

EXIT PROSTITUTION

EVALUERING AF CTI-FORLØB FOR BORGERE MED PROSTITUTIONSERFARING



17:13

THERESA DYRVIG HENRIKSEN
LINE MEHLSSEN
AGNETE ASLAUG KJÆR
ANNA AMILON

17:13

EXIT PROSTITUTION

EVALUERING AF CTI-FORLØB FOR BORGERE MED
PROSTITUTIONSERFARING

THERESA DYRVIG HENRIKSEN

LINE MEHLSSEN

AGNETE ASLAUG KJÆR

ANNA AMILON

KØBENHAVN 2017

SFI - DET NATIONALE FORSKNINGSCENTER FOR VELFÆRD

EXIT PROSTITUTION. EVALUERING AF CTI-FORLØB FOR BORGERE MED
PROSTITUTIONSERFARING

Afdelingsleder: Kræn Blume Jensen
Afdelingen for Socialpolitik og Velfærd

ISSN: 1396-1810

ISBN: 978-87-7119-441-8

e-ISBN: 978-87-7119-442-5

Layout: Hedda Bank

Forsidefoto: Colourbox

Oplag: 150

Tryk: Rosendahls a/s

© 2017 SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

Hertuf Trolles Gade 11

1052 København K

Tlf. 33 48 08 00

sfi@sfi.dk

www.sfi.dk

SFI's publikationer kan frit citeres med tydelig angivelse af kilden.

INDHOLD

	FORORD	7
	SAMMENFATNING	9
1	INTRODUKTION	19
	Indledning	19
	rapportens opbygning	21
	Målgruppe	22
	Kort introduktion til eksisterende viden om prostitution	23
	Exit som proces	24
2	CTI-METODEN OG ORGANISERING AF INDSATSEN	29
	Begrundelse for valg af metode	29
	Indhold i CTI-metoden	30
	Organisering af indsatsen	33

3	ANALYSEMETODE OG DATA	39
	De kvantitative data	40
	De kvalitative data	46
4	BORGERE I CTI-FORLØB	51
	Antal CTI-forløb	52
	Afsluttede forløb	53
	Kontakt, der ikke ender i et CTI-forløb	56
	Beskrivelse af borgere i Exit-projektet	58
5	BORGERNES OPLEVELSE AF CTI-FORLØBET SAMT INDHOLDET AF FORLØBET	79
	Kendskab til CTI-forløbet	80
	Motivation for at deltage	81
	Samarbejde med CTI-medarbejderen	86
	Indhold i CTI-forløbene	92
	Afslutning af forløbet	100
	Syn på fremtiden	105
6	BORGERNES PROGRESSION	109
	Trivsel	111
	Prostitutionsfrekvens	117
	Udvikling i borgerens livssituation (Outcomes Star)	124
	Følsomhedsanalyse: Betydningen af bortfald for progressionsmålingen	136
7	ANVENDELSEN AF CTI-METODEN TIL MÅLGRUPPEN	145
	Den praktiske anvendelse af CTI-metoden	146
	CTI-metodens anvendelighed, opdelt på undergrupper	152

8	SAMARBEJDE MELLEMLNGO'ER OG PROJEKTKOMMUNER	159
	Organiseringen af NGO-samarbejdet	160
	Valg af NGO'er og samarbejdsaftaler	161
	Oplysningsarbejde og henvisning til projektet	162
	NGO'ernes aktiviteter	165
	NGO'ernes rolle ved afslutningen af CTI-forløbene	171
	Samarbejdet mellem ngo'er og projektkommuner	172
	BILAG	177
	Bilag 1 Forstudiet	178
	Bilag 2 Pilotstudiet	180
	Bilag 3 Den kvantitative dataindsamling	187
	Bilag 4 Den kvalitative dataindsamling	194
	Bilag 5 CTI-skemaer	200
	Bilag 6 Tilføjelser til Outcomes Star	247
	LITTERATUR	257
	SFI-RAPPORTER SIDEN 2016	261

FORORD

I denne rapport præsenteres resultaterne af SFI's evaluering af projektet "Exit Prostitution", der er en del af Satspuljeaftalen for 2012. Projektet har været et udviklingsprojekt, ledet af Socialstyrelsen, og har haft til formål at støtte og hjælpe udsatte borgere med prostitutionserfaringer, som ønsker at forbedre deres aktuelle livssituation og eventuelt ønsker at stoppe med at sælge seksuelle ydelser. For at opfylde dette formål har fire kommuner – Aalborg, Aarhus, København og Odense – anvendt den evidensbaserede metode Critical Time Intervention (CTI) i det sociale arbejde med projektets målgruppe. CTI-metoden er kendetegnet ved at tilbyde tidsafgrænsede, helhedsorienterede forløb, der tager udgangspunkt i den enkelte borgers ønsker og behov og er centreret omkring et tæt samarbejde mellem borgeren, og en central støtteperson (CTI-medarbejder). Formålet med evalueringen har bl.a. været at belyse de medvirkende borgeres udbytte af at indgå i et CTI-forløb, CTI-metodens anvendelighed i det sociale arbejde med projektets målgruppe og samarbejdet mellem projektkommuner og NGO'er på prostitutionsområdet.

Projektet har haft en national følgegruppe, som har bidraget med vigtig viden om målgruppen og været med til løbende at diskutere og kvalificere projektets fremdrift og resultater. Følgende personer har deltaget i følgegruppen: Jann Sjursen (Rådet for Socialt Udsatte), Flora

Gosh (Liva Rehab), Jeanett Bjonness (Aarhus Universitet), Nina Hede-
gaard (8. marts), Nanna Gotfredsen (Gadejuristen), Rafai Atia (Kommun-
ernes Landsforening), Sølva Kåte Andersen (Hanne Mariehjemmet),
Joan Hougaard (Reden Aarhus), Mette Gul (Reden Odense), Kira West
(Reden København), Helle Jarlmoose (KFUK's Sociale Arbejde), Vibeke
Nygaard Nielsen (Pro Vest), Jelena Seidel (SIO) og Helle Christoffersen
(tidligere Aalborg kommune). Hertil kommer repræsentanter fra de fire
projektkommuner, Socialstyrelsen og SFI. I projektets indledende fase
var der ligeledes tilknyttet en ekstern projektgruppe, bestående af repræ-
sentanter fra departementet i Social- Børne- og Integrationsministeriet,
repræsentanter fra hver af de fire projektkommuner, udvalgte ressourc-
personer med viden om dokumentation og implementering af CTI-
metoden samt repræsentanter fra SFI og fra Socialstyrelsen. Projekt-
gruppen bistod med relevant viden om CTI-metoden, implementering
og evalueringsdesign. Vi vil gerne takke både følgegruppe og projekt-
gruppe for spændende faglige diskussioner og relevante kommentarer til
evalueringen. Herudover vil vi gerne rette en stor tak til alle de personer,
der har bidraget til såvel de kvantitative som de kvalitative data. Vi vil
således gerne takke de mange borgere og CTI-medarbejdere fra projekt-
kommunerne, som har brugt tid på at udfylde registreringsskemaer i for-
bindelse med CTI-forløbene, og alle de personer, som har deltaget i kva-
litative interview undervejs i projektperioden. Professor ved Institutt for
kriminologi og rettssosiologi, Oslo Universitet, May-Len Skilbrei, har
været referee på rapporten og takkes ligeledes for gode og indsigtsfulde
kommentarer.

Rapporten er blevet udarbejdet af ph.d.-stipendiat Theresa Dyr-
vig Henriksen, analytiker Line Mehlsen Christiansen, ph.d.-stipendiat
Agnete Aslaug Kjær og seniorforsker Anna Amilon, som har været pro-
jektleder på undersøgelsen. Projektet er ledet af Socialstyrelsen og finan-
sieret af satspuljemidler.

København, marts 2017

AGI CSONKA

SAMMENFATNING

I denne rapport præsenterer vi resultaterne fra SFI's evaluering af projektet Exit Prostitution. Exit Prostitution er et udviklingsprojekt, ledet af Socialstyrelsen, med det formål at skabe et kommunalt funderet socialt tilbud til borgere med prostitutionserfaring. Målgruppen for projektet er borgere, som har erfaringer med at sælge seksuelle ydelser i større eller mindre omfang. Det betyder både borgere, som er aktive i prostitution ved opstart i projektet, og borgere, som har erfaringer med at sælge sex, men som ikke er aktive i prostitution. Formålet med den sociale indsats er at støtte og hjælpe borgerne med at forbedre deres aktuelle livssituation og eventuelt stoppe med at sælge seksuelle ydelser. Til dette formål har projektet afprøvet den evidensbaserede metode Critical Time Intervention (CTI) i det sociale arbejde med projektets målgruppe i fire kommuner – Aalborg, Aarhus, København og Odense. I rapporten belyser vi bl.a. de medvirkende borgeres erfaringer og udbytte af at indgå i et CTI-forløb samt CTI-metodens anvendelighed i det sociale arbejde med projektets målgruppe.

CTI-METODEN

CTI-metoden blev valgt til nærværende projekt, fordi den imødekommer de forskellige udfordringer, som den eksisterende litteratur identificerer i forhold til at støtte borgere med prostitutionserfaringer i at skabe foran-

dringer i deres livssituation. CTI-metoden tilbyder et helhedsorienteret forløb, der tager udgangspunkt i den enkelte borgers ønsker og behov. Borgerne tilknyttes én central støtteperson (en CTI-medarbejder), der koordinerer borgernes forløb over en periode på 12 måneder¹. I hvert forløb arbejder CTI-medarbejderen ud fra CTI-metodens recovery- og empowerment-orienterede-værdigrundlag. Det betyder, at CTI-medarbejderen ikke skal være ”ekspert” i forhold til borgerens situation, men i stedet tage udgangspunkt i borgerens egen oplevelse af behovet for støtte. Desuden skal medarbejderen bidrage til at kvalificere borgernes beslutningstagen og støtte borgeren i at styrke sin livssituation på udvalgte områder, hvor borgeren selv oplever et behov for støtte.

CTI-forløbet er inddelt i tre lige lange faser. I den første fase modtager borgeren den mest intensive støtte, og der er fokus på at planlægge og igangsætte borgerens forløb. I den anden fase i CTI-forløbet er der fokus på afprøvning og tilpasning af indsatser og aktiviteter i forløbet. I den anden og den tredje fase nedtrappes den støtte, som borgeren modtager, gradvist. I den tredje og sidste fase af CTI-forløbet er der fokus på ansvarsoverdragelse og forankring af de indsatser, der er etableret i forløbet.

DATAGRUNDLAG

Evalueringen bygger på både kvantitative og kvalitative data. De kvantitative data indeholder registreringer på borgerniveau. Registreringer er foretaget ved CTI-forløbets start og ideelt flere gange undervejs i CTI-forløbet samt ved forløbets afslutning. I alt 147 borgere har påbegyndt et CTI-forløb. Ud af de 147 påbegyndte forløb var 141 forløb afsluttet og seks forløb stadigvæk i gang i begyndelsen af december 2016, hvor data til evalueringen blev trukket. For 119 af de 141 borgere, der har afsluttet et CTI-forløb, har vi modtaget et udfyldt afslutningsskema, som angiver tidspunktet for forløbets afslutning og årsagen hertil. 80 af de 119 forløb har været ti måneder eller mere.

De kvalitative data består af oplysninger fra fokusgruppeinterview, observationer og semistrukturerede personinterview. Der er bl.a. gennemført 80 semistrukturerede interview med i alt 87 personer undervejs i projektet. Projektet har været inddelt i tre faser – en udviklingsfase,

¹ Et CTI-forløb varer normalt 9 måneder. Varigheden af et CTI-forløb er i dette projekt blevet forlænget til 12 måneder på baggrund af erfaringer fra den eksisterende litteratur vedrørende støtte-tilbud til borgere med prostitutionserfaringer.

en pilotfase og en afprøvningsfase. Interviewene er gennemført løbende i de forskellige faser og har således på forskellig vis bidraget til evalueringen af projektet. Eksempelvis blev der gennemført 12 interview med borgere fra målgruppen samt 7 interview med NGO-repræsentanter i forbindelse med projektets udviklingsfase med henblik på at få viden om målgruppens behov og ønsker i forbindelse med tilrettelæggelsen af en social indsats. I pilotfasen bidrog bl.a. interview med CTI-medarbejdere og kommunale projektledere samt observationsstudier i projektkommunerne til kvalificeringen af projektets metode og de udviklede dokumentationsredskaber. CTI-medarbejdere og ledere har ligeledes indgået i interview i projektets afprøvningsfase, hvor også 8 NGO-repræsentanter og 20 borgere, som har indgået i projektet, er blevet interviewet.

BORGERE I PROJEKTET

147 borgere har deltaget i et CTI-forløb. Borgerne har fået kendskab til projektet ad forskellige veje. Eksempelvis er kontakten til ca. hver fjerde borger etableret via en NGO, ca. hver femte har fået kontakt via en anden kommunal indsats, og ca. hver sjette borger har selv taget kontakt til projektet.

Hovedparten af de 147 borgere², der har deltaget i et CTI-forløb, er danske kvinder under 35 år med en kort uddannelsesmæssig baggrund og ingen erhvervsuddannelse. Flere end 8 ud af 10 borgere har økonomisk gæld ved opstart af deres forløb. Halvdelen af borgerne har ved opstart i CTI-forløbet et misbrug af alkohol eller stoffer, og mere end halvdelen giver ved opstart udtryk for, at de har psykiske problemer. Over halvdelen af borgerne giver ved forløbets opstart udtryk for, at de har et manglende eller svagt socialt netværk.

Borgerne har forskellige erfaringer med, hvor de har solgt sex. Eksempelvis har 43 pct. af borgerne erfaringer med at sælge seksuelle ydelser på en klinik, 29 pct. har erfaringer med at sælge seksuelle ydelser hjemme hos en kunde, og 26 pct. har erfaring med salg af seksuelle ydelser fra gaden. Mange har erfaringer med at sælge seksuelle ydelser inden for flere forskellige prostitutionsarenaer³. I interviewene fortæller flere af borgerne, at de primært sælger/har solgt sex af økonomiske årsager. For borgere, der ønsker at stoppe med at sælge seksuelle ydelser (ønsker exit), indikerer interviewene endvidere, at forskellige sociale, helbredsmæssige

² Heraf er 139 kvinder, seks er mænd og to er transpersoner.

³ Prostitutionsarenaer er eksempelvis gadeprostitution, klinikprostitution og escort.

og økonomiske livsomstændigheder kan gøre det svært at fastholde denne beslutning.

PROJEKTETS RESULTATER

Exit Prostitution evalueres i forhold til de resultatmål, der er opstillet for projektet – henholdsvis at forbedre borgernes mentale trivsel, forbedre deres oplevede livssituation og eventuelt reducere deres prostitutionsfrekvens, hvis de ønsker dette. Nedenfor sammenfatter vi evalueringens resultater inden for de tre områder.

ØGET MENTAL TRIVSEL

Borgerne oplever en forbedring af deres mentale trivsel i løbet af CTI-forløbet. Ved forløbets start er to tredjedele af borgerne i risikozonen for stress og depression (målt ved WHO-5 trivselsindeks). Ved afslutningen af forløbet er andelen af borgere i risikozonen for stress og depression reduceret til en tredjedel af borgerne. Af interviewene med borgerne fremgår det, at borgerne oplever, at de har fået forbedret deres selvværd, bl.a. fordi de har fået bearbejdet eventuelle dårlige oplevelser relateret til salg af sex. Samtidig er deres psykiske velbefindende det område, hvor flest af de interviewede borgere oplever fortsat at have brug for støtte efter endt CTI-forløb.

FORBEDRET OPLEVELSE AF EGEN LIVSSITUATION

Der ses en positiv udvikling i borgernes oplevelse af egen livssituation, jo længere de når i CTI-forløbet. Udviklingen i oplevelsen af egen livssituation måles på en skala fra 1-10 inden for ti dimensioner såsom psykisk helbred, socialt netværk og relationer, stof- og alkoholmisbrug og administration af økonomi. Målingen er et udtryk for, hvor godt borgeren oplever at kunne håndtere eventuelle problemer relateret til den enkelte dimension. For at man kan tale om en betydelig progression for den enkelte borger, skal der være sket en stigning på minimum ét point. Målingerne viser, at borgernes oplevelse af egen livssituation på tværs af de ti dimensioner går fra en gennemsnitlig score på 6,4 ved opstart til en gennemsnitlig score på 8,5 ved afslutningen. Inden for flere dimensioner ses en udvikling på over 2,5 point. Det gælder bl.a. i forhold til dimensionerne ”socialt netværk og relationer” og ”administration af økonomi”. De kvantitative målinger peger således på, at borgerne generelt oplever en forbedret livssituation i forløbet. Den positive udvikling uddybes i bor-

gerinterviewene, hvor de interviewede borgere fortæller, at de generelt føler sig bedre rustede til at håndtere problemstillinger i deres dagligdag og oplever en positiv udvikling på en række områder, som fx at de har fået bedre styr på praktiske ting som økonomi og bolig, forbedret selv-værd samt en forbedret relation til deres nærmeste, herunder børn.

FALDENDE PROSTITUTIONSFREKVENS

Borgernes prostitutionsfrekvens falder, jo længere de når i CTI-forløbet. Ved forløbets start har halvdelen af borgerne modtaget betaling for seksuelle ydelser inden for den seneste måned. Ved afslutningen af forløbet er denne andel reduceret til en femtedel af borgerne. Af borgerinterviewene fremgår det, at exit fra prostitution/fald i prostitutionsfrekvens for nogle er kommet, efterhånden som andre forhold i deres liv – fx bolig- eller misbrugsproblematikker – er faldet på plads. Flere beskriver dog også, at exit fra prostitution kan være vanskeligt, særligt af økonomiske årsager.

BORTFALDETS BETYDNING FOR PROGRESSIONSMÅLINGEN

I rapporten undersøger vi også, hvorvidt bortfaldet i dokumentationen og blandt borgere i projektet har en betydning for de resultater, vi ser i borgernes progression inden for de tre områder – mental trivsel, oplevet livssituation og prostitutionsfrekvens. En bekymring kunne være, at de borgere, der har størst gavn af CTI-forløb, fastholdes i forløbet, mens de borgere, der falder fra, er dem, der har den dårligste trivsel ved opstarten af CTI-forløbet. På baggrund af bortfaldsanalyserne er der dog ikke grund til mistanke om bias i progressionsmålingen. Bortfaldsanalyserne viser:

- Borgere, der falder fra tidligt i forløbet, har ikke systematisk lavere trivsel ved forløbets opstart end borgere, der fastholdes hele forløbet. Vi kan dermed udelukke, at progressionen i mental trivsel skyldes, at borgere med lav mental trivsel ved opstart er faldet fra.
- Frafaldet i registreringer er ikke større blandt borgere, som har salg af sex som deres primære forsørgelsesgrundlag ved opstart.
- Resultaterne peger dog på, at borgere, der falder fra før den tredje og sidste fase i CTI-forløbet, ikke oplever den samme progression i trivsel tidligt i forløbet som borgere, der fastholdes i hele forløbet.

Samlet set viser bortfaldsanalysen, at borgere, der falder fra et CTI-forløb, har samme udgangspunkt – målt ved mental trivsel, og hvorvidt salg af sex er deres primære forsørgelsesgrundlag ved opstarten af deres forløb – som borgere, der afslutter deres CTI-forløb.

BORGERNES OPLEVELSE AF VIGTIGE FAKTORER I ET CTI-FORLØB

CTI-metoden fordrer, at det enkelte forløb baseres på borgerens individuelle behov, og at CTI-medarbejderen yder praktisk og social støtte til borgeren og hjælper med at koordinere samarbejdet mellem forskellige instanser såsom misbrugsbehandling, psykolog, jobcenter og lignende, alt efter borgerens ønsker og behov. Vi har i evalueringen undersøgt, hvilke faktorer borgerne italesætter som afgørende i gennemførelsen af et CTI-forløb. I borgerinterviewene bliver der lagt vægt på forskellige faktorer – nogle faktorer kan direkte relateres til CTI-metoden, mens andre faktorer i højere grad er relateret til organiseringen af den sociale indsats i nærværende projekt (fx muligheden for at være anonym). Vi nævner her udvalgte faktorer.

To af de faktorer, som borgerne lægger vægt på, er muligheden for en individuelt tilpasset indsats og det tætte samarbejde med CTI-medarbejderen. Flere borgere påpeger ligeledes fleksibiliteten i kontakten i forhold til bl.a. mødefrekvens og i støtten fra CTI-medarbejderen samt CTI-medarbejderens kendskab til det sociale system som vigtige faktorer. Dette er alle faktorer, som er direkte relateret til CTI-metodens kernekomponenter og recovery-orienterede værdigrundlag. En anden faktor, som borgerne har lagt vægt på i interviewene, er CTI-medarbejdernes viden om salg af sex. Det har været et særligt fokus i nærværende projekt, at medarbejderne har haft indgående kendskab til mulige problematikker relateret til salg af sex, og flere borgere påpeger, at oplevelsen af en fordomsfri tilgang til salg af sex har haft en afgørende betydning for deres lyst til at være en del af forløbet. Et andet element, som fremhæves i forbindelse med dette, er muligheden for at være anonym i projektet. Flere borgere fortæller direkte, at anonymiteten har haft betydning for deres lyst til at åbne op over for CTI-medarbejderne om deres prostitutionserfaringer. Hverken muligheden for anonymitet og CTI-medarbejdernes viden om salg af sex er krav, der er relateret til CTI-metoden, men faktorer, som er blevet tillagt særlig vægt i organiseringen af indsatsen i nærværende projekt.

Der er borgere, der oplever, at 12 måneder er for kort tid, og som ville ønske, at deres forløb varede længere. Nogle af disse borgere er usikre på, om de vil kunne få den støtte, som de har behov for, efter afslutningen af deres forløb. Dette indikerer vigtigheden af, at der i CTI-forløbet bliver etableret det nødvendige netværk, der kan fungere som støttenetværk for borgerne efter forløbets afslutning. Erfaringerne fra interviewene peger endvidere på vigtigheden af et tæt samarbejde mellem CTI-medarbejder, borger og det etablerede støttenetværk i afslutningen af borgerens CTI-forløb for at sikre en god overlevering.

