette hendelser har prosjektperioden blitt forlenget til 2025, dog uten at vi har fått mer midler. Av samme grunn har vi ikke kunnet dekke 1 årsverk i 3 år, slik det var planlagt. Dette resulterer i at noe av driftsmidlene tilbakeføres til Buf.dir. Til tross for dette mener vi at hensikten med prosjektet er oppfylt og at vi har hatt godt utbytte og utvikling i perioden.

I løpet av prosjektperioden har Krisesenterloven vært ute på høring og i avsluttende stund er endringer vedtatt fra juni 2025 og trer i kraft fra 1. januar 2026. Samhandling og samordning av krisesenter og andre deler av hjelpeapparatet er blant det som er skjerpet og utdypet mer tydelig. Prosjektet har i stor grad vært et teamarbeid, og selv om arbeidsoppgaver i noen grad har vært overlappende så vil jeg rette en stor takk til Kristina Sivertsen som har vært prosjektleder. Hun har ledet arbeidet med kunnskapsinnhenting, planlegging og framdrift av prosjektet med stødig og god hånd. I tillegg dokumentasjon av prosjektet. Karolin Noack, vår fagleder, har hatt hovedansvaret for utadrettet virksomhet, og for en periode vært vikarierende prosjektleder. Videre er det viktig å rette takk til hele personalgruppen der noen direkte og andre mer indirekte har vært en del av prosjektet og bidratt til at vi nå mener å ha kommet et godt stykke på veien til å ha et bedre tilrettelagt tilbud til voldsutsatte med psykiske helseutfordringer.

Kristiansand 08.08.25

Siv Gjertsen  
Daglig leder  
Stiftelsen Sørlandet Krisesenter

# SAMMENDRAG

Bakgrunn og mål for prosjektet

Sørlandet Krisesenter har gjennomført et treårig utviklingsprosjekt rettet mot å bedre tilbudet for voldsutsatte personer med alvorlige psykiske helseutfordringer. Et godt tilbud til denne gruppen er viktig ettersom psykisk uhelse og utsatthet for vold i nære relasjoner henger sammen. Dette er en brukergruppe som ofte faller mellom ulike tjenester, og prosjektet har forsøkt å utforske hvordan krisesenteret bedre kan møte deres behov, både gjennom interne tiltak og samhandling med andre aktører.

## UTFORDRINGER OG ERFARINGER

- Prosjektet har avdekket en rekke utfordringer og forbedringsområder i møtet med målgruppen:
- Mange brukere har sammensatte og komplekse behov, og det det kan være uklart når ansvaret som ligger hos krisesenteret og når spesialisthelsetjenesten eller kommunens øvrige tjenester bør ta over.
  - Sikkerhetsvurderinger og skjerming er krevende, spesielt når brukere har høyt trusselnivå eller behov for omfattende oppfølging.
  - Det kan eksistere et uklart skille mellom traumeproblematikk og psykisk sykdom, som kompliserer vurdering av riktig hjelpetilbud.
  - Samhandling er ofte avhengig av enkeltpersoners innsats.

## PROSJEKTETS TILNÆRMING

- To hovedmodeller har vært i fokus:
- Internmodellen, hvor man jobber med kompetanseheving, kulturendring, miljøterapi og fysiske tilpasninger internt på senteret.
  - Samhandlingsmodellen, hvor man bygger strukturer og rutiner for godt samarbeid med eksterne instanser som politi, barnevern, NAV, helsevesen og andre.

Begge modellene har vist seg nødvendige, og det er særlig i kombinasjonen det ligger størst potensial.

## VEIEN VIDERE - ANBEFALINGER OG TILTAK

- Internt i krisesenteret:
- Øke kompetansen om psykisk helse og videreutvikle opplæringstiltak.
  - Fortsette holdnings- og kulturarbeid for å inkludere sårbare brukergrupper bedre.
  - Ha tillit til egen kompetanse innenfor det ansvar vi har.
  - Tilpasse dagtilbud og miljøterapeutiske tiltak for å imøtekomme individuelle behov.
  - Utbedre lokalene for bedre skjerming og tilrettelegging.
  - Arbeide for økt bemanning og bedre ressurstilgang.

## SAMARBEID OG SYSTEM:

- Formalisere samarbeidsavtaler og sikre forankring i ledelse og system.
- Anerkjenne at et godt tilbud for denne brukergruppen krever gjensidig tillit, forståelse og respekt mellom lavterskel- og spesialisttjenester.
- Øke synligheten og forståelsen av krisesenterets rolle blant samarbeidspartnere.
- Økt kunnskap om vold og voldens konsekvenser.

## AVSLUTTENDE REFLEKSJONER

Rapporten fremhever at å gi et helhetlig og tilrettelagt tilbud til voldsutsatte med alvorlig psykiske helseutfordringer er krevende, men mulig – forutsatt at krisesentre får tilstrekkelig støtte, kompetanse og samarbeid fra øvrige deler av hjelpeapparatet. Samtidig må krisesentrene være bevisste på egne begrensninger og ansvar.

## BRUKERHISTORIENE BELYSER PROSJEKTETS ERFARINGER

Historiene til Truls og Tone illustrerer på en sterk og konkret måte de komplekse utfordringene som voldsutsatte med alvorlige psykiske helseproblemer møter, og understreker mange av erfaringene og refleksjonene som vi har avdekket gjennom prosjektet. Begge har levd i langvarige voldelige relasjoner preget av fysisk, psykisk og seksuell vold, samt negativ sosial kontroll, og begge viser hvordan voldens konsekvenser ofte går langt utover den umiddelbare voldshandlingen og kan påvirke psykisk helse i dyptgripende og langvarige former.

Truls sin historie viser hvordan vold kan føre til alvorlig psykisk sykdom og en opplevelse av total handlingslamelse, hvor det kan være vanskelig for både brukeren og hjelpeapparatet å se sammenhengen mellom vold og helseutfordringer. Han opplevde gjentatte innleggelse uten at volden ble tilstrekkelig adressert, noe som speiler utfordringen med fragmentert hjelp og manglende helhetlig oppfølging som prosjektet påpeker. Truls etterlyser også økt informasjon og kunnskap i hjelpeapparatet, noe som samsvarer med prosjektets funn om behov for kompetanseheving og bedre informasjonsrutiner.

Tones historie synliggjør hvordan skam, skyldfølelse og frykt kan hindre voldsutsatte i å søke hjelp, og hvordan manglende forståelse i hjelpeapparatet kan gjøre veien til trygghet lang og komplisert. Hennes opplevelse av å ikke bli forstått eller tatt på alvor av fastlege og andre instanser før hun kom til krisesenteret illustrerer behovet for holdningsendring og mer kunnskap om vold i nære relasjoner i hele tjenestekjeden. Tone understreker også viktigheten av bekreftelse og anerkjennelse for å bryte ut av voldelige forhold, noe som samsvarer med prosjektets vektlegging av relasjonsbygging, tillit og individtilpasset støtte.

Begge historiene fremhever krisesenterets viktige rolle som lavterskeltilbud og støttespiller, hvor brukerne opplever å bli møtt med forståelse og anerkjennelse. Samtidig viser de at volden ofte etterlater dype spor som krever helhetlig og koordinert oppfølging over tid, noe prosjektet har identifisert som et sentralt forbedringsområde, særlig når det gjelder samarbeid mellom krisesenter, psykisk helsevern og kommunale tjenester. Historiene gir et menneskelig ansikt til statistikkene og fagrapportene og minner oss om at hvert møte med brukeren er unikt og krever fleksible og kunnskapsbaserte løsninger.



# INNHOLD

|       |                                                                                 |    |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1     | Innledning                                                                      | 8  |
| 1.1   | Rapport struktur                                                                | 9  |
| 1.2   | Sentrale begreper                                                               | 9  |
| 2     | Historien min                                                                   | 11 |
| 3     | Bakgrunn for prosjektet                                                         | 14 |
| 3.1   | Sørlandet Krisesenter - hvem er vi?                                             | 14 |
| 3.2   | Voldsutsatte med tilleggsproblematikk                                           | 14 |
| 3.3   | Voldsutsatte med psykisk helseutfordringer                                      | 15 |
| 3.3.1 | Krisesenteransattes erfaringer                                                  | 16 |
| 3.4   | Samarbeid på voldsfeltet                                                        | 16 |
| 3.4.1 | Samarbeid om særlig sårbare gruppe                                              | 17 |
| 4     | Problemstilling og målsetning med prosjektet                                    | 18 |
| 5     | Vårt faglige fundament                                                          | 18 |
| 5.1   | Historien min - Hva har skjedd med deg, fremfor hva er det som er galt med deg? | 18 |
| 5.2   | Utviklingsmodeller for et tilrettelagt krisesentertilbud                        | 20 |
| 5.2.1 | Valg av modeller                                                                | 21 |
| 6     | Erfaringer og fremdrift i prosjektet                                            | 22 |
| 6.1   | Samarbeid - nøkkelen til et bedre tilbud                                        | 23 |
| 6.1.1 | Arbeid for et tettere samarbeid - med kommunene                                 | 23 |
| 6.1.2 | Arbeid for et tettere samarbeid - med spesialisthelsetjenesten                  | 24 |
| 6.1.3 | Generelle erfaringer/avsluttende kommentarer knyttet til samarbeidet            | 25 |
| 6.2   | Tilbakemeldinger fra DPS                                                        | 26 |
| 6.3   | Erfaringer fra krisesenteret                                                    | 28 |
| 6.3.1 | «På huset» - Intern kartlegging                                                 | 28 |
| 6.3.2 | Kompetanse til å møte brukernes behov                                           | 29 |
| 6.3.3 | Ressursbehov                                                                    | 30 |
| 6.3.4 | Lokaler                                                                         | 31 |
| 6.3.5 | Økt trygghet blant personal /holdningsarbeid og kultur                          | 32 |
| 6.4   | Erfaringer fra ideelle organisasjoner                                           | 33 |
| 6.5   | Kunnskapsinnsamling                                                             | 36 |
| 7     | Veien videre                                                                    | 37 |
| 7.1   | Samarbeid - veien videre                                                        | 37 |
| 7.2   | Interne erfaringer - veien videre                                               | 39 |
| 8     | Referanser                                                                      | 40 |

# 1 INNLEDNING

I 2022 startet vi ved Stiftelsen Sørlandet Krisesenter et prosjekt knyttet til voldsutsattes psykiske helse, som vi har valgt å kalle «Historien Min». Formålet med prosjektet har vært å skape et bedre tilbud til voldsutsatte med tilleggsutfordringer knyttet til psykisk helse. Prosjektet er finansiert av Barne- ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir), og er en del av en større satsning knyttet til voldsutsatte med tilleggsutfordringer. Satsningen er i tråd med gjeldende lover og ny opptrappingsplan på voldsfeltet, og har som mål at voldsutsatte med tilleggsutfordringer skal få et tilrettelagt og likeverdig krisesentertilbud.

Krisesenterloven , som trådte i kraft i 2010, ga kommunene ansvaret for å gi et helhetlig og individuelt tilrettelagt krisesentertilbud til alle som er utsatt for vold i nære relasjoner - uavhengig av kjønn, etnisitet



eller andre forhold (Krisesenterloven, 2010). Ifølge Bufdirs veileder til loven har kommunen en plikt til å tilby et tilsvarende eller likeverdig tilbud, eller å henvise den voldsutsatte til relevant oppfølging eller behandling, dersom det ordinære krisesentertilbudet ikke dekker vedkommende behov (Bufdir, 2015).

I henhold til Bufdirs krisesenterstatistikk er det kun et fåtall av sentrene som oppgir at de har tilbud til mennesker med tilleggsutfordringer som psykisk utviklingshemming, psykiske lidelser og kjent rusproblematikk. I 2023 ble det registrert at 36 % av krisesentrene beboere hadde en form for funksjonsnedsettelse - av disse var det om lag 2 av 3 som falt under kategorien psykisk funksjonsnedsettelse (med eller uten diagnose) (Bufdir, 2024). Flere krisesentre oppgir at de ønsker å tilrettelegge for personer med tilleggsproblematikk, men at de vurderer hver sak ut fra kapasitet og alvorlighetsgrad. I praksis tar mange krisesentre allerede imot voldsutsatte med slike utfordringer. Forskning tyder på store variasjoner mellom krisesentrene og fravær av en enhetlig praksis for tilbud til voldsutsatte med tilleggsutfordringer (Bliksvær et al., 2019; Jahnsen et al., 2022).

En evaluering fra 2014 av kommunens implementering av krisesenterloven konkluderer med at kommunene ikke leverte et tilfredsstillende krisesentertilbud til voldsutsatte med tilleggsutfordringer (NOVA, 2014). Siden den gang er det gjennomført en rekke undersøkelser som peker i samme retning - og mye tyder på at voldsutsatte med alvorlig problematikk knyttet til rus, psykisk helse og/eller funksjonsnedsettelse fremdeles ikke har et likeverdig tilbud (Varde Hartmark, 2017; Bliksvær et al., 2019; Sandmoe et al., 2021; Jahnsen et al., 2022). I riksrevisjonenes undersøkelse av myndighetens innsats mot vold i nære relasjoner pekes det særlig på at det er manglende samhandling og svakheter i det helhetlige hjelpetilbudet som fører til mange voldsutsatte ikke får den hjelpen de trenger (Riksrevisjonen, 2022).

Sørlandet Krisesenter, med bevissthet om voldens alvorlige helsemessige konsekvenser, ønsket å

undersøke mulighetene for et tettere samarbeid med psykisk helsevern. Basert på dette tok vi initiativ til et prosjekt for å forbedre tilbudet til denne brukergruppen. Etter å ha fått finansiering fra Bufdir., ble prosjektet startet høsten 2022, med stor motivasjon og engasjement for å videreutvikle tilbudet ved senteret.

## 1.1 RAPPORT STRUKTUR

Rapporten starter med en innledning som beskriver hvorfor Sørlandet Krisesenter valgte å søke midler til dette prosjektet, med søkelys på voldsutsatte med samtidig psykiske helseutfordringer. Videre følger en avklaring av sentrale begreper for å skape felles forståelse. For å gjøre rapporten mer levende og gi et tydelig bilde av menneskene bak problematikken, presenteres to anonymiserte historier fra personer i målgruppen - som selv har vært på krisesenteret. I kapittel 3 gis en gjennomgang av bakgrunnen for prosjektet, inkludert informasjon om målgruppen, krisesenterets erfaringer, og samarbeidet på voldsfeltet. Deretter presenteres prosjektets problemstilling og det faglige fundamentet som krisesenteret bygger på i møte med denne brukergruppen. Prosjektet har fulgt en utviklingsmodell hentet fra et tidligere Bufdir-finansiert prosjekt rettet mot voldsutsatte med tilleggsutfordringer. I kapittel 5 presenteres både internmodellen og samhandlingsmodellen som har vært styrende gjennom prosjektets arbeid.

Kapittel 6 samler alle erfaringene fra prosjektet, hvor fremdrift og samarbeid med kommune og spesialisthelsetjenesten belyses. Det inkluderer også tilbakemeldinger fra DPS og ideelle aktører på feltet.

<sup>1</sup>Lov om kommunale krisesentertilbud trådte i kraft 1. januar 2010, og har blant annet til formål «å sikre et godt og helhetlig krisesentertilbud til kvinner, menn og barn som er utsatt for vold eller trusler om vold i nære relasjoner.» Videre fremkommer det i loven at kommunene plikter til å sørge for «at tilbudet så langt råd er blir lagt til rette slik at det kjem dei individuelle behova til brukarane i møte», det fremkommer også at kommunen skal sørge for samarbeid med andre deler av tjenesteapparatet dersom det er nødvendig.

Oppsummert kan vi si at Krisesenterloven nedfeller to sentrale krav til kommunene  
1. Sørge for et krisesentertilbud som, «så langt råd er», er tilrettelagt for brukernes individuelle behov (§ 3)).  
2. Sørge for et tilsvarende og likeverdig tilbud (§ 2), hvis voldsutsatte ikke kan nyttiggjøre seg det ordinære krisesentertilbudet (Krisesenterloven, 2010; Varde Hartmark, 2017).

Krisesenterloven har vært til høring i år og er nå under behandling. Bufdir foreslår blant annet en presisering av tilrettelegging for tilleggsutfordringer, samt en klarere definisjon av hva som omfattes av fysisk tilrettelegging av bygg.

Videre drøftes interne erfaringer ved krisesenteret, med søkelys på muligheter og begrensninger knyttet til kompetanse, kultur og tilrettelegging av lokaler. Til slutt, i kapittel 7, skisseres veien videre med vekt på både samarbeid og intern utvikling, basert på innsikten og erfaringene fra prosjektet.

## 1.2 SENTRALE BEGREPER

Hva er vold? På krisesenteret benytter vi Per Isdals definisjon av vold som lyder:

*«Vold er enhver handling rettet mot en annen person som ved at denne handlingen skader, smerter, skremmer eller krenker, får den andre personen til å gjøre noe mot sin vilje eller å slutte å gjøre noe den vil.» (Per Isdal, 2000, s. 36).*

Isdal benytter en definisjon som inkluderer både fysisk, psykisk, seksuell, materiell og latent vold. Når vi snakker om vold videre i denne rapporten er det denne definisjonen som menes og ligger til grunn. For oss ved krisesenteret er det viktig å understreke at vold er mer enn kun fysisk handlinger - vold kan ta ulike former hvor fysisk makt kun er en av mange handlingsalternativer som kan kalles vold. I likhet med Isdal mener vi at en definisjon av vold bør fokusere på handlingen i seg selv og på handlingens konsekvens (Isdal, s. 36).

## HVA ER VOLD I NÆRE RELASJONER?

I henhold til veileder for Kriesesenterloven innebærer vold i nære relasjoner at utøveren og den utsatte har nære bånd til hverandre, enten gjennom familie- eller slektskapsforhold, eller på annen måte. Forarbeidene til kriesesenterloven legger til grunn samme definisjon som forarbeidene til straffelovens § 219 om mishandling i familien, som omfatter:

- Tidligere eller nåværende ektefelle, partner eller samboer
- Familie og slekt
- Medlemmer av samme husstand
- Personer som har omsorg for vedkommende.

**Dette begrepet presiseres ytterligere i veilederen, som utdyper det med følgende:**

*Vold i nære relasjoner kan omfatte krenkelser fra et større familiefellesskap, slik det ofte er tilfelle ved tvangsekteskap, kjønnslemlestelse og æresrelatert vold. Barn kan erfare vold direkte mot seg selv, eller mot omsorgsperson eller søsken. Personer med funksjonsnedsettelse kan rammes av krenkelser og overgrep fra personer man er avhengig av i hverdagen (tjenesteytere/ assistenter). Vold i nære relasjoner er altså ikke avgrenset til partnervold, men omfatter vold utøvd av flere i (stor-)familien, vold mot barn og vold utøvd av tjenesteytere. Personer utsatt for voldtekt, eller menneskehandel innen prostitusjon eller andre seksuelle formål, av noen de ikke står i en nær relasjon til, inngår også i målgruppen for kriesesentertilbudet. (Bufdir, 2015, s. 8).*

## VOLDSUTSATT

Begrepet voldsutsatt benyttes gjennom rapporten om mennesker som har blitt utsatt for vold i nære relasjoner.

## BRUKER

Begrepet bruker benyttes gjennom rapporten om voldsutsatte som benytter eller på et tidspunkt har benyttet kriesesenterets bo- eller dagtilbud.

## PSYKISK HELSEUTFORDRINGER

I denne rapporten benytter vi begrepet psykisk helseutfordringer for å beskrive psykiske plager, sykdom eller utfordringer som en voldsutsatt kan oppleve, og det omfatter både diagnostiserte og udiagnostiserte utfordringer.



## 2 HISTORIEN MIN

I over 40 år har vi på Sørlandet Kriesesenter jobbet med mennesker utsatt for vold i nære relasjoner. Vi møter brukere med omsorg og forståelse, på deres premisser, støtter dem i deres avgjørelser, og sår ikke tvil om den volden de er utsatt for. Vi skal jobbe for brukeres verdighet og integritet, møte alle med deres forventninger og ikke våre, skape trygghet og bygge gode relasjoner. Det er derfor naturlig for oss å legge vekt på brukernes erfaringer. Vi har hørt mange sterke livshistorier og i forbindelse med prosjektet har vi blitt enda mer oppmerksomme på sammenheng mellom psykiske helseutfordringer og vold i nær relasjoner.

## TRULS

Truls sier ja til å fortelle sin historie. Han har fortalt den mange ganger før. Han har levd den. Truls sier han ønsker å gi voldsutsatte en stemme, så hvis bare en person kjenner seg igjen i hans fortelling vil det være verdt det. Han ser tilbake på nærmere 20 år i et voldelig forhold, under kontroll, manipulasjon og maktmisbruk. En hverdag fylt av vold både mot han selv og barna. Truls sin historie kan vi ikke endre, men vi kan lære av den. Truls har hatt gode venner, gode naboer og en god familie. Han har utdannelse og en jobb han var glad i. Problemet var der hjemme, mellom husets fire vegger. Truls levde med alvorlig psykisk vold, negativ sosial kontroll og seksuell vold. Han beskriver det som en konstant terror. Uansett hva han gjorde var det galt. Både han og barna gikk på eggesskall, for dersom de gjorde eller sa noe galt ventet «et sant helvete». Det han kalte et hjem ble bare vanskeligere og vanskeligere å overleve i. Til slutt sa det stopp. Det som før ga han glede orker han ikke lengre. Sånn hadde han aldri hatt det før. Truls blir alvorlig psykisk syk. Han mister seg selv og forsvinner inn i et mørke. Livet med en voldelig partner har satt sine spor og på et tidspunkt klarer ikke Truls lengre ta vare på seg selv. Han blir lagt inn på en psykiatrisk døgnpost. Her får han samtaler, medisiner og tett oppfølging, men det hjelper ikke. Truls ser ingen lys og tenker at han aldri kommer til å bli seg selv igjen. Valg er vanskelige, store som små. Hverdagslige oppgaver som det å handle på butikken eller lage mat, blir helt umulig. Han er full av angst. Den smarte, kreative, resurssterke Truls forsvinner. Truls

klarer ikke ta vare på seg selv eller være bevisst på hva han selv trenger. Han mister hukommelsen og han mister språket sitt. Truls forklarer det slik: «Jeg klarte ikke å fungere. Jeg klarte ikke å spise og gikk ned i vekt. Kontakten mellom hjerne og magen... det var «kontakt-brudd». Hjerne var kaputt og min virkelighetsforståelse var helt ute. [...] Det var lite hjelpeapparatet kunne gjøre. Og jeg så ikke veien ut.» Truls levde med trusler hele tiden. Han var redd for hvordan barna hadde det, nå når han ikke var der for å beskytte dem. Frykten var overveldende. Det var derfor han ikke turte å fortelle til noen hvordan han hadde der hjemme. På sykehuset var det heller ingen som spurte. Etter første innleggelse i psykiatrien, ble Truls sendt hjem igjen. Han ble sendt hjem, men klarte ikke å fungere. «De prøvde at jeg skulle snakke med psykolog og alt mulig. Men det var jo der hjemme det lå.» Da han ble skrevet ut for andre gang «Bedre, men langt ifra god» går det ikke lang tid før Truls får et panikk-anfall og legges inn på ny. Truls fikk til slutt en behandling som hjalp han tilbake i livet. «Det var veien til livet», som han sa i et av våre møter. Likevel var det ikke før han hadde flyttet fra «eksen» at han kunne bli helt frisk. At det var en sammenheng mellom hans dårlig psykiske helse og situasjonen hjemme, ble han først klar over da han tilfeldigvis kom over et avisinnlegg om psykisk vold. Truls forteller at det var som om han leste om sitt eget liv. Han begynte å informere seg om vold i nære relasjoner og søkte etter hjelp. Etter hvert tok han kontakt med et kriesesenter. Han forteller at han fikk raskt en time og ble tatt på alvor og møtt med forståelse ved første samtalen. Endelig

fikk han bekreftet at han ikke var gal, selv om han har hørt dette i alle årene. Truls forteller at på krisesenteret fikk han fortalt sin historie og det var her han lærte hva det var han hadde blitt utsatt for. «Jeg fikk satt ord på det jeg hadde opplevd.» Gjennom krisesenterets gruppetilbud kom han også i kontakt med andre voldsutsatte menn og har opplevet støtte og en følelse av å ikke være alene.

Kontakten med krisesenteret ble en del av livet i en lang periode, for selv om han hadde gått, var volden ikke over. Nå var det barna som ble brukt og som det gikk utover.

For Truls har det vært helt avgjørende å støtte seg på hjelpen av krisesenteret og nettverket sitt. Han sier han ikke vet hvor han hadde vært i dag dersom han ikke hadde en god oppvekst og gode venner som et stadig fundament. Etter bruddet med voldelig partner måtte han bygge sitt nye liv og finne sin vei fremover. Truls forklarer at det ikke har vært lett og at den vonde tiden har satt dype spor. Samtidig ser han på fremtiden med optimisme. Han kan ikke endre det som har vært, men øyner håp for fremtiden. Ser vi på historien til Truls kan vi spørre oss selv – hva om han hadde fått hjelp tidligere? Hva om Truls hadde brutt med ekspartner før? Truls har klar tale: Den eneste som kunne hindret at han ble så syk, var han selv. «Jeg skulle kommet meg av gårde. Jeg skulle kommet meg ut av den relasjonen mye tidligere. Jeg skulle ha dratt så mye før.» Men han klarte ikke se veien ut når han sto midt i det. Han visste ikke at det var vold han ble utsatt for. Truls selv etterlyser mer informasjon om hvilke muligheter man har som voldsutsatt og mer allmenn kunnskap i hjelpeapparatet om hva som karakteriseres som vold.

Truls presisere videre at mye har skjedd i årene siden han brøt fra sin voldelige partner. Det snakkes mer om vold i samfunnet, og det er mer åpenhet knyttet til både vold i nære relasjoner og psykisk helse. Det er han glad for. Og han er takknemlig for at han og barna nå er på et nytt sted i livet. Men både for Truls og barna har volden kostet dem dyrt.

Vi har endret personkarateristikker i Truls sin historie slik at Truls og familien får være anonym, utover dette er det hans historie vi forteller. På denne måten

hjelper Truls oss med å fortelle om en sårbar gruppe som har behov for hjelp og minner oss på at bak statistikker og tall finner vi mennesker av kjøtt og blod.

## TONE

Vi møter Tone omtrent 1,5 år etter hun bodde på krisesenteret. Hun vil gjerne fortelle sin historie, og hun har noe viktig hun vil si.

Da Tone først kom til krisesenteret følte hun seg fortvilet, forvirret og hun visste ikke hva hun skulle gjøre. Det hun visste var at hun hadde det dårlig. Dagen før hadde hun ringt til en hjelpetelefon for psykisk helse og de hadde anbefalt henne å dra til krisesenteret, her fikk hun tid til samtale neste dag. En god venninne av Tone hadde anbefalt henne å dra til krisesenteret tidligere, men hun hadde vært skeptisk og avvist det. Hun skulle jo fikse dette, det skulle jo gå bra. Det å ta kontakt med et krisesenter var skummelt, og hun beskriver følelser som skyld og skam i denne prosessen.

På det tidspunktet visste ikke Tone helt hva det var hun hadde vært gjennom, hun kunne ikke helt sette ord på det, men hun visste at hun måtte bort. Hun hadde levd i et voldelig forhold og opplevd fysisk, psykisk og seksuell vold fra samboeren. I tillegg hadde hun levd under sterk negativ sosial kontroll. Nå hadde hun og samboeren barn sammen og hun visste at noe måtte endre seg. Hun hadde lenge forsøkt å få hjelp fra fastlege, helsestasjon og til slutt også Familievernkontor, men hun hadde ikke turt å fortelle det slik det virkelig var. Hun turte ikke fortelle det slik det var fordi hun var redd for at barnevernet da ville ta barna. Hun visste heller ikke hva hun skulle kalle den volden hun ble utsatt for, men hun visste at dersom hun trosset hans ønsker – ble det trøbbel. «Det hjelper ikke å si: Du burde forlatt han» sier Tone. Hun ønsker å oppfordre «hjelpere» til å stille spørsmål, men samtidig ha forståelse for at når man står midt oppi det, da er det ikke lett å gå. Tone forteller at det var på krisesenteret hun først forsto hva hun hadde opplevd og for henne har det vært viktig å kunne sette ord på det. Da hun var i forholdet med ekssamboeren var ord som «isolert», «kontroll» og «manipulasjon» ukjent. «Jeg forsto

ikke at det var vold da egentlig, jeg var bare så fortvilet. (...) Jeg tror ikke man helt forstår at man blir kontrollert, man vet ikke hva som er vold.» Selv om Tone har gjort det slutt med ekssamboeren og bor i egen bolig, har volden hun har blitt utsatt for satt dype spor i henne og det livet hun lever. Hun forteller at dersom det ikke var for at hun ville beskytte barna, hadde hun ikke vært blant oss lengre – det er hun sikker på. Tone forsøkte å få hjelp til å håndtere sine traumer. I samråd med fastlegen ble hun henvist til Distrikts psykiatriske senter der fikk hun avslag med beskjed om at ettersom det var et pågående traume, måtte hun få hjelp i kommunen. Hun forsøkte tilbudet i kommunen, men fant ingenting som passet. Tone sier hun hadde behov for å snakke med noen som kunne vold i nære relasjoner og traumebehandling. I kommunen fikk hun tilbud om drop-in samtaler, kurs eller grupper.

Tone forteller at hun nå får oppfølging fra en psykiatrisk sykepleier i kommunen. Men det har tatt tid å etablere det og Tone etterlyser mer oppfølging til voldsutsatte og deres familie. Hun forteller at det er tilfeldigheter som har gjort at hun nå får noe hjelp og at veien har vært unødvendig lang og kronglete. Hun har tenkt på å gi opp flere ganger. Tone etterlyser også hjelp til praktiske gjøremål, da det er så mye som skal gjøres og komme på plass når man flytter fra et krisesenter og skal etablerer et helt nytt liv. Hun sier også at det har vært svært vanskelig å navigere i hjelpeapparatet. «Alt blir så overveldende. Det er så mye man skulle søkt om og så mye man vet man burde gjøre. Hjernen fungerer jo ikke engang. Det er telefoner man skulle tatt, men det bare føltes så stort og vanskelig der og da. Det blir så uoverkommelig mye». Slik beskriver Tone tiden da hun kom til krisesenteret og skulle etablere seg på nytt.

Som mor selv sier Tone at det er viktig at mødrene får hjelp til å takle traumene og det nye livet, og hun forteller at hennes frykt og utfordringer har påvirket barna. «Det er klart det påvirker barna. De har en mor som konstant har hatt 120 i puls. En mor som ikke tør å gå på butikken.»

På spørsmål om hva som har hjulpet Tone i hennes situasjon svarer hun: «Det beste har vært kvinnegruppen på krisesenteret. Det har vært å få den forståelsen, den bekreftelsen på hva som er greit og bekreftelse på hva som ikke er greit. Det har vært viktig. Den bekreftelsen.» For Tone har det vært avgjørende at noen forsto vold og noen forsto henne, kvinnegruppen bidro til at hun fikk forståelse og gjenkjennelse fra andre. Det har vært viktig for henne. Videre forteller Tone at det har det vært viktig å møte «hjelpere» som har kunnskap om vold i nære relasjoner og hvilke konsekvenser denne volden kan få – det har vært viktig for henne at folk forstår henne, uten å dømme. I samtalen vår beskriver hun et møte i hjelpeapparatet som var særlig godt. Hun møtte en ansatt ved et familievernkontor som forsto henne. «Der tror jeg at jeg var heldig. (...) Hun visste så mye, og det var tydelig at hun forsto. For jeg hadde sagt det samme til fastlegen og til helsestasjonen, men de hadde ikke forstått det helt. Hun hadde mange fine tilnærmelser til spørsmål som gjorde at jeg ikke trengte å føle det var min skyld.», forklarte Tone. Tone har en klar oppfordring til mennesker som gjennom sitt arbeid kan møte voldsutsatte: «Det som har betydd mest er når de (hjelpere/oppfølgere) sier «det skulle han ikke gjort» eller «det var ikke noe snilt gjort av han» eller «det har han ikke lov til å gjøre». For det glemmer man. Man blir så vant med det og så blir det plutselig hverdagen. For det er det viktigste, det er den bekreftelsen. Bekreftelsen på at dette er feil og dette ikke er noe man trenger å stå i.» For Tone var det disse bekreftelsene som fikk henne til å innse hva hun levde i og at det ikke var hennes feil. Da bestemte Tone seg for å dra.

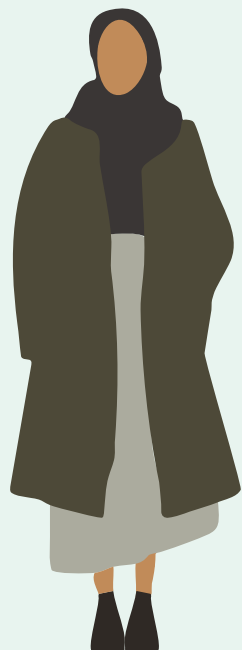
### 3 BAKGRUNN FOR PROSJEKTET

#### 3.1 SØRLANDET KRISESENTER – HVEM ER VI?

Stiftelsen Sørlandet Krisesenter er et bo- og veiledningstilbud til voksne og barn utsatt for vold i nær relasjon, overgrep og voldtekt. Lavterskeltilbudet er gratis og består av døgnåpen telefon, dagtilbud og beskyttet midlertidig botilbud. Vårt arbeid og engasjement for voldsutsatte startet på begynnelsen av 1980 tallet.

Stiftelsen Sørlandet Krisesenter har inngått samarbeidsavtale med vertskommunen Kristiansand etter LOV 2009-06-19 nr. 44: Lov om kommunale krisesentertilbud (krisesenterlova). Kristiansand opptrer i denne sammenheng på vegne av 17 samarbeidskommuner: Kristiansand, Lyngdal, Lindesnes, Lillesand, Birkenes, Iveland, Evje og Hornes, Bygland, Valle, Bykle, Farsund, Flekkefjord, Vennesla, Åseral, Hægebostad, Kvinesdal, Sirdal.

Krisesenteret består i dag av 3 avdelinger: en for kvinner og deres barn, en for kvinner i aktiv rus og en for menn og deres barn.



På krisesenteret jobber vi sammen med bruker og kartlegger blant annet brukers sikkerhet og hjelpebehov. Vi gir informasjon om rettigheter og muligheter, vi hjelper i kontakt med det øvrige hjelpeapparat og vi tilbyr individuelle samtaler, støtte, praktisk hjelp, samt gruppetilbud.

Ved oppstart av vårt krisesenter ble det vedtatt et verdigrunnlag der arbeidet skulle baseres på likeverd og respekt, demokrati og humanisme. Vi skulle jobbe på et politisk og livssynsnøytralt grunnlag. Ved å gi hjelp til selvhjelp bidra til at de som er utsatt for vold og krenkelser, gis mot, myndighet og mulighet til å håndtere egen livssituasjon. Vi står støtt i verdigrunnlaget i hverdagen på krisesenteret, sammen med et solid grunnlag i fag og forskning på vold i nær relasjon. Våre ansatte har ulik bakgrunn relevant for deres funksjon på senteret. I overkant av 70 % av våre ansatte har høyskole- eller universitetsutdanning. Øvrige er fagarbeidere.

#### 3.2 VOLDSUTSATTE MED TILLEGGSPROBLEMATIKK

En evaluering av tjenestetilbudet til voldsutsatte (NOVA, 2014) viste at voldsutsatte med rusproblematikk og psykisk lidelser er brukergrupper som ikke alltid får anledning til å benytte tilbudet på eksisterende krisesentre. Praksisene ved krisesentre varierer betydelig over hele landet når det gjelder hvordan de håndterer brukere med tilleggsproblematikk, og hvorvidt det finnes klare interne retningslinjer i møte med disse brukerne (NOVA, 2014; Bliksvær et al., 2019).