CTI-METODENS ANVENDELIGHED

I evalueringen undersøger vi også, om CTI-metoden er mere eller mindre virkningsfuld over for dele af projektets målgruppe. Vi undersøger dette for tre submålgrupper: henholdsvis borgere, der ved opstart har et misbrug af alkohol eller stoffer; borgere, der ved opstart har modtaget betaling for seksuelle ydelser inden for de seneste seks måneder; og borgere, der ved opstart er i risikozonen for at udvikle en depression (målt ved WHO-5 trivselsindeks). Vi finder, at alle tre undergrupper oplever en positiv udvikling i deres mentale trivsel fra opstart til afslutning af deres CTI-forløb. Undergruppen af borgere, der ved opstart er i risikozonen for at udvikle en depression, oplever en meget markant positiv forbedring af deres mentale trivsel i forløbet.

FIDELITET

Endelig evaluerer vi, i hvilken grad anvendelsen af CTI-metoden har fulgt de metodiske principper, som ligger til grund for metoden (fidelitet). Evalueringen viser følgende resultater:

- CTI-medarbejderne følger, som udgangspunkt, manualen for CTI-metoden og dens tre faser tæt.
- Omfanget af kontakt mellem CTI-medarbejderen og borgerne følger vejledningen til de tre faser.
- Der udarbejdes relevante aktivitetsplaner for størstedelen af de deltagende borgere, og planerne tilgodeser de behov og udfordringer, som borgerne giver udtryk for, at de gerne vil have hjælp til.
- Af interviewene med CTI-medarbejderne fremgår det dog, at det i forhold til nogle borgere i målgruppen er vanskeligt at arbejde struktureret efter faseinddelingen i forløbet. Dette kan både skyldes ekster-

ne faktorer såsom ventetider i forhold til at få tildelt sociale støttefunktioner, fx bostøtte, og individuelle faktorer såsom et massivt misbrug.

UDFORDRINGER I FORBINDELSE MED PROJEKTETS FORLÆNGELSE

Det var oprindeligt planen, at projektet skulle slutte ved udgangen af 2015, men da projektets opstart blev forsinket, traf satspuljepartierne i december 2015 beslutning om at forlænge projektet med ét år – til udgangen af 2016. At beslutningen om forlængelse blev taget så tæt på projektets oprindelige afslutningsdato, vurderes at have haft betydning for både antallet af forløb og i enkelte tilfælde også forløbenes længde. I nogle af projektkommunerne var man således tilbageholdende med at starte nye CTI-forløb i slutningen af 2015, da der var usikkerhed om, hvorvidt man ville kunne nå at gennemføre et fuldt CTI-forløb med borgerne. Derudover fortæller flere CTI-medarbejdere i de kvalitative interview, at de oplever, at NGO'erne af samme grund ligeledes var tilbageholdende med at henvise borgere til projektet. Derudover betød usikkerheden om projektets forlængelse, at der var CTI-medarbejdere, der nåede at søge andet arbejde, inden beslutningen om forlængelsen blev truffet, hvorfor det i en kommune var nødvendigt at ansætte nye CTI-medarbejdere, da forlængelsen blev en realitet, mens man i andre kommuner kørte videre med færre CTI-medarbejdere. Flere CTI-medarbejdere og projektledere fortæller, at udskiftningen af CTI-medarbejdere har haft betydning for afslutningen af forløb, og at nogle forløb således er blevet afsluttet, før de planlagte 12 måneder var gået, da borgeren ikke ønskede at forsætte forløbet med en ny CTI-medarbejder. En NGO-repræsentant fortæller ligeledes, at overleveringen efter endt forløb har været utilstrækkelig i nogle af de tilfælde, hvor medarbejderen er stoppet.

NGO-SAMARBEJDET

I den oprindelige projektperiode blev der årligt afsat 500.000 kr. pr. kommune til at skabe samarbejdsaftaler med relevante NGO'er. I forbindelse med projektets forlængelse blev der ligeledes afsat midler, som NGO'erne selvstændigt kunne ansøge kommunerne om. Som et led i forlængelsen af projektperioden har SFI interviewet repræsentanter fra de fire projektkommuner og repræsentanter fra otte NGO'er, som har

haft et samarbejde med en projektkommune. Evalueringen viser, at samarbejdet mellem projektkommuner og NGO'er har været forskelligt organiseret i de fire projektkommuner. Dette skyldes dels, at de fire kommuner har forskellige udgangspunkter i forhold til, hvilke NGO'er der findes lokalt, og dels, at processen med at udvælge, hvilke NGO'er der skulle samarbejdes med, blev grebet forskelligt an i de fire kommuner. Fælles for kommunerne er dog, at både CTI-medarbejdere og de deltagende NGO'er oplever, at samarbejdet har været en fordel for projektets målgruppe og for Exit-projektet som helhed, da NGO'erne dels har henvist borgere fra målgruppen til projektet og dels har leveret konkrete tilbud, som mange borgere i projektet har deltaget i. På denne baggrund vurderes samarbejdet at have indfriet sit formål. Der har dog også været udfordringer i samarbejdet. Disse udfordringer har primært været knyttet til processen for tildeling af NGO-midler og usikkerheder i forbindelse med projektets opstart og forlængelse.

PERSPEKTIVER

CTI-metoden er de senere år blevet afprøvet i det sociale arbejde med flere forskellige grupper af socialt udsatte borgere, fx hjemløse. Formålet med at anvende CTI-metoden er at kunne støtte udsatte borgere, når de befinder sig i en kritisk overgangsfase, hvilket i forhold til nærværende projekts målgruppe vil sige borgere med prostitutionserfaringer, som ønsker en forandring i deres livssituation generelt eller i forhold til salg af sex. I evalueringen af CTI-metodens anvendelighed over for projektets målgruppe kan vi se en positiv udvikling for de borgere, som har deltaget i et forløb, når vi måler på projektets centrale outcomes i form af mental trivsel, prostitutionsfrekvens og oplevelse af egen livssituation.

Det er ikke alle henvendelser fra borgere i projektperioden, som har udmøntet sig i opstarten af et CTI-forløb, hvilket bl.a. skyldes, at nogle henvendelser er kommet fra borgere, som ikke har været en del af projektets målgruppe. Der er dog også eksempler på henvendelser fra borgere i målgruppen, som efter indledende kontakt enten ikke ønsker eller ikke har overskud til at indgå i et længerevarende forløb. Det betyder, at der godt kan være borgere fra målgruppen i de fire projektkommuner, som befinder sig i en kritisk livssituation, men som alligevel ikke har indgået i et CTI-forløb. En bekymring i den forbindelse kunne være, at det typisk vil være de svageste borgere inden for målgruppen, fx borgere, som har erfaringer med at sælge sex på gaden, borgere med mis-

brugsproblemer eller borgere med psykiske problemer, som ikke er kommet ind i et forløb. Registreringerne af borgernes karakteristika ved opstart viser dog, at ca. en fjerdedel af borgerne, som har indgået i et CTI-forløb, har erfaringer med salg af sex på gaden, ca. halvdelen af borgerne har problemer, relateret til misbrug, ved opstart, og en tilsvarende andel oplever psykiske problemer ved opstart i forløb. Det peger på, at CTI-projektet også er i stand til at inkludere borgere inden for målgruppen med disse karakteristika, men om det er i lige så høj grad som for borgere inden for målgruppen uden disse karakteristika, er det ikke muligt at sige noget om. En anden bekymring kunne være, at udsatte borgere profiterer i mindre grad af at indgå i et CTI-forløb. Vores analyser af udviklingen i mental trivsel viser dog, at både borgere, som ved opstart har et misbrug, og borgere, som har et lavt trivselsniveau (dvs. er i risiko for at udvikle depression), profiterer i forhold til trivselsniveau på lige fod med resten af borgerne i forløb. Det samme gør sig i øvrigt gældende, når vi undersøger udviklingen i mental trivsel blandt gruppen af borgere, som har solgt sex inden for det seneste halve år ved opstart. Samlet set viser resultaterne, at CTI-metoden er anvendelig for målgruppen for dette projekt, og at også udsatte borgere profiterer af et CTI-forløb. Dog viser analyserne også, at det er vigtigt, at borgeren allerede tidligt i forløbet oplever en udvikling i trivsel, da der ellers er risiko for, at borgeren stopper i forløbet. Erfaringer fra projektet viser desuden, at samarbejdet med NGO'er, som traditionelt arbejder med udsatte borgere med prostitutionserfaringer, er vigtigt, både i forhold til at få etableret kontakt til denne gruppe af borgere og i forhold til at fastholde kontakten til disse borgere undervejs i deres CTI-forløb.

INTRODUKTION

INDLEDNING

Exit Prostitution er et udviklingsprojekt under Socialstyrelsen med det formål at skabe et kommunalt funderet tilbud til borgere med prostitutionserfaringer.⁴ Et mål med projektet er således at støtte kommunerne i at kunne give målgruppen den sociale støtte og de sociale tilbud, som kommunerne, via serviceloven, er forpligtede til at yde. Indsatsen har haft til formål at støtte og hjælpe udsatte borgere med prostitutionserfaringer, som ønsker at forbedre deres aktuelle livssituation og eventuelt ønsker at stoppe i prostitution.

I projektet afprøves metoden Critical Time Intervention (CTI) i de fire projektkommuner – Aalborg, Aarhus, København og Odense. CTI-metoden er evidensbaseret i forhold til forskellige målgrupper, fx borgere i hjemløshed. Det er første gang, at der afprøves en evidensbaseret metode over for borgere med prostitutionserfaring i Danmark. CTI-metoden er kendetegnet ved, at en CTI-medarbejder (case-manager)

⁴ I rapporten bruger vi terminologierne ”borgere, der sælger sex/seksuelle ydelser” og ”borgere med prostitutionserfaringer” med henblik på at undgå normative kategorier som ”sexarbejdere” og ”prostituerede”, der i vid udstrækning trækker på en binær forståelse af personer, som sælger seksuelle ydelser, som enten handlekraftige eller ofre (Spanger, 2013).

yder en intensiv indsats til en borger fra målgruppen i en tidsafgrænset periode. I Exit-projektet er perioden fastsat til 12 måneder (CTI-forløbet). Forløbet bliver individuelt tilpasset borgerens behov og planlægges af borgeren og CTI-medarbejderen i fællesskab. Undervejs i forløbet skal CTI-medarbejderen både varetage en koordinerende rolle i forhold til sammensætningen af borgerens forløb og yde social og praktisk støtte til borgeren i hverdagen (Baumgartner & Herman, 2012; Herman & Mandiberg, 2010; Herman m.fl., 2011; Tormita & Herman, 2012). Metoden er valgt, da den vurderes at have potentiale til at håndtere en række af de udfordringer, som en borger kan opleve i forbindelse med prostitutionen og i forbindelse med borgerens relation til det offentlige sociale system (se kapitel 2 samt eventuelt Bjonness, 2011; Døssing m.fl., 2011; Kofod m.fl., 2011; Mayhew & Mossman, 2007; McNaughton & Sanders, 2007).

Projektet har været finansieret af satspuljemidler. Socialstyrelsen har stået for den overordnede projektledelse og har faciliteret implementeringen i kommunerne, og SFI – det Nationale Forskningscenter for Velfærd har evalueret projektets resultater. De fire projektkommuner har desuden deltaget aktivt i tilpasning af dokumentationsredskaber og udvikling af metodebeskrivelse i projektets indledende faser.

Projektet har været inddelt i tre faser – en udviklingsfase, som løb fra april 2012 til maj 2013, en pilotfase fra juni til december 2013 og en afprøvningsfase, der oprindeligt løb fra januar 2014 indtil projektets planlagte afslutning i december 2015. I december 2015 traf satspuljeparterne beslutning om at forlænge projektet med ét år grundet en forsinkelse i opstarten af projektet. Således fortsatte projektet frem til udgangen af 2016. Ud over denne rapport er der ligeledes udgivet et notat, omhandlende projektets forstudie, der bl.a. består af et litteraturstudie, som har dannet grundlag for udvælgelse af metoden. Herudover er der udarbejdet statusnotater efter henholdsvis pilotfasen, i afprøvningsfasen og i forbindelse med projektets forlængelse. Resuméer af notaterne vedrørende henholdsvis forstudie og pilotstudie er at finde i bilag 1 og 2. De øvrige notater kan findes her: <http://www.sfi.dk/projekter/exit-prostitution-11380/>. Endelig vil der umiddelbart efter udgivelsen af denne rapport blive udgivet en implementeringsguide. Implementeringsguiden giver viden og vejledning til kommuner, der ønsker at arbejde med CTI-metoden over for borgere med prostitutionserfaring. Imple-

menteringsguiden kan tilgås via Socialstyrelsens hjemmeside:
<https://socialstyrelsen.dk/>.

RAPPORTENS OPBYGNING

Nærværende kapitel giver en uddybende introduktion til projektets målgruppe og afsluttes med en kort introduktion til eksisterende undersøgelser og forskning inden for prostitutionsområdet. Vi vil løbende igennem analyserne referere til denne litteratur.

I kapitel 2 giver vi en introduktion til CTI-metoden og organiseringen af indsatsen i de fire projektkommuner, herunder lokale samarbejder, kommunernes oplysnings- og rekrutteringsarbejde, samt udfordringer ved implementeringen.

Herefter følger fem kapitler, som behandler projektets data og resultater. I kapitel 3 beskrives de anvendte metoder til dataindsamling og analyse. Kapitlerne 4-6 indeholder analyser af borgernes udbytte af CTI-forløbet og den praktiske anvendelse af CTI-metoden i kommunerne. I kapitel 4 giver vi således en status på antallet af forløb og de borgere, som kommunerne har haft kontakt med, men som ikke er startet i CTI-forløb. Herudover indeholder kapitlet deskriptive analyser af de deltagende borgere, eksempelvis borgernes baggrundsforhold, målt på en række socioøkonomiske faktorer, borgernes erfaringer med at sælge sex, og hvilket mål borgerne angiver for deres CTI-forløb. I kapitel 5 beskriver vi forløbets indhold og borgernes oplevelser af selve CTI-forløbet, herunder deres motivation for at søge hjælp i projektet, samarbejdet med CTI-medarbejderen og deres ønsker for fremtiden. Kapitel 6 beskriver borgerens udbytte af forløbet, målt i forhold til deres mentale trivsel, prostitutionsfrekvens og oplevede livssituation. Kapitel 7 samler projektets erfaringer i forhold til at anvende CTI-metoden i arbejdet med borgere med prostitutionserfaring. Vi undersøger også CTI-metodens anvendelighed i forhold til målgruppen, og hvorvidt der er dele af målgruppen, der profiterer enten mere eller mindre af et CTI-forløb.

Kapitel 8 indeholder en beskrivelse og analyse af projektets samarbejde med relevante NGO'er. Kapitlet præsenterer både NGO-repræsentanters og CTI-medarbejderes oplevelse af samarbejdet samt opmærksomhedspunkter til fremtidigt samarbejde.

MÅLGRUPPE

Projektets målgruppe er borgere med prostitutionserfaringer, der ønsker at forbedre deres aktuelle livssituation og eventuelt ønsker at stoppe med at sælge seksuelle ydelser. Sidstnævnte er ikke relevant for alle borgere, da det fx ikke er alle borgere, som er aktive i prostitution ved opstart. Projektet har anvendt Socialstyrelsens definition af prostitution, hvor prostitution ses som en handling, hvor mindst to handlende personer på markedsmæssige betingelser køber og sælger en prostitutionsydelse mod betaling⁵ (Wittrup-Jensen, 2010, s. 17).

Målgruppen for projektet er både kvinder og mænd, der er mindst 18 år, har et gult sundhedskort og har en forståelse af egen adfærd som prostitution ud fra den definition, der ligger til grund for projektet. Det er ikke tilstrækkeligt, at CTI-medarbejderen oplever borgerens adfærd som prostitutionsadfærd.

Oprindeligt var den primære målgruppe for projektet borgere, der var aktive i prostitution og som ønskede at stoppe med at sælge sex. Kort efter projektets start blev dette dog revideret til generelt at gælde borgere med prostitutionserfaringer⁶. Projektets målgruppe rummer derfor både personer, der er aktive i prostitution, personer, der er på vej ind i prostitution, og personer, der har været ude af prostitution i en periode, og som ikke ønsker at genoptage salg af sex. Baggrunden for revideringen af målgruppen var bl.a., at det i projektets indledende fase stod klart, at det var nødvendigt, at projektet favnede en bredere målgruppe end først antaget i henhold til projektets formål om at støtte udsatte borgere med prostitutionserfaringer. En afgrænsning af målgruppen til udelukkende at rumme borgere, som havde et eksplicit ønske om exit fra prostitution, blev således vurderet til at afskære nogle borgere fra at søge støtte igennem projektet.

Målgruppen lægger op til to målsætninger: henholdsvis exit fra prostitution og forbedret livssituation. Grænsen mellem de to målsætninger er dog flydende, idet de to målsætninger ikke er gensidigt udelukkende, og erfaringerne fra projektet er derfor også, at nogle borgere skifter målsætning en eller flere gange undervejs i CTI-forløbet. Som det fremgår af den sidste del af dette kapitel, er der i litteraturen flere bud på,

⁵ Betalingen falder oftest på forhånd og i form af kontanter, men kan også udgøres af andre midler, fx stoffer.

⁶ Se Socialstyrelsens projektbeskrivelse for en nærmere beskrivelse af projektets målgruppe.

hvad dette kan skyldes, herunder, at exit fra prostitution er betinget af en række både strukturelle, relationelle og individuelle faktorer, og at exitprocessen derfor ganske givet er forbundet med stor kompleksitet (Månsson & Hedin, 1999; Baker, Dalla & Williamson, 2010).⁷

Ovenstående målgruppebeskrivelse er vigtig at holde sig for øje, når man gennemgår nærværende evaluerings resultater. Denne evaluering har ikke til formål at sige noget om borgere med prostitutionserfaring i Danmark generelt, men tegner et billede af målgruppen for dette projekt: borgere med prostitutionserfaringer, der ønsker at forlade prostitution, og borgere med prostitutionserfaring, der ønsker at ændre deres aktuelle livssituation.

KORT INTRODUKTION TIL EKSISTERENDE VIDEN OM PROSTITUTION

Det følgende afsnit giver en kort introduktion til eksisterende litteratur på prostitutionsområdet med fokus på dels exitprocessen, dels viden om sociale problemer blandt borgere med prostitutionserfaring. Først giver vi dog en kort introduktion til de dominerende perspektiver på prostitution, som til dels danner grundlag for den offentlige debat på området, og som derfor er den ”virkelighed”, som borgerne i projektet er en del af. For en grundigere introduktion og diskussion af eksisterende forskning på området, se bl.a. Bjønness (2013), Kofod m.fl. (2011) og Spanger (2010). For en konkret beskrivelse af de forskellige prostitutionsformer henvises desuden til Socialstyrelsens notat ”Prostitutionens omfang og former”, hvor det også er muligt at finde et minimumsestimater over antallet af borgere, der sælger sex i Danmark i 2013/2014 (Sørensen, 2014).

Både inden for forskningen og i den offentlige debat hersker der mange modstridende syn på, hvorfor nogle mennesker starter i prostitution, hvad konsekvensen er, og om prostitution skal klassificeres som et erhverv eller som et socialt problem. Særligt to perspektiver på prostitution har gjort sig gældende i debatten om prostitution i løbet af de seneste tre årtier – et ”undertrykkelsesparadigme” og et ”empowerment-

⁷ En væsentlig del af litteraturen vedrørende socialt udsathed blandt borgere med prostitutionserfaring samt vedrørende exit fra prostitution centerer sig primært omkring gadeprostitution. Dette hænger sandsynligvis sammen med, at borgere med erfaring fra gadeprostitution er at betragte som den mest udsatte gruppe og dermed også den gruppe, som oftest er i kontakt med det sociale system.

paradigme”. Førstnævnte paradigme fokuserer på prostitution blandt kvinder som et udtryk for samfundets mandlige dominans og ser prostitution som en afspejling af samfundets kønsbestemte ulighed (Bech, 2005; Dworkin 1992; Järvinen 1990; Kofod m.fl., 2011). Betydningen heraf er tydelig i den skandinaviske forskning på prostitutionsområdet (særligt op gennem 1980’erne og starten af 1990’erne), hvorfor emner som forsvars- og beskyttelsesstrategier hos borgere, der sælger sex, samt prostitutionens eventuelle sociale, psykologiske og seksuelle skadevirkninger er dokumenteret (Bodstrøm & Zweigberck, 1994; Bjørnholt, 1994; Høigård & Finstad, 1987; Henriksen & Springborg, 1988). Empowerment-paradigmet udfordrer dette syn på prostitution ved at sammenligne salg af seksuelle ydelser med serviceydelser generelt såsom zoneterapi, og sexarbejde bliver derfor i udgangspunktet ikke betragtet som hverken værre eller bedre end andre former for kropsliggjort arbejde (Bernstein, 2007; Scambler & Scambler, 1997; Vance, 1989).

Den offentlige debat trækker i vid udstrækning på ovenstående paradigmer, til trods for at begge paradigmer dog i den nyere forskningslitteratur er blevet kritiseret for at være endimensionelle og for at mangle blik for forskellige faktorer såsom prostitutionsform, økonomi, ”arbejdsforhold” samt muligheder i forhold til uddannelse og beskæftigelse, der spiller en rolle i forhold til, hvordan den enkelte oplever det at sælge sex (se bl.a. Skilbrei, 1998; Weitzer, 2009; Bjønness, 2012). Variationen i vilkårene for dem, der sælger sex, fremgår således sjældent af den offentlige debat – dette til trods for, at både danske og udenlandske undersøgelser konkluderer, at der er tale om en heterogen gruppe med vidt forskellige baggrunde og forskellige vilkår for at sælge sex. Dette ses bl.a. af SFI’s kortlægning fra 2011, der konkluderer, at en række individuelle og strukturelle forhold såsom socialt netværk og økonomi er med til at forme, hvordan den enkelte oplever det at sælge sex (Kofod m.fl. 2011).