I 2017 ble et utviklingsprosjekt igangsatt for å styrke krisesentertilbudet til voldsutsatte med alvorlig rusproblematikk, psykisk helse og funksjonsnedsettelser (Varde Hartmark, 2017). Prosjektet inkluderte kunnskapsoppsummering, modellutvikling og modellutprøving for å forbedre tilbudene. Kunnskapsoppsummeringen, sammen med NOVA-rapporten (2014) og Likestillingssenteret KUN (Bliksvær et al., 2019), viser at tilbudet til disse brukergruppene er svært variert, og at kommunene har ulikt handlings-

rom for tilpasning og tilrettelegging. En oversikt fra Bufdir (2006) viste at 15 % av henvendelser til krisesentre ble avslått eller henvist videre, hvorav 44 % hadde psykiske problemer, 28 % rusproblemer og 33 % manglet bolig (Justis- og beredskapsdepartementet, 2012, s. 68).

Nyere rapporter tyder på at situasjonen for voldsutsatte med tilleggsproblematikk ikke har endret seg vesentlig siden Varde Hartmarks utviklingsprosjekt. Tilbudene er fortsatt svært varierte, og manglende samhandling, samarbeid og kunnskap på tvers av tjenesteapparatet oppgis som noen av de sentrale årsakene (Bliksvær et al., 2019; Bakketeig, Dullum & Stefansen, 2019; Jahnsen et al., 2022). Varde Hartmark fremhever i sine rapporter viktigheten av å forstå vold i nær relasjon i sammenheng med tilleggsproblematikk. Personer med utfordringer som rus, alvorlig psykisk sykdom eller funksjonsnedsettelser opplever oftere vold i nær relasjon sammenliknet med resten av befolkningen. Dette understreker behovet for et tilrettelagt krisesentertilbud for disse gruppene (Varde Hartmark, 2017; Dale et al., 2023). Mange krisesentre gjør mye for å hjelpe voldsutsatte med tilleggsproblematikk, samtidig oppgir flere krisesentre at tilbudet til personer med alvorlig utfordringer knyttet til rus og psykisk helse ikke kan løses på krisesentrene, men at det derimot må utvikles nye samarbeidsløsninger mellom det kommunale tjenestetilbud og krisesentrene (Bliksvær et al., 2019). Varde Hartmark viser at det i all hovedsak er behov for tre tilpasninger for å kunne imøtekomme lovens krav om å sikre voldsutsatte et helhetlig og tilrettelagt tilbud, og at det er her utfordringene til kommunene ligger:

- 1 Samarbeids relasjoner – system og rutiner for å samordne tjenestene
- 2 Fasiliteter - tilpasninger knyttet til bygg og skjermede områder
- 3 Kompetanse – på aktuell målgruppe, eksisterende tjenester og kompetanse om tiltakskjeden (som forutsetning for samhandling)

#### 3.3 VOLDSUTSATTE MED PSYKISK HELSE-UTFORDRINGER

Vold i nære relasjoner kan gi alvorlig helsemessige konsekvenser for den som rammes direkte, og dem som rammes indirekte ved å være vitne til volden (Alsaker et al., 2018). En norsk forekomststudie fra 2023 viser at personer som opplever vold i nære relasjoner rapporterer flere symptomer på angst, depresjon og posttraumatisk stress, og at psykisk belastning øker med antall voldstyper personen utsettes for (Dale et al., 2023).

Vold i nære relasjoner og psykisk helseutfordringer henger ofte sammen, og må derfor sees i sammenheng. Voldsutsatte med psykiske tilleggsutfordringer vil sannsynligvis ha komplekse og omfattende hjelpebehov, uavhengig av årsakssammenhengen. Samtidig viser forskning at voldsutsatte ofte opplever et fragmentert hjelpeapparat. En rapport fra 2022 gjennomført av NORCE og NKVTS viser at voldsutsatte personer med tilleggsutfordringer knyttet til psykisk helse opplever manglende tilgjengelighet av behandlingstilbud, et stort diagnosefokus og lange ventelister til tjenester innen psykisk helse (Jahnsen et al., 2022). Brukerne i studien ga uttrykk for at krisesenteret har vært en viktig aktør og støtte i første fase etter brudd fra voldsutøver, og de opplevde god oppfølging og samtaletilbud ved krisesentrene. Samtidig ga de voldsutsatte uttrykk for at de særlig etter noe tid hadde økt behov for spesialisert hjelp knyttet til sine traumer for å kunne gå videre i livet. Rapporten understreker videre viktigheten av å se sosiale, praktiske og juridiske behov i en sammenheng, samt behovet for økt kompetanse om vold i nære relasjoner inn i helsetjenestene (ibid.).

På oppdrag fra Bufdir utga Nordlandforskning i 2019 ut en kunnskapsoversikt over krisesentertilbudet i Norge (Bliksvær et al., 2019). Den samlede vurderingen fra rapporten viser at kommunene har tydelige utfordringer med å finne frem til samhandlingsløsninger som bidrar til å ivareta voldsutsatte med psykisk helseutfordringer. Rapporten er blant annet basert

på en surveyundersøkelse der 44 av krisesentrene i Norge deltok. Krisesentrene selv peker på mangelen på skjermede enheter og hensynet til barn og øvrige beboere som hovedutfordringer i møte med denne brukergruppen. Samtidig som brukere med tilleggsutfordringer knyttet til psykisk helse vil kunne kreve økt kompetanse og økt bemanning for å kunne møte brukernes behov (ibid.).

### 3.3.1 KRISESENTERANSATTES ERFARINGER

En studie gjennomført blant krisesenteransatte i Norge i 2022 avdekker at ansatte blir berørt av arbeidet med voldsutsatte med alvorlige psykiske helseutfordringer. De ansatte beskriver at skjønnsmessige vurderinger ligger til grunn når de skal vurdere om vedkommende kan tilbys botilbud ved krisesenteret. Adferden til den det gjelder samt den øvrige gruppen av beboere på det aktuelle tidspunktet veier tungt i denne vurderingen. De ansatte understreker videre at utfordringer i samhandling med andre tjenester vanskeliggjør arbeidet med å sikre et annet mer egnet tilbud. I likhet med det Sørlandet Krisesenter har erfart, opplevde også ansatte i studien at det finnes voldsutsatte som ikke «hører til» noe sted, og at voldsutsatte med store psykiske utfordringer derfor utgjør en særlig sårbar gruppe som ikke får den hjelpen de trenger (Skjellerudsveen, 2022).

Studien trekker også frem de personlige erfaringene til ansatte og den belastningen de følte dersom de ikke kunne hjelpe de voldsutsatte. Flere beskrev følelser av avmakt og utilstrekkelighet over å ikke kunne finne et egnet tilbud til mennesker de anså som svært sårbare (ibid.). En studie gjennomført blant ansatte ved forskjellige instanser innen helse og omsorg i Sverige, viser på den andre side at helsepersonell også kan føle på en utilstrekkelighet i møte med voldsutsatte med psykisk helseutfordringer. I møte med voldsutsattes historier opplevde helsepersonell at de ble usikre på egen kompetanse og at de derfor ble usikre på hvordan de skulle

oppføre seg praktisk og emosjonelt. Møte med disse voldsutsatte kom til uttrykk, også her, i følelser som avmakt, frustrasjon og ambivalens (Bengtson-Tops et al., 2009).

### 3.4 SAMARBEID PÅ VOLDSFELTET

Voldfeltet har vært i stadig utvikling og endring siden 70- og 80- tallet. Da var det hovedsakelig krisesenterbevegelsens som frontet problemet. Hjelpelandskapet på voldsfeltet er i dag omfattende og til dels overlappende – hvor tilbudene retter seg både mot voldsutsatt og voldsutøver. Stadig flere aktører på feltet understreker også behovet for økt samarbeid og samhandling (Skjørten et al., 2019; Jahnsen et al., 2022).

Krisesenterloven forplikter kommunen til å sørge for at mennesker utsatt for vold i nære relasjoner får et individuelt tilpasset og helhetlig tilbud (Krisesenterloven 2009, §4). Her viser en evaluering fra 2014 (Bakketeig et al., 2014) noe bedring etter at loven ble innført, men at det fortsatt er en lang vei å gå i samordning mellom krisesentrene og det øvrige hjelpeapparat. Det er grunn til å hevde at dette burde blitt viet økt oppmerksomhet også fordi paragraf 4 i krisesenterloven ble endret 1. juni 2021. Lovendringen pålegger kommunene ansvaret for å samordne tjenestetilbudet og blant annet sørge for at voldsutsatte som har krav på det, får individuell plan (Krisesenterloven, 2009).

Riksrevisjonen la i 2022 frem en rapport knyttet til myndighetenes innsats på vold i nære relasjoner hvor de kommer med en rekke kritikkverdige forhold og forbedringsområder. Blant annet nevnes mangelen på et helhetlig hjelpetilbud og myndighetens samordning på feltet, samt stor variasjon i kommunens oppfølging av voldsutsatte. Videre understreker de at sentrale aktører (innen helse, skole og barnehage) har for lite kunnskap om vold i nære relasjoner og aktuelle tilbud for voldsutsatte. De viser til generelle svakheter i det helhetlige hjelpetilbudet til volds-

utsatte, som fører til at de ikke får den hjelpen de trenger (Riksrevisjonen, 2022).

Riksrevisjonen, partnerdrapsutvalget, barnevoldsutvalget og overvåkningskomiteen GREVIO har alle uttrykt bekymring for den helhetlige organiseringen på voldsfeltet. Det har blant annet i for liten grad blitt jobbet med felles innsatser og tiltak på tvers av sektorene. Mangelfull samordning og samarbeid på statlig nivå har også gitt utfordringer videre på kommunalt nivå. Tiltak hvor bruker blir satt i sentrum må videre prioriteres ifølge opptrappingsplanen (Justis- og beredskapsdepartementet, 2023).

*«I arbeidet med å forebygge og bekjempe vold og overgrep må innsatsen være helhetlig og samordnet. Det innebærer blant annet at det i arbeidet mot vold og overgrep bør tas høyde for politikkområder som helse, sosialpolitikk, integrering, likestilling, familie- og oppvekst, kriminalpolitikk og digitalisering.»* (Justis- og beredskapsdepartementet, 2023 s. 32).

Rapporter melder om at både brukere og hjelpeapparat opplever hjelpen til voldsutsatte som fragmentert. Det er også stor variasjon i hvorvidt det finnes gode samarbeid - og hvor formelt samarbeidene mellom krisesentrene og det øvrige hjelpeapparatet er. Noen krisesentre melder om gode og formelle samarbeid særlig med barnevern, Nav og politi, mens andre kun har sporadisk samarbeid knyttet til enkeltsaker (Bliksvær et al., 2019; Jahnsen et al., 2022). Det vises til at utarbeidelse av kommunale handlingsplaner, kontinuerlig kompetanseutvikling og regelmessige samarbeidsmøter bidrar til å styrke innsatsen. Kommunene trenger et forpliktende planverk, men også ressurspersoner blant tjenesteyterne for at voldsarbeidet skal fungere på en effektiv måte (Bliksvær et al., 2019; Sandmoe & Nymoen, 2019). Forskning antyder at verktøyet Individuell plan, som er en lovfestet rettighet og et viktig redskap for samhandling, ikke benyttes i tilstrekkelig grad for voldsutsatte. Dette indikerer et uutnyttet potensial i det videre samhandlingsarbeidet (Jahnsen et al., 2022; Bliksvær et al., 2019).

### 3.4.1 SAMARBEID OM SÆRLIG SÅRBARE GRUPPE

En av de store utfordringene som fremheves i rapporter og studier knyttet til kommunens arbeid for voldsutsatte er nettopp hvordan kommunene kan sikre tilbudet til særlig sårbare grupper - som voldsutsatte med store rusproblemer og/eller psykisk helseutfordringer. Det understrekes at dette er utfordringer som ikke kan ses isolert knyttet til det tilbudet krisesenteret har, men må inngå i en helhetlig kommunal handlingsplan og en samordning av tjenester. Oppfølging av voldsutsatte med oppfølgingsbehov knyttet til psykisk helse understreker behovet for tverretattlig så vel som tverrfaglig samarbeid - her er helsetjenester innen kommune og spesialisthelsetjenesten særlig aktuelle (Bliksvær et al., 2019; Sandmoe et al., 2021; Jahnsen et al., 2022).

Tradisjonelt sett har ikke ulike etater vært like delaktig i arbeidet med vold i nære relasjoner, og før krisesenterloven kom i 2010 var det heller ingen formelle lovkrav til dette. Samarbeid med ulike etater og tjenester bar preg av tilfældigheter og kontakt med enkelte «nøkkelpersoner» som hadde en særlig interesse eller kunnskap om vold i nære relasjoner. Det har vært situasjonen ved Sørlandet Krisesenter, og trolig er det flere krisesentre som kjenner seg igjen i denne beskrivelsen. Det er først i senere år at krisesenteret har etablert formelle og forpliktene samarbeid med ulike aktører. Eksempel på dette er samarbeidsavtaler med barnevern og politi. I dag er utadrettet samarbeid en del av hverdagen ved krisesenteret, samtidig som krisesenteret fortsetter å arbeide mot økt samarbeid og sømløse tjenester til sine brukere. Særlig aktuelt i denne omgang er samarbeid til helsetjenestene - og tjenester innen psykisk helsevern. Vi ved Sørlandet Krisesenter har bestemt oss for å vie god plass til tema knyttet til samhandling og samarbeid i denne rapporten, da vi på krisesenteret opplever at det er her nøkkelen til et bedre og mer tilrettelagt tilbud til målgruppen kan ligge.

## 4 PROBLEMSTILLING OG MÅLSETNING MED PROSJEKTET

Det overordnede målet med prosjektet er å legge til rette for et bedre og mer tilpasset krisesentertilbudet for voldsutsatte brukere med psykiske helseutfordringer. Dette ønsker vi å oppnå gjennom:

- Etablere tettere samarbeid med psykisk helse i samarbeidskommunene samt med aktuelle aktører innen spesialisthelsetjeneste og ideell sektor - for et mer helhetlig tilbud til voldsutsatte.
- Økt synlighet, samarbeid og kunnskapsutveksling med psykisk helsetjenester.
- Kompetanseheving blant ansatte knyttet til psykisk helseutfordringer og hvordan møte disse brukerne.
- Gjennomgang av egne muligheter med hensyn på lokalet, dvs. bygget og avdelingene slik de er i dag, samt mulighet for skjerming.

Gjennom punktene over håper vi prosjektet vil ha nytteverdi for brukere, pårørende, psykisk helsetjenester og andre som gjennom sitt arbeid kommer i kontakt med voldsutsatt, og for oss ved krisesentret.



## 5 VÅRT FAGLIGE FUNDAMENT

### 5.1 HISTORIEN MIN - HVA HAR SKJEDD MED DEG, FREMFOR HVA ER DET SOM ER GALT MED DEG?

(Makt-trussel-mening-rammeverket MTM-rammeverket)

I likhet med voldsfeltet er også psykisk helse et felt i stadig endring og utvikling. Blant annet har den diagnostiske modellen lenge vært gjenstand for kritiske spørsmål og ønske om endring fra både pasienter og klinikere (Holter et al., 2024). Kritikken har blant annet rettet seg mot om vi i selve behandling av psykiske lidelser ser oss blind på diagnoser, og hvorvidt de diagnostiske modellene hjelpeapparatet jobber ut fra i dag i seg selv er et hinder for at folk får det bedre. Flere faglige miljøer har understreket begrensninger med de diagnostiske modellene og enkelte hevder at feltet psykisk helse nå befinner seg ved et veiskille (RVTS, 2023; NAPHA, 2024). I 2018 introduserte en arbeidsgruppe i den engelske psykologforeningen et rammeverk som de mente kunne erstatte den medisinske modellen innen psykisk helse, og utfordrer med dette dagens praksis. Rammeverket inviterer til en økt orientering mot sosiale og strukturelle forhold i forståelsen av psykiske lidelser (Holter et al., 2024). I dette avsnittet skal vi se nærmere på denne alternative tilnærmingen og hvorfor dette nye rammeverket har gitt gjenklang ved krisesenteret.

På Sørlandet Krisesenteret benytter vi traumebevisst omsorg i møte brukerne og ønsker å ha fokus på å skape trygghet og gode menneskemøter. Krisesenteret er lavterskel bo- og veiledningstilbud og her skal vi verken diagnostisere eller behandle mennesker. Vi møter mennesker som har ulike opplevelser knyttet til vold i nære relasjoner, ofte har de levd med ulike typer vold over lengre tid, noen et helt liv. Vi ser hvilken effekt det kan ha på deres liv og at det kan sette dype spor både fysisk og psykisk. Vi ved krisesenteret har jobbet med vold i nære relasjoner i flere tiår, og har i vårt arbeid hatt fokus på psykososi-

ale forhold fremfor en biomedisinsk tenkning. I boken Traumebevisst omsorg i psykisk helsearbeid skriver Hagen og kollegaer om hvordan den biomedisinske modellen bidrar til et snevert syn på menneskers helse. De advarer at i et biomedisinsk sykdomssyn reduseres sykdom til en skade i kroppen eller en dysfunksjon. De mener videre at det bør være obligatorisk å undersøke brukernes/ pasientenes erfaringer med vold i nære relasjoner allerede i den innledende fasen av et behandlingsforløp (Hagen et al., 2021).

Denne tankegangen er i tråd med det som på norsk kalles Makt-trussel-mening-rammeverket (MTMR) som nevnt innledningsvis. Gjennom dette prosjektet har vi på krisesenteret blitt bedre kjent med dette perspektivet innen psykisk helse. Rammeverket fungerer som en alternativ eller komplementær måte å møte mennesker på innen psykisk helsevern. MTMR peker på at fokuset på psykiatriske diagnoser fører til at den sosiale konteksten mennesker lever i og responderer på, mister fokus. Det som i en diagnostisk modell sees på som symptomer på en sykdom, blir i dette rammeverket forstått som ulike former for responser i møte med det som truer våre livsbetaingelser (Johnstone & Boyle, 2018).

#### Hovedprinsippene i rammeverket kan oppsummeres med noen enkle spørsmål:

- Hva har skjedd med deg? Hvordan fungerer makt i livet ditt?
- Hvordan har dette påvirket deg? Hva slags trusler har det utgjort for deg?
- Hvordan har du forstått det som har skjedd? Hvilken mening har disse situasjonene og opplevelsene hatt for deg?
- Hva måtte du gjøre for å klare deg gjennom det? Hvordan har du respondert på trusselen?

Rammeverket representerer gjennom disse spørsmålene en annen måte å spørre seg inn i menneskers liv på, som kan få frem historier om maktmisbruk og krenkelser. Samtidig som man forstår at menneske har vært aktiv og handlene part i sitt eget liv, noe

som i en diagnostisk modell vil bli sett på som symptomer på sykdom. Rammeverket er i tillegg opptatt av hvilke ressurser som er iboende hos den enkelte og hvilke nettverk de har som kan bidra til å endre en vanskelig livssituasjon. I henhold til rammeverket kan ikke et menneske eksistere atskilt fra de relasjoner de har, og det samfunnet og kulturen de lever i. Vi er et menneske hvor biologiske egenskaper ikke kan skilles fra våre sosiale og mellommenneskelige omgivelser (ibid.).

Rammeverket har gitt stor inspirasjon og bekreftelse knyttet til holdningen og innfallsvinkel overfor denne tematikken, basert på erfaringer fra arbeidet på Sørlandet Krisesenter. Vi opplever at et rammeverk som tar høyde for hvilke kontekst brukeren befinner seg og deres erfaringer, er svært relevant for menneskene vi møter.

Denne måten å forstå og lytte til menneskers egne historier oppfatter vi på krisesenteret som både menneskelig og gjenkjennelig. Rammeverket og dets prinsipper bidrar også til å ufarliggjør og av-mystifiserer psykisk lidelse og menneskers reaksjoner på traumer. Vi er enige i at psykisk helseutfordringer bør forstås som en respons i livssituasjoner som oppleves truende, og at det diagnostiske systemet i noen tilfelle kan bidra til sykeliggjøring av mennesker med traumatiske erfaringer. I vårt arbeid møter vi mennesker som på ulike vis har levd gjennom traumatiske hendelser og livssituasjoner, og som kan ha svært ulike reaksjoner på dette. Vi, blant annet som bakgrunn for dette prosjektet, opplever at flere av våre brukere ikke får tilstrekkelig eller riktig hjelp til å takle disse traumene. Samtidig har vi sett eksempler på at fokus på diagnostisering kan bidra til å «stjele» oppmerksomheten fra det mellommenneskelig og ivaretagelse av de faktiske utfordringene et menneske står ovenfor.

På krisesenter står også brukermedvirkning som et sterkt prinsipp i all kontakt og samhandling med brukerne. Vi ønsker at våre brukere skal få eierskap

til egen prosess og eget liv. Dette er mennesker som på ulike måter er fratatt makt og frihet, og det er viktig at vi og øvrig hjelpeapparat kan legge til rette for at den voldsutsatte kan ta «makten» tilbake og ta avgjørelser basert på egne ønsker og behov. Anerkjennelsen av at det er brukeren selv som kjenner sin historie best - sine utfordringer, behov og ressurser, mener vi er en viktig del av rammeverket MTM. Personalgruppen har på ingen måte hatt komplett innføring i MTM rammeverket, men vi som har jobbet tett med prosjektet kjenner igjen tankesettet og måten vi velger, og har valgt, å møte mennesker på. Vi tar konturene av rammeverket med oss videre. Bla. drøftet vi dette med RVTS Sør og hadde dette med oss på kursdagene som RVTS Sør holdt for oss våren 2025. I tillegg ga det mening i veiledningen som terapeut fra DPS hadde med leder og fagleder. Veiledningen trygget oss på at å vektlegge TBO og å se menneske bak smerte-uttrykket. Kontakt med DPS og kursdagene med RVTS er nærmere beskrevet senere i rapporten.

## 5.2 UTVIKLINGSMODELLER FOR ET TILRETTELAGT KRISESENTERTILBUD

Buudir har finansiert flere prosjekter tidligere i arbeidet for å styrke krisesentertilbudet til utsatte grupper. I 2016 ble Varde Hartmark engasjert av Buudir for å bistå i dette arbeidet og utarbeidet en rapportserie med bakgrunn i et større utviklingsprosjekt. Rapportserien som bunnet ut i et kunnskapsgrunnlag med oppsummering av sentrale funn og anbefalinger. I prosjektperioden var utvalgte kommuner, krisesentre og frivillige organisasjoner med på utvikling og utprøving av ulike modeller for å ivareta voldsutsatte personer med tilleggsutfordringer knyttet til rus, psykisk helse eller funksjonsnedsettelsen. I arbeidet kom de frem til tre hovedmodeller for et tilrettelagt krisesentertilbud, internmodellen, samhandlingsmodellen og spesialiseringsmodellen (Varde Hartmark, 2017).

### Internmodellen - tilrettelegging ved ordinært krisesenter

Internmodellen går ut på at krisesenteret har mandat til å levere et tilrettelagt tilbud på stedet (in-house) til voldsutsatte både med og uten tilleggsproblematikk. Ved behov for behandling eller ytterligere oppfølging overføres bruker til en aktuell behandlingsinstans i det øvrige hjelpeapparat.

### Samhandlingsmodellen - Tilrettelegging av tilbud utenfor ordinært krisesenter

Modellen tar utgangspunkt i at krisesenteret rendyrkes for brukere uten tilleggsproblematikk. Samhandlingsmodellen går ut på, som navnet tilsier, at gode samhandlingsrutiner sørger for at brukere med tilleggsproblematikk overføres til øvrig hjelpe- og tjenesteapparat, mens krisesenteret bidrar med nødvendig kompetanse på vold der det er behov.

### Spesialiseringsmodellen - etablering av eget tilbud utenfor ordinært krisesenter

Spesialiseringsmodellen går ut på at spesialiserte tiltak utenfor krisesenteret tilrettelegges for ett segment/brukergruppe med tilleggsproblematikk, mens det ordinære krisesenteret rendyrkes for brukere uten tilleggsproblematikk (Varde Hartmark 2A, 2017).

Modellene er ikke ment som en bokstavelig oppskrift, men som et verktøy for å fokusere og prioritere arbeidet med å tilrettelegge krisesentertilbud (Varde Hartmark, 2017). De gir et forenklet bilde av virkeligheten og må ses i sammenheng med hverandre og gjeldende rammer. Alle modellene innebærer samhandling med andre tjenester, og det er viktig å understreke at de respektive lovpålagte forpliktelsene til andre tjenester er uavhengige av hvilke modeller som benyttes.

## 5.2 VALG AV MODELLER

I 2018 og 2019 fikk Oslo kommune og Oslo krisesenter tilskudd av Buudir til å delta i et utviklingsprosjekt for å styrke krisesentertilbudet til voldsutsatte personer med alvorlige psykiske lidelser. Prosjektet, ledet av Oslo krisesenter, tok den gang utgangspunkt i kunnskapsgrunnlaget til Varde Hartmark og deres modeller og bestemte seg for å følge internmodellen og samhandlingsmodellen i deres arbeid. I prosjektet ved Sørlandet Krisesenter ønsket vi å lære, og benytte oss, av tidligere erfaringer som er gjort i arbeidet, og hadde tidlig i prosjektperioden en gjennomgang av erfaringene dokumentert av både Varde Hartmark og Oslo krisesenter (Varde Hartmark, 2017-1A-3; Oslo krisesenter, 2019). I valg av modeller var det naturlig å se nærmere på erfaringene og hvordan modellene best kunne nyttiggjøres og tilpasses Sørlandet Krisesenter med gjeldende rammer og erfaringsgrunnlag. I likhet med Oslo krisesenter, valgte også vi å basere prosjektet på en kombinasjon av internmodellen og samhandlingsmodellen.

### INTERNMODELLEN

I første del av prosjektperioden erfarte vi at vi i stor grad benyttet internmodellen i vårt arbeid, og det ble naturlig å videreføre dette med et mer målrettet fokus på den aktuelle målgruppen. Vi ønsket å sette fokus på psykisk helse blant personalet gjennom faglige innlegg på personalmøter og fagsamlinger, samt gjennomgang av interne rutiner. Fordelene med denne modellen, slik krisesenteret erfarte det, og i tråd med Varde Hartmarks (2017-3) vurderinger, er at den er mest brukervennlig - mye av oppfølgingen kan skje på ett sted, og brukeren vil oppleve et samlet hjelpeapparat. Krisesenteret kan bruke sin eksisterende kunnskap og rutiner for å følge opp målgruppen. På den andre siden kan modellen være kompetanseineffektiv, og det vil være viktig for krisesenteret å samarbeide med andre tjenester der dette er nødvendig, noe som leder oss til Samhandlingsmodellen.

### SAMHANDLINGSMODELLEN

Samhandlingsmodellen ble en naturlig forlengelse av det prosjektarbeidet som var planlagt - gjennom hele prosjektperioden har det vært en sentral målsetning om et tettere samarbeid med tjenester innen psykisk helse i kommuner og spesialisthelsetjenesten. En av fordelene har vært at krisesenteret også har fått spille videre på allerede etablerte og kjente samarbeid med kommunene. Hovedutfordringene med samhandlingsmodellen har vært å etablere gode samhandlingsrutiner med 17 kommuner, som varierer betydelig i størrelse, geografisk beliggenhet, organisering av tjenestene og tilgjengelige ressurser. I tillegg til kommunene har aktører innen spesialisthelsetjenesten også vært relevante og viktige samarbeidsaktører som vi ønsker å utforske samarbeid med.

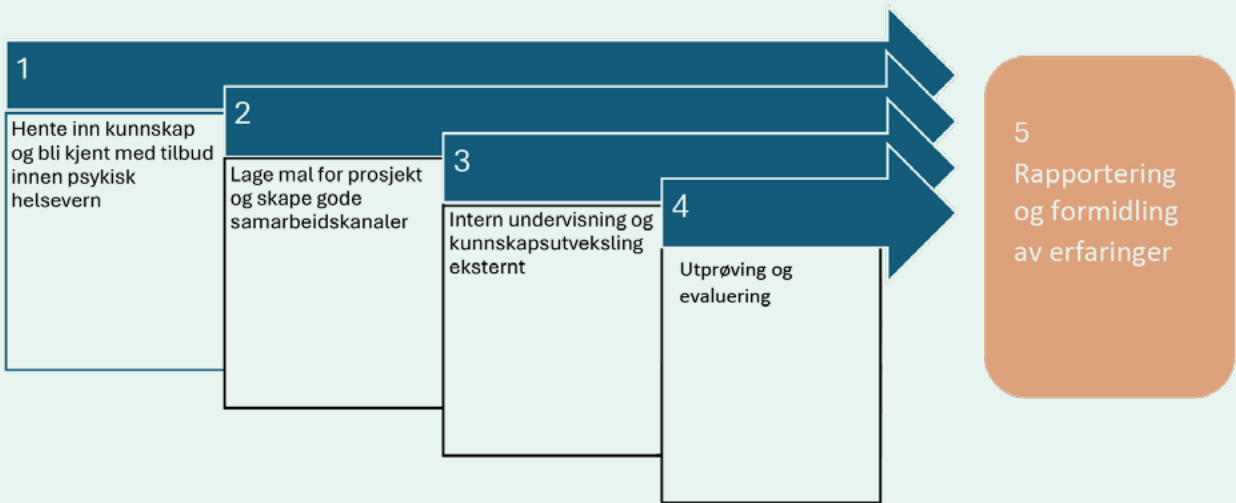
Den tredje modellen i Varde Hartmarks rapportserie, spesialiseringsmodellen, innebærer å etablere et eget tilbud for brukergruppen utenfor det ordinære krisesentertilbudet. Sørlandet Krisesenter har bevisst valgt bort denne modellen fordi vi er godt kjent med denne via vårt tilbud til kvinner i aktiv rus. I tillegg på grunn av erfaringer med relasjonsbygging og viktigheten av geografisk nærhet til brukerne, som noen tilfeller kan være særlig viktig.



## 6 ERFARINGER OG FREMDRIFT I PROSJEKTET

Etter at prosjektet fikk tilsagn av Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, startet vi opp med stort engasjement for å videreutvikle tilbudet på Sørlandet Kriesenter fra høsten 2022. Vi var spente på hvordan prosjektet ville bli mottatt og så frem til å høre erfaringer fra det øvrige tjeneste- og hjelpeapparat knyttet til målgruppen.

I oppstartsfasen av prosjektet ble det laget en konkret tids- og gjennomføringsplan for hele prosjektperioden. Det ble da avgjort at det var behov for et grundig forarbeide før utprøving av prosjektet kunne starte. Med bakgrunn i dette ble det laget en femdels struktur for arbeidet.



Gjennom prosjektperioden har vi fulgt denne fremdriftsplanen, hvorav enkelte av stegene har blitt gjennomført parallelt eller overlappende. For eksempel har vi gjennom perioden flere ganger gått tilbake til punkt 1, kunnskapsinnhenting, for å blant annet holde oss oppdatert på aktuelle føringer og endring. Dette har vært relevant særlig med tanke på at både vold i nære relasjoner og psykisk helse er felt i bevegelse, og at nye spørsmål er dukket opp

underveis. Våre samarbeidsparter har også benyttet ulike tilnærminger og metoder i oppfølging av deres brukere, som vi gjennom prosjektperioden har blitt bedre kjent med.

I første del av prosjektet ble det hovedsakelig jobbet med kunnskapsinnhenting på tematikken knyttet til aktuell litteratur, forskning og kartleggingsarbeid.

### 6.1 SAMARBEID – NØKKELEN TIL ET BEDRE TILBUD

En person som har blitt utsatt for vold i nære relasjoner vil kunne ha store og sammensatte behov for oppfølging. Det vil ofte kunne dreie seg om en kombinasjon av sikkerhetsmessige, praktiske, økonomiske, juridiske og emosjonelle behov. Det vil derfor ofte være behov for tverretattlig så vel som tverrfaglig samarbeid for å kunne møte brukerne på en hensiktsmessig og forsvarlig måte. Fra starten av prosjektet har vi vært bevisst på at for å skape endring og bedring av tilbudet til målgruppen, må vi jobbe for et tettere samarbeid med aktuelle tjenester. Et hovedfokus i prosjektet har derfor vært å etablere gode samarbeids- og samhandlingsrelasjoner og rutiner, og mye av arbeidet har vært rettet mot aktuelle samarbeidsparter innen psykisk helsevern. Våre erfaringer fra prosjektet tilsier at voldsutsatte med utfordringer knyttet til psykisk helse er mennesker som kan ha særlig utbytte at tjenestene rundt dem samarbeider. Vi erfarer at i mange tilfeller vil samarbeid på tvers av tjenester være helt avgjørende for å kunne tilby en god og tilrettelagt tjeneste.

#### 6.1.1 ARBEID FOR ET TETTERE SAMARBEID – MED KOMMUNENE

I oppstartsfasen av prosjektet sendte vi ut et skriv til våre 17 samarbeidende kommuner som inneholdt informasjon og bakgrunn for prosjektet, samt en invitasjon til videre dialog og samarbeid. Vi valgte bevisst å legge hovedvekt på samarbeid med psykisk helsetjenester i kommunene i første omgang. Videre ble det tatt kontakt med kommunene for å avtale møte med helseledelsen i hver kommune. I møtene informerte vi om tilbudet vårt, prosjektet og hvordan vi ønsket å jobbe videre for å forsøke å imøtekomme denne gruppen på en bedre måte. I møtene med helseledelsen i hver kommune fikk vi videre kontakt med aktuelle kommunale aktører innen psykisk helse, og hadde påfølgende møter med dem.

Vi oppdaget tidlig at psykisk helsevern hadde en svært ulik oppbygging og omfang i de ulike kommunene. Dette er en naturlig konsekvens av at vi er tilknyttet 17 kommuner av ulik størrelse, innbyggertall og geografisk tilknytning. Kristiansand, som vertskommune, med sine om lag 115.000 innbyggere har en annen utforming og et annet omfang på tjenestene enn kommuner med et par tusen innbyggere. Hovedarbeidet i prosjektet knyttet til kommunene har derfor bestått i å bli kjent med tjenestene og kartlegge hvilke tjenester som kunne være aktuelle for våre brukere, og hvordan vi som samarbeidspart kan komme i kontakt med tjenestene.

Vi har deltatt i møter og ulike fag- og nettverkssamlinger. Kontakten med kommunene har vært svært positiv og vi har blitt godt tatt imot. Vi har fått bedre kjennskap til hvordan kommunene arbeider, og hvilke tjenester de tilbyr. Gjennom samtaler og møter oppdaget vi at vi også hadde mange felles tanker og erfaringer knyttet til brukere. Mange av utfordringene de så knyttet til brukere med sammensatte hjelpebehov, var gjenkjennelig for oss fra kriesenteret. Vi hadde også mange like fremgangsmetoder i møte med brukerne, og ønsker om å tilpasse tjenestene etter brukernes behov. I tråd med hvordan vi jobber på kriesenteret var mange kommunalt ansatte i psykisk helsetjenester opptatt av å komme bort fra diagnosefokus. I likhet med oss ønsket de å møte mennesket bak diagnosene – deres historier, ønsker og ressurser. Det var stor enighet om å møte brukerne på deres egne behov. Der kriesenteret følger et «hjelp-til-selvhelp»-prinsipp og fokuserer på at brukerne skal ta eierskap til eget liv, opplevde vi at fokuset på brukervedvirkning også sto sterkt i de kommunale tjenestene. Verktøy og metoder som ble benyttet i de kommunale tjenestene varierte også og inkluderte Motiverende Intervju (MI), åpen dialog, åpne nettverksmøter, Tankevirus, Feedback Informed Treatment (FIT), kurs i depresjonsmestring (KiD), kurs i belastningsmestring (KiB) og andre.

I kommunene opplevde vi å møte engasjerte mennesker, som jobbet hardt for å kunne gi brukerne best mulig tjenester. Mange stilte spørsmål og de

ønsket å lære mer om krisesenterets arbeid og vold i nære relasjoner som fenomen. Vi opplevde en god kunnskapsutveking, der vi ble bedre kjent med hverandres arbeid, utfordringer og handlingsrom. Naturlig nok varierte det i hvilken grad de kommunalt ansatte hadde erfaring med saker knyttet til vold i nære relasjoner, og hvorvidt de tidligere hadde vært i kontakt med krisesenteret. Tilbakemeldingen var likevel at det var nyttig å bli bedre kjent med krisesenterets tilbud, og særlig dagtilbudet som mange sa de ikke var kjent med fra tidligere.