EXIT SOM PROCES

Det er den generelle erfaring i den eksisterende forskning, at ophør fra prostitution ikke er en lineær proces, men foregår gradvist over længere tid, og ofte genoptager den enkelte salg af sex af flere omgange (Hester & Westermarland, 2004; Mcnaughton & Sanders, 2007; Sanders, 2007; Williamson & Folaron, 2003).

Litteraturen peger på flere forskellige faktorer, som kan have indflydelse på et ønske om at forlade prostitution. Månsson & Hedin (1999) beskriver disse faktorer som såkaldte ”turning points” og identificerer tre forskellige typer af turning points: 1) *en øjenåbnende begivenhed*, fx nødvendigheden af at tilbyde andre ydelser end forventet for at tjene penge, 2) *en traumatisk begivenhed*, fx voldtægt, og 3) *en positiv livsbegivenhed*, fx forelskelse, graviditet, nyt job, uddannelse, misbrugsbehandling eller andet, der kan føre til, at den enkelte redefinerer sin tilværelse (Månsson & Hedin, 1999).

Alle tre typer af turning points identificeres i en række både nationale og internationale undersøgelser. I en dansk kontekst identificerer fx SFI’s kortlægning af prostitution i Danmark (2011) følgende faktorer, der kan have betydning for et ønske om at forlade prostitution: alder, helbred, dårlige oplevelser (såsom voldelige episoder, besværlige kunder eller oplevelser af utryghed), en anden indtægtskilde, manglende kundegrundlag, at få en kæreste, stress og frygten for at blive opdaget (Kofod m.fl., 2011, s. 245, 247-248). I Socialstyrelsens og SFI’s undersøgelse blandt personer, som er ophørt med at sælge sex, om deres erfaringer med at forlade prostitution nævnes også graviditet eller det at få et barn som en årsag til prostitutionsophør (Døssing m.fl., 2011). Informanterne fortæller her, at de ikke vil risikere, at deres barn bliver stemplet som en, der har en mor i prostitution. Andre informanter peger også på den sociale stigmatisering, der er knyttet til prostitution, som en væsentlig faktor i deres prostitutionsophør (Døssing m.fl., 2011) Lignende faktorer identificeres i flere andre internationale undersøgelser, hvor særligt traumatiske begivenheder – som at blive udsat for vold eller andre negative omstændigheder såsom følelser af stress, skam eller lavt selvværd – beskrives som udslagsgivende for et ønske om exit (Benoit & Millar, 2001; Dalla, 2006; Oselin, 2010). Flere internationale undersøgelser peger dog ligeledes på, at positive livsbegivenheder kan være af betydning for den enkeltes ønske om et exit. Det er eksempelvis påbegyndelse/tilbagevenden til uddannelse eller endt misbrug af rusmidler (Månsson & Hedin, 1999; Baker, Dalla & Williamson, 2010).

Ud over ovenstående individuelle faktorer er en eventuel exit-proces også påvirket af strukturelle faktorer i form af fx adgang og kendskab til sociale tilbud blandt borgere i målgruppen. Dele af målgruppen har ikke tidligere været i kontakt med det offentlige sociale system, og nogle har haft dårlige erfaringer med denne kontakt. Dertil kommer, at

borgerne i målgruppen ofte afholder sig fra at søge hjælp, fordi de frygter, at en afsløring af deres prostitution kan medføre økonomiske repressalier eller anbringelse af eventuelle børn.⁸ Andre ønsker, at deres erfaring med at sælge sex skal forblive et privatanliggende (Rasmussen, 2007). Relationale faktorer såsom støtte fra borgerens sociale netværk og forholdet til eventuelle børn kan have en betydning for en succesfuld exitproces (Månsson & Hedin, 1999).

Det er således sjældent kun enkelte forhold, der påvirker en eventuel exitproces, og flere steder i litteraturen peges der på, at exitprocessen som oftest består af flere forsøg, hvorfor det kan være vanskeligt at identificere en tidsramme for, hvornår man kan tale om et egentligt exit vs. en pause fra salg af sex. Benoit & Millar kategoriserer dog et ophør fra salg af sex i minimum to år som et permanent exit fra prostitution (Benoit & Millar, 2001, s. 60). Deres undersøgelse er baseret på spørgeskemaer blandt 201 borgere med erfaringer fra såvel udendørs- som indendørsprostitution og konkluderer endvidere, at det i gennemsnit kræver 5,8 forsøg, før der er tale om et permanent ophør. Mange borgere vil derfor over en længere periode gå ind og ud af prostitution og efterhånden mindske deres prostitutionsfrekvens (Servicestyrelsen, 2010; Månsson & Hedin, 1999). Samtidig viser SFI's kortlægning af prostitution dog, at det blandt personer, som er stoppet med at sælge sex, er forskelligt, hvorvidt de har oplevet exit som en længerevarende proces eller ej (Kofod m.fl., 2011). At ophør med at sælge sex således både kan være en kort proces og en lang og krævende proces, bekræftes desuden af anden litteratur på området (se fx Døssing m.fl., 2011; Tveit & Skilbrei, 2008). Økonomi er for mange en årsag til at starte i prostitution og er ligeledes en afgørende fastholdende faktor samt en faktor, som ofte nævnes som årsag til at genoptage salg af sex (Rasmussen, 2007).

SOCIAL UDSATHED OG PROSTITUTION

For *nogle* borgere med prostitutionserfaringer går salg af sex og social udsathed hånd i hånd. Det gælder i særlig grad kvinder, som sælger sex på gaden, og som for fleres vedkommende også kæmper med andre risikofaktorer såsom hjemløshed, misbrug og psykiske lidelser. Særligt gadeprostitution er behandlet i den internationale litteratur, og her peger flere undersøgelser på, at personer, der sælger sex på gaden, i højere grad er

⁸ Vi behandler mødet mellem borgere med prostitutionserfaringer og det offentlige sociale system yderligere i kapitel 2.

udsat for vold og har problemer med misbrug end andre, der sælger sex (se bl.a. Sanders, 2004; Williamson & Folaron, 2001). Danske undersøgelser af gadeprostitution peger på lignende problematikker, hvor misbruget dels er årsagen til den udsatte situation, som personer, der sælger sex på gaden, oplever, dels er en strategi til at håndtere den situation, de er i (Bjønness, 2013). Undersøgelser blandt tilsvarende grupper i både Norge og Danmark indikerer desuden, at personer, involveret i gadeprostitution, ofte er vokset op med forældre, som har haft et misbrug, og at de selv har deres første erfaringer med rusmidler i en meget ung alder (Skilbrei, 1998; Bjønness, 2013). Ikke kun misbrug, men også forældres psykiske sygdom, for meget ansvar i barndommen, skiftende voksenkontakter, overgreb og seksuelt misbrug samt ensomhed fremhæves i målgruppens erfaringer fra deres opvækst (Bjønness, 2011). Ser vi på andre prostitutionsarenaer såsom escort, klinik og privat/diskret, er graden af udsathed mere varierende (Kofod m.fl., 2011). Et norsk studie af kvinder i prostitution finder, at kvinderne inden for disse ”indendørs” arenaer synes at have en relativt høj grad af kontrol over deres egen situation, og de har oftere faste kunder, der kan sikre en løbende indtægt. Blandt kvinder i indendørsprostitution er der dog også kvinder med nuværende eller tidligere misbrug og svære opvækstvilkår (Tveit & Skilbrei, 2008). En lignende diversitet gør sig gældende, hvis vi retter blikket mod mænd, der sælger sex. Her peger eksisterende undersøgelser på prostitutionsområdet ligeledes på, at graden af social udsathed blandt mænd, der sælger sex, varierer, omend nogle undersøgelser peger på, at flere mænd er i risiko for at opleve dobbeltstigmatisering, idet de både sælger sex og er homoseksuelle (Rasmussen, 2007; Kofod m.fl., 2011; Bjerre, 2011). Ifølge SFI’s kortlægning opleves der dog generelt større stigmatisering blandt de grupper, som ud over prostitutionen oplever at være marginaliserede/socialt udsatte grundet andre faktorer såsom misbrug eller psykiske lidelser (Kofod m.fl., 2011, s. 186).

Som nævnt i målgruppebeskrivelsen har Exit-projektet været målrettet alle borgere med prostitutionserfaring, der ønsker at forlade prostitution eller ændre deres livsvilkår. Dette betyder, at det er meget forskelligt, hvilke problemstillinger borgerne har haft behov for/har ønsket at arbejde med i deres forløb. I det næste kapitel vil vi begrunde valget af CTI som den socialfaglige metode med afsæt i den eksisterende forskning om potentielle barrierer for, at udsatte borgere med prostitutionserfaring søger hjælp i offentligt regi. Herudover giver vi en introduk-

tion til metoden, inden vi bevæger os videre til, hvordan kommunerne har organiseret deres arbejde med CTI-metoden.

CTI-METODEN OG ORGANISERING AF INDSATSEN

BEGRUNDELSE FOR VALG AF METODE

I valget af metode til projekt Exit Prostitution er der lagt vægt på, at det, inden for metoden, skal være muligt at tilbyde:

- Individuelt tilpassede forløb, som kan imødekomme målgruppens forskelligartede behov og ønsker
- Koordinerede forløb, hvor der kan arbejdes med tværgående problemstillinger
- Forløb, som kan generere/bygger på tæt og tillidsfuld kontakt mellem borger og kommunal medarbejder
- Forløb, hvor borgeren har mest mulig indflydelse.

Begrundelsen for ovenstående kriterier findes i eksisterende danske og udenlandske undersøgelser, som peger på forskellige grunde til, at det kan være vanskeligt for borgeren at skabe forandringer i forhold til prostitutionen (se bl.a. Kofod m.fl., 2011; Døssing m.fl., 2011; Mayhew & Mossman, 2007; McNaughton & Sanders, 2007). Særligt processen med at forlade prostitution er behandlet i den internationale litteratur, og som

nævnt i kapitel 1 peger forskellige undersøgelser på, at det til trods for et ønske om exit kan være vanskeligt at stoppe med salg af seksuelle ydelser, og at dette forhold som oftest skyldes andre uløste problemstillinger. Dette kan fx være økonomiske problemer, behov for finansiering af et ikke-ophørt misbrug af stoffer, fristelsen ved at tjene såkaldte ”hurtige penge”, manglende evne til eller mulighed for at fungere i sammenhæng med de eksisterende hjælpetilbud, psykisk sygdom, manglende støtte fra det sociale netværk og/eller negativ indflydelse fra andre (Benoit & Millar, 2001; Dalla, 2006; Kofod m.fl., 2011; Williamson & Folaron, 2003). Der er således ofte tale om flere tværgående problemstillinger, hvilket understreger behovet for koordinerede forløb, som er individuelt tilpasset borgerens behov.

Et andet aspekt i forhold til arbejdet med målgruppen, som er behandlet i den danske litteratur, er forholdet mellem borgeren og det offentlige sociale system. Her peger forskellige undersøgelser på, at nogle borgere med prostitutionserfaringer har afholdt sig fra at søge hjælp i offentligt regi, bl.a. grundet manglende tillid til det offentlige sociale system, manglende oplevelse af indflydelse på egen situation, oplevelser med skiftende sagsbehandlere og/eller frygt for konsekvenser for ens økonomi eller privatliv (se bl.a. Bjønness, 2011; Døssing m.fl., 2011; Kofod m.fl., 2011). Critical Time Intervention (CTI)-metoden imødekommer dette ved dels at være centreret omkring en relation til én central støtteperson, der koordinerer borgerens forløb, og dels at være recovery- og empowerment-baseret, så borgerens egen indflydelse på forløbet er i centrum.

Målet med at bruge CTI som projektets metodiske udgangspunkt har således været at skabe rammerne for en individorienteret proces, der er centreret omkring et koordineret og tidsafgrænset samarbejde mellem borgeren og CTI-medarbejderen. I det følgende afsnit beskriver vi indholdet i CTI-metoden.

INDHOLD I CTI-METODEN

Kernen i CTI-metoden er, at CTI-medarbejderen yder en intensiv social indsats til en borger fra målgruppen inden for en tidsafgrænset periode –

i Exit-projektet er perioden 12 måneder.⁹ Det er borgerens behov, der er omdrejningspunktet i CTI-forløbet, og det er afgørende, at forløbet er individuelt tilpasset borgeren, og at det udvikles og planlægges i et samarbejde mellem borgeren og CTI-medarbejderen. CTI-medarbejderen har en koordinerende rolle i forløbet, der skal sikre, at borgeren bliver tilknyttet de relevante tilbud og indsatser, som borgeren ønsker. CTI-medarbejderen er desuden en gennemgående støtteperson, som yder social og praktisk støtte til borgeren i hverdagen (Baumgartner & Herman, 2012; Herman & Mandiberg, 2010; Herman m.fl., 2011; Tormita & Herman, 2012).

CTI-medarbejderen udfører sin opgave ud fra CTI-metodens recovery- og empowerment-orienterede værdigrundlag. Det betyder, at CTI-medarbejderen ikke skal være ”ekspert” i borgerens situation, men i stedet tage udgangspunkt i borgerens egen oplevelse af behovet for støtte. Desuden skal medarbejderen bidrage til at kvalificere borgerens beslutningstagen og støtte borgeren i at styrke sin livssituation på udvalgte områder, hvor borgeren selv oplever et stort behov for støtte.

Selve CTI-forløbet er opdelt i tre lige lange faser, som hver især bidrager til at styrke borgerens livssituation og til at gøre borgeren mere selvhjulpne i forhold til eksempelvis at søge støtte. Samtidig arbejdes der i forløbet med at etablere et netværk omkring borgeren, som kan støtte borgeren efter CTI-forløbets afslutning. CTI-medarbejderen har fra forløbets start fokus på etableringen af støttenetværket omkring borgeren.

Kendetegnende for CTI-forløbets tre faser er:

- Første CTI-fase har fokus på planlægning og igangsættelse af forløb
- Anden CTI-fase har fokus på afprøvning og tilpasning af indsatser og aktiviteter i forløbet
- Tredje CTI-fase har fokus på ansvarsoverdragelse og forankring af forløbets etablerede indsatser.

CTI-forløbets første fase er karakteriseret ved en vekselvirkning mellem at planlægge og igangsætte aktiviteter med udgangspunkt i borgerens be-

⁹ Ved tilpasningen af metoden til prostitutionsområdet blev varigheden af CTI-forløbet udvidet fra 9 måneder til i stedet at være et år. Baggrunden herfor var, at den eksisterende litteratur vedrørende exit indikerer, at varigheden af exit-programmer bør være af minimum 10 måneders varighed (Roe-Sepowitz m.fl., 2011). Det bør dog bemærkes, at litteraturen herom er sparsom.

hov. Fasen indledes derfor med en umiddelbar afklaring af borgerens støttebehov, som danner grundlag for udarbejdelsen af en aktivitetsplan, der indeholder relevante aktiviteter. Efterhånden som fasen skrider frem, og tilliden mellem CTI-medarbejderen og borgeren opbygges, kan der komme nye problematikker frem, som kræver opmærksomhed og behov for indsatser. Den første fase er derfor også den fase, hvor kontakten mellem CTI-medarbejderen og borgeren er mest intensiv. I anden fase evalueres og tilpasses den plan og den indsats, som borgeren og CTI-medarbejderen i fællesskab har udarbejdet og igangsat i den første fase. CTI-medarbejderens rolle ændres, så vedkommende nu i højere grad har fokus på at gøre borgeren selvhjulpnen i forhold til at fastholde forandringsprocessen og på, at indsatsen i højere grad varetages af de forskellige tilbud, som borgeren er blevet tilknyttet.

I tredje fase afsluttes CTI-forløbet. Det er afgørende at sikre, at der er et støttenetværk omkring borgeren. Derfor skal der i den afsluttende fase udarbejdes en langsigtet plan for, hvordan en eventuelt fortsat støtte fra det opbyggede støttenetværk skal varetages efter CTI-forløbets ophør.

CTI-medarbejderens rolle og opgaver varierer, alt efter hvilken fase forløbet befinder sig i. I tabel 2.1 er der en kort beskrivelse af de mest centrale aktiviteter i hver af de tre faser.

Ved tilpasningen af CTI-metoden til borgere med prostitutionserfaring blev der lagt et øget fokus på det kontaktskabende arbejde, der ligger forud for opstarten af et eventuelt CTI-forløb. Dette skyldes, at den eksisterende danske litteratur viser, at borgere med prostitutionserfaring er en målgruppe, som det er vanskeligt at etablere den nødvendige kontakt til. Forud for CTI-forløbets første fase ligger derfor en orienteringsperiode, hvori der skabes kontakt til borgere i målgruppen og afholdes møder, hvor CTI-medarbejderen orienterer borgere, der er etableret kontakt til, om CTI-forløbet.¹⁰

¹⁰ Undervejs i projektperioden har de amerikanske udviklere af CTI-metoden dog lavet en tilsvarende tilpasning af CTI-metoden og indført en præ-CTI-fase med fokus på etablering af kontakt mellem en CTI-medarbejder og en borger. Effektevalueringen af anvendelsen af CTI-metoden over for hjemløse borgere viser endvidere, at den indledende kontakt forud for opstarten af et CTI-forløb har betydning for forløbets langsigtede effekt.

TABEL 2.1

Centrale aktiviteter i de tre CTI-faser.

	<u>Første CTI-fase</u>	<u>Anden CTI-fase</u>	<u>Tredje CTI-fase</u>
Tidspunkt i forløbet	1.-4. måned	5.-8. måned	9.-12. måned
Overordnet fokus for fasen	Planlægning og igangsættelse af forløb	Afprøvning og tilpasning af forløb	Ansvarsoverdragelse og forankring
Centrale aktiviteter i forløbet	<p>Afdækning af borgerens behov ved forløbets opstart og løbende igennem fasen.</p> <p>Udarbejdelse af aktivitetsplan.</p> <p>Igangsættelse af aktiviteter.</p> <p>Koordinering af kontakt mellem de private og offentlige instanser, som er knyttet til forløbet.</p> <p>Påbegyndelse af arbejdet med at skabe et støttenetværk.</p> <p>Tæt kontakt mellem borger og CTI-medarbejder.</p>	<p>Fortsat fokus på borgerens behov.</p> <p>Mindre intensiv kontakt afhængigt af borgerens behov.</p> <p>Evaluering og tilpasning af aktivitetsplanen.</p> <p>Observering af, om støttenetværket fungerer efter hensigten.</p>	<p>Fokus på, om støttenetværket er på plads.</p> <p>Møder med støttenetværket for at symbolisere overdragelsen af støtte.</p> <p>Udarbejdelse af langsigtet plan for eventuel videre støtte.</p> <p>Overdragelse af ansvaret for eventuel videre støtte til aktør fra støttenetværket.</p>

Kilde: www.criticaltime.org.

ORGANISERING AF INDSATSEN

I den resterende del af kapitlet beskriver vi, hvordan Exit-projektet har været organiseret i de fire projektkommuner.

ORGANISERING OG PLACERING I KOMMUNERNE

Exit-projektet er organiseret med faste teams i de fire projektkommuner. Kommunerne har haft frihed til at organisere deres team omkring Exit-projektet på forskellig vis, således at projektet passer ind i deres lokale rammer. I én projektkommune blev projektet placeret i social- og beskæftigelsesområdet, i to projektkommuner blev projektet placeret i socialområdet,¹¹ og i den sidste projektkommune blev projektet placeret inden for unge-/uddannelsesområdet. I kommunerne er der blevet nedsat

¹¹ Pga. omorganiseringer blev det ene projekt senere forankret i ”jobrehabiliteringsområdet”.

lokale styregrupper, der har været tilknyttet projektet. Det er forskelligt, hvordan de fire kommuner har brugt deres styregruppe. Én kommune har haft en faglig følgegruppe med deltagelse fra bl.a. beskæftigelsesområdet og sekretariatet, som man har brugt til sparring og videregivelse af informationer om projektet. En anden kommune har brugt styregruppen i udarbejdelsen af rammerne for projektet, herunder i forbindelse med de praktiske udfordringer ved at være et projekt på tværs af forvaltninger og i forhold til at kommunikere viden om og fra projektet.

To projektkommuner valgte, at medarbejderne i teamet med ansvar for Exit-projektet skulle arbejde på projektet på fuld tid, mens to projektkommuner valgte, at medarbejderne skulle være på Exit-projektet på deltid og derved deltidstilknyttet andre arbejdsopgaver i kommunen. Projektkommunerne fremhæver fordele ved begge modeller. Fuldtidsmedarbejdere kan være en fordel, fordi medarbejderne har alt deres fokus på indsatsen og metoden og ikke skal skifte mellem forskellige indsatser. Deltidsmedarbejdere indebærer derimod nogle mulige organisatoriske fordele ved, at viden om metoden spredes ud på flere medarbejdere, hvilket gør forankringen af viden mere stabil i forhold til medarbejderudskiftninger.

OPKVALIFICERING OG LÆRING

Medarbejderne på de lokale teams i Exit-projektet har modtaget forskellige former for undervisning og kompetenceudvikling i relation til CTI-metoden og i forhold til projektets målgruppe. Eksempelvis har Socialstyrelsen via Kompetencecenter Prostitution (KC) gennemført undervisning med medarbejdere og ledere, hvor de fik viden om prostitutionsområdet. Herudover har ledere og medarbejdere deltaget i to gange to dages metodeinternater, hvor der har været fokus på undervisning i henholdsvis metode, evaluering og målgruppe. De to metodeinternater er blevet afholdt umiddelbart inden opstarten af henholdsvis pilot- og afprøvningsfasen. Ud over at have fokus på opkvalificering var en væsentlig del af projektets pilotfase at videreudvikle projektets metode og dokumentationsredskaber forud for den endelige implementering og afprøvning.¹²

Undervejs i projektperioden har der desuden været halvårslige erfaringsmøder med det formål at give CTI-medarbejderne og projektlederne sparring på metoden og konkrete cases. Projektledere fortæller, at de oplever, at erfaringsmøderne har givet mulighed for at skabe metodisk

¹² For mere information om pilotfasen, se bilag 2.

sammenhæng på tværs af kommunerne og skabe en tæt kontakt mellem kommunerne, hvilket har gjort, at de har haft let ved at bruge hinanden på tværs og også kontakte hinanden mellem de fastsatte møder.