I perioden vi besøkte kommunene, var det flere som oppga at kommunene jobber for at tjenester særlig innen psykisk helse skal bli mer tilgjengelig for befolkningen. Flere kommuner oppga at de de siste årene har økt satsning på lavterskel tilbud innen rus og psykisk helse, med ønske om lav terskel for både kontakt og opprettelse av tiltaksbasert oppfølging. Det var ulikt hvorvidt kommunene hovedsakelig drev med vedtaksbasert oppfølging eller en kombinasjon av lavterskel og vedtak. Det varierte også i stor grad hvorvidt tjenester innen psykisk helse drev med oppsøkende virksomhet eller jobbet hovedsakelig med oppfølging i form av oppmøte til avtalt tid og sted.

En felles utfordring som trekkes frem av flere kommunalt ansatte var knyttet til situasjoner med akutt forverring av psykisk lidelse. Flere ga uttrykk for at de da opplevde å ikke strekke til verken med faglig kompetanse, sikkerhet eller bemanning. Flere av kommunene oppga at de nå jobber sammen med respektive DPS og FACT for å utbedre dette.

### 6.1.2 ARBEID FOR ET TETTERE SAMARBEID – MED SPESIALISTHELSETJENESTEN

I andre prosjektår ble det særlig jobbet inn mot spesialisthelsetjenesten. Gjennom vinter og vår 2023 og 2024 besøkte vi aktuelle DPS-er i regionen for å informere om prosjekt og tilbudet ved krisesenteret. På informasjonsmøter har krisesenteret også hatt søkelys på konsekvenser av å ha vært utsatt for vold i nære relasjoner. Det har vi gjort for å kunne belyse viktigheten av integrering av problematikken vold i nære relasjoner knyttet til oppfølging av psykisk helseutfordringer. I henhold til Veileder for helse- og omsorgstjenestens arbeid med vold i nære relasjoner (NKVTS, 2018) har personer som er blitt utsatt for vold i nære relasjoner økt risiko for å få psykisk plager og lidelser. Behandlere innen psykisk helsevern har derfor høy sannsynlighet for å møte pasienter som har vært eller er utsatt for vold i nære relasjoner. Spesialisthelsetjenesten har et ansvar for å dekke volds- og overgrepserfaringer hos sine pasienter i behandling, selv om dette ikke er kjent ved inntak.

Krisesenteret opplevde å bli tatt godt imot og at tema vold i nære relasjoner engasjerte de ansatte ved DPS-ene. Særlig var det stort engasjement knyttet til at vold i nære relasjoner fremdeles er et stort samfunnsproblem, og at mange barn lever med vold og er vitne til vold i hjemmet. Det ble også snakket om ressurser og de ansatte ved DPS fikk innsyn i noen av begrensningen som i dag eksisterer i den helhetlige oppfølgingen av voldsutsatte.

I møtene med DPS-ene fortalte de om deres ulike tilnærminger til å følge opp voldsutsatte, hvor enkelte av DPS-ene opplevde at de hadde varierende nytteverdi ovenfor voldsutsatte som p.t. var i voldelige forhold.

Etter besøket ved ett av DPS-ene fikk krisesenteret tilbud om veiledning fra en av deres terapeuter. Det

ble holdt flere veiledninger der en terapeut fra DPS og fagansvarlig og ledelse ved krisesenteret deltok. Veiledningen var knyttet til hvordan ansatte ved krisesenteret kan møte denne brukergruppen på en hensiktsmessig og god måte. Krisesenteret fikk også bekreftelser på at traumbasert omsorg og tilnærminger vi allerede benytter er gode verktøy i møte med voldsutsatte som er preget av psykisk helseutfordringer.

I likhet med kommunene, opplevde også ansatte ved DPS utfordringer knyttet til pasienter med akutt forverring av psykisk lidelse, og hvor pasientene kunne få tilstrekkelig hjelp utenom ordinær arbeidstid. Dette kommer vi tilbake til senere i rapporten.

I møtene med DPS'ene opplevde vi engasjement og åpenhet for å drøfte muligheter for et tettere samarbeid. Erfaringene våre tilsier, slik vi allerede var klar over ved oppstart av prosjektet, at vi jobber med ulikt utgangspunkt og ulike mandat. Krisesenteret er et lavterskeltilbud som ikke driver med behandlingsrettet arbeid og DPS er et tilbud innen spesialisthelsetjenesten hvor man henvises og søkes inn til behandling. Likevel opplevde vi å møte et felles engasjement for brukere med volds- og traumeproblematikk.



### 6.1.3 GENERELLE ERFARINGER/AVSLUTTENDE KOMMENTARER KNYTTET TIL SAMARBEIDET

Gjennom kontakten med både kommunene og spesialisthelsetjenesten har vi opparbeidet større forståelse og kunnskap om de ulike tilbudene, fokusområdet og arbeidsmetoder. Samtidig har dette gitt oss muligheten for en kunnskaps- og erfaringsutveksling der tjenestene også har blitt bedre kjent med krisesenterets tilbud og vold i nær relasjon som fenomen, noe vi erfarte at var både et ønske og et behov. Særlig erfarte vi at det har vært nyttig å informere om dagtilbudet på krisesenteret, som de fleste hadde lite kjennskap til. Gjennom disse møtene ønsket vi også å presisere ovenfor våre samarbeidspartner at vi jobber lavterskel mot våre brukere, og at vi ønsker lav terskel for ulike ansatte å ta kontakt med oss for drøftinger eller spørsmål.

Krisesenteret gjorde også samarbeidspartene oppmerksomme på krisesenterets taushetsplikt, og i den forbindelse informerte om at vi grunnet sikkerhetsmessige hensyn begrenses i å kunne drive oppsøkende virksomhet til våre brukere. Voldsutsatte som kommer i kontakt med andre, og har behov for krisesentertilbudet, bør derfor oppfordres til å ta kontakt selv eller sammen med støtteperson.

Gjennom prosjektet har det vært en bevisst avgjørelse for oss å prioritere fysiske møter. Dette med bakgrunn i både våre tidligere erfaringer og forskning på samhandling som tilsier at møter ansikt-til-ansikt bidrar til å skape tillit og godt samarbeid (Elstad mfl., 2013). På lengre sikt være svært effektivt og bidra til bedre koordinering og ressursutnyttelse (Brattheim mfl., 2016). Gjennom prosjektperioden har vi opplevd samarbeids- og samhandlingsmøter ansikt-til-ansikt som svært positivt, og at det bidrar til å utvikle tillit og positive samarbeidsrelasjoner over tid. Samtidig, og i likhet med de fleste brukerrettede tjenester er vi i utvikling, og erkjenner at vi burde ha jevnlig kontakt eller møtepunkt for å beholde den gjensidige kjennskapen til hverandres tjenester.

Verdt å presisere, og som vi skrev innledningsvis i kapitlet, vil målgruppen og generelt mennesker som utsettes for vold i nære relasjoner kunne ha svært sammensatte behov for oppfølging. Voldsut-satte er også en uensartet gruppe som hver og en bærer med seg sine unike livshistorier. Kriesesenteret jobber svært bredt med mennesker i alle aldre, etnisiteter, kjønn og sosioøkonomisk status – og med ulike ressurser og hjelpebehov. Samarbeid på tvers av tjenestene på vegne av målgruppen vil derfor, naturlig nok, ikke begrenses til «tjenester innen psykisk helsevern».

Kriesesenteret jobber kontinuerlig for å utbedre, tilpasse og videreutvikle sine tjenester. Det å skape et godt samarbeid med det øvrige tjeneste- og hjelpeapparat er noe vi jobber med hele tiden. Samtidig har vi erfart at prosjektet har bidratt til å minne oss på, og rettet fokuset vårt mot, hvor viktig det er med gode og etablerte samarbeid. Og hvor viktig det er at kriesesentertilbudet er «synlig» blant befolkningen og at det øvrige hjelpeapparatet kjenner til oss og våre tjenester. Vi ser en økning i antall henvendelser og besøk de siste årene. Trolig er det sammensatte grunner for dette. Samtidig ser vi mange fordeler med å være synlig og at dette til syvende og sist kommer de som trenger det til nytte.



## 6.2 TILBAKEMELDINGER FRA DPS

Del av bakgrunnen for hvorfor Sørlandet Kriesesenter tok initiativ til prosjektet Historien min, var at vi fikk få henvendelser fra psykisk helsevern, samtidig som vi møtte brukere som opplevde store konsekvenser av volden på den psykiske helsen. I likhet med historien til Tone, slik vi så innledningsvis, fikk kriesesenteret flere henvendelser fra brukere som sa de hadde fått avslag på henvisning til DPS. Vi ønsket å bli bedre kjent med de ulike DPSene i regionen – deres fokusområder og arbeidsmetoder. Vi valgte derfor å dra på besøk til DPS i regionen. Kontakten med DPS er nærmere forklart over og i dette delkapitlet ønsker vi å presentere noen tilbakemeldinger fra ansatte ved DPS.

Etter besøkene på de ulike DPSene sendte vi ut spørreskjema til de ansatte. Formålet med spørreskjema var å bli bedre kjent med hvordan ansatte ved DPS opplever samarbeidet med kriesesenteret, og hva ansatte ved DPS opplever kan hemme og fremme samarbeid knyttet til vold i nære relasjoner. Svarene ønsket vi å benytte videre i vårt utviklingsarbeid og som en del av datainnsamling til rapporten og videreformidling av erfaringer.

Vi sendte ut i overkant av 200 spørreskjema og fikk svar fra 19 ansatte fordelt på to av DPSene. Følgende spørsmål var inkludert i spørreskjema:

- 1 Har du, gjennom ditt arbeid på DPS, vært i kontakt med Sørlandet Kriesesenter?
- 2 Tenker du det hadde vært nyttig med et samarbeid med Sørlandet Kriesesenter? (Respondentene ble her bedt om å begrunne svaret)
- 3 I din oppfatning, hva tenker du kan fremme et samarbeid med Sørlandet Kriesesenter?
- 4 I din oppfatning, hva tenker du kan hemme et samarbeid med Sørlandet Kriesesenter?
- 5 Har du andre erfaringer, forslag eller annet du ønsker å dele med kriesesenteret, vennligst benytt tekstboksen under. Alle tilbakemeldinger mottas med takk!

Av de 19 ansatte som fulgte ut skjema, var det kun tre som responderte at de hadde vært i kontakt med Sørlandet Kriesesenter tidligere. Spørsmålet utelukker ikke at de ansatte har vært i kontakt med andre kriesentre gjennom sitt arbeid.

På spørsmål om de ansatte tenker det hadde vært nyttig med et samarbeid svarte to nei og 15 ja. En av respondentene krysset ikke av for verken ja eller nei, og skrev «kanskje» i skjemaet. Respondenten forklarte det videre med at det er vanskelig å vite, men ved tidligere arbeidsplass hadde samarbeid med kriesesenteret vært veldig nyttig.

Respondentene ble deretter bedt om å begrunne svaret knyttet til samarbeid, og her kom det frem ulike svar. Flere sa de ønsket samarbeid knyttet til enkeltsaker og dersom det ble aktuelt. Noen ønsket informasjon om tjenesten (kriesesenteret) slik at dette kunne videreformidles til pasientene deres dersom det skulle være aktuelt. En av respondentene skrev: «Av og til viser det seg lengre ut i behandlingen, at pasienter lever i voldelige forhold. Fint å vite mer om hvordan dere tar imot mennesker på kriesesenteret, slik at vi kan formidle dette videre til pasient.»

Det var altså ønske om å vite mer om tjenesten, slik at dette kunne videreformidles. Samtidig var det interessant for oss på kriesesenteret å se at det kan ta noe tid før vold i nære relasjoner avdekkes i behandling. Kriesesenteret står i en særstilling ettersom de aller fleste som tar kontakt med oss gjør det frivillig og viser en villighet til å være åpen allerede ved første kontakt. Vi vet at slik er det ikke alltid, og at mange lever i voldelige forhold uten å fortelle det til noen. Truls sin historie er et eksempel på dette, der han levde med vold i nærmere 20 år før han oppsøkte hjelp og klarte å fortelle om det han hadde blitt utsatt for. Likevel håper vi at økt bevissthet knyttet til vold i nære relasjoner, og det å våge å spørre om vold, kan bidra til å avdekke.

En annen ansatt skrev: «Vi har pasienter som er sårbare og ofte lever i voldelige forhold. Veldig viktig med samarbeid!»

Så her var det ulike erfaringer og opplevelser hva et samarbeid mellom kriesesenteret og DPS kan bidra til.

To av respondentene ga uttrykk for at det er viktig å kjenne hverandres tjenester og at det da er enklere å samarbeide og ta kontakt med hverandre.

På spørsmål om hva som kan fremme et samarbeid fikk vi ulike forslag. Noen fellesnevner var likevel muligheten for å drøfte anonymt, informasjonsmøter eller jevnlig møtepunkt og lav terskel for å ta kontakt med hverandre. Andre forslag til hva som kunne bidra til å fremme et samarbeid var blant annet «kunnskapsutveksling», «større åpenhet» og «egen kontaktperson til DPS».

På det fjerde spørsmålet ble respondentene bedt om å si hva de tenker kunne hemme et samarbeid med Sørlandet Kriesesenter. Et gjentakende tema i svarene her var for lite kjennskap til hverandre – her ble det nevnt for lite kjennskap til hverandres roller, systemer og ressurser. En av respondentene hadde oppsummert manglende kjennskap med «at den ene ikke vet hva den andre gjør». En av respondentene hadde skrevet «Som regel at vi ikke kjenner til og derfor blir terskelen for høy.» Så for denne respondenten var det en direkte kobling mellom det at man ikke kjente tjenesten og at det da ble for høy terskel for å ta kontakt. En annen nevnte «Manglende systemforståelse» og en annen igjen skrev «Rigide inntakskrav». Her ble det altså pekt på både interne og eksterne forhold som kunne hindre samarbeid.

Den femte og siste delen av spørreskjema var et åpent spørsmål. Her ble respondentene spurt om de hadde andre erfaringer, forslag eller annet de ønsket å dele med kriesesenteret. Her var det ni av respondentene som hadde delt sine betraktninger. En av respondentene skrev «Jeg er veldig for økt bevissthet og mener undervisning omkring viktige/relevante temaer ved den enkelt institusjon er med på å bidra til økt felles bevissthet og forståelse.» Vi ved kriesesenteret opplevde dette som et nyttig perspektiv og det ga gjenklang i de erfaringer vi selv har hatt i denne prosjektperioden.

En annen av respondentene skrev: «Det er sjeldent aktuelt med psykoterapi ved pågående kriser, så ikke alltid vi treffer pasienten i samme tidsrom.» Denne

uttalelsen er i tråd med noen av tilbakemeldingene våre brukere har fått fra ulike DPS knyttet til avslag på henvisning. Slik det kommer frem i avslagsbrev er det gjort en vurdering om at den voldsutsatte lever i en pågående voldelig relasjon, og at det derfor ikke vil være hensiktsmessig med terapi. Vi fra krisesenteret har et noe annet perspektiv på dette og ønsker fremover å ha en åpen diskusjon/dialog om dette, særlig med mulige samarbeidsaktører innen psykisk helse. Slik vi opplever det, er det mange voldsutsatte som kan ha behov for oppfølging også før et brudd. I tillegg vil det også være voldsutsatte som ikke har mulighet til å kutte fullstendig kontakt, eksempelvis pga. felles barn og at i mange tilfeller vil volden til en viss grad kunne fortsette. Vi ved krisesenteret mener at det er viktig at disse menneskene ikke blir automatisk avskrevet på den bakgrunn.

Vi fikk ikke så mange respondenter som vi hadde håpet, og har derfor kun samlet synspunkt fra en liten andel av ansatte ved to av DPS'ene. Man kan jo vurdere om manglende respons er et svar i seg selv? Med bakgrunn i spørreskjemaene kombinert med våre erfaringer i møte med de ansatte på informasjonsmøtene, tolker vi det slik at det er i en grad er ønskelig med større kjennskap til hverandre, men for å kunne nå ut til hverandre er det sentralt å ha en forkunnskap om hverandres tjenester. På bakgrunn av dette opplever vi det som viktig å fortsette vårt informasjonsarbeid også ved DPS og inn i aktuelle deler av spesialisthelsetjenesten. Samtidig anerkjenner vi at direkte informasjonsarbeidet til alle instanser som kan møte mennesker innen målgruppen er omfattende og begrenses av ressursmangler. Her bør kanskje noe gjøres fra mer overordnet hold i kommunene og helse distriktene. Viktig presisering til slutt er at svarprosenten er så lav at denne spørreundersøkelsen ikke kan sis å ha validitet. Når vi likevel velger å ta det med så gjør vi det med å reflektere over følgende:

*«Tillit mellom lavterskeltilbud og spesialiserte tilbud etableres ikke av seg selv, men forutsetter at partene har faktisk kjennskap til hverandre, samt har forståelse og respekt for hverandres arbeid.» (RVTS, 2011, s. 8).*

## 6.3 ERFARINGER FRA KRISESENTERET

### 6.3.1 «PÅ HUSET» - INTERN KARTLEGGING

Kartleggingsarbeidet i prosjektet har bestått av både en intern og en ekstern prosess. Mens den eksterne kartleggingen besto av å kartlegge og bli bedre kjent med våre samarbeidspartnere i kommuner og spesialisthelsetjenesten, har den interne prosessen gått ut på å kartlegge muligheter og handlingsrom inne på krisesenteret.

Internt har vi gjennom prosjektet kartlagt utviklingsmuligheter og kunnskapsbehov, samt hatt gjennomgang av gjeldene retningslinjer for HMS og oppdatering av Personalhåndboken, med tanke på målgruppen. I dette delkapittelet vil vi gå gjennom krisesenterets erfaringer med prosjektet. Gjennom prosjektperioden har vi identifisert fem hovedtema for utvikling ved krisesenteret: Kompetanse, lokaler, resurser, samarbeid og holdningsarbeid/endringskultur.

Våre erfaringer og funn i prosjektet samsvarer i stor grad med funnene fra en undersøkelse gjort av RVTS i 2011, Psykisk syke og rusmisbrukende kvinner som brukere av krisesentertilbud. Undersøkelsen ble initiert med bakgrunn i Handlindsplan mot vold i nære relasjoner (2008-2011), og peker på mange av de samme utfordringene vi har sett gjennom prosjektet. Dette har utfordret og motivert oss.

## 6.3.2 KOMPETANSE TIL Å MØTE BRUKERNES BEHOV

I Krisesenterloven § 2, 4. ledd kommer det tydelig frem at kommunen skal sørge for god kvalitet på tilbudet, noe som blant annet er spesifisert med «... at dei tilsette har kompetanse til å ta vare på dei særskilte behova til brukarane» (Krisesenterloven, 2009). Derfor har det vært naturlig for oss gjennom prosjektperioden å vurdere hvilke kunnskaps- og kompetansebehov det er på krisesenteret og hvilke tiltak som bør gjøres for å etterstrebe best mulig oppfølging av voldsutsatte med utfordringer knyttet til psykisk helse. Vold i nære relasjoner er et felt i stadig utvikling, og mye har skjedd siden krisesentrene ble opprettet på 1980-tallet. En hovedvekt av realkompetansen har en lang historie og tradisjon på krisesentrene da de tidligere var drevet av frivillige i et kvinnesolidarisk perspektiv. Mange krisesentre rundt om i landet har gradvis økt formalkompetansen blant ansatte. Dette arbeidet ble videre vektlagt da Krisesenterloven kom i 2009. Antall frivillige som jobber ved krisesentrene har gått betydelig ned, mens utdanningsnivået blant ansatte har økt betraktelig. Av Bufdirs krisesenterstatistikk ser vi at det var 42 prosent av ansatte med universitets- og høyskoleutdanning i 2010, sammenliknet med 57 prosent i 2015 (Bufdir, 2015). Våren 2025 har vi ved vårt krisesenter 16 ansatte. Om lag 70 % av disse har høyskole / universitetsutdanning. De fleste med tilleggsutdanning ut over bachelorgrad.

Samtidig som det har vært en økning i formalkompetanse ved sentrene er det fortsatt et behov for økt kompetanse på spesifikke fagområder, som psykisk helse og rus (RVTS, 2011; Varde Hartmark, 2017; Jahnsen et al., 2022). Veileder for krisesenterloven sier at kompetanse og erfaring blant ansatte er avgjørende for faglig kvalitet, samtidig som loven ikke fastsetter noen krav til formell kompetanse for ansatte. Mange ansatte uten formelle kvalifikasjoner har omfattende erfaringsbasert kompetanse (realkompetanse) (Bufdir, 2015).

Av kartlegging og kunnskapsinnhenting, samt erfaringer i møte med brukere med alvorlig psykisk sykdom, har det blitt tydelig at økt kunnskap og kompetanse er nødvendig for å kunne bidra til trygghet til de ansatte i møte med brukerne. Våre erfaringer tilsier at mangel på kompetanse og erfaringer på gruppen kan føre til flere avvisninger og dårligere kvalitet på krisesentertilbudet til disse brukerne. Dette støttes også av tidligere undersøkelser på krisesentrene (RVTS, 2011). Vi mener derfor at kompetanseheving er et viktig satsingsområde i prosjektet, men også for videre arbeid og utvikling av krisesenteret.

Gjennom prosjektperioden har vi tematisert psykisk helse og konsekvenser av vold gjennom faglige innlegg på våre personalmøter, og opplæring og veiledning i bruk av Motiverende Intervju. Selvmordsforebygging har vært et tema på personalmøtene, og vi fikk besøk av Kirkens SOS, som hadde laget en tilpasset kortversjon av Vivat-kurset for våre ansatte. I tillegg har vi gruppeveiledning ledet av fagstøtte, der mellom 2 til 6 ansatte har mulighet for å reflektere, drøfte og evaluere situasjoner som har blitt oppfattet som krevende i møte med brukerne. På krisesenteret har vi også hatt repetisjon av hovedprinsippene i traumebevisst omsorg. Samtaler og veiledning knyttet til hvem vi er i møte med brukerne og hvordan vi kan bruke oss selv miljøterapeutisk i møte med ulik adferd har også vært tematisert på flere personalmøter og ukemøter. Vi har erfart at det ikke kun er viktig med kompetanseheving og nye metoder, men også repetisjon av tidligere opplæring - samt trygge de ansatte på den kunnskapen de allerede har. Som vi også kommer tilbake til senere i dette kapittelet har individuell tilrettelegging og miljøterapeutiske tiltak vært særlig viktig ovenfor voldsutsatte med utfordringer knyttet til psykisk helse, og som en del av kompetanseheving har det også vært viktig å ha felles diskusjoner knyttet til dette.

Høst 2024 tok leder på krisesenteret kontakt med RVTS Sør og la fram spesifikt behov for kompetanseheving. Vi informerte om prosjektet og om målsettinger for dette. RVTS Sør tok utfordringen

og laget undervisning/kursdager. Dette resulterte i fagsamling på Sørlandet krisesenter mandag 17. mars til tirsdag 18. mars 2025, for alle ansatte. RVTS Sør valgte å kalle fagdagene «Få hjertet ned i brystet» - Hvordan styrke og trygge personalgruppen i møte med beboere med psykisk uhelse. Tema på kursdagen var:

- Hvordan forstår vi psykisk lidelse
- Konsekvenser av traumer
- Traumevisst omsorg
- Reguleringsstøtte og praktiske verktøy
- Samarbeid og kommunikasjon

Sammen med RVTS ble vi enige om at det var viktig med en representant fra legevakta. Legevakten er en av de viktigste samarbeidspartene våre, i akutte tilfeller der bruker/beboer får akutt forverring i tilstand. Både somatisk og psykisk. Dermed var det ekstra viktig å ha innlegg fra en erfaren sykepleier fra legevakta som gjorde det tydelig for oss ansvarsfordeling mellom krisesenteret og legevakta, og som kunne belyse hva legevakten trenger av opplysninger og hvordan vi må prøve å beskrive konkret hva som foregår i situasjonen.

Varde Hartmark (2017) trekker frem at en av ulemper med å forsøke å tilrettelegge for målgruppens behov ved krisesenteret, med andre ord å benytte Internmodellen, er at den er relativt kompetans-ineffektiv. Det vil si at det kreves investering i kompetanse som en ikke nødvendigvis blir utnyttet til enhver tid. På den andre siden opplever vi på krisesenteret at denne kunnskapen generelt er nyttig i møte med brukerne. Og vi ønsker at traumebevisst omsorg skal ligge til grunn i all vår kontakt med mennesker som har blitt utsatt for vold i nære relasjoner - dette ønsker vi å fortsette å fokusere og utvikle oss på. Vi ønsker også å fortsette å utvikle oss på kunnskapen knyttet spesifikt til mennesker med særlig utfordringer knyttet til psykisk helse. I møte med mennesker blir vi aldri utlært.

### 6.3.3 RESSURSBEHOV

Et tilgjengelig krisesentertilbud forutsetter ikke kun egnede lokaler og kompetanse blant ansatte, men også tilstrekkelig kapasitet. Økt tilrettelegging og økte hjelpebehov blant beboerne fører naturlig nok til økt behov for ressurser på krisesenteret. Etter hybelen ble tatt i bruk som skjermet enhet, og vi så en økning i andel beboere innen målgruppen, opplevde personalet travlere vakter og mer arbeid på kveld/natt.

Opplevelsen av økt behov for bemanning kan også ha sammenheng med ansattes ønske om ytterligere kompetanse på målgruppen. En arbeidshverdag kan føles mer belastende, hektisk og krevende dersom man opplever utrygghet eller usikkerhet i ulike situasjoner. Vi ved krisesenteret erfarer at ressursbehov og behov for økt kompetanse dels er overlappende og noe vi ønsker å jobbe med parallelt. På tross av denne erkjennelsen ser vi helt tydelig et behov for økt ressurser for å ivareta denne målgruppen, og andre med tilretteleggingsbehov, på en mer hensiktsmessig og forsvarlig måte. Dette gjelder ikke bare behov for økt kapasitet direkte i kontakt og oppfølging med brukeren - vi opplever også at denne gruppen ofte krever økt innstas knyttet til utadrettet samhandlings- og koordineringsarbeid.

Krisesenteret erfarer at voldsutsatte med utfordringer knyttet til psykisk helse er en svært variert gruppe, og slik som i alle tilfeller vurderes hver enkelt brukers behov individuelt. Noen voldsutsatte vil ha behov for et botilbud, mens for andre vil det være tilstrekkelig og mest hensiktsmessig med oppfølging og rådgiving gjennom dagtilbudet. Det viktigste hensynet når dette skal vurderes er å ivareta den voldsutsattes sikkerhet. Gjennom prosjektet har vi erfart at for enkelte brukere innen målgruppen vil det være mest hensiktsmessig å komme til oppfølging på dagtid uten å i stor grad påvirke vedkommens øvrige oppfølging eller hverdagsliv/rutiner i betydelig grad. Problemet oppstår, slik vi erfarer det, når mennesker med alvorlig psykisk sykdom også har et stort behov

for et trygt midlertidig botilbud. I disse tilfellene har krisesenteret forsøkt å tilrettelegge tilbudet, blant annet ved hjelp av miljøtiltak og «skjermet» hybel. Når dette ikke fungerer, er vi helt avhengig av et samarbeid med tjenester innen psykisk helsevern. Behovet for en sikret og bemannet bolig med kompetansen til å møte alvorlig psykisk sykdom mangler. Et slik midlertidig botilbud er en gjentakende utfordring i dette arbeidet og noe vi ikke har lyktes med å finne en nærmere løsning på ila prosjektperioden. Vi ved krisesenteret opplever, i tråd med ny opptrappingsplan på voldsfeltet, at det er et behov for økt innsats og ressurser til særlig utsatte voldsutsatte som det her er snakk om. At vi på Sørlandet krisesenter føler på ressursknapphet kan kanskje også sees når vi ser på tall fra KOSTRA. Tallene er for 2024. Gjennomsnittlig kostand pr innbygger på landsbasis er kr. 133,- og vi har kr. 71,- pr. innbygger. Nå skal det sies at størrelsen på krisesenteret har innflytelse på pris pr innbygger. Vårt krisesenter er middel stort i norsk sammenheng.

### 6.3.4 LOKALER

I Krisesenterloven kommer det frem at kommunene skal sikre et krisesentertilbud med god kvalitet. God kvalitet konkretiseres i lovens forarbeid blant annet med egnede fysiske lokaler - og at både lokaler og plasseringen «må være anvendelige for formålet» (Bufdir, 2015, s. 11). Dette innebærer at lokalene må være tilstrekkelig fysiske sikret og utformet slik at det er tilgjengelig for alle brukere med behov for tilrettelegging. Per i dag finnes det ingen egen bestemmelse i krisesenterloven om tilrettelegging av lokaler, men under andre regelverk plikter kommunen å arbeide aktivt for å fremme en universell utforming av sine tilbud (ibid.). Samtalerom som ivaretar taushetsplikten, rom og uteareal tilrettelagt for barn og lokaler som samsvarer med kravene i arbeidsmiljøloven nevnes også i krisesenterlovens veileder.

Fra tidligere er det kjent at mange krisesentre opplever at det kan være vanskelig å tilby gode tjenester til voldsutsatte med alvorlig psykisk sykdom og/eller rusbruk fordi de ikke har mulighet for fysisk skjerming og mangel på egnede lokaler (RVTS, 2011; Varde Hartmark, 2017). Dette har også vært diskutert i forkant av dette prosjektet og vært en aktuell problemstilling gjennom prosjektperioden. Krisesenteret har en hybel inne på senteret som har vært testet ut som en mulig måte å skjerme og bedre tilrettelegge for brukere innen målgruppen og andre beboere som av ulike grunner kan ha behov for det. Hybelen har eget bad med vaskemaskin og kjøkken/oppholdsrom som betyr at det kan legges til rette for at beboere som benytter boenheten ikke trenger å dele fellesareal med øvrige beboere. Hybelen har derimot ikke egen inngang og deler gang og inngangsparti med ansatte og øvrige brukere. Det er ikke låsbare dører mellom hybelen og resten av boenheten og hybelen er ikke isolert skjermet enhet og har i så måte sine naturlige begrensninger.

Gjennom prosjektet har vi erfart at hybelen har gitt mulighet for en viss skjerming av beboere som av ulike grunner har hatt behov for dette. Vi opplever at skjerming i perioder kan være svært nyttig, og viktig tilrettelegging for enkelte. Likevel kommer tilbudet med noen begrensninger, blant annet av rent praktiske årsaker, med tanke på at vi kun har en hybel, og at vi kan ha flere som har behov på samme tid. Knyttet til den aktuelle målgruppen erfarer vi at denne løsningen fungerer «til en viss grad», da enkeltes adferd ikke er forenelig med å ivareta sikkerheten til de andre beboerne. På krisesenteret har vi også en svært variert brukergruppe i alle aldre, og adferd hos enkelte kan gjøre andre beboere utrygge. Vi har et gjennomgående stort fokus på ivaretagelse av barna på krisesenteret. Vi opplever at det kan være vanskelig å tilrettelegge for menneskers psykiske sykdom dersom dette kommer til uttrykk i adferd som kan skremme eller på annen måte virke uforutsigbar på andre beboere og deres sikkerhet. I disse vurderingene ligger det også utfordringer knyttet til verdier og kultur - noe vi kommer tilbake til i neste underkapittel.

Et inkluderende krisesentertilbud som er tilrettelagt for ulike tilleggsutfordringer innebærer utbedringer av våre lokaler, også med tanke på dagtilbudene på sentret og utadrettet virksomhet knyttet til for eksempel egnede møtelokaler. Denne problematikken ligger også utenfor prosjektets omfang og vil være et tilbakevendende tema for krisesenteret. Likevel kan vi utfra våre erfaringer konkludere med at tilrettelagte lokaler vil være en fordel for denne brukergruppen så vel som andre beboere med ulike tilretteleggingsbehov i fremtiden.

Det er også her sentralt å presisere at Krisesenteret ikke er en institusjon og ansatte ikke skal fungere som helsepersonell. Samtidig som hybel har blitt tatt i bruk og fungert godt knyttet til enkelte brukere innen målgruppen, er det også blitt enda tydeligere for oss at vi er avhengig av gode samarbeid med andre instanser for å kunne møte behovene til mennesker som er svært syke og har behov for helsehjelp. På denne måten vil en blanding av internmodellen og samhandlingsmodellen også videre være aktuell. Våren 2024 meldte vårt krisesenter inn behov for utbedring/nytt bygg til vår vertskommune, Kristiansand. Her beskrev vi blant annet behov for flere skjermede enheter innenfor samme bygg. August 2025 er status på dette at vi sammen med Kristiansand kommune skal utrede muligheter. Saken er ikke kommet med i økonomi/investeringsplan p.t.



### 6.3.5 ØKT TRYGGHET BLANT PERSONAL /HOLDNINGSARBEID OG KULTUR

I RVTS Sør sin rapport fra 2011 blir holdninger, kultur og tradisjon nevnt som mulige årsaker til at voldsutsatte med utfordringer knyttet til rus og/eller psykisk helse ikke blir inkludert i tilbudet. Ifølge rapporten bunner dette i tradisjonelle holdninger til hvem som er «typiske» brukere av krisesentertilbudet. Slike holdninger ble registrert både hos ansatte og andre beboere ved krisesentrene RVTS undersøkte. Rapporten viser videre til at det kan være svært ulike og lokale praksiser ved mange krisesentre – verdier og tradisjoner ved hvert senter vil i så måte kunne påvirke ikke bare hvilke tilbud som gis, men også hvem som skal motta tilbudet, hva som utgjør et «godt» tilbud og hvem som defineres som brukere av senteret.

Sørlandet Krisesenter har siden 2014 hatt et eget tilbud til voldsutsatte kvinner i aktiv rus, dette har bidratt til økt kjennskap til voldsutsatte med rus og psykisk helse utfordringer og deres behov samt aktuelle tjenester. Det er stor enighet blant senterets ansatte at dette er brukergrupper med potensielt store behov for beskyttelse i krisesenterets botilbud. Likevel, ettersom dette tilbudet ikke er samlokalisert med det øvrige botilbudet til voldsutsatte kvinner og barn, har ikke de ansatte i samme grad forholdt seg til denne gruppen tidligere. Det var derfor en del skepsis blant personalet til å skulle senke terskelen for voldsutsatte med utfordringer knyttet til psykisk helse. Praksisen ved senteret har tidligere vært å vurdere brukerens «boevne» i forbindelse med et eventuelt inntak til botilbudet. Personer med alvorlig psykiske symptomer kunne bli veiledet til å ta kontakt med sin fastlege eller andre tjenester innenfor psykisk helse. Dette er muligens den mest sentrale endringen som er gjort på senteret i prosjektperioden, og en viktig barriere å bryte ned. Ikke bare på grunn av krisesenterlovens krav, men også fordi vi nå ser at mennesker som tidligere kanskje ikke ville fått innpass kan få mer tilrettelagt hjelp ved krisesenteret.

I likhet med det som kommer frem i rapporten fra 2011 opplever vi ved Sørlandet Krisesenter at det er viktig med verdidebatter – ikke bare en gang, men når tematikken er aktuell. Ikke kun for å minne oss selv på hvilke behov brukerne har, men også for å minne oss selv på at dette ikke er noe nytt. Det er viktig å kunne snakke åpent rundt situasjoner eller brukere som vi opplever som utfordrende. Brukere med utfordringer knyttet til psykisk helse er nok langt vanligere enn vi tror. Forskjellen ligger muligens i at vi nå er mer bevisst på denne brukergruppen og deres eventuelle utfordringer. Vurderinger og avveininger på hvilke brukere vi kan hjelpe på senteret og hvilke brukere som har behov for spesialisert hjelp knyttet til sine tilleggsutfordringer vil nok alltid utfordre oss. Men vi opplever samtidig at vi har blitt flinkere til å tilrettelegge og skape gode tjenester også for mennesker innen målgruppen.