Projektlederne for de fire teams fortæller, at de oplever, at medarbejderne har lært meget af projektet, bl.a. i forhold til viden om en (for nogen) ny målgruppe, om tværfagligt samarbejde og om kommunikation. En projektleder fortæller, at hun oplever, at medarbejderne har fået et nyt fagligt fokus, som motiverer dem, og hun oplever, at det smitter positivt af på deres arbejde. CTI-medarbejderne fortæller, at de i projektet har lært meget om den måde, som man møder borgerne på, og hvordan man tager udgangspunkt i den enkeltes behov. Dette er en viden, som de mener, at de også vil kunne bruge i en eventuel anden stilling i kommunen.

LOKALE SAMARBEJDER

En del af projektets opdrag var, at de fire projektkommuner skulle indgå samarbejdsaftaler med lokale NGO'er, der kunne bidrage til projektets rekruttering af borgere og/eller ved at tilbyde konkrete indsatser til målgruppen. Hver projektkommune rådede over 500.000 kr., der årligt var øremærket relevante NGO'er.¹³ NGO'erne har dels haft en rolle i forhold til at motivere og henvise borgere, der var i målgruppen for Exit-projektet, til projektet, og dels haft en rolle i forhold til at tilbyde konkrete aktiviteter til borgere i projektet. For nogle borgere har NGO'ernes aktiviteter også bestået i at støtte op omkring borgerne i forhold til at fastholde deres deltagelse i Exit-projektet. Samarbejdet med NGO'erne og NGO'ernes aktiviteter beskrives selvstændigt i kapitel 8. Derudover har projektkommunerne indgået samarbejde med andre kommunale aktører, eksempelvis relevante medarbejdere fra beskæftigelsesområdet, akutboligområdet eller sundhedsområdet.

En del af formålet med et bredt kommunalt samarbejde har også været at sprede viden om projektet internt i kommunen og dermed øge sandsynligheden for, at borgerne får et bredere netværk, så de også ved, hvor de kan henvende sig, når deres CTI-forløb slutter. Flere projektledere fortæller, at de oplever, at de er lykkedes med at få projektets målgruppe sat på dagsordenen i forhold til både politikere, embedsmænd og

¹³ Ved forlængelsen af projektet ind i 2016 skulle NGO'erne selv ansøge om midlerne, der således ikke blev uddelt af projektkommunerne.

sagsbehandlere i kommunen. En projektleder oplever også, at projektet har bidraget til det tværfaglige samarbejde i kommunen.

Endelig har projektet haft samarbejde med ikke-kommunale aktører som Kompetencecenter Prostitution (KC), Center mod Menneskehandel og Klinik for Kønssygdomme ved Regionshospitalet.

UDFORDRINGER VED IMPLEMENTERING AF PROJEKTET

I løbet af projektperioden er de fire kommuner stødt på udfordringer i forhold til forankringen af projektet. I det følgende beskriver vi nogle af disse udfordringer.

Nogle kommuner har oplevet, at der i kommunen har været et begrænset politisk fokus på projektet og på målgruppen generelt, hvilket har været en udfordring i forhold til at skabe kendskab til og fokus på projektet. I en projektkommune oplevede projektlederen, at der ikke var den store forståelse i kommunens øvrige forvaltninger i forhold til at udanne deres medarbejdere i at opspore Exit-projektets målgruppe, da de ikke mente, at deres medarbejdere var i kontakt med målgruppen. Projektlederen oplevede desuden, at det indledningsvist var udfordrende, at projektet i kommunen var placeret på tværs af forvaltninger og derved præget af forskellige kulturer.

En essentiel udfordring ved projektet har været usikkerhed forbundet med projektets tidsramme. I slutningen af 2015 blev det, som beskrevet i kapitel 1, besluttet at forlænge Exit-projektet med ét år, til og med 2016. Forud for beslutningen om at forlænge projektet var gået en længere periode med usikkerhed om, hvorvidt projektet ville blive forlænget eller ej. I de kommuner, hvor medarbejderne var projektansatte på Exit-projektet, betød usikkerheden i forhold til projektets forlængelse, at nogle medarbejdere valgte at søge andet arbejde. Usikkerheden om forlængelsen af projektet betød også, at nogle kommuner ikke ønskede at starte nye borgere op i et forløb det sidste halvår af 2015, da de ikke var sikre på, om de kunne nå at give borgerne et fuldt forløb. Nogle projekter oplevede endvidere, at usikkerheden om projektets forlængelse betød, at nogle NGO'er var mere tilbageholdende i forhold til at henvise borgere til projektet. I en af projektkommunerne vidste de, at de kunne fortsætte med at arbejde med CTI-metoden over for målgruppen efter projektperiodens udløb, og denne kommune oplevede derfor ikke, at usikkerheden i forhold til projektets fremtid betød noget for deres mulighed

for at rekruttere borgere til projektet, men medarbejdere og ledere oplevede dog, at usikkerheden skabte en del uro i projektet som helhed.

REKRUTTERING AF MÅLGRUPPEN

Et opmærksomhedspunkt har fra starten af projektet været opsporing af målgruppen, dvs. hvordan CTI-medarbejderne kom i kontakt med borgere fra målgruppen. Dette skyldes, at erfaringer fra tidligere danske undersøgelser viser stor variation i kendskabet til sociale tilbud blandt borgere fra målgruppen. Eksempelvis viste SFI's kortlægning af prostitution i Danmark fra 2011, at særligt danske mænd og kvinder, involveret i escort-prostitution, samt de udenlandske kvinder, som deltog i kortlægningen, havde et begrænset kendskab til tilbud (Kofod m.fl., 2011). Herudover peger flere undersøgelser, som nævnt tidligere, på en række barrierer i kontakten mellem borgere fra målgruppen og det kommunale system.

En væsentlig del af kommunernes arbejde i projektet har derfor været at skabe kendskab til projektet hos målgruppen og relevante samarbejdspartnere og at skabe en tillidsfuld relation til borgere i målgruppen. For at skabe kendskab til projektet har projektkommunerne udarbejdet forskellige former for informationsmateriale, eksempelvis pjecer og plakater, bannere på chatforums, film, radiospots og guider til målgruppen såvel som til relevante fagpersoner, der kan være i kontakt med borgere i målgruppen – fx fra Kompetencecenter Prostitution (KC) eller medarbejdere fra et behandlingssted eller jobcenter. Alle fire kommuner har også informeret om projektet på separate subsites på kommunernes hjemmesider. Derudover har kommunerne indgået samarbejde med relevante samarbejdspartnere for projektet, bl.a. Kompetencecenter Prostitution (KC), forskellige NGO'er og andre relevante eksterne aktører. Alle projektkommuner har prioriteret at informere om projektet og målgruppen, både til relevante fagpersoner og internt i kommunerne, fx gennem oplæg i forskellige forvaltninger og centre samt oplæg for fagpersoner, der kommer i kontakt med målgruppen, lige fra uddannelsesinstitutioner til forsorgshjem. Herved er andre kommunale medarbejdere blevet gjort opmærksomme på muligheden for, at borgere med prostitutionserfaring kan modtage specialiseret hjælp og støtte. Projekterne har oplevet, at det har været nødvendigt løbende at gøre opmærksom på projektet over for relevante fagpersoner for at sikre løbende henvendelser fra målgruppen. Nogle medarbejdere påpeger i interviewene, at de gerne ville have haft

mulighed for at lave opsøgende arbejde på klinikker. Kommunerne har dog ikke haft hjemmel til dette, da KC i forvejen laver opsøgende arbejde på klinikkerne.

FORANKRING AF PROJEKTET

Exit-projektet er et udviklingsprojekt, finansieret af satspuljemidler. Det betyder, at det efter endt projektperiode er op til kommunerne at forankre og finansiere en eventuel videreførelse af CTI-forløb over for målgruppen eller på anden måde forankre indsatsen. Det er forskelligt, hvordan kommunerne har valgt at forankre den viden om henholdsvis projektets målgruppe og anvendelsen af CTI-metoden, som de har opbygget gennem projektet. I den ene projektkommune har man valgt at forankre en medarbejder fra Exit-projektet i kommunens CTI-team, der arbejder med CTI-metoden til forskellige målgrupper fx hjemløse. Dette betyder, at erfaringen med at arbejde med CTI-metoden over for borgere med prostitutionserfaring forankres sammen med kommunens øvrige ekspertise ift. at arbejde med CTI-metoden, og at borgere med prostitutionserfaring fortsat tilbydes et CTI-forløb på linje med andre borgere i kommunen, der befinder sig i en kritisk overgangsfase.

De tre øvrige projektkommuner har, på forskellig vis, arbejdet med at udbrede den viden og de erfaringer, som der er opnået i projektperioden, til forskellige medarbejdere og områder i kommunen. Dette er sket via bl.a. temadage og undervisning af relevante fagpersoner, således at fagpersonerne er i stand til at opspore eventuelle udfordringer hos en borger, der kan være knyttet til prostitution, og som ved, hvilke tilbud og organisationer det kan være relevant at skabe kontakt til eller henvise borgeren til. Formålet har været at forankre den viden, der er opnået i projektet, så bredt som muligt i kommunen. Derudover vil kommunerne fortsat have fokus på samarbejdet med de relevante NGO'er, bl.a. gennem netværkssamarbejder.

ANALYSEMETODE OG DATA

Evalueringen af Exit Prostitution bygger på et mixed methods-design, og denne evalueringsrapport indeholder derfor både kvantitative og kvalitative analyser. Overordnet skal analyserne besvare, om CTI-metoden er anvendelig i et socialt tilbud, målrettet projektets målgruppe. Dette gøres bl.a. ved at belyse borgernes udbytte af et CTI-forløb på baggrund af både kvantitative og kvalitative data. Som beskrevet i det forudgående kapitel er hensigten med at anvende CTI-metoden i arbejdet med projektets målgruppe at kunne tilbyde et recovery-baseret støtteforløb, tilpasset den enkelte borgers behov, samt at imødekomme de meget forskelligartede behov, som kan gøre sig gældende for borgere i målgruppen, der kan have henholdsvis exit eller forbedret livssituation som mål. På denne baggrund har det været væsentligt at udvikle et evalueringsdesign, som dels har kunnet indfange borgernes udbytte af forskelligartede forløb og på samme tid har kunnet sikre, at CTI-metoden er blevet fulgt. Herudover har det været væsentligt at sikre, at indsamlingen af kvantitative data så vidt muligt har været en integreret del af borgernes forløb, hvor dokumentationsredskaberne har kunnet indgå som et arbejdsredskab for borgeren og medarbejderen. Dette er bl.a. sket for at sikre, at evalueringen ikke belastede samarbejdet mellem borgere og medarbejdere i unødigt grad, og derved for at tage hensyn til, at der overvejende er tale om socialt udsatte borgere. Tilsvarende overvejelser har naturligvis gjort sig gæl-

dende i forhold til den kvalitative indsamling af empiri, hvorfor det bl.a. har været op til borgerne at vælge stedet for interviewet, samt hvorvidt de har ønsket at blive interviewet én eller flere sammen, eventuelt med deltagelse af deres tildelte CTI-medarbejder.¹⁴

I dette kapitel gennemgår vi datagrundlaget for rapportens analyser – se i øvrigt bilag 3 og 4, som gennemgår henholdsvis den kvantitative og den kvalitative dataindsamling.

DE KVANTITATIVE DATA

De kvantitative data består af følgende:

- Registrering af baggrundsoplysninger om borgerne, fx alder, køn og uddannelse, mål med CTI-forløb – henholdsvis exit eller forbedret livssituation – og erfaringer med salg af seksuelle ydelser.
- Målinger af borgernes egen opfattelse af livssituation ved hjælp af redskabet Outcomes Star.
- Målinger af trivsel ved hjælp af WHO-5-trivselsindeks, bestående af fem spørgsmål om borgerens egen oplevelse af trivsel.
- Målinger af borgernes prostitutionsfrekvens i form af spørgsmål om salg af seksuelle ydelser inden for den seneste måned.
- Målinger af borgernes levevilkår i form af boligsituation, økonomi, helbred, misbrug osv. ved hjælp af spørgeskema.

Herudover registrerer de fire projektkommuner løbende informationer om kontakt til borgere, der er i målgruppen for projektet, men som ikke starter et CTI-forløb. Dette gøres dels for at vide, hvor mange borgere dette drejer sig om, dels for at kende begrundelsen for, at der ikke startes et forløb.

DOKUMENTATIONSREDSKABER

I denne evaluering indsamles målinger, både på borgerniveau og på indsatsniveau. Målinger på borgerniveau har til formål at tegne et billede af borgerens oplevelse af egen situation, økonomi og boligsituation samt eget helbred osv. Målinger på indsatsniveau har til formål at afdække fideliteten – det vil sige, om de principper, der ligger til grund for CTI-

¹⁴ I enkelte tilfælde har borgerens CTI-medarbejder deltaget i interviewet efter borgerens ønske.

metoden, overholdes i implementeringen af metoden i praksis. Fideliteten i kommunernes anvendelse af CTI-metoden undersøges på baggrund af CTI-medarbejdernes registreringer af deres arbejde med borgerne inden for udvalgte forhold, fx tidsafgrænsning, intensitet i kontakten mellem borger og medarbejder og faseopdeling.

Dokumentationen af det enkelte CTI-forløb er samlet på en fælles elektronisk platform – Star online – hvor dokumentationen registreres på henholdsvis borger-, medarbejder- og kommuneniveau. Når en borger starter i et CTI-forløb, oprettes borgeren med et selvvalgt (eventuelt anonymt) borger-id (dog ikke cpr-nummer), forskellige baggrundsoplysninger (fx alder og uddannelse), mål med CTI-forløbet og forudgående erfaringer med salg af seksuelle ydelser. Til den videre kvantitative dokumentation af forløbet anvender vi to dokumentationsredskaber – Outcomes Star og spørgeskemaer (herefter ”CTI-skemaer”). De enkelte redskaber beskriver vi i de følgende afsnit.

OUTCOMES STAR

Outcomes Star er både et dokumentationsredskab og et processuelt arbejdsredskab, som anvendes af CTI-medarbejderen og borgeren i fællesskab. Outcomes Star måler borgerens opfattelse af vedkommendes egen livssituation samt borgerens oplevelse af muligheder for at håndtere eventuelle udfordringer inden for ti områder – økonomi, bolig, socialt netværk, alkohol- og stofmisbrug, motivation og ansvar, fysisk helbred, psykisk helbred, tidsforbrug, kriminell adfærd samt egen omsorg. I projektet anvendes en udvidet udgave af Outcomes Star, hvor vi som led i tilpasning af redskabet har tilføjet spørgsmål til måling af borgerens trivsel i form af WHO’s lille standardskema, WHO-5. Herudover er der tilføjet spørgsmål vedrørende eventuelt salg af seksuelle ydelser eller overvejelser herom. Endelig indsamles der ved hver udfyldelse af Outcomes Star information om borgerens målsætning med forløbet.

CTI-SKEMAER

I evalueringen anvendes tre former for CTI-skemaer:

- CTI-opstartsskema
- CTI-skema for igangværende forløb
- CTI-afslutningsskema.

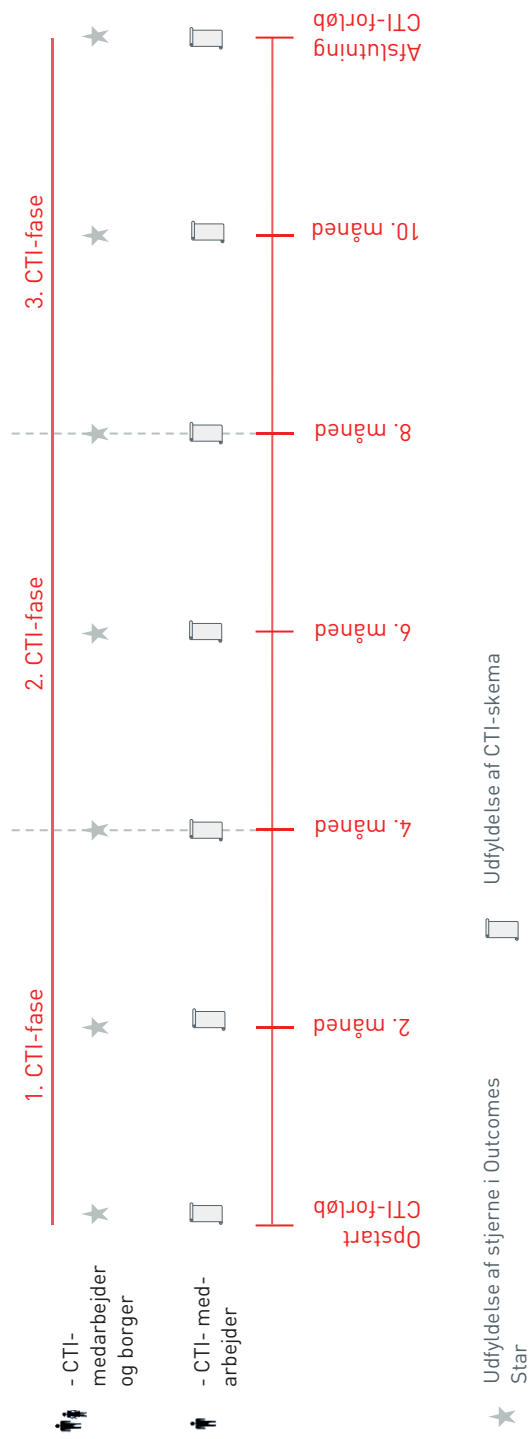
CTI-skemaerne udfyldes af CTI-medarbejderen og indeholder spørgsmål til vurdering af fidelitet i indsatsen samt spørgsmål om borgerens situation inden for otte udvalgte dimensioner: økonomi, bolig, socialt netværk, psykisk helbred, fysisk helbred, misbrug, arbejdsmarkeds- og uddannelseskompetencer samt daglige aktiviteter. Spørgsmålene har til hensigt at give en status for borgerens livssituation inden for den enkelte dimension samt at afdække borgerens ønsker og behov på det pågældende tidspunkt i forløbet.

INDSAMLING AF DE KVANTITATIVE DATA

Indsamlingen af dokumentation i form af udfyldelse af Outcomes Star og CTI-skemaer følger det enkelte borgerforløb. Det betyder, at tidspunktet for de enkelte målinger fastlægges i henhold til de individuelle opstartstidspunkter for hver enkelt borgers CTI-forløb. Konkret laves der målinger ved opstart af CTI-forløbet og herefter hver anden måned frem til afslutningen af forløbet som illustreret i figur 3.1.

FIGUR 3.1

Tidslinje over indsamling af kvantitative data i CTI-forløbet.



DET KVANTITATIVE DATAGRUNDLAG FOR RAPPORTEN

De kvantitative analyser baserer sig på informationer, som er indsamlet via de beskrevne dokumentationsredskaber. Tabel 3.1 viser datagrundlaget for analyserne. Der indgår i alt 147 forskellige borgere i datagrundlaget. I datagrundlaget er både medtaget data for de forløb, som startede i projektets pilotfase, og data for forløb, som startede i projektets afprøvningsfase.

Formålet med indsamlingen af kvantitative data til evalueringen har været at skabe et godt datagrundlag for en progressionsmåling på borgerniveau. Som tidligere beskrevet indsamles der data om borgerens forløb ved opstart og herefter ideelt set hver anden måned i forløbet. Det betyder, at der pr. forløb ideelt vil være syv målinger. Vi har i denne evaluering valgt at afrapportere data fra fem nedslag, henholdsvis ved opstart, midt i første fase, midt i anden fase, midt i tredje fase og ved afslutningen af forløbet. Disse nedslag svarer generelt til omkring 0, 2, 6, 10 og 12 måneder. Tabel 3.1 viser, hvor mange registreringer der er for hvert nedslagspunkt. Data stammer fra de tre dataindsamlingsredskaber, vi har benyttet i evalueringen:

- Registreringsskemaer, der indsamles for alle borgere ved opstarten af et forløb
- CTI-skemaer, der udfyldes ved opstarten af et forløb, ved faseovergang samt ved afslutningen af et forløb
- Outcomes Star, der udfyldes ved opstarten af et forløb og herefter hver anden måned.

Klassifikationen af, hvornår en måling er foretaget, er baseret på medarbejderens egne angivelser. Hvis medarbejderen eksempelvis har noteret, at en måling stammer fra forløbets tredje fase, så er det i dette datanedslag, at denne måling indgår – uanset om det måske samtidig er borgerens sidste (og dermed afsluttende måling). Hvis medarbejderen har noteret, at en måling stammer fra forløbets afslutning, så er det i dette datanedslag, at denne måling indgår (uanset hvor længe forløbet har varet). Hvis der derimod mangler en angivelse af, hvilken fase målingen er fra, har vi selv beregnet tidspunktet i forløbet på baggrund af, hvor længe der er gået mellem forløbets opstartsdato og den pågældende måling.

TABEL 3.1

Registrerede borgere i projektet, fordelt efter CTI-forløbets faser. Antal.

Skema	Opstart	Første CTI-fase	Anden CTI-fase	Tredje CTI-fase	Afslutning ²
Registrering ved oprettelse	147				
CTI, opstartsskema ¹	145				
CTI, igangværende		108	98	66	
CTI, afsluttende					119
Outcomes Star ³	134	92	79	57	64

Anm.: Datagrundlag pr. december 2016.

¹ 117 borgere mangler et CTI-opstartsskema, fordi de startede i projektets pilotfase. For 15 af disse er det muligt i stedet at anvende oplysninger fra første fases CTI-skema. To borgere mangler herefter et CTI-opstartsskema.

² 141 borgere har afsluttet deres CTI-forløb. En andel af borgerne afslutter CTI-forløbet før de planlagte 12 måneder. Der indsamles så vidt muligt et CTI-afslutningsskema blandt afsluttede borgere. For 22 afsluttede borgere mangler der imidlertid et CTI-afslutningsskema.