NKVTS (2008) poengterer at en forklaringene på hvorfor krisesentrene får så godt skussmål av brukerne, kan være at sentrene er et tilbud til personer med lignende erfaringer og lignende behov. Et argument mot å åpne for ulike brukergrupper kan være at det kan få negative konsekvenser for bomiljøet og for identitetsfølelsen hos beboerne. Samtidig vil ikke dette være første gang det skjer en endring i brukersammensetningen på senteret. Tidligere har det vært diskutert hvordan økningen av brukere med etnisk minoritetsbakgrunn vil påvirke tilbudet (NKVTS, 2008). På Sørlandet Krisesenter ser vi stadig endring i brukersammensetning og opplever voldsutsatte generelt som en svært variert gruppe.

I «holdningsarbeidet» knyttet til voldsutsatte med psykiske problemer mener vi at MTM-rammeverket har vært særlig nyttig og treffende, nettopp fordi rammeverket bidrar til å ufarliggjør og av-mystifiserer psykiske problemer. Prinsippene i rammeverket bidrar til å ufarliggjør normale reaksjoner på traume, og ved å ta bort fokuset fra diagnoser og det som er ukjent for personalet tror vi at dette over noe tid kan bidra til å skape større trygghet. Psykisk helse handler mer om menneskemøter og relasjoner, og det er ikke noe nytt for ansatte ved krisesenteret. Tvert

imot. Samtidig har det vært en overgang å skulle følge opp mennesker hvis adferd gjenspeiler deres traumer/ tydelige traumereaksjoner. Disse menneskene har et tydelig behov for at vi som ansatte ved senteret skal benytte vår kunnskap og kompetanse knyttet til traumebevisst omsorg. Vi tror noe av nøkkelen i dette arbeidet er å bruke tid på å trygge hverandre og minne på all den kunnskapen vi besitter knyttet til å møte mennesker i krise. Vi tror dette vil bidra til å styrke vårt tilbud på sikt og gi oss motivasjon i det videre arbeidet. Prosjektperioden har ikke vært problemfri, og i utprøving av hybelen har vi hatt erfaringer som vi vil karakterisere som gode og dårlige. Det vi har erfart i perioden er at de gode erfaringene har gitt en motivasjon blant personalet og en mestring vi ønsker å spille videre på.

Sørlandet Krisesenter ser det som viktig å fortsette dette arbeidet og vi er på ingen måte i mål/ferdig utlært. Gjennom prosjektet opplever vi at personalet har behov for økt trygghet i møte med målgruppen. Knyttet til det vil vi opprettholde veiledning med personalet på dette temaet, og med ulike relevante tema som eksempelvis ansvarsområde, sin egen rolle som ansatt i møte med ulik adferd og hvordan bygge allianse og relasjoner med beboerne. Vi opplever at trygging av personalet henger sammen med flere av punktene over og kan ikke sees isolert fra behov for økt kunnskap, tilrettelagte lokaler eller resurser/ bemanning.

### 6.4 ERFARINGER FRA IDEELLE ORGANISASJONER

Som del av prosjektet har vi kontaktet ideelle organisasjoner i Kristiansand som gjennom sitt arbeid kan møte mennesker utsatt for vold i nære relasjoner. Ettersom vi ønsket deres tilbakemelding knyttet prosjektet inviterte vi til et møte med representanter fra hver av organisasjonene. Totalt ble sju organisasjoner invitert, hvor representanter fra tre av organisasjonene deltok: ROM-Agder, Mental helse og Kristiansand Sanitetsforening representerer gjennom Kvinnehelsehuset i Kristiansand.

Sørlandet krisesenter ønsket innspill knyttet til voldsutsattes psykiske helse og deres behov i møte med krisesenter og det øvrige hjelpeapparat. Vi etterspurte særlig innspill på tema knyttet til samarbeid i hjelpeapparatet og brukervedvirkning. Det var ingen fast oppsett, men eksempler på spørsmål som ble stilt var:

- *Hvilke utfordringer/muligheter ser dere når hjelpebehovene krever at flere aktører samarbeider mot denne målgruppen?*
- *Hvordan legge til rette for reell brukervedvirkning for voldsutsatte?*

I møtet utkrystalliserte det seg noen hovedtema som vi vil presenterer i dette kapitlet. Vi har valgt å dele inn funnen i følgende hovedkategorier

- *Gode møter*
- *Å navigere i hjelpesystemet – «Det er noe som mangler»*
- *«Et sted man blir lyttet til og forstått»*
- *«Du er for resurssterk, trenger du hjelp?»*

Under samtalen ble det benyttet ulike begreper på ansatte i hjelpe- og tjenesteapparatet, blant annet oppfølgere, sosialarbeidere, veiledere og «de som jobber i tjenestene». For å unngå forvirring har vi derfor her valgt å benytte samlebetegnelsen «hjelpere» når dette omtales. Deltakerne har vi valgt å kalle «representanter» ettersom de var der som representanter fra ulike ideelle organisasjoner. Noen av representantene bidro i kraft av sin erfaringskompetanse og/eller gjennom erfaring fra arbeid i organisasjonen og møte med andre voldsutsatte.

## CODE MØTER

Flere av representantene vi snakket med fremhever at det finnes mange gode mennesker i hjelpeapparatet og gode møter mellom bruker og hjelper, men at dette oppleves for tilfeldig. De kaller disse hjelperne «ildsjeler» eller «engler». Det som er fellesnevner for at et møte beskrives som «godt» er at hjelperne oppriktig brydde seg om mennesket som satt fremfor dem, var lyttende og nysgjerrig på deres historie. «Vi må begynne å bry oss igjen. Vi må ikke være så redd for det», var det en av representantene som la til. Det var også viktig å få rom til å fortelle sin historie

og deres erfaring tilsa at det er lindring i nettopp dette. «Det er så viktig å kunne fortelle, fortelle og få en bekreftelse på det man tenker. Få bekreftelse på man ikke er gal – for det er jo det man er blitt fortalt. Om igjen og om igjen, så man slutter å stole på seg selv.» Her kan vi også særlig trekke paralleller til historien til «Tone», som fortalte at bekreftelse hadde vært det viktigste for henne i den oppfølgingen hun hadde fått etter brudd med voldsutøver. Videre forklarer en av representantene: «Ta de på alvor. Gi de en sjanse til å forstå hva det er de lever i». Dette var også særlig aktuelt for både «Tone» og «Truls», som begge sa de ikke helt forsto hva det var de var utsatt for før de kom til krisesenteret og at det hadde vært viktig for dem å sette ord på nettopp dette.

Flere av representantene fra de ideelle organisasjonene hadde opplevd at hjelpere ofte var ivrige på å hjelpe med en gang – gjøre tiltak og sette i gang prosesser. Mens selv ønsket brukerne noen som lyttet til dere og deres behov - uten å komme med «løsninger» med en gang. Til forskjell fra de gode møtene, mente representantene også at det var mange hjelpere som ikke kunne nok om vold i nære relasjoner og de etterlyser mer kunnskap om både tegn på og konsekvenser av volden.

I tillegg til mer kunnskap om vold i nære relasjoner i tjenestene, og kanskje relatert til dette, etterlyser representantene at hjelperne må tørre å spørre om vold: «Vi må ikke fikse alt, men vi må tåle å høre det. Vi må tåle å se det andre mennesket». De hadde en opplevelse av at det var mange i hjelpeapparatet som var redd for å stille spørsmål knyttet til vold og derfor unngikk denne tematikken i møte med brukerne. Videre forklarer en av representantene:

*«Krisesenteret er jo en av de som kommer tett på. Og snakker direkte om det med vold. Men det er flere som må tørre å stille de kontroversielle spørsmålene [i hjelpeapparatet]. Hvis det er en sannsynlighet for at, bare en mistanke, altså man må spørre.»*

## Å NAVIGERE I HJELPESYSTEMET - «DET ER NOE SOM MANGLER»

På spørsmål knyttet til samarbeid mellom tjenestene og hvordan målgruppen opplevde dette, var representantene enige om at dette var svært vanskelig for deres medlemmer. Det å få hjelp var vanskelig i seg selv og hadde de sammensatte utfordringer med behov for koordinerte tjenester, krevde dette utrolig mye av den voldsutsatte. Noen ble overveldet og andre mistet motet før de hadde fått hjelp, atter andre opplevde at det ble som en jobb å holde kontroll på alle avtaler og oppfølging og hadde derfor ikke de samme mulighetene i arbeidslivet. En av representantene oppsummerer det slik: «Det er mange som sier at man skal være frisk for å kunne være psykisk syk, og ja, det er sånn det er.»

Videre på spørsmål om hva de opplever kunne gjort situasjonen bedre, hadde de flere forslag. Flere stilte seg bak forslaget om en koordinator i kommunen som hadde oversikt over saken: «Vi trenger en som sluser deg inn. En person som kan følge din sak. For det krever mye å hele tiden skulle fortelle sin historie på ny.» Andre etterlyser en husmorvikar eller likende rolle til særlig utsatte foreldre, som kunne hjelpe til med daglige gjøremål. Videre gir representanten uttrykk for at det generelt kreves et mye tettere samarbeid mellom tjenestene og at tjenestene ikke snakker sammen fører til at vold i nære ikke oppdages eller oppdages svært sent. Her blir også taushetsplikt forklart som en barriere og i noen tilfeller som en hvilepute for tjenestene. «De jobber på hver sin tue», legger en av representantene til.

## «ET STED MAN BLIR LYTTET TIL OG FORSTÅTT»

Tilgjengelighet i tjenestene mente representantene var svært viktig. For en voldsutsatt og eventuelt pårørende finnes det en rekke barrierer for å ta kontakt med hjelpeapparatet. Når de først tok kontakt og ba om hjelp, var det viktig å imøtekomme dette. Representantene forteller at de møter voldsutsatte som kjenner på enorm skam og skyldfølelse, og at det kan hindre dem i å oppsøke hjelp. Også i møte med flere etniske minoriteter var skam en sentral barriere, hvor man potensielt kunne bli dømt og utstøtt fra slekt og miljøet rundt dersom man fortalte om vold. Det var viktig at det et sted de kunne kontakte uten at noen fikk vite det. «Et sted man blir lyttet til og forstått», forklarer en av representantene. At krisesentrene er et lavterskeltilbud med døgnåpen telefon trekkes frem som særlig positivt - for både voldsutsatte og deres pårørende. «Det er så verdifullt for pårørende, oss rundt, å kunne ha et sted å ringe. (...) Det er utrolig vanskelig å stå å se på at noen du er glad i blir behandlet sånn.»

Representantene sier at de skulle ønske at flere visste om krisesentrenes tilbud og andre lavterskeltilbud, og at de kunne benytte seg av dette i større grad. De så et helt tydelig behov for ytterligere informasjon om hvilke tilbud som finnes til voldsutsatte og tjenester innen psykisk helse.

## «DU ER FOR RESSURSSTERK, TRENGER DU HJELP?»

Representantene snakket om hvor store konsekvenser vold i nære relasjoner kunne ha i et livsløp og hvordan det kan påvirke den psykiske helsen til både voldsutsatte og deres nærmeste. De har møtt mange voldsutsatte som sliter i hverdagen, står utenfor arbeid og som ikke føler de får den hjelpen de trenger. En av dem understreker at det krever utrolig mye å skulle bygge opp både seg selv og sitt liv etter å ha levd med vold. Man slutter å stole på seg selv, sine vurderinger og sin verdi. Samtidig som det er tydelig for dem at mange har dårlig både fysisk og psykisk helse som følge av vold

i nære relasjoner, ønsker de å fortelle at vold kan skje i alle samfunnslag og at det ikke alltid er like tydelig for mennesker rundt. Det er derfor viktig at hjelpere er bevisst på tegn til vold i nære relasjoner i alle møter. En av representantene, i kraft av sin erfaringskompetanse, sier hen tror at det er mange som lever et dobbeltliv:

«Det er mange som tror at når man ser oppegående ut og har en jobb, så sliter man ikke. Dette med psykisk helse, det står ikke alltid skrevet på oss. Mange lever et dobbeltliv. De har kanskje jobb og fungerer utenom, men så kommer de hjem til vold. Det å forstå det og navigere i det livet, det må man ha erfart for å forstå det 100%.»

Representanten sier at det er umulig å forstå fullt og helt, dersom man ikke selv har opplevd det, men hen ønsker å presisere at det derfor er viktig å lytte. Videre forteller representanten at den voldsutsatte også må være villig til å fortelle og villig til å oppsøke hjelp, men at dette kan ta tid. For noen må det etableres relasjon og tillit, over tid, til en helper før de kan fortelle.

I likhet med «Tones» historie hadde representantene også opplevd at flere av deres voldsutsatte medlemmer hadde blitt henvist til behandling, men fått avslag. Dette mente de kunne ha store og langvarige konsekvenser, for den voldsutsatte og deres eventuelle barn. Flere hadde blitt møtt med at de var «for velfungerende» eller «for oppegående», men opplevde selv et stort behov for behandling og en hverdag der de ikke fungerte. En av representantene hadde selv opplevd å få avslag. Denne representanten hadde møtt forståelse hos sin fastlege og fastlegen hadde sett et behov for spesialisert behandling, likevel hadde hen fått avslag. Representanten hadde kjent konsekvensene av volden både på kropp og psyke, og ønsker at helseapparatet kan se hele mennesket: «Vi skiller mennesket fra halsen og opp. (...) Vi må begynne å samarbeide, vi er et menneske med alle de erfaringene og livet vi har levd, det kan vi ikke skille fra resten.» Manglende oppfølging særlig knyttet til psykisk helse

var et gjennomgående tema i intervjuet og rot til både frustrasjon og en følelse av maktesløshet for representantene. De møtte til stadighet mennesker som de opplevde hadde behov for psykisk helsetjenester, men som ikke fikk det.

## 6.5 KUNNSKAPS-INNSAMLING

I startfasen av prosjektet ble det gjennomført kunnskapsinnhenting gjennom en dokumentanalyse knyttet til vold i nære relasjoner og psykisk helse. Aktuelle tidsskift, nettsider og søkemotorer som NKVTS, regjeringen.no, Lovdata, Kudos, CINAHL, Family and Society studies Worldwide, MEDLINE, PsykINFO, PubMed, Google søk og Google Scholar, ble benyttet for å finne relevant nasjonal og internasjonale litteratur.

Knyttet til kunnskapsinnhenting tok vi også direkte kontakt med en av rådgiverne hos Bufdirs *Avdeling for kompetanse og implementering*. Dette gjorde vi særlig med tanke på å hente inn tidligere erfaringer med utviklingsprosjekt på volds- og tilleggsproblematikk. Erfaringer fra Oslo Krisesenter knyttet til «Utviklingsprosjekt for å styrke krisesentertilbudet i Oslo til voldsutsatte med alvorlig problematikk knyttet til psykisk lidelser» og erfaringene fra Krisesenter for Molde og omegn, Krisesenteret i Salten (Bodø) og Moss Krisesenter skriftliggjort av Varde Hartmark i åtte delrapporter, har vært særlig aktuelt for prosjektet.

Fra det sistnevnte prosjektet, skriftliggjort av Varde Hartmark, har vi blant annet tatt i bruk to modeller som anbefales i slike prosjekter, kalt Internmodellen og Samhandlingsmodellen. Basert på tidligere erfaringer, blant annet med senter for rusaktive kvinner som ble startet i 2014, og de planer og strategier som allerede var lagt av daglig leder og prosjektleder, ble det bestemt at prosjektet skulle følge en kombinasjon av disse modellene. Dette ble avgjort med bakgrunn i at en kombinasjon av disse modellene sees som mest hensiktsmessig ut fra det kartleggingsarbeidet som

ble gjennomført i begynnelsen av prosjektet. Modeller og begrunnelse for valget er nærmere forklart i rapportens første del.

Litteraturen vi fant bidro langt på vei til å bekrefte våre erfaringer. Nemlig at dette er en særlig utsatt og variert gruppe mennesker som trenger tilrettelegging og som ofte har sammensatte behov. Samtidig som volden i nære relasjoner kan ha store konsekvenser og medføre omfattende psykiske helseplager, har også mennesker med underliggende psykisk lidelse høyere risiko for å bli utsatt for vold. Undersøkelser blant voldsutsatte barn og voksne viser at psykiatrisk oppfølging er lite tilgjengelig for denne brukergruppen (Jahnsen et al., 2022).

Gjennom omfattende kunnskapsinnhenting har både prosjektleder, daglig leder og vikarierende prosjektansatte satt seg inn i tematikken psykisk helse. Vi har også deltatt på seminaret «Hvordan forstår vi psykisk helse», arrangert av Kristiansand, Arendal og Grimstad kommuner, Universitetet i Agder, RVTS Sør og Sørlandet sykehus. Seminaret var en introduksjon av makt-trussel-mening-rammeverket (MTMR), lansert av den engelske psykologforening. Lucy Johnstone, en britisk psykolog og forfatter, har som hovedforedragsholder presentert MTM rammeverket, som er et alternativ til dagens diagnosemodeller. Dette rammeverket er nærmere beskrevet i innledende kapitler knyttet til vårt faglig fundament. Kort oppsummert peker rammeverket på at søkelyset på psykiatriske diagnoser fører til at vi mister fokus på livshistorien til brukerne og faktorene i deres liv som påvirker livskvalitet. Våre erfaringer tilsier at denne måten å tenke på og møte voldsutsatte er svært aktuell – dette har blitt bekreftet gjennom prosjektperioden.

## 7 VEIEN VIDERE

Nå på slutten av prosjektet prøver vi å se for oss veien videre - hvordan vi skal kunne gi et godt tilbud til voldsutsatte med alvorlige psykiske lidelser. Gjennom prosjektperioden har vi tatt imot mange brukere i denne gruppen og gjort oss noen erfaringer. Disse er med på å ramme inn vår oppgave og vårt ansvar for hvordan den enkelte kan få best mulig hjelp.

### Viktige refleksjon i denne sammenheng er:

- Hvor langt går vårt ansvar, og når går ansvaret over til andre deler av hjelpeapparatet?
- Se på klare begrensninger i å kunne koordinere hjelp til særlig hjelpetrengende brukere når de ikke hører hjemme i våre samarbeidende kommuner og / eller ikke hører hjemme i vårt helsedistrikt.
- Vurdere mulighet for å ivareta sikkerhet til brukere som har høyt trusselbilde og som ønsker å flytte til andre deler av landet uten at dette foregår i politisporet. Når voldsutsatte er særlig preget av volden så kan dette ofte bli en problemstilling.
- Vurdere skjæringspunktet mellom traume og sykdom for å kunne vurdere best mulig hjelp i øyeblikket for bruker.

Disse problemstillingene har vist seg tydelig og utfordrende i møte med voldsutsatte med alvorlig problematikk knyttet til psykiske helseutfordringer.

## 7.1 SAMARBEID – VEIEN VIDERE

Som vi presenterte innledningsvis, har vi gjennom prosjektet hatt søkelys på to hovedmodeller for gjennomføringen: Internmodellen og Samhandlingsmodellen. Mens økt kunnskap og kompetanse internt, holdningsarbeid, lokaler og til dels ressursbehov er direkte knyttet til den interne tilretteleggingen og utviklingen, vil disse faktorene også naturlig nok påvirkes av ytre forhold og utadrettet samhandlingsarbeid. Samhandlingsmodellen er, som navnet tilsier, at gode samhandlingsrutiner skal sørge for at voldsutsatte med tilleggsproblematikk overføres til

øvrige tjenesteapparat, mens krisesenteret bidrar med nødvendig voldskompetanse (Varde Hartmark, 2017).

Samarbeid og samhandling anser vi som nøkkelen til å tilby et bedre og mer tilrettelagt tilbud til brukergruppen det her er snakk om, samtidig vil det være mange faktorer som påvirker dette arbeidet. Det vil med andre ord være flere faktorer som spiller inn på hvorvidt krisesenterlovens krav om et helhetlig voldsarbeid kan fungere. Organisasjonsform, størrelse på kommunene, reiseavstand mellom krisesentrene, graden av formaliserte samarbeidsavtaler og handlingsplaner, forutsigbare økonomiske rammer og kunnskap om lovens forpliktelser er alle faktorer som spiller inn (Jahnsen et al., 2022). Sørlandet Krisesenter har en utfordring med tanke på at vi samarbeider med 17 ulike kommuner med ulik geografisk plassering, omfang og tilnærming til vold i nære relasjoner. Ett spørsmål vi sitter med nå er om vi via en revidert og utvidet samarbeidsavtale kan legge føringer for tettere og bedre kommunikasjon og samarbeid. Vi ser at mange samarbeid og samarbeidsrutiner har blitt bedre, særlig de siste årene og vi opplever svært godt samarbeid med blant annet til politi, barnevern, Nav og andre. Likevel har vi fortsatt en vei å gå og Sørlandet Krisesenteret fortsetter vårt utadrettede arbeid for å forbedre samarbeid til helsevesen og andre aktuelle, samt vårt informasjonsarbeid som vi opplever som svært viktig. I så måte stiller vi oss bak rapporten til RVTS fra 2011 og mener dette avsnittet er like aktuell i dag:

*«En målsetning om et godt krisesentertilbud for alle forutsetter derfor utvikling av en åpen kultur, med gode og trygghetsskapende samarbeidsrutiner med helsevesen og sosiale tjenester. Det er viktig at samarbeidsrutiner formaliseres og ledelsesforankres. Gode samarbeidsrutiner er avhengig av gjensidig tillit. Tillit mellom lavterskeltilbud og spesialiserte tilbud etableres ikke av seg selv, men forutsetter at partene har faktisk kjennskap til hverandre, samt har forståelse og respekt for hverandres arbeid.» (RVTS, 2011, s. 8).*

Samtidig som vi jobber mot et ideal om sømløse overganger fra krisesenteret videre til aktuelle hjelpetjenester, vil det i realiteten være mange faktorer som påvirker dette. Mest sannsynlig vil vi måtte vurdere og jobbe ut fra hver enkelt sak.

Krisesenteret jobber bevisst videre med å holde terskelen nede for denne brukergruppen. Vel vitende om at det er en rekke barrierer og at det kan oppleves svært vanskelig for voldsutsatte å søke hjelp, er det svært viktig for oss å jobbe med dette. Den tilliten som voldsutsatte gir oss ved å ta kontakt må vi vise respekt og ikke bare være en instans som henviser dem videre hjelpeapparatet.

Innledningsvis presenterte vi det Varde Hartmark fant i sine undersøkelser – ifølge deres konklusjoner er det i all hovedsak tre hovedområder som utfordrer og kan hindre kommunen i å sikre lovens krav om å gi voldsutsatte et helhetlig og tilrettelagt tilbud:

1. Samarbeids relasjoner – system og rutiner for å samordne tjenestene
2. Fasiliteter - tilpasninger knyttet til bygg og skjermede områder
3. Kompetanse – på aktuell målgruppe, eksisterende tjenester og kompetanse om tiltakskjeden (som forutsetning for samhandling)

Dette er i stor grad i tråd med det vi opplever gjennom prosjektet. I tillegg gjenkjenner vi at holdninger, tradisjoner og kultur spiller inn både knyttet til det interne, men også det eksterne samarbeidet. Etter som krisesenteret er en stiftelse og på den måten ikke direkte organisert under kommunen, opplever vi at informasjonsarbeidet har vært særlig viktig. Vi ønsker at krisesenteret skal være en naturlig samarbeidspart eller sparringspartner i saker der det er mistanke om eller uttalt vold i nære relasjoner.

## 7.2 INTERNE ERFARINGER – VEIEN VIDERE

Vi kan oppsummere det vi bør jobbe med videre i vår organisasjon slik:

### Utvikling av individuelt tilpassede tilbud:

- Utforske endringer og tilpasninger i dagtilbudet, hvordan kan det legges bedre til rette for et dagtilbud for målgruppen.
- Fortsett arbeidet med å tilpasse miljøterapeutiske tiltak for å sikre individuell oppfølging som fremmer mestring.

### Kompetanseutvikling:

- Øk kompetansen innen psykisk helse blant ansatte for å sikre best mulig oppfølging.
- Videreføre og styrk eksisterende tiltak som tema-dager og annen grunnopplæring og obligatoriske kurs.
- Sørge for jevnlig repetisjon og refleksjon over tidligere læring for å trygge personalet i møte med krevende situasjoner (etisk refleksjon).

### Holdnings- og kulturarbeid:

- Fortsett med verdidebatter og refleksjon rundt tradisjoner, kultur og holdninger blant ansatte for å styrke inkluderingen av alle målgrupper.
- Utarbeid retningslinjer som tydeliggjør praksisen for vurdering av brukernes behov.

### Ressurstilførsel:

- Jobbe mot å øke bemanningen for å håndtere økte hjelpebehov og sikre forsvarlig oppfølging av brukere med komplekse utfordringer.
- Jobbe for å tilføre ressurser for å styrke samhandling og koordinering med eksterne tjenester, som psykisk helsevern.

### Fysisk tilrettelegging:

- Utbedre lokalene for å muliggjøre skjerming og bedre tilrettelegging for brukere med særskilte behov, samtidig som hensynet til øvrige beboeres sikkerhet ivaretas.
- Utforsk muligheten for dedikerte, bemannede boliger i samarbeid med kommunen for å møte behovene til brukere med alvorlig psykisk sykdom.

### Samarbeid og systemforbedringer:

- Styrke samarbeidet med spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester for å sikre helhetlig oppfølging av voldsutsatte med komplekse behov.
- Jobbe mot konkrete forpliktelser i fornyet samarbeidsavtale med samarbeidskommunene.



## 8 REFERANSER

Ahnfelt, E. (1987). Kvinnemishandling: fra privat problem til offentlig ansvar: en dagsordenbyggingsprosess (Hovedoppgave Universitetet i Oslo). Oslo. Hentet fra <http://www.krisesenter.com/backup240616/filer/pdf/mate-riell/Kvinnemishandlingfra-privat-problem-til-offentlig-ansvar.pdf>

Alsaker, K., Moen, B. E., Morken, T., & Baste, V. (2018). Intimate partner violence associated with low quality of life-a cross-sectional study. *BMC women's health*, 18, 1-7.

Amstadter, A. B., Aggen, S. H., Knudsen, G. P., Reichborn-Kjennerud, T., & Kendler, K. S. (2013). Potentially traumatic event exposure, posttraumatic stress disorder, and Axis I and II comorbidity in a population-based study of Norwegian young adults. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 48(2), 215-223.

Bakketeig, E., Stang, E. S., Madsen, C., Smette, I. & Stefansen, K. (2014). *Krisesentertilbudet i kommunene: Evaluering av kommunenes implementering av krisesenterloven*. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. (NOVA rapport nr.: 19/2014). <https://hdl.handle.net/20.500.12199/5080>

Bengtsson-Tops, A., Saveman, B., Tops, D. (2009): Staff experience and understanding of working with abused women suffering from mental illness. *Health & Social Care in the Community*, Vol 17, Issue 5, 459-465.  
Bengtsson-Tops, A. & Ehliasson, K. (2012): Victimization in individuals suffering from psychosis: a Swedish cross-sectional study. *Journal of Psychiatric and mental health Nursing*, 2012, 19, 23-30.

Bengtsson-Tops, A., & Tops, D. (2007). Self-reported consequences and needs for support associated with abuse in female users of psychiatric care. *International journal of mental health nursing*, 16(1), 35-43.

Brattheim, B. J., Hellesø, R. & Melby, L. (2016). «Å holde tråden»: Elektronisk meldings- utveksling ved utskrivning av pasienter frå sykehus. *Sykepleien Forskning*, 11(1), 26-33.

Bliksvær, T., Skogøy, B. T., Sloan, L., Bakar, N., Johnson, R., & Kosuta, M. (2019). Kommunenenes krisesentertilbud - En kunnskapsoversikt (NF rapport nr.: 13/2019). Nordlandsforskning og KUN likestillingssenteret. [nf-rapport\\_13\\_2019.pdf](https://www.nf-rapport.no/rapport_13_2019.pdf) (kun.no)

Bufdir (2015). Veileder til Krisesenterloven, 01/2015, [https://bibliotek.bufdir.no/BUF/101/Veileder\\_til\\_krisesenterloven.pdf](https://bibliotek.bufdir.no/BUF/101/Veileder_til_krisesenterloven.pdf)

Bufdir (2022). Krisesentertilbudet i norske kommuner. Hovednettside for tilgang til statistikk om krisesentertilbud, brukere, samarbeid med andre instanser, m.m. besøkt 09-11.2022: Krisesentertilbudet i norske kommuner (bufdir.no)

Bufdir krisesenterstatistikk - utdanningsnivå 2015 - se øverst side 21 i siste rapport Varde Hartmark

Carr, C. P., Martins, C. M., Stingel, A. M., Lemgruber, V. B., & Juruena, M. F. (2013). The role of early life stress in adult psychiatric disorders: a systematic review according to childhood trauma subtypes. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(12), 1007-1020.

Ekhaugen, T. (2016). *Delrapport 2b: Kartlegging av relevant lov- og regelverk*. (2016/07). Vista analyse

Elstad, T. A., Antonsen, S., Tillerli, H., & Storli, M. (2017). «Vi møtes på tvers og ser hva vi kan få til sammen» Ansattes erfaringer fra et samarbeidsforum i psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 14(3), 232-243.

Fosse, R., & Dersyd, A. K. (2007). Forekomsten av traumeutsatte pasienter ved distriktpsykiatriske sentre i spesialisthelsetjenesten. Rapport fra Aker Universitetssykehus, Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, region øst

Hagen, M. B. (2021). Traumebevisst omsorg i psykisk helsearbeid - fra et tilknytningsteoretisk perspektiv. (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Holter, M. T. S., Bøe, T. D., & Bertelsen, B. (2024). Et alternativ til diagnoser for psykiske lidelser: makt-trussel-mening-rammeverket. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 61, (7), 2024, 454-462. <https://doi.org/10.52734/PTJO4792>

Isdal, P. (2000). Meningen med volden. Oslo: Kommuneforlaget.

Jahnsen, S. Ø., Kårtveit, B., Lundeberg, I. R., Sivertsen, K., Bergman, S., Sandmoe, A., Selvik, S. & Øverlien, C. (2022). Krisesenter-kommunenes arbeid og oppfølging i reetableringsfasen. (NORCE Helse og Samfunn rapport nr.: 20 Rapport nr. 20-2022, NORCE helse og samfunn.pdf (unit.no)

Jepsen, E. K. K., Langeland, W., Sexton, H., & Heir, T. (2014). Inpatient treatment for early sexually abused adults: A naturalistic 12-month follow-up study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(2), 142-151. <https://doi.org/10.1037/a0031646>

Johnstone, L. & Boyle, M. with Cromby, J., Dillon, J., Harper, D., Kinderman, P., Longden, E., Pilgrim, D. & Read, J. (2018). *The Power Threat Meaning Framework: Overview*. Leicester: British Psychological Society.

Justis- og beredskapsdepartementet. (2012). Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner: Det handler om å leve. (Meld. St. 15 (2012-2013)). Meld. St. 15 (2012-2013) (regjeringen.no)

Krisesenterlova (2009). Lov om kommunale krisesentertilbud (LOV-2009-06-19-44). Sist endret: LOV-2021-06-18-127 (1.7.21). <https://lovdata.no/lov/2009-06-19-44>

Møller, G. (2017). *Delrapport 1A: Kunnskapsoppsummering. Utviklingsprosjekt for å styrke krisesentertilbudet i kommunene til voldsutsatte med alvorlig problematikk knyttet til rus, psykiske lidelser og funksjonsnedsettelse*. Varde Hartmark. -

NOVA (2014). Tjenestetilbudet til voldsutsatte personer med nedsatt funksjonsevne: En studie på oppdrag fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. NOVA Rapport nr. 6-14 Tjenestetilbudet-til-voldsutsatte-personer-med-nedsatt-funksjonsevne-Rapp-6-14.pdf (oslomet.no)

NAPHA (2024, 29 januar). Et nytt rammeverk, som kan erstatte den diagnostiske modellen, er nå oversatt til norsk. Et nytt rammeverk, som kan erstatte den diagnostiske modell, er nå oversatt til norsk - NAPHA Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid

Oslo krisesenter (2019). Rapport: Utviklingsprosjekt for å styrke krisesentertilbudet i Oslo til voldsutsatte med alvorlig problematikk knyttet til psykiske lidelser.

Oram, S., Trevillion, K., Feder, G., & Howard, L. M. (2018). Prevalence of experiences of domestic violence among psychiatric patients: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 202(2), 94-99.

Riksrevisjonen (2022). Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes innsats mot vold i nære relasjoner. Dokument 3:8 (2021-2022). Dokument 3:8 (2021- 2022) (riksrevisjonen.no)  
RVTS (2011): Psykisk syke og rusmiddelmissbrukende kvinner som brukere av krisesentertilbud. Tiltak 31 i "Vendepunkt" Handlingsplan mot vold i nære relasjoner (2008-2011). Ressurssenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging - region sør. September 2011.

RVTS (2023, 25.april). Trenger vi å tenke nytt om psykisk helse? Trenger vi å tenke nytt om psykisk helse? - RVTS Sør (rvtssor.no)  
Sandmoe, A., & Nymoen, R. (2019). *Kommunale handlingsplaner mot vold i nære relasjoner; Hvordan brukes de og til hvilken nytte?* Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Rapport 3/2019. [https://www.nkvts.no/content/uploads/2019/09/NKVTS\\_Rapport\\_3\\_19\\_kommunale\\_handl\\_ingsplaner\\_web.pdf](https://www.nkvts.no/content/uploads/2019/09/NKVTS_Rapport_3_19_kommunale_handl_ingsplaner_web.pdf)

Sandmoe, A., Ruud, N., & Bergman, S. (2021). *Kommunenes helhetlige arbeid med vold mot kvinner og vold i nære relasjoner. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress*. [https://www.ido.no/globalassets/\\_Ido\\_2019/\\_arrangementer/kommunenesvoldsarbeid\\_rapport\\_15juni2021.pdf](https://www.ido.no/globalassets/_Ido_2019/_arrangementer/kommunenesvoldsarbeid_rapport_15juni2021.pdf)  
Shalam. (2022, 9. november). Vårt arbeid: Shalam Babettes Hus. <https://shalam.no/babettes-hus/>

Skjellerudsveen. (2022). *Hvilke erfaringer har ansatte ved krisesentre i arbeidet med voldsutsatte med alvorlig psykiske helseutfordringer? En kvalitativ studie av de ansattes erfaringer*. [Mastergradsavhandling]. Universitetet i Sørøst-Norge.

Skjørten, K., Bakketeig, E., Bjørnholt, M., & Mossige, S. (2019). Vold i nære relasjoner-et felt i bevegelse. In *Vold i nære relasjoner: Forståelser, konsekvenser og tiltak* (pp. 13-29). Universitetsforlaget.

Varde Hartmark (2017-1C). *Delrapport 1C: Erfaringskartlegging. Utviklingsprosjekt for å styrke krisesentertilbudet i kommunene til voldsutsatte med alvorlig problematikk knyttet til rus, psykiske lidelser og funksjonsnedsettelse*. Varde Hartmark

Varde Hartmark (2017-2A). *Delrapport 2A: Modeller for et tilrettelagt krisesentertilbud. Utviklingsprosjekt for å styrke krisesentertilbudet i kommunene til voldsutsatte med alvorlig problematikk knyttet til rus, psykiske lidelser og funksjonsnedsettelse*. Varde Hartmark

Varde Hartmark (2017-2B). *Delrapport 2B: Dokumentasjon og analyse fra tre forsøkskommuner. Utviklingsprosjekt for å styrke krisesentertilbudet i kommunene til voldsutsatte med alvorlig problematikk knyttet til rus, psykiske lidelser og funksjonsnedsettelse*. Varde Hartmark

Varde Hartmark (2017-3). *Prosjektrapport: Sentrale funn og anbefalinger. Utviklingsprosjekt for å styrke krisesentertilbudet i kommunene til voldsutsatte med alvorlig problematikk knyttet til rus, psykiske lidelser og funksjonsnedsettelse*. Varde Hartmark

---

# HISTORIEN MIN

---