³ 36 udfyldte stjerner mangler en angivelse for tidspunkt i forløbet. For disse stjerner er tidspunktet beregnet ud fra forløbets opstartsdato. I de tilfælde, hvor CTI-medarbejder og/eller borger har udfyldt flere stjerner inden for den samme fase, inddrager vi kun den senest udfyldte stjerne. I de tilfælde, hvor både borger og medarbejder har udfyldt en stjerne, inddrager vi kun borgerens stjerne. To borgere har ingen udfyldte stjerner. Af de resterende 145 borgere mangler 11 borgere en opstartsstjerne. Der er indsamlet en afsluttende stjerne for omkring halvdelen af de afsluttede borgere. I alt indgår 544 stjerner i evalueringen.

Det er ikke alle borgere, for hvem vi har modtaget data for alle fem nedslagspunkter. Borgeren indgår i grundlaget for progressionsmålingerne så langt i forløbet, der er data for den pågældende borger. I analyserne indgår således også data fra borgere, der har afsluttet deres forløb før de planlagte 12 måneder. Dette har vi gjort af to årsager. For det første er det centralt for progressionsmålingens validitet, at analysen ikke begrænses til de borgere, som det er lykkedes at fastholde i projektet, da der kan være tale om den stærkeste del af målgruppen. For det andet er det i undersøgelser med lille datagrundlag (i dette tilfælde relativt få borgere) vigtigt at udnytte alle de data, der er indsamlet, for at opnå et datagrundlag, der er stort nok til at kunne analysere og beregne (signifikante) forskelle mellem grupper. Der er dog et vist bortfald i projektet, hvad angår både deltagelse og registreringer. Derfor angiver vi i alle tabeller og figurer, hvor mange borgere der udgør beregningsgrundlaget for hvert af de viste nedslagspunkter. Da selektion i bortfald kan føre til bias i progressionsmålingen, foretager vi ligeledes forskellige følsomhedsanalyser (kapitel 6), dels for at sikre, at den observerede progression i fx trivsel blandt borgere i et CTI-forløb ikke blot skyldes et potentielt frafald af de borgere, som oplever de største udfordringer, dels for at undersøge, om der er

nogle undergrupper (fx borgere med misbrug), som opnår mere eller mindre udbytte af forløbet.

DE KVALITATIVE DATA

Der er gennemført kvalitative studier i forbindelse med både projektets udviklingsfase (forstudie), pilotfase og afprøvningsfase. Formålet med den kvalitative del af evalueringen har været dels at få viden om implementeringen og den praktiske anvendelse af CTI-metoden i kommunerne, dels at få en dybere forståelse af de kvantitative resultater, målt på borgerniveau. Tabel 3.2 viser en oversigt over de kvalitative data, indsamlet undervejs i projektet.

TABEL 3.2

Indsamlede kvalitative data i undersøgelsen.

	Udviklingsfase	Pilotfase	Afprøvningsfase
Interview med borgere fra målgruppen, der ikke er tilknyttet projektet	12 interview		
Interview med fagpersoner (danske og udenlandske) ¹	13 interview		
Observationsstudier i projektkommuner		1 dag i hver kommune	
Interview med ledere (og eventuelle projektkoordinatorer) fra projektkommunerne	2 interview (telefon)	5 interview	4 interview med i alt 7 personer
Interview med medarbejdere fra projektkommunerne		7 interview	4 interview med i alt 6 medarbejdere
Fokusgruppeinterview med medarbejdere fra projektkommunerne			2 fokusgrupper med i alt 12 medarbejdere
Interview med borgere fra projektet			18 interview med i alt 20 borgere
Interview med NGO-repræsentanter	7 interview		8 interview

1. Fagpersoner er eksempelvis personer, som igennem deres arbejde har jævnlig kontakt til borgere fra målgruppen, fx medarbejdere fra Kompetencecenter Prostitution.

ANVENDTE KVALITATIVE METODER

Som det fremgår af tabel 3.2, er der anvendt forskellige kvalitative metoder i løbet af projektperioden – interview, der er gennemført som semi-strukturerede interview, fokusgruppeinterview og observationsstudier.

Nedenfor følger en kort gennemgang af de forskellige metodiske redskaber.

SEMISTRUKTUREREDE FORSKNINGSENTREVUE

Der er gennemført 80 semistrukturerede interview med i alt 87 personer igennem projektperioden. Alle interview har spillet en relevant rolle i de forskellige faser i projektet – eksempelvis bidrog interviewene fra projektets udviklingsfase med viden om målgruppens behov i forbindelse med tilrettelæggelsen af den sociale indsats (se bilag 1), mens interviewene i pilotfasen bidrog til kvalificering og tilpasning af indsatsen (se bilag 2). I denne afsluttende rapport er det særligt interviewene, indsamlet i afprøvningsfasen, som er inddraget i analyserne. I bilag 4 giver vi en nærmere beskrivelse af indholdet i interview og fokusgrupper.

Hensigten med at anvende det semistrukturerede interview er at give interviewpersonen plads til at fortælle om personlige oplevelser og erfaringer, samtidig med at interviewet er styret nok til at sikre, at det er muligt at besvare undersøgelsesspørgsmålene, og der er en grad af sammenlignelighed på tværs af interviewene (Kvale & Brinkmann, 2009). Interviewene er som udgangspunkt personinterview, gennemført med én interviewperson ad gangen. Dog er der, som det fremgår af tabel 3.2, enkelte undtagelser. For det første er nogle af interviewene i udviklingsfasen gennemført som telefoninterview, og for det andet er der i nogle tilfælde gennemført interview med to interviewpersoner. Det gælder bl.a. to af de 20 borgere, der er interviewet i afprøvningsfasen, hvor der, efter borgernes ønske, har deltaget to borgere fra projektet, hvilket er blevet imødekommet ud fra en betragtning om, at det kan gøre borgeren mere tryk ved interviewsituationen. Kontakten til borgere, der er interviewet i afprøvningsfasen, er etableret med hjælp fra borgernes CTI-medarbejdere.¹⁵ Enkelte borgere i afprøvningsfasen har ønsket, at deres CTI-medarbejder deltog i dele eller hele interviewet, hvilket ligeledes er blevet imødekommet. Hvert interview varede mellem 45 og 90 minutter.

Alle 80 interview er enten blevet transskriberet eller refereret med efterfølgende udskrivning af relevante citater. For at opnå analytisk generaliserbarhed er udskrifterne blevet tematisk analyseret i dataprogrammet NVivo, et computerbaseret koderedskab til systematisk bearbejdning af store mængder kvalitative data, der bl.a. gør det muligt at lave

¹⁵ Eksempelvis ved at CTI-medarbejderen, med borgerens tilladelse, har videregivet borgerens kontaktinformationer til SFI.

en tematisk kodning af det kvalitative materiale med fokus på eksempelvis borgernes motivation for at indgå i CTI-forløbet (Binderkrantz & Andersen, 2011). Da prostitution er et yderst følsomt emne, har vi vægтет de interviewede borgeres anonymitet højt. Det betyder bl.a., at vi har anonymiseret borgernes fortællinger grundigt og i den forbindelse ændret faktuelle oplysninger, som ville kunne bidrage til at identificere dem, herunder stednavne, eventuel uddannelsesretning, eventuel erhvervsretning osv.

OBSERVATIONSSTUDIER

Observationsstudier er særligt anvendelige til at undersøge eksempelvis interaktioner og observere praksisformer, eksempelvis hvordan forskellige metoder og redskaber implementeres og anvendes i praksis. Observationsstudier kan således bidrage til at give en grundlæggende forståelse af et fænomen, som dels kan være vanskeligt at få frem gennem interview, dels kan danne grundlag for kommende interview.

Observationsstudierne i dette projekt blev gennemført i projektets pilotfase og var af én dags varighed i hver af de fire projektkommuner. Selvom der var tale om relativt korte observationsstudier, var observationerne væsentlige i forhold til at understøtte pilotfasens formål om at kvalificere projektets metode og valg af dokumentationsredskaber. I forbindelse med observationsstudiet i hver kommune fik SFI's medarbejder lov til at følge en CTI-medarbejder rundt i dennes arbejde og fik i den forbindelse også mulighed for at sidde med til samtaler med borgere efter aftale med de pågældende borgere. Observationsstudierne bidrog med viden om medarbejdernes adfærd og om, hvordan CTI-medarbejderen i praksis arbejdede i henhold til CTI-principperne og CTI-metodens værdigrundlag. Herudover gav det mulighed for at undersøge anvendelsen af Outcomes Star i praksis i mødet med borgeren.

FOKUSGRUPPEINTERVIEW

Der er afholdt fokusgruppeinterview med CTI-medarbejderne i forbindelse med projektets afprøvningsfase. Fokusgruppeinterviewene var af henholdsvis 2½ og 3 timers varighed. Forud for interviewene havde medarbejderne udfyldt et kort spørgeskema, som dannede grundlag for udarbejdelsen af spørgeguiden til fokusgrupperne. I spørgeskemaet blev medarbejderne bedt om at forholde sig til forskellige temaer såsom deres overordnede vurdering af CTI-metodens anvendelighed i arbejdet med

målgruppen og samarbejdet med private og offentlige aktører undervejs i projektet (se bilag 4 for yderligere beskrivelse).

En fordel ved et gruppeinterview er, at deltagerne i interviewet kan bruge hinandens udsagn som inspiration til at skabe konsensus eller til at give hinanden modspil. Af samme grund blev de to fokusgrupper sammensat på tværs af de fire projektkommuner for at sikre, at forskelle og ligheder i måden at anvende metoden og arbejde med målgruppen på blev tydelige. Fokusgruppeinterviewene gav et indblik i både medarbejdernes generelle erfaringer i arbejdet med projektets målgruppe og i, hvilke styrker og svagheder den enkelte medarbejder oplevede i forhold til den praktiske anvendelse af metoden i dette arbejde. Ligesom det resterende interviewmateriale blev resultatet af fokusgrupperne transskriberet og databehandlet i NVivo.

BORGERE I CTI-FORLØB

I dette kapitel giver vi indledningsvist en beskrivelse af antallet af CTI-forløb, herunder en beskrivelse af de forløb, som er afsluttet før tid. Derudover gennemgår vi kommunernes kontakt til borgere, som ikke er endt i et CTI-forløb, og endelig giver vi en karakteristik af de borgere, som har været en del af et CTI-forløb i projektet.

For de analyser, som relaterer sig til borgere i projektet, består datagrundlaget af oplysninger på 147 borgere. Analyserne er baseret på de baggrundsoplysninger, der er registreret i forbindelse med oprettelse af den enkelte borger i projektets dokumentationssystem samt på baggrund af forskellige dele af CTI-skemaerne. Datagrundlaget for beskrivelsen af kontakt til borgere, som af den ene eller anden grund ikke er endt i forløb, er baseret på 84 registreringer, foretaget af medarbejderne i projektkommunerne.

Følgende resultater om borgernes situation ved opstart i CTI-forløbet kan fremhæves:

- Siden Exit-projektets opstart er 147 borgere startet i et CTI-forløb, og af disse var 141 forløb afsluttet i begyndelsen af december 2016.
- Størstedelen af borgerne i projektet er unge danske kvinder med en kort uddannelsesmæssig baggrund og ingen erhvervsuddannelse.

- 7 ud af 10 borgere har deres prostitutionsdebut mere end fire år inden forløbets start, og en tilsvarende andel er stadig aktive i prostitution inden for det seneste år før opstart i CTI-forløbet.
- Flere end 8 ud af 10 borgere har økonomisk gæld ved opstart af deres forløb. I interviewene fortæller flere af borgerne, at de primært sælger/solgte sex af økonomiske årsager.
- Halvdelen af borgerne har ved opstart i CTI-forløbet et misbrug af alkohol eller stoffer, og mere end halvdelen giver udtryk for psykiske problemer.
- Over halvdelen af borgerne giver ved forløbets opstart udtryk for, at de har et manglende eller svagt socialt netværk, og interviewene indikerer, at nogle borgere vælger at afskære forbindelsen til dele af deres netværk og/eller ikke at fortælle om deres erfaringer med salg af seksuelle ydelser.
- Cirka halvdelen af borgerne går ind i et forløb med exit fra prostitution som målsætning. Hos borgere, der ønsker exit, indikerer interviewene, at forskellige sociale, helbredsmæssige og økonomiske livs-omstændigheder kan gøre det svært at fastholde denne beslutning.

ANTAL CTI-FORLØB

Antallet af CTI-forløb, fordelt på de fire projektkommuner, fremgår af tabel 4.1.

TABEL 4.1

Borgere i CTI-forløb i undersøgelsens datagrundlag, fordelt på projektkommuner. Særskilt for afsluttede og aktive forløb ved udtrækning af data. Antal.

Projektkommuner	Afsluttede forløb	Aktive forløb	Total
Aalborg	24	4	28
Aarhus	27	0	27
København	55	2	57
Odense	35	0	35
Total	141	6	147

Anm.: Data er for de 147 borgere, som indgår i datagrundlaget for nærværende rapport (opgjort pr. december 2016).
Kilde: Registrering ved oprettelse i dokumentationssystem.

Siden projektets opstart og frem til starten af december 2016 har 147 borgere startet et forløb i Exit-projektet. Heraf er 141 forløb afsluttet,

mens seks borgere stadig var i gang med et forløb. Det var i en længere periode uvist, om Exit-projektet ville blive forlænget efter 2015, hvilket formodes at have påvirket antallet af forløb. Af de 147 forløb er 57 borgere startet op i København, 35 i Odense, 28 i Aalborg og 27 i Aarhus. Når der har været flere borgere i forløb i København end i de øvrige kommuner, er det en afspejling af, at der er en relativt større målgruppe til projektet i København, sammenlignet med de øvrige kommuner.

AFSLUTTEDE FORLØB

Ud af de 147 opstartede forløb er 141 forløb afsluttet og 6 forløb stadigvæk igangværende i begyndelsen af december 2016, hvor dataindsamlingen afsluttes. For 119 af de 141 borgere, der har afsluttet et CTI-forløb, har vi modtaget et udfyldt afslutningsskema, som angiver tidspunktet for forløbets afslutning og årsagen hertil. Det fremgår af tabel 4.2, at 70 ud af de 119 forløb afsluttes med et CTI-forløb på 12 måneder eller mere.

TABEL 4.2

Afsluttede CTI-forløb, opdelt efter forløbets længde. Antal.

	Antal
Afsluttet inden for de første 6 mdr.	23
Afsluttet fra 7 til 9 mdr.	16
Afsluttet fra 10 til 11 mdr.	10
Afsluttet ved 12 mdr. (planlagt)	59
Afsluttet fra 13 til 14 mdr.	11
Afslutningsskema, i alt	119
Afsluttet, i alt	141

Anm.: CTI-afslutningsskemaet er modtaget for 119 af de 141 afsluttede borgerforløb.

Kilde: Afslutningsskemaer.

For 11 af disse borgere er forløbet forlænget til 13 eller 14 måneder. Forlængelsen af forløbet skyldes som oftest, at det har været nødvendigt at sætte en borgers forløb på pause undervejs i forløbet, hvorfor det samlede antal måneder i forløb i realiteten ikke overstiger 12 måneder. Årsagen til en pause er eksempelvis, at borgeren er blevet indlagt eller har foretaget en længere udlandsrejse, hvorfor det ikke har været muligt at fastholde kontakten med borgeren i tilstrækkeligt omfang til at fortsætte forløbet.

For de resterende 49 borgere, som ikke gennemfører et CTI-forløb på 12 måneder, gælder det for 10 borgere, at de afslutter forløbet efter 10. eller 11. måned. 16 borgere afslutter forløbet efter 7-9 måneder, mens 23 borgere afbryder forløbet inden for det første halve år.

Årsagerne til, at 49 forløb afbrydes før de 12 måneder, som det standardiserede forløb varer, fremgår af tabel 4.3. Der kan være flere årsager i spil på samme tid.

TABEL 4.3

CTI-forløb, afsluttet før 12 måneder af kendte årsager, fordelt efter årsager.

Antal.

Årsager:	Antal
CTI-medarbejder stoppet, eller afsluttes pga. projektstop el. andet	12
Der er ikke længere kontakt til borgeren	11
Borgeren har ikke længere behov for CTI-støtte	11
Borgeren ønsker at afbryde forløbet	10
Borgeren har behov for en anden form for støtte	7
Borgeren er bortrejst, indlagt, flyttet el. lign	3

Anm.: N = 49. Der kan angives flere end én årsag. Antallet summerer derfor ikke til 49.

Kilde: Afslutningsskemaer.

Som det fremgår af tabel 4.3, er én årsag til, at forløb afbrydes, at CTI-medarbejderen har mistet kontakten til borgeren (11 forløb), eller at borgeren selv ønsker at afbryde forløbet (10 forløb). En anden årsag er, at borgeren ikke længere har behov for støtte, hvorfor forløbet afsluttes tidligere end efter de planlagte 12 måneder (11 forløb), eller at borgere har behov for en anden form for støtte end CTI-forløbet (7 forløb). Endelig er en årsag, som angives, at CTI-projektet er stoppet,¹⁶ eller at CTI-medarbejderen er stoppet (12 borgere), og at borgeren i den forbindelse ikke har ønsket at fortsætte forløbet med en ny CTI-medarbejder, eller at det er blevet vurderet, at borgeren skulle overdrages til det fremadrettede støttenetværk før 12 måneder. At forløbet afsluttes som følge af, at en CTI-medarbejder stopper, kan indikere en sårbarhed ved CTI-metoden, hvor borgeren er tilknyttet én central støtteperson. Der kan også være

¹⁶ 2016 var det sidste år af Exit-projektet. En projektkommune fortsatte med at tilbyde CTI-forløb, mens de øvrige tre kommuner stoppede med at tilbyde CTI-forløb i løbet af 2016. Det er forskelligt, hvornår i 2016 projekterne valgte ikke længere at starte nye CTI-forløb, og i nogle tilfælde har det derfor været nødvendigt at henvise borgeren til en anden indsats, inden borgeren havde modtaget et 12-måneders CTI-forløb.

andre end de nævnte årsager til, at et forløb er blevet afbrudt – eksempelvis komplikationer knyttet til borgerens misbrug. Ifølge CTI-medarbejdere i projektet kan et forløb også afsluttes inden de planlagte 12 måneder, fordi det i samarbejde med borgeren vurderes, at der er opnået det, der var planlagt i forløbet, efter 10 eller 11 måneder.

Vi har undersøgt, om de 39 borgere, som har afbrudt CTI-forløbet før forløbets tiende måned, adskiller sig fra de borgere, som fuldfører et forløb. Dette er vanskeligt at vurdere med sikkerhed, idet det er et beskedent antal borgere, der afbryder forløbet før tiende måned. Tabel 4.4 indeholder en karakteristik af de 39 borgere, som har afbrudt CTI-forløbet før forløbets tiende måned, og en sammenligning med borgere, som har gennemført et fuldt forløb. Karakteristikken af begge grupper er baseret på oplysninger, indsamlet ved forløbets opstart.

Borgerne, der afslutter et forløb før tiende måned, minder på mange områder om borgerne, der gennemfører et fuldt forløb. Borgerne med afbrudte forløb adskiller sig dog på enkelte områder fra borgerne, der deltager i et CTI-forløb i 12 måneder. En fjerdedel (9 borgere) af borgerne med afbrudte forløb har andet statsborgerskab end dansk. Blandt borgere, der fuldfører et forløb, er det mindre end en tiendedel, der ikke har dansk statsborgerskab. Blandt borgere, der har afbrudt forløbet før tiende måned, har hver syvende gennemført uddannelse ud over grundskolen; blandt borgere, der fuldfører forløbet, er dette tilfældet for hver tredje. Selvom vi kun har få observationer til rådighed for gruppen, der afslutter et forløb før tid, indikerer resultatet, at borgere, som ikke har dansk statsborgerskab, og borgere, der kun har grundskolen eller færre års uddannelse, er svære at fastholde i et forløb på 12 måneder. Se i øvrigt afsnittet om ”Følsomhedsanalyse: Betydningen af bortfald for progressionsmålingen” i kapitel 6, hvor vi undersøger, om borgere, der afslutter deres forløb før tiende måned, adskiller sig systematisk fra borgere, der gennemfører et forløb på ti måneder eller mere i forhold til deres trivsel ved opstart og afslutning.

TABEL 4.4

Andelen af borgere, der har afsluttet CTI-forløbet, som har specifikke karakteristika. Særskilt for afslutningstidspunkt. Antal og pct.

Karakteristika	Før 10. måned		10. måned eller senere	
	Antal	Procent	Antal	Procent
<i>Køn</i>				
Kvinde	39	100	74	92
Mand	-	-	4	5
Transseksuel	-	-	2	3
<i>Statsborgerskab</i>				
Dansk	30	77	74	92
Andet statsborgerskab	9	23	6	8
<i>Målsætning med forløbet</i>				
Exit fra prostitution	17	44	38	48
Forbedrede livsvilkår	22	56	42	52
<i>Uddannelse</i>				
Grundskole eller tiende klasse	33	85	53	66
Almen gymnasial uddannelse	6	15	27	34
<i>Primære forsørgelsesgrundlag</i>				
Salg af seksuelle ydelser	10	27	14	22
<i>Misbrug af alkohol eller stoffer</i>				
Misbrug	18	50	30	49

Kilde: Karakteristikken af borgere, der har afsluttet et forløb før forløbets tiende måned, er baseret på opstartsskemaer for de 39 borgere, som ifølge afslutningsskemaet har afsluttet CTI-forløbet før tiende måned. N=39, N = 39, N = 39, N = 39, N=37, N = 36. Der kan angives flere end ét forsørgelsesgrundlag.

Karakteristikken af borgere, der har afsluttet et forløb ved forløbets 10. måned eller senere, er baseret på opstartsskemaer for de 80 borgere, som ifølge afslutningsskemaet har afsluttet CTI-forløbet efter 10 til 14 måneder. N = 80, N = 80, N = 80, N = 80, N = 65, N = 61. Der kan angives flere end ét forsørgelsesgrundlag. Forskellen på andelen af borgere med andet statsborgerskab end dansk er signifikant forskellig fra 0 mellem de to grupper.

Forskellen på andelen af borgere, der har grundskolen som højeste uddannelse, er signifikant forskellig fra 0 mellem de to grupper.

KONTAKT, DER IKKE ENDER I ET CTI-FORLØB

Det er ikke alle kontakter med borgere, der udmøntes i et CTI-forløb, og som det fremgår af tabel 4.5, har dette været tilfældet for 84 henvendelser til og med 4. kvartal 2016.¹⁷ Langt størstedelen af henvendelserne er

¹⁷ De henvendelser, som ikke er blevet udmøntet i et CTI-forløb, er primært fra starten af projektperioden, hvor der bl.a. er en række henvendelser fra borgere, som ikke er i målgruppen. En forklaring

fra kvinder med dansk statsborgerskab, mens seks henvendelser er fra mænd med dansk statsborgerskab. Ni henvendelser er fra kvinder med andet statsborgerskab end dansk, og tre er fra kvinder med dansk/andet statsborgerskab (eksempelvis dansk/ugandisk eller dansk/lettisk).

Det er forskelligt, hvordan borgerne har fået kontakt til projektet. Henvendelserne er eksempelvis foretaget af kommunale instanser, fx jobcenteret, statslige instanser som Kompetencecenter Prostitution (KC) og Center mod Menneskehandel (CMM), misbrugscentre, NGO'er eller andre aktører, der har tænkt, at borgeren kunne være i målgruppen for projektet. Der er også borgere, der selv har henvendt sig til projektet, eller som har været i kontakt med en CTI-medarbejder via projektets opsøgende arbejde.

Årsager til, at kontakten ikke er endt i et CTI-forløb, kan fx være, at borgerne har vist sig ikke at være i målgruppen for projektet, eksempelvis på grund af manglende gult sundhedskort, eller fordi borgerne ikke har erfaring med salg af seksuelle ydelser. Der er også borgere, der, trods henvendelse til projektet, alligevel ikke har ønsket at deltage i et CTI-forløb. Dette kan skyldes, at de ikke oplever et behov for et støtteforløb eller ikke har overskud til at deltage i et forløb, eksempelvis på grund af misbrug eller andre omstændigheder.

I tabel 4.5 viser vi fordelingen af kontakter i forhold til køn og statsborgerskab, samt hvorvidt borgeren efterfølgende er blevet sat i forbindelse med anden form for støtteindsats. Som det fremgår af tabellen, er cirka halvdelen af de borgerhenvendelser, som ikke er endt i et forløb, endt med, at der er ydet støtte gennem andre instanser. Nogle borgere har således efterfølgende fået tildelt en bostøtte eller støttekontaktperson, andre får støtte i forbindelse med forskellige botilbud, og endelig er der nogen, som har fået eller har fastholdt en eksisterende støtte hos NGO'er, KC, CMM eller lignende. At borgeren ikke er blevet henvist til en anden indsats, skyldes fx, at borgeren ikke har ønsket støtte, eller at borgeren har afbrudt kontakten, før et eventuelt behov for anden støtte er blevet fastlagt.

ring på dette kan således være, at der i starten af projektet kan have været usikkerhed blandt borgere og samarbejdspartnere om projektets målgruppeafgrænsning.

TABEL 4.5

Borgere, der har været i kontakt med projektet, men hvor kontakten ikke er resulteret i CTI-forløb, fordelt efter køn, statsborgerskab, og om de er videre-sendt til anden indsats. Antal.

	Antal
<i>Køn</i>	
Kvinde	78
Mand	6
<i>Statsborgerskab</i>	
Dansk	70
Dansk / andet	6
Andet / ukendt	8
<i>Sendt videre til anden indsats</i>	
Ja, eller borger kan henvende sig	41
Nej, eller ikke angivet*	43

Anm.: N = 84. Opgjort december 2016. * Kan skyldes, at borgeren ikke er i målgruppen eller ikke ønsker at starte i forløb.

Kilde: Registreringsskema for ikke-opstartede forløb.

BESKRIVELSE AF BORGERE I EXIT-PROJEKTET

Den resterende del af dette kapitel omhandler de 147 borgere, som er startet i et CTI-forløb. Vi gennemgår først borgernes prostitutionserfaringer, og sikrer os herigennem, at borgerne er i målgruppen for projektet. Dernæst beskriver vi forskellige baggrundskarakteristika såsom borgernes køn og alder, og vi beskriver deres livssituation ved opstart. Afslutningsvist gennemgår vi borgernes målsætning ved opstart i forløbet og de ønsker, som borgerne ved opstarten har til indholdet i CTI-forløbet.

De kvantitative analyser er baseret på både de 141 borgere, som har afsluttet deres forløb, og de 6 borgere, som er i gang med et forløb. Borgerne optræder i datamaterialet, så længe vi har registreringer på dem – hvis en borger afbryder forløbet umiddelbart efter forløbets fjerde måned, vil vi således have vedkommende med i datagrundlaget til og med anden fase. Herudover inddrager vi de kvalitative interview med såvel borgere som medarbejdere, hvor der er flere beskrivelser af borgernes generelle livssituation. De kvalitative udsagn bruger vi til at underbygge

de kvantitative beskrivelser og vise sammenhængen mellem borgernes prostitutionserfaringer og sociale problemstillinger.

ERFARINGER MED PROSTITUTION

Borgernes prostitutionserfaringer fremgår af tabel 4.6. Prostitutionserfaringer er opgjort som, hvornår borgeren senest solgte seksuelle ydelser, samt hvornår borgeren solgte seksuelle ydelser første gang. Syv ud af ti borgere har haft deres debut med salg af seksuelle ydelser for mere end fire år siden, ved projektets opstart, mens hver tiende har haft deres debut inden for det seneste år.

TABEL 4.6

Borgere i projektet, fordelt efter prostitutionsdebut og prostitutionsaktivitet. Antal og procent.

	Antal	Procent
<i>Debut: solgte sex første gang</i>		
Over 4 år siden	105	71
Mellem 1 og 4 år siden	26	18
Under 1 år siden	16	11
Total	147	100
<i>Aktivitet: solgte sex sidste gang</i>		
Over 2 år siden	18	13
1-2 år siden	15	11
Under 1 år siden	109	77
Total	142	100

Anm.: N = 147, N = 142.

Kilde: Registrering ved oprettelse i dokumentationssystemet.

Som det fremgår af afsnittet om projektets målgruppe i kapitel 1, omfatter målgruppen borgere, der har erfaring med salg af seksuelle ydelser, uanset om de er aktive i prostitution eller ej ved opstart i et CTI-forløb. Projektet har derfor også haft kontakt til borgere, som ikke har solgt sex umiddelbart op til deres opstart i et CTI-forløb. I tabel 4.6 fremgår det således, at 13 pct. senest solgte sex for over to år siden. 77 pct. har dog solgt seksuelle ydelser inden for det seneste år ved opstarten i forløbet, hvilket viser, at projektet overvejende har haft kontakt med borgere, som har været aktive i prostitution relativt tæt på opstartstidspunktet.

Tabel 4.7 viser, hvor borgerne sælger/har solgt seksuelle ydelser, og hvad betalingsformen er/har været. Fire ud af ti (43 pct.) har erfarin-

ger med at sælge seksuelle ydelser på en klinik. Omkring hver tredje (29 pct.) udfører seksuelle ydelser i kundens hjem. Omkring hver fjerde borger (26 pct.) angiver, at salg af seksuelle ydelser har fundet sted fra gaden. Omkring hver fjerde borger har erfaring med at sælge seksuelle ydelser fra et hotelværelse (23 pct.), og ligeledes har hver fjerde borger (23 pct.) solgt seksuelle ydelser i sit eget hjem. Desuden angiver en stor andel af borgerne, at de har erfaringer med at sælge seksuelle ydelser inden for flere forskellige prostitutionsarenaer. Mange borgere har erfaring med at modtage flere forskellige former for betaling for seksuelle ydelser. Betalingen for ydelserne er som oftest penge. 81 pct. af borgerne har således erfaringer med at tage imod penge for seksuelle ydelser, mens hver fjerde angiver at have modtaget stoffer som betaling. 16 pct. af borgerne har solgt seksuelle ydelser til gengæld for en overnatningsmulighed.

TABEL 4.7

Andelen af borgere med prostitutionserfaring, der har solgt sex på specifikke lokationer, og andelen, som har modtaget specifikke betalingsformer ved næste seksuelle ydelse. Antal og procent.

	Antal	Procent
<i>Lokation</i>		
På klinik	60	43
I kundens hjem	41	29
På gaden	37	26
I eget hjem	32	23
På hotelværelser	32	23
Privat/diskret ¹	25	18
Kabiner på fx barer, sexsaunaer, toiletter eller lignende	25	18
<i>Betalingsform</i>		
Penge	114	81
Stoffer	35	25
Overnatningsmulighed	23	16
Mad	16	11
Beskyttelse	8	6
Alkohol	9	6

Anm.: N = 141, N = 141. Det er muligt at angive flere svarkategorier, procentangivelserne summerer derfor ikke til 100.

1. Privat/diskret prostitution foregår i private eller i diskrete omgivelser som fx et lejet værelse i en lejlighed (Sørensen, 2014).

Kilde: Registrering ved oprettelse i dokumentationssystemet.

Borgernes erfaringer inden for forskellige prostitutionsarenaer fremgår ligeledes af de kvalitative interview, hvor borgerne selv fortæller om deres erfaringer med salg af seksuelle ydelser. En borger fortæller eksempelvis, at vedkommende har solgt sex ”on and off” igennem 21 år via escort, på klinik og privat/diskret. En anden borger, Katarina,¹⁸ fortæller, at hun begyndte at sælge sex, mens hun boede på forskellige opholdssteder, hvorfor salget foregik i kundens bil. Hun fortæller:

Det foregik altid i biler. Jeg sagde jo bare, at jeg skulle ud og gå en tur (...) eller de første par gange sagde jeg, at jeg bare skulle ud og tjene penge. De vidste godt på hvad.

Katarina beskriver ligeledes i interviewet, at hun nogle gange solgte sex for at få lov til at ryge med på en joint, men at det ellers var for at tjene penge. Hun beskriver dermed også de to grunde til at sælge sex, som optrådte oftest i det kvantitative datamateriale. Ligesom de kvantitative data viser de kvalitative data, at det dog særligt er økonomien, som de fleste af de interviewede borgere peger på som afgørende. Eksempelvis beskriver en borger, at hun efter en periode som vagtpige på en klinik havde en forventning om, at hun ville kunne tjene mange penge på at sælge sex. En anden borger, Lone, fortæller ligeledes, at hun oplevede det som en ”guldgrube”, det første år hun solgte sex:

Som håndværker skulle jeg arbejde 5-6 timer for 1.000 kr., og nu kunne jeg tjene det samme på en time. Set i bakspejlet var det skræmmende.

Lone fortæller dog, at det ikke udelukkende var pengene, men også et stort eksperimenterende behov hos både hende og hendes daværende kæreste, som gjorde, at hun begyndte at sælge seksuelle ydelser. I en længere periode var salg af seksuelle ydelser Lones primære indtægtskilde, og da hun efter et brud med kæresten stoppede med at sælge sex, endte hun med at befinde sig i en økonomisk svær situation og uden bopæl.

BAGGRUNDSKARAKTERISTIKA

I de følgende afsnit ser vi nærmere på udvalgte baggrundskarakteristika for borgere i projektet. Afsnittet bygger på registreringer i CTI-

¹⁸ De anvendte navne er opdigtede.

skemaerne, som CTI-medarbejderne har udfyldt på baggrund af samtaler med borgerne. Der inddrages også kvalitative data fra SFI's interview med borgerne.

I tabel 4.8 viser vi, hvordan borgerne fordeler sig i forhold til køn, statsborgerskab og alder.

TABEL 4.8

Borgere i projektet, fordelt efter køn, statsborgerskab og alder. Antal og procent.

	Antal	Procent
<i>Køn</i>		
Kvinde	139	95
Mand	6	4
Transperson	2	1
Total	147	100
<i>Statsborgerskab</i>		
Dansk	130	88
Andet statsborgerskab	17	12
Total	147	100
<i>Alder</i>		
18-25 år	39	31
26-30 år	25	20
31-35 år	16	13
36-40 år	27	21
41-50 år	20	16
Total	127	100

Anm.: N = 147, N = 147, N = 127.

Kilde: Registrering i dokumentationssystem ved oprettelse af borgeren.

95 pct. af borgerne i projektet er kvinder, mens den resterende andel er mænd eller transpersoner. Ligeledes er hovedparten borgere med dansk statsborgerskab (88 pct.), mens de resterende 12 pct. ikke har dansk statsborgerskab.¹⁹ Overvægten af borgere med dansk statsborgerskab i projektet hænger sammen med, at målgruppen for Exit-projektet er borgere med et gult sundhedskort. Omkring halvdelen af borgerne er under 31 år ved opstarten af deres CTI-forløb.

Borgerne i forløb er kendetegnet ved at have en lav uddannelsesmæssig baggrund, hvilket fremgår af tabel 4.9. 1 ud af 10 har ingen

¹⁹ Herunder har ti borgere statsborgerskab fra et europæisk land, mens de resterende fem er fra hhv. afrikanske, asiatiske og mellemøstlige lande.

uddannelse eller 1.-6.klasse som højeste, fuldførte uddannelse, 2 ud af 3 har 7.-10. klasse som højeste, fuldførte uddannelse, mens 1 ud af 4 har en gymnasial uddannelse som højeste, fuldførte uddannelse. Hvad angår borgernes erhvervskompetencegivende uddannelse, er der en klar overvægt af personer uden en erhvervskompetencegivende uddannelse. 72 pct. har ingen erhvervskompetencegivende uddannelse, mens 21 pct. har en erhvervsuddannelse, og 8 pct. har en universitetsuddannelse eller lignende.

TABEL 4.9

Borgere i projektet, fordelt efter højeste, færdiggjorte skoleuddannelse og højeste, færdiggjorte kompetencegivende uddannelse. Antal og procent.

	Antal	Procent
<i>Højeste, færdiggjorte skoleuddannelse</i>		
1.-6. klasse eller ingen	15	10
7.-10. klasse	96	65
Gymnasial uddannelse	36	25
Total		100
<i>Højeste, færdiggjorte erhvervskompetencegivende uddannelse</i>		
Ingen erhvervskompetencegivende uddannelse	101	72
Erhvervsuddannelse	29	21
Universitetsuddannelse e.l.	11	8
Total	147	100

Anm.: N = 147, N = 147.

Kilde: Registrering i dokumentationssystem ved oprettelse af borgeren.

LIVSSITUATION VED OPSTART

Det er relevant at afdække borgerens livssituation ved forløbets opstart for at få et helstøbt billede af, hvem borgerne i projektet er. Analyserne er baseret på de parametre, som indgår i CTI-skemaerne, og som i forstudiet blev identificeret som væsentlige i forhold til at skabe forandringer for målgruppen. Sådanne forhold er eksempelvis borgerens forsørgelsesgrundlag, borgerens boligsituation og faktorer omkring borgerens helbred.

ØKONOMI, JOB OG BOLIGOMKOSTNINGER

Borgernes primære forsørgelsesgrundlag og beskæftigelsessituation fremgår af tabel 4.10. Kategorierne forsørgelsesgrundlag og beskæftigelsessituation adskiller sig fra hinanden, idet forsørgelsesgrundlag inklude-

rer salg af sex, mens beskæftigelsessituation kun dækker over anerkendte erhverv.

Knap halvdelen af borgerne i et CTI-forløb (48 pct.) har kontanthjælp som deres primære forsørgelsesgrundlag, mens knap en fjerdedel (23 pct.) angiver salg af seksuelle ydelser. Det fremgår desuden af tabel 4.10, at omkring hver fjerde borger (24 pct.) er sygemeldt eller er helt uden for arbejdsmarkedet, mens seks ud af ti (57 pct.) enten er ledige eller i aktivering. 13 pct. af borgerne er under uddannelse, og 6 pct. er i beskæftigelse. Enkelte borgere forsørger sig ved andre grundlag, eksempelvis ressourceforløbsydelse, eller er forsørget af ægtefælle eller partner.

TABEL 4.10

Andelen af borgere i projektet, der har specifikke primære forsørgelsesgrundlag, og samme borgere, fordelt efter beskæftigelse. Antal og procent.

	Antal	Procent
<i>Primært forsørgelsesgrundlag</i>		
Kontanthjælp	61	48
Salg af sex	29	23
Førtidspension	18	14
SU	7	6
Løn	5	4
Arbejdsledighedsdagpenge eller sygedagpenge	3	2
Folkepension	1	1
<i>Beskæftigelse (salg af sex medtages ikke)</i>		
Ledig	53	44
Sygemeldt eller uden for arbejdsmarkedet	29	24
Aktivering el. særlige vilkår	16	13
Under uddannelse	15	13
Beskæftiget	7	6
Total	120	100

Anm.: N = 127., N = 120. Det er muligt at angive flere svarkategorier til forsørgelsesgrundlag - denne summerer derfor ikke til 100.

Kilde: CTI-opstartsskema (CTI-igangværende skema).

I hvilket omfang borgerne har gæld ved forløbets start, fremgår af tabel 4.11. 85 pct. af borgerne har gæld ved forløbets start. Heraf har 82 pct. gæld til det offentlige, eksempelvis til SKAT. 63 pct. har forbrugsgæld, og 61 pct. har gæld til et pengeinstitut. Flere borgere har forskellige former for gæld samtidig, eksempelvis både gæld til pengeinstitut og forbrugsgæld.

TABEL 4.11

Andelen af borgere i projektet, der har gæld ved opstart, samt fordelt efter gældstype. Antal og procent.

	Antal	Procent.
Har gæld ved opstart	90	85
<i>Gældstype</i>		
Gæld til det offentlige, fx SKAT	53	82
Forbrugsgæld	40	63
Pengeinstitut	40	61
Gæld til venner/familie, kæreste/samlever/ægtefælle, andre	19	28
Gæld til personer inden for misbrugsmiljøet eller prostitutionsmiljøet	12	18

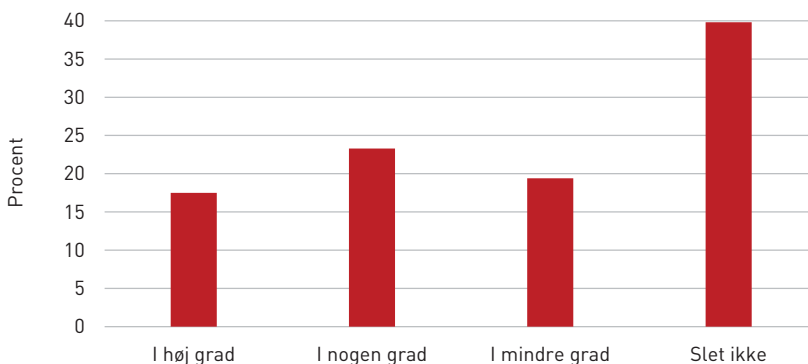
Anm.: N = 106, N = 65, N = 64, N = 69, N = 67. Det er muligt at angive flere kategorier, procentangivelserne summerer derfor ikke til 100.

Kilde: CTI-opstartsskema (CTI-igangværende skema).

I hvilken grad borgerne har vanskeligt ved at klare deres boligomkostninger, fremgår af figur 4.1. 41 pct. har ”i nogen grad” eller ”i høj grad” vanskeligt ved at betale deres boligomkostninger, mens ca. 40 pct. ikke vurderes at have problemer med at klare udgifter til deres bolig.

FIGUR 4.1

Borgere i projektet, fordelt efter grad af vanskelighed ved betaling af boligomkostninger. Procent.



Anm.: N = 103.

Kilde: CTI-opstartsskema (CTI-igangværende skema).

Som vi beskrev i kapitel 1, er økonomi for mange en årsag til at starte i prostitution (Rasmussen, 2007). Ovenstående kvantitative resultater viser, at flere borgere ved opstarten af deres forløb har gæld og/eller svært ved at betale deres boligomkostninger. De kvalitative interview viser ligeledes, at økonomi, job og bolig er områder, der hænger tæt sammen med borgernes prostitutionserfaringer. Flere af de yngre kvinder i projektet fortæller eksempelvis, at deres salg af sex enten begynder eller eskalerer, da de flytter i egen bolig. Det gælder bl.a. Malene, der begyndte at sælge sex for at finansiere møblering af det værelse, hun havde lejet, da hun flyttede hjemmefra. Lignende beskrivelser finder vi hos Sofie og Katarina, som begge ligeledes peger på, at pengene fra salg af sex er gået til boligudgifter. Katarina lægger desuden vægt på, at hun, grundet pengene fra salg af sex, har vænnet sig til at have et relativt højt forbrug, og at hun føler, at hun har haft brug for den bekræftelse, som hun har fået fra de mænd, som hun har solgt seksuelle ydelser til. Hun beskriver således sig selv som ”en narkoman, der ikke har fået et fix”, når hun ikke sælger sex. For både Sofie og Malene forstærkes det økonomiske incitament for at sælge sex derimod af et hashmisbrug, som stiger i samme periode, hvor de flytter i egen bolig. Malene fortæller bl.a.:

Det [at flytte hjemmefra] havde jeg glædet mig til hele mit liv, men jeg var jo vant til at have faste rammer og regler (...) jeg havde lige pludselig så meget frihed, at jeg ikke kunne kontrollere det.

En anden borger, Michaela, fortæller, at hun tidligere har solgt sex for at finansiere stoffer, men at hun stoppede, da hun blev ”clean”. For nogle år siden kom hun dog på kontanthjælp og fik herefter svært ved at få økonomien til at hænge sammen, og hun begyndte at sælge sex igen. Hun oplevede selv, at det var hendes eneste mulighed for at tjene penge. Michaela fortæller:

Jeg kunne ikke overleve [på kontanthjælp], og jeg kunne ikke gå ud og tjene penge på andre måder.

Michaela hører til blandt de 65 pct. af borgerne i projektet, som har 7.-10. klasse som den højeste, fuldførte uddannelse, og da hun ikke er berettiget til førtidspension, vil hun have behov for tilbud relateret til uddannelse eller beskæftigelse, hvis der skal ske ændringer i hendes forsørgel-

sesgrundlag. Også andre borgere, som egentlig tidligere er stoppet med at sælge seksuelle ydelser, genoptager salget, når de er økonomisk trængte. Eksempelvis fortæller Anni, der er på ressourceydelse, at hun har solgt sex, ”hvis økonomien ikke lige har kunnet hænge sammen, så... ligger det så dybt i mig, at der går hurtigt fra tanke til handling”.

FYSISK OG MENTALT HELBRED SAMT EVENTUELT MISBRUG

Borgernes psykiske og fysiske helbredsprofil, angivet af CTI-medarbejderne på baggrund af samtaler med borgerne,²⁰ fremgår af tabel 4.12. Næsten 9 ud af 10 borgere giver udtryk for, at de har psykiske problemer i høj grad eller i nogen grad. Blot fire borgere giver udtryk for, at de slet ikke har psykiske problemer; disse borgere fremgår ikke af tabel 4.12. Seks ud af ti borgere giver udtryk for vanskeligheder på grund af stress, angst eller posttraumatisk stresssyndrom. Fire ud af ti giver udtryk for vanskeligheder grundet depression, mani eller bipolar lidelse. Søvnløshed er et problem for fire ud af ti borgere. Fire ud af ti borgere er i behandling, målrettet deres psykiske helbred.

Vedrørende fysiske helbredsproblemer fremgår det, at fire ud af ti borgere har et længerevarende fysisk helbredsproblem eller handicap, samt at relativt mange borgere (33 personer) i projektet har problemer med ryg, nakke, hænder og arme. Derudover er der borgere, der lider af åndedrætsproblemer, maveproblemer, problemer med lever, nyre, hjerte, blodtryk og kredsløb, enkelte borgere, der har hepatitis C, og en enkelt borger, der angiver at være HIV-positiv.

Ikke overraskende er det psykiske og fysiske helbred også en relevant del af interviewene med borgerne. I forhold til borgernes fysiske helbred er der flere, som fortæller, at de har ønsket hjælp til at blive tjekket for kønssygdomme. I den forbindelse fremhæver nogle af medarbejderne, at det har været en fordel for borgerne at have en fast kontaktperson på eksempelvis en gynækologisk afdeling, som man kan henvende sig til, og aftaler om anonymitet i forbindelse med behandling af kønssygdomme.

²⁰ Angivelserne beror på medarbejdernes samtaler med borgerne og borgernes egen beskrivelse af deres fysiske og mentale helbred. Det er ikke klart, om der foreligger en klinisk diagnose.

TABEL 4.12

Andelen af borgere i projektet, der giver udtryk for psykiske problemer, andelen af disse, der udtrykker specifikke psykiske vanskeligheder, andelen, der er i behandling målrettet det psykiske helbredsproblem, samt andel af borgere, der har et længerevarende fysisk helbredsproblem. Antal og procent.

	Antal Procent	
<i>Giver udtryk for psykiske problemer</i>		
I høj grad eller i nogen grad	108	86
I mindre grad eller slet ikke	17	14
<i>Udtrykker vanskeligheder med:</i>		
Stress, fobier, forskellige former for angst, OCD og posttraumatisk stress-syndrom	76	60
Depression, mani og bipolar lidelse	54	43
Søvnløshed	51	40
Personlighedsforstyrrelse, herunder borderline	25	20
Dobbeltliv	37	29
ADHD, ADD eller lignende	19	15
Spiseforstyrrelse	17	13
Lidelser grundet brug af alkohol eller stoffer	10	8
Stemmehøring, skizofreni og psykose	8	6
I behandling målrettet sit psykiske helbred (Ja)	50	39
Længerevarende fysisk helbredsproblem eller handicap	45	39

Anm.: N = 125, N = 127, N = 127, N = 116. Det er muligt at angive flere kategorier, procentangivelserne summerer derfor ikke til 100.

Kilde: CTI-opstartsskema (CTI-igangværende skema).

Ligeledes viser interviewene med nogle af de borgere, som er blevet tjekket for kønssygdomme, at netop det, at der har været en fast kontaktperson for borgere i projektet, har betydet, at de har følt sig mere trygge ved at skulle tjekkes, da de ikke har været bekymrede for at blive mødt med spørgsmål vedrørende, hvordan de har fået sygdommene, eller hvorfor de oplever et behov for at blive tjekket. I disse tilfælde kobler borgerne deres fysiske problemstillinger til salg af seksuelle ydelser, men ofte bliver borgernes fysiske problemer dog sat i forbindelse med eksempelvis stof- eller alkoholmisbrug. Det gælder bl.a. for Joy og Freja, der begge oplever fysiske skader som følge af mange års alkoholmisbrug. Også andre fysiske problemstillinger fylder i interviewene. Eksempelvis fortæller Lone, som er interviewet ved opstart i forløbet, at hun gerne vil have testet sin

erhvervsevne, da hun oplever at kæmpe med forskellige fysiske problemstillinger såsom gigt og kronisk træthed.

I forhold til det psykiske helbred er det, ligesom i det kvantitative datamateriale, stressrelaterede lidelser, PTSD og depression, som træder særligt frem i interviewene. Nogle af borgerne relaterer disse problemer direkte til deres erfaringer med salg af sex. Andre peger på, at de psykiske problemer er relateret til seksuelle overgreb i barndommen, som de har behov for hjælp til at bearbejde. Frederikke, der er interviewet ved påbegyndelsen af sit forløb, beskriver eksempelvis en sammenhæng mellem salg af seksuelle ydelser, seksuelle overgreb i barndommen og sine psykiske problemer. Hun siger:

Det giver mening, at når man som barn har fået overskredet sine kropslige grænser, så er man tilbøjelig til at fortsætte det mønster (...). Det, der er mit største problem, det er, at jeg ikke kan sige nej, når jeg først er i gang. Hvis jeg kommer ud for noget ubehageligt, eller hvis folk går over mine grænser, så flyver jeg ud af kroppen. Jeg kan godt mærke, hvad der sker, men det er, som om jeg bare står ved siden af og følger med og ligner én, der godt kan lide det, selvom jeg er der på sidelinjen og har det forfærdeligt.

Malene beskriver ligeledes, at hun har været bange for at møde kunder på gaden, og at hun oplevede, at hun både fik det psykisk og fysisk dårligt, fx hvis hun kunne genkende en lugt, som mindede hende om en kunde. Hun mener dog, at det i særlig grad er hendes eskalerende stofmisbrug, som har været skyld i de psykiske problemer, som hun har oplevet, og som bl.a. har udløst angstanfald, der har betydet, at hun ikke har kunnet passe sin skole. Hun fortæller:

Det, der forværrer min psyke, var stofferne. Især coke. Jeg skulle planlægge, hvornår jeg skulle tage coke, for næste dag kunne jeg ikke noget, dér skulle jeg bare være hjemme. Hvis jeg var ude med folk dagen efter, jeg havde taget coke, ville jeg få anfald. Det har jeg prøvet, hvor jeg hyperventilerede, ikke kunne trække vejret og bare skulle væk.

Sonja, der er interviewet ved opstart i forløbet, kobler ligeledes sine psykiske problemer med sit misbrug af stoffer – dog (til dels) med omvendt kausalitet i forhold til Malenes fortælling. Hun beskriver således, at hun

gik ned med stress og depression i forbindelse med sit daværende arbejde. Hun har tidligere været afhængig af stoffer og har i den forbindelse også solgt sex, men har haft en tiårig periode som ”clean”. Da Sonja går ned med stress, vælger hun det, ”hun kender bedst” – nemlig stofferne og salg af sex. I interviewet påpeger hun dog, at hun retrospektivt tænker, at stressen var relateret til, at hun på daværende tidspunkt ikke havde bearbejdet de oplevelser, der var relateret til hendes salg af sex.

Hvis vi vender tilbage til de kvantitative resultater i forhold til borgernes eventuelle alkohol- og stofmisbrug, kan vi af nedenstående tabel 4.13 se, at 48 pct. af borgerne i CTI-skemaerne vurderes at have et misbrug af alkohol eller stoffer, og heraf er der for 60 pct. tale om et misbrug af hårdere stoffer (heroin, kokain, amfetamin eller lignende). Vurderingen foretages af CTI-medarbejderen på baggrund af samtaler med borgeren. Tabel 4.13 viser også, at 71 pct. af de borgere, der vurderes at have et misbrug, har et misbrug af hash eller lignende.

TABEL 4.13

Andelen af borgere i projektet, der vurderes at have et misbrug, samt andelen af borgerne med misbrug, der har alkoholmisbrug, heroin/kokain/amfetamin-misbrug og hashmisbrug. Antal og procent.

Misbrug	Antal	Procent
Misbrug af alkohol eller stoffer (ja)	57	48
<i>Misbrug</i>		
Hashmisbrug eller lignende	37	71
Heroin, kokain, amfetamin eller lignende misbrug	33	60
Alkoholmisbrug	24	45

Anm.: N = 120, N = 52, N = 55, N = 53. Det er muligt at angive flere kategorier, procentangivelserne summerer derfor ikke til 100.

Kilde: CTI-opstartsskema (CTI-igangværende skema).

Som allerede indikeret spiller misbrug også en væsentlig rolle i de kvalitative interview med borgerne. Det gælder bl.a. Sonja, som selv påpeger, at hendes salg af sex og hendes misbrug altid har hængt uløseligt sammen. I de perioder, hvor hun har været ”clean”, har hun således ikke solgt sex. Sonja sælger altid sex på gaden, hvilket hun beskriver som ”hardcore”. Det samme gør sig gældende for Michaela og Bente, der også begge har tjent penge til at finansiere et stofmisbrug via gadeprostitution. Michaela fortæller:

Jeg var hos min kæreste hele tiden, og så begyndte jeg at lære Vesterbro at kende, og da jeg så manglede penge, ja, så var der jo mange af de kvinder, som var misbrugere, som gjorde det, og jeg tænkte, jamen, det er jo også hurtige penge.

Hun beskriver det som meget hårdt at sælge sex på gaden. Denne beskrivelse går igen i interviewet med Bente, der fortæller, at det har været svært for hende at sælge seksuelle ydelser, og hun fortæller følgende:

Jeg synes, at det var så ulækkert. De småpenge de ville give. Hvis jeg ikke er mere værd, så kø!

Hun siger dog samtidig, at gadeprostitution har været den eneste mulighed for at tjene penge til stofferne. Det er dog ikke kun de borgere, som har erfaring med gadeprostitution, som beskriver, at de bruger pengene fra salg af sex til at finansiere et misbrug. Også Sofie, der solgte sex via escort og privat/diskret, fortæller eksempelvis, at hun brugte 5-6.000 kr. om måneden på hash, og at hun derfor altid havde behov for at skaffe flere penge.

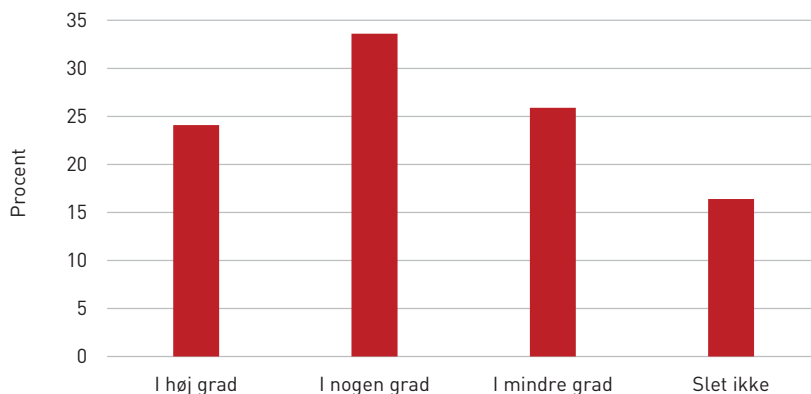
NETVÆRK

Et centralt aspekt i et CTI-forløb er at opbygge et støttenetværk omkring borgeren, som kan støtte borgeren efter et endt forløb. Netværket kan både bestå af professionelle og af privatpersoner, som eventuelt allerede er en del af borgerens netværk før opstart i et forløb. Ifølge den eksisterende litteratur om kvinder med stofmisbrug og prostitutionserfaringer, er der ofte tale om kvinder med meget få stabile relationer i deres liv (Bjønness, 2013). Det er derfor væsentligt at kende til borgerens netværk allerede ved forløbets start samt afdække, om borgeren ønsker tilbud, målrettet det sociale netværk.

Af det kvantitative datamateriale fremgår det, at over halvdelen af borgerne ved forløbets start giver udtryk for, at de har et manglende eller svagt socialt netværk. Figur 4.2 viser, i hvor høj grad borgerne har givet udtryk for manglende/svagt netværk. Knap 60 pct. af borgerne giver i høj eller i nogen grad udtryk for manglende eller svagt socialt netværk.

FIGUR 4.2

Borgere i projektet, fordelt efter, i hvor høj grad de giver udtryk for manglende/svagt socialt netværk. Procent.



Anm.: N = 116.

Kilde: CTI-opstartsskema (CTI-igangværende skema).

Udvalgte resultater om borgernes familierelationer fremgår af tabel 4.14. Tabellen viser, at hver tredje borger har en ægtefælle eller kæreste, og 42 pct. af borgerne har børn. Af de borgere, der har børn, bor mere end halvdelen ikke sammen med det yngste barn.²¹ Herudover viser tabellen, hvorvidt forskellige dele af borgerens netværk har kendskab til borgerens erfaringer med salg af seksuelle ydelser. Blandt dem, der har en ægtefælle eller kæreste, har 6 ud af 10 (63 pct.) af borgerne ikke fortalt deres ægtefælle/kæreste om deres salg af seksuelle ydelser. For hver anden (49 pct.) har forældrene kendskab til borgerens salg af seksuelle ydelser. Fire ud af ti borgere (43 pct.) har fortalt deres søskende om deres salg af seksuelle ydelser. Herudover er der en tredjedel af de borgere, som har børn, hvor børnene kender til forældrerens salg af seksuelle ydelser. Omkring halvdelen af borgerne (53 pct.) har venner uden for prostitutionsmiljøet, der har kendskab til deres salg af seksuelle ydelser.

²¹. Vi kan ikke se af data, hvor gammel det yngste barn er, og om det yngste barn eksempelvis er over 18 år. Dog er 64 pct. af borgerne under 35 år og 85 pct. er under 40 år, hvilket sandsynliggør, at hovedparten af børnene er under 18 år.

TABEL 4.14

Andelen af borgere i projektet, der har ægtefælle/kæreste eller børn, borgere med børn, fordelt efter, om de bor sammen med deres yngste barn, samt andelen af borgere i projektet, hvor kæreste, søskende, forældre, børn, anden familie eller venner uden for prostitutionsmiljøet har kendskab til deres salg af seksuelle ydelser. Antal og procent.

	Antal	Procent
<i>Familieforhold¹</i>		
Har en ægtefælle eller kæreste	40	33
Har børn	51	42
<i>Bor sammen med yngste barn²</i>		
Hele tiden eller noget af tiden	19	37
Slet ikke	32	63
<i>Har kendskab til borgerens erfaringer med/overvejelser om salg af seksuelle ydelser³</i>		
Venner uden for prostitutionsmiljøet	39	53
Kæreste/samlever/ægtefælle	32	63
Forældre	43	49
Søskende	33	43
Børn	15	34
Anden familie	20	31

Anm.: 1. N = 120, N = 51 Det er muligt at svare ja til begge kategorier, procentangivelserne summerer derfor ikke til 100.

2. N = 121.

3. N = 74, N = 51, N = 88, N = 77, N = 44, N = 64.

Det er muligt at angive flere kategorier, procentangivelserne summerer derfor ikke til 100. Registreringer, hvor spørgsmålet er besvaret "irrelevant" (fordi borgere fx ikke har en kæreste), eller "ved ikke", indgår ikke i resultaterne.

Kilde: CTI-opstartsskema (CTI-igangværende skema).

Fra eksisterende danske undersøgelser om prostitution ved vi, at en væsentlig belastningsfaktor ved at sælge seksuelle ydelser kan være at skulle hemmeligholde det for (dele af) sit netværk og derved leve et dobbeltliv (se fx Kofod m.fl., 2011). Herudover peger forskningen og eksisterende undersøgelser vedrørende exit fra prostitution på, at støtte fra borgerens netværk er af stor betydning, hvis en eventuel exitproces skal lykkes. Betragtninger om netværkets betydning og ligeledes om dobbeltliv er da også et væsentligt tema i interviewene med borgerne, og som vi vil komme nærmere ind på i kapitel 5, synes forholdet til børn særligt at være en motivationsfaktor for at søge hjælp i projektet. Af samme grund er der også flere borgere, som ved opstart efterspørger hjælp til forældrerol-

len, eller som på anden måde søger tilbud, som på den ene eller anden vis involverer deres børn eller relationen til dem.

Ser vi generelt på borgernes fortællinger om deres netværk ved opstart, fremgår det af interviewene, at det er meget forskelligt, hvor stort et netværk de interviewede borgere har, og der er således flere borgere, der peger på, at de har et eller flere familiemedlemmer eller en eller flere venner, som de er tæt knyttede til, og at de derfor oplever at have en nær relation i deres liv. Det gælder bl.a. Anni, der har flere psykiske lidelser og er tidligere misbruger. Hun fortæller, at hun har været meget afhængig af den store støtte, som hun har fået fra sine forældre, og det var også Annis mor, som sørgede for, at hun fik kendskab til projektet i sin tid.

Andre borgere har et netværk, som har kendskab til deres erfaringer med salg af seksuelle ydelser, men som dog ikke er et netværk, hvor de kan få støtte. Det gælder bl.a. Bente, der bliver meget berørt, når hun fortæller om sin familie: ”Min familie tror, at jeg er dum og en nar-koman”. Bente fortæller videre, at hun generelt ikke har et særligt stort netværk, og at hun kun kommer ud, når hun er ude for at købe stoffer. Det er derfor et stort ønske, at hun kan få udvidet sit sociale netværk undervejs i CTI-forløbet.

Den eksisterende forskning viser, at mange borgere i prostitution vælger at hemmeligholde deres prostitution og derfor oplever at leve et dobbeltliv, hvor de må opfinde alternative erhverv eller historier, når de skal på arbejde (Kofod m.fl. 2011). I nærværende evaluering ser vi, at knap hver tredje borger angiver at have psykiske vanskeligheder, der er forbundet med at leve et dobbeltliv. Flere af de interviewede borgere beskriver derfor også konsekvenser relateret til hemmeligholdelse af prostitution over for deres netværk. Det gælder bl.a. Sofie, der fortæller, at hun skar en del af sin vennegruppe væk, da hun var meget aktiv i prostitution.

Jeg kunne ikke overskue at lyve for alle. Det sidder stadig i mig, jeg er ikke så god til at være social mere.

Lignende beskrivelser finder vi i flere andre interview, hvor borgere fortæller, at de på grund af skam over at sælge sex eller manglende overskud vælger at afskære forbindelsen til dele af deres netværk og ikke dele deres erfaringer med salg af seksuelle ydelser. Der er dog også flere, som beretter om, at de egentlig har tætte relationer, men vælger ikke at fortælle de-

res nærmeste om, at de har solgt seksuelle ydelser; enten fordi de ikke selv føler sig klar til at tale om det, eller fordi de ikke vil gøre deres pårørende bekymrede.

En af de borgere, som har valgt det modsatte og fortalt et par af sine nærmeste familiemedlemmer om sine erfaringer med salg af sex, er Lise. Hun fortæller, at det i starten var en lettelse for hende at dele sine erfaringer med nogen, som hun var tæt på. Hun er dog efterfølgende blevet i tvivl om, hvorvidt det var den rigtige beslutning. Tvivlen skyldes, at hun dels oplever det som akavet, at de kender til hendes erfaringer med salg af sex, og dels har hun en følelse af, at de mistænker hende for, at hun har solgt sex, hvis hun har flere penge end normalt. Hun føler derfor, at hendes åbenhed om erfaringerne med salg af sex har betydet, at hun bliver fastholdt i en bestemt rolle.

Beskrivelsen af borgerne i projektet viser, at der på den ene side er tale om en meget forskelligartet gruppe af borgere, hvor nogle oplever problemer med misbrug, mens andre ikke gør, og hvor der er forskelle i borgernes tilknytning til arbejdsmarkedet, deres helbred, uddannelsesniveau, økonomi, sociale netværk osv. Også borgernes erfaringer med salg af sex, herunder hvad de har fået af betaling, under hvilke omstændigheder det er foregået, og hvor det har fundet sted, varierer. På den anden side tyder meget dog også på, at der generelt er tale om borgere, som på forskellig vis oplever sociale, økonomiske og/eller helbredsmæssige problemstillinger, når de går ind i et CTI-forløb. Det er således forskelligt, hvilke behov der skal tilgodeses i det enkelte CTI-forløb. I kapitlets sidste afsnit kigger vi på, hvilken målsætning borgerne har ved opstart af forløb, og hvilke behov de har i forhold til tilbud, der er målrettet en forbedring af deres livssituation, hvorefter vi bevæger os videre til en analyse af, hvad borgeren får ud af at deltage i et forløb.

MÅLSÆTNING OG ØNSKER TIL INDHOLD I CTI-FORLØBET

For de borgere, som vælger at gå i gang med et CTI-forløb, registreres målsætningen for forløbet ved opstarten. I tabel 4.15 fremgår borgernes målsætning med deres CTI-forløb.

TABEL 4.15

Borgere i projektet, fordelt efter målsætning med CTI-forløb ved opstart. Antal og procent.

Målsætning:	Antal	Procent
Exit fra prostitution	71	48
Forbedrede livsvilkår	76	52

Anm.: N = 147

Kilde: Registrering i dokumentationssystem ved oprettelse af borgeren.

Omkring halvdelen af borgerne angiver ved påbegyndelsen af deres CTI-forløb, at målet med CTI-forløbet er et ønske om at komme ud af prostitution, mens den resterende halvdel angiver en målsætning om at forbedre egne livsvilkår.²² I den sidstnævnte gruppe indgår der borgere, der angiver, at de er stoppet i prostitution, og som ikke ønsker at genoptage prostitution. 38 pct. af de borgere, der svarer, at de ønsker at forbedre deres livsvilkår, har ikke modtaget betaling for seksuelle ydelser inden for det seneste år.

Borgernes ønsker hvad angår indsats, fremgår af tabel 4.16.

TABEL 4.16

Andelen af borgere i projektet, der ønsker tilbud inden for hvert enkelt af projektets otte fokusområder. Antal og procent.

Tilbud målrettet vanskeligheder med:	Antal	Procent
Psykisk helbred	94	78
Beskæftigelse eller uddannelse	89	72
Økonomi	85	69
Dagligdag	70	61
Bolig	70	57
Netværk	53	47
Fysisk helbred	49	44
Misbrug	41	37

Anm.: N = 121, N = 124, N = 124, N = 114, N = 124, N = 114, N = 112, N = 110. Det er muligt at angive flere svarkategorier, tallene summerer derfor ikke til 100.

Kilde: CTI-skema.

²² Det er kun muligt for borgeren at angive en af de to muligheder: exit fra prostitution eller forbedrede livsvilkår.

8 ud af 10 borgere (78 pct.) tilkendegiver ved opstarten af deres forløb, at de har behov for hjælp i forhold til deres psykiske helbred. 7 ud af 10 ønsker støtte til at komme i gang med beskæftigelse eller uddannelse (72 pct.), og næsten lige så mange ytrer behov for hjælp til økonomi (69 pct.). Mere end halvdelen af de deltagende borgere (57 pct.) har ytret ønske om støtte, der er målrettet deres boligsituation.

Vi vil i kapitel 5 gå yderligere i dybden med indholdet i CTI-forløbet og herudover, på baggrund af de kvalitative interview, søge at klarlægge, hvilke faktorer, der synes afgørende for, at borgerne dels vælger at gå ind i et forløb, og dels vælger at forblive i det.

BORGERNES OPLEVELSE AF CTI-FORLØBET SAMT INDHOLDET AF FORLØBET

I det foregående kapitel har vi gennemgået borgernes udgangspunkt ved opstart i CTI-forløbet og målsætningen med at gå ind i forløbet. I dette kapitel ser vi nærmere på borgernes oplevelser af selve CTI-forløbet og forløbets indhold, startende med beskrivelser af borgernes indledende motivation for at søge hjælp i projektet, over aktiviteter i forløbet og samarbejdet med CTI-medarbejderen og sluttende med forløbets afslutning samt borgernes beskrivelser af deres ønsker for fremtiden. Undervejs beskriver vi, hvilke faktorer der, ifølge borgerne selv, er udslagsgivende for, at de er gået ind i et CTI-forløb, og for, at forløbet bliver en succes.

Kapitlet bygger primært på kvalitative interview med 20 borgere, gennemført i projektets afprøvningsfase. Undervejs inddrager vi desuden medarbejdernes vurderinger af de forskellige emner, hvor det er relevant. For yderligere beskrivelser af interviewene i evalueringen, se henholdsvis kapitel 3 og bilag 4. Herudover inddrager vi oplysninger fra CTI-skemaerne i forhold til at afdække forløbets indhold.

KENDSKAB TIL CTI-FORLØBET

Som beskrevet i kapitel 1 er Exit-projektet et udviklingsprojekt og derfor et nyt tilbud til målgruppen i de fire projektkommuner. Det betyder, at det ikke er et socialt tilbud, som borgere fra målgruppen på forhånd har haft kendskab til. Derudover peger forskellige undersøgelser på, at nogle borgere med prostitutionserfaringer afholder sig fra at søge hjælp i offentligt regi af forskellige årsager, herunder frygt for økonomiske konsekvenser (se bl.a. Bjonness, 2011; Døssing m.fl., 2011; Kofod m.fl., 2011). Det er derfor ikke overraskende, at det for nogle af borgerne er med et vist forbehold, at de går ind i et CTI-forløb i Exit-projektet.

Af CTI-opstartsskemaerne fremgår det, hvor borgerne efter eget udsagn har fået kendskab til Exit-projektet. Det ses af tabel 5.1, at 27 pct. af borgerne har fået kendskab til projektet via en NGO, mens 22 pct. har fået kendskab via kommunale aktører og 19 pct. via Kompetencecenter Prostitution (KC). 17 pct. har selv fået kendskab til projektet, ofte via en ven, der har hørt om eller selv har deltaget eller deltaget i Exit-projektet.

TABEL 5.1

Etablering af kontakt til borgere i projektet, fordelt efter hvordan de har fået kendskab til projektet. Antal og pct.

Fået kendskab via:	Antal	Procent
NGO	39	27
Kommunal aktør el. kommunal opsøgende indsats	32	22
Kompetencecenter Prostitution (KC)	27	19
Borger selv, ofte gennem en ven	24	17
Ved ikke	18	12
Politi, læge, Center mod Menneskehandel mv.	5	3
Total	145	100

Anm.: N = 145.

Kilde: CTI-opstartsskema.

I de kvalitative interview har borgerne også fortalt, hvordan de har fået kendskab til projektet, og hvorfor de valgte at deltage i et forløb. Kommunerne har løbende arbejdet med at oplyse forskellige samarbejdspartnere om projektet igennem oplæg/undervisning og informationsmateriale (se kapitel 2), og af CTI-skemaerne (tabel 5.1) og interviewene kan vi se, at vejene ind i projektet har været mange. Størstedelen af de interviewede borgere fortæller, at de har fået kendskab til projektet gennem NGO'er, bl.a. de NGO'er, med hvem der har været et formaliseret sam-

arbejde med kommunen (fx NGO-aftaler) eller gennem Kompetencecenter Prostitution. Andre har fået kendskab til projektet via en anden eksisterende kontakt i kommunen såsom en sagsbehandler, medarbejder på et krisecenter eller misbrugsbehandling, og en enkelt interviewperson har fået etableret kontakt via politiet. Endelig er der interviewpersoner, som er blevet gjort opmærksomme på projektet af familiemedlemmer eller venner, eksempelvis fortæller to borgere i de kvalitative interview, at henholdsvis en søster og en veninde deltog i et CTI-forløb, og at de herigennem blev introduceret til en CTI-medarbejder i deres respektive kommuner. Disse fortællinger er i overensstemmelse med det billede, der ses i tabel 5.1.

I nogle tilfælde har den person, som har formidlet den indledende kontakt til projektet, også deltaget i det første møde med CTI-medarbejderen. I disse tilfælde beskriver borgerne, at deltagelsen af en person, som på forhånd har haft kendskab til deres prostitutionserfaringer, har medvirket til, at de har følt sig mere trygge ved at deltage i et indledende møde med en CTI-medarbejder. Samtlige af de interviewede borgere fortæller dog, at de i løbet af ganske kort tid, og oftest efter det første møde, har følt sig trygge ved CTI-medarbejderen og ved at indgå i et CTI-forløb. I den forbindelse peger flere af borgerne på, at det var vigtigt for dem, at de kunne være anonyme ved den/de første samtaler, og at der i starten primært var fokus på at informere dem om, hvad et CTI-forløb var, og hvad samarbejdet med CTI-medarbejderen bestod i, frem for at afdække borgerens problemer. En borger fortæller i den forbindelse, at ”det var rart, at jeg ikke skulle udlevere min livshistorie, inden jeg rigtig var gået ind i noget.”

MOTIVATION FOR AT DELTAGE

Motivationen for at starte i et CTI-forløb er for flere af de interviewede borgere udløst af konkrete behov for hjælp. Det kan enten være et akut opstået behov eller oplevelsen af at stå i en situation, som man ikke kan overskue og har brug for hjælp til at løse. For andre er motivationen for at starte i et forløb et led i en igangværende proces, hvor borgeren har fokus på at skabe ændringer i sin livssituation. Nogle af de udfordringer, som borgerne kan have, og som motiverer dem til at søge hjælp i Exit-projektet, kan være i forhold til økonomi, misbrug, psykiske vanskelighe-

der eller exit fra prostitution – både enkelte og flere af disse årsager kan være i spil. For nogle borgere er muligheden for at tale med nogen om deres erfaringer fra prostitution en afgørende motivation for at gå ind i projektet.

For Sofie handlede det om et akut behov for hjælp, da hun startede i projektet, fordi hun var tæt på at blive smidt ud af sin uddannelse på grund af for meget fravær. På baggrund af samtaler med sin studievejleder kom hun først i kontakt med Kompetencecenter Prostitution (KC) og dernæst med Exit-projektet. Sofie fortæller, at hun på daværende tidspunkt var tæt på sine afsluttende eksamener, men at hun, grundet et massivt hashmisbrug, var begyndt at få svært ved at passe sin skole og generelt havde svært ved at overskue sin situation og i særlig grad sin økonomi. Sofies forløb beskrives nærmere i nedenstående boks 5.1.

BOKS 5.1

Sofies CTI-forløb

Sofie er 20 år og bliver via sin uddannelse henvist til Kompetencecenter Prostitution (KC), hvorfra hun bliver sat i kontakt med en CTI-medarbejder. Sofie ryger meget hash, hvilket hun bruger næsten 6.000 kr. på om måneden. Sofie har flere psykiske lidelser, som hun er i behandling for. Hun ønsker hjælp til at fastholde og gennemføre sin uddannelse og hjælp til at få sin økonomi til at hænge sammen. Sofie ønsker, ved opstarten af forløbet, ikke at stoppe med at sælge sex.

I CTI-forløbet bliver Sofie tilknyttet en psykolog. CTI-medarbejderen hjælper hende med at ringe til psykologen og lave aftaler. Efter et stykke tid overtager Sofie selv kontakten med psykologen. Inden Sofie har tid hos psykologen, mødes hun altid med sin CTI-medarbejder – de drikker en kop kaffe og snakker om, hvordan det går.

CTI-medarbejderen følger også med Sofie til flere aftaler på gynækologisk klinik og til et misbrugscenter, hvor hun får rådgivningssamtaler og bliver skrevet op til et rådgivningsforløb. Sofie får også støtte fra en vejleder på sin uddannelse, der kender til årsagerne bag hendes høje fravær.

Da Sofie er færdig med sin uddannelse, hjælper hendes CTI-medarbejder hende med at skrive jobansøgninger, og hun får et fuldtidsarbejde.

I løbet af sit forløb får Sofie en kæreste, og hun får lyst til at stoppe med at sælge sex. Ved afslutningen af forløbet har Sofie ikke røget hash i to måneder, hun har gennemført sin uddannelse, er stoppet med at sælge sex og er flyttet sammen med sin kæreste.

Kilde: Kvalitativt interview.

I flere andre interview ser vi på samme måde beskrivelser af, at borgerne søger hjælp, fordi de føler sig alene med deres problemer. Det gælder bl.a. Christina, som giver følgende begrundelse:

Jeg var i en presset situation i mit liv, hvor jeg havde svært ved at overskue det hele og se mig ud af nogle af de konsekvenser, jeg stod i. Så jeg havde brug for hjælp. Mange af de relationer jeg havde prøvet at få, var nogle rigtig dårlige relationer, og de var begyndt at ende rigtig kaotisk. (...) Det hele var bare endt galt.

Christina er en af de interviewpersoner, som har været ”en del af systemet” det meste af sit liv, efter at hun blev fjernet fra sine biologiske forældre som barn. For andre er mødet med det sociale system dog helt nyt. Det gælder bl.a. for Joy, der kommer i kontakt med projektet via politiet, efter at de har været ude på hendes bopæl i forbindelse med en voldelig kunde. Joy havde på daværende tidspunkt et massivt alkoholmisbrug, og hun fortæller, at politiet ofte blev tilkaldt, enten på grund af støj fra hendes lejlighed eller problemer med kunder. Da hun kommer i kontakt med CTI-medarbejderen, beskriver hun sig selv som værende ”panisk” og fortæller, at hun har brug for hjælp til at ”forstå systemet” og de breve, hun modtager fra kommunen og andre offentlige myndigheder. Til trods for sine egne massive sociale problemer er det dog primært bekymringer vedrørende situationen for to af hendes voksne børn, som på daværende tidspunkt er hjemløse, som i første omgang foranlediger Joy til at søge hjælp i projektet.

Bekymringer vedrørende børn og forholdet til børnene går igen som motivationsfaktor i flere af interviewene. Eksempelvis fortæller Michaela, der selv har været anbragt som barn, og som fik sin egen datter anbragt umiddelbart efter fødslen, at det er vigtigt for hende at bryde dette mønster og skabe en tilværelse, hvor hun har mulighed for at få mest muligt samvær med sin datter. Hun siger:

Jeg fik jo aldrig chancen for at få min datter med hjem. Min mor fik chancen, men tog den ikke. Hun ville hellere være sammen med min alkoholiske far, der slog. (...) Jeg vil ikke miste mit barn ... Jeg vil kæmpe SÅ meget.

Da Michaela fik kendskab til CTI-forløbet, var hun i en økonomisk svær situation, som hun følte, pressede hende til at sælge sex, og hun følte ikke, at ”hun kunne gå ud og tjene penge på andre måder”. Hun har dog et stort ønske om at stoppe med at sælge sex og skabe ændringer i sin livssituation.

Ønsket om forandring i eget liv er ligeledes fremtrædende hos flere andre interviewpersoner, som fortæller, at de ved opstarten af deres forløb allerede var i gang med, eller havde overvejelser om, at indlede en forandringsproces, og at de så CTI-forløbet som en mulighed for at understøtte denne forandring. Det gælder eksempelvis for Annemette, der kom i kontakt med projektet i forbindelse med, at SKAT lavede en kontrolaktion på den klinik, hvor hun arbejdede. Annemette fortæller, at hun på dette tidspunkt allerede havde tænkt på at stoppe med at sælge sex, bl.a. fordi hun havde været væk fra klinikken i en periode på grund af en sygemelding. Hun fortæller, at hun så CTI-forløbet som ”en fantastisk mulighed for at få noget støtte til at finde mig selv igen”. For Annemette var forløbet en mulighed for at få arbejdet med flere forskellige sociale problemstillinger, men hun oplevede det som afgørende, at der var mulighed for at have særligt fokus på de erfaringer, hun havde i forhold til salg af sex. Dette synspunkt finder vi også hos flere andre borgere, der på forskellig vis italesætter vigtigheden af, at projektet var målrettet borgere med prostitutionserfaring, og at medarbejderne havde en særlig viden om området. Dette gælder, uanset om borgerne er aktive i prostitution ved opstart af deres forløb eller ej. At borgerne i projektet italesætter vigtigheden af, at medarbejderne har konkret viden om prostitution, er ikke overraskende, idet netop vigtigheden af medarbejdernes viden om salg af sex blev påpeget af såvel flere NGO-repræsentanter som af borgere fra målgruppen i forbindelse med projektets forstudie. Herudover kan vi ligeledes genfinde lignende konklusioner i den eksisterende danske litteratur på området. Eksempelvis peger en undersøgelse af relationen mellem kvinder med prostitutionserfaringer og det sociale system på, at både medarbejdere (her misbrugsbehandlere) og borgere efterspørger, at medarbejderne har større viden om prostitution og om, hvordan man italesætter problemer, relateret til prostitution (Bjønness, 2011).

I det følgende afsnit ser vi nærmere på, hvilke andre faktorer som synes at have været afgørende for, at borgerne har valgt at indgå i et CTI-forløb.

OVERVEJELSER OG AFGØRENDE FAKTORER FOR OPSTART

Det er ikke uden overvejelser, at borgere, som måske instinktivt er kritiske over for systemet, går ind i et kommunalt forankret støtteforløb. Nogle af borgerne fortæller i interviewene, at de indledningsvist var bekymrede for, om de ville få problemer med SKAT, om de ville kunne få

deres økonomi til at hænge sammen uden salg af sex, om CTI-medarbejderen ville være fordømmende over for dem, og om de ville være i stand til at skabe de ønskede forandringer i deres liv.

Fordi nogle borgere ikke har besluttet sig for at forlade prostitution ved opstarten af deres forløb, og fordi borgerne ofte har bekymringer i forhold til, hvem der kan få kendskab til deres erfaringer fra prostitution, er muligheden for anonymitet i projektet afgørende for, at nogle af de interviewede borgere vælger at gå ind i et CTI-forløb. For andre borgere har det ikke haft en betydning. En CTI-medarbejder fortæller:

Anonymiteten har været vigtig for visse borgere som et forsøg på at beskytte sig selv mod den stigmatisering, som de frygter, vil følge med, hvis andre finder ud af, de har solgt eller sælger sex. De oplever det derfor som en trykthed, at der ikke skrives noget i deres journaler, som henviser til salg af sex.

Flere borgere fortæller direkte, at anonymiteten har haft betydning for deres lyst til at åbne op over for CTI-medarbejderne om deres prostitutionserfaringer. En borger beskriver i den forbindelse, at forløbet blev et frirum, hvor hun fik lov til at tale om tiden i prostitution:

Min største overvejelse gik på: Bliver jeg nu kigget ned på igen, bliver det noteret i mine papirer alle steder? Jeg havde det sådan lidt, at de sagsbehandlere, som jeg har med at gøre, og som jeg har haft med at gøre gennem årene, de ved det jo godt, men alle de tanker og følelser bag, dem har de jo ikke vidst noget om. Så jeg tænkte, det var en mulighed for at få et frirum og sidde med nogen, som godt ved, hvad det [at sælge sex] handlede om.

En anden overvejelse, som fremhæves af flere af de interviewede borgere, er, hvorvidt de nu kunne stole på CTI-medarbejderen, men som en borger siger, så blev den bekymring ”hurtigt sparket til hjørne”. Flere borgere fortæller i lighed hermed, at de hurtigt fik tillid til CTI-medarbejderen, og at dette bl.a. skyldes, at de oplevede, at medarbejderne havde en fordomsfri tilgang til prostitution. Derudover fortæller medarbejderne, at de har oplevet, at det, at der hurtigt skete noget i borgernes CTI-forløb, i sig selv har virket tillidsskabende. Dette bekræftes også af borgere, der fremhæver, at CTI-medarbejderne har været gode til løbende at følge op på ting, de har snakket om eller har sat i gang. Lise fortæller om sin CTI-medarbejder:

Hun følger altid op på det, hun har spurgt til, og det finder man lige så stille ud af, og så får man også lyst til at være mere ærlig med sine problemer, eksempelvis med økonomi og inkasso. Det er ikke det første, man fortæller til folk, men hun viser hele tiden, at hun spørger ikke om noget, med mindre hun har lyst til at følge op på det. Og det kan godt være, at der er noget, hun ikke ved, men så vender hun tilbage.

Som vi har beskrevet tidligere, er der mange borgere, som fortæller, at de ved forløbets start var uafklarede i forhold til deres fremtid vedrørende salg af sex. Disse borgere fortæller, at en afgørende faktor for, at de gik ind forløbet, var, at CTI-medarbejderen ikke prøvede at påvirke dem til at forlade prostitution. Dette er i tråd med McNaughton & Sanders' (2007) studie, der viser, at det er vigtigt, at hjælpetilbuddene ikke opstiller for mange krav til den enkelte, der ofte befinder sig i en krisesituation, hvis tilbuddet skal opleves som en hjælp og ikke som en barriere i forhold til at stoppe i prostitution (McNaughton & Sanders, 2007).

Endelig er der flere borgere, som påpeger, at det har været vigtigt for dem, at projektet var skræddersyet til målgruppen, og interviewene indikerer endvidere, at kommunerne har været i kontakt med borgere, som ikke ville have søgt at få kommunalt funderet støtte, hvis ikke der havde været en skræddersyet indsats. Eksempelvis fortæller Lone, at CTI-forløbet er det første kommunale tilbud, som hun synes ”har givet mening for hende”, dels fordi medarbejderen har haft viden om prostitution, dels fordi forløbet har været individuelt tilrettelagt.

SAMARBEJDE MED CTI-MEDARBEJDEREN

De interviewede borgere fortæller generelt meget positivt om samarbejdet med deres CTI-medarbejder, og både borgere og CTI-medarbejdere fremhæver i den forbindelse særligt følgende forhold, der har betydning for samarbejdet:

- En tillidsfuld relation
- At CTI-medarbejderen har viden om prostitution
- At CTI-medarbejderen har viden om det sociale system
- Muligheden for støtte i det daglige
- Fleksibel og intensiv støtte

- Muligheden for støtte i forhold til koordinering af forløbet.

Som beskrevet i det foregående afsnit er det bl.a. væsentligt, at borgerne oplever at blive mødt uden fordomme, og at de har én at tale fortroligt med. Dette fremhæves bl.a. af Susanne, som fortæller, at hun havde et stort behov for at kunne tale fortroligt med én, der ikke var en myndighedsperson:

Det loftede mig, at når jeg talte med Mette²³ – så var det bare fortroligt. Det var ikke noget, som nogen skulle bruge i en eller anden sag med eller imod mig. Men bare at få lov at have sådan en ventil, der ikke førte nogen steder hen.

CTI-medarbejderne påpeger ligeledes, at det, at de ikke har en myndighedsrolle i forhold til borgerens forløb, giver dem mulighed for at indtage en særlig rolle som én, der skal guide og rådgive borgerne med udgangspunkt i borgernes ønsker. En medarbejder fortæller om det særlige ved rollen som CTI-medarbejder:

Metoden giver en tillid til os som socialfagligt personale, fordi vi i højere grad selv kan styre det end eksempelvis en bostøtte. Og det giver en anden slags relation. Det gør det.

Både borgere og medarbejdere peger på vigtigheden af fortrolighed og forståelse i samarbejdet. Dette understreges ligeledes i den eksisterende litteratur, som viser, at netop frygten for fordømmelse og stigmatisering kan udgøre barrierer for, at borgere med prostitutionserfaring vælger at opsøge hjælpetilbud (Mayhew & Mossman, 2007). Lone er en af de borgere, som tidligere har følt sig utryk ved at søge hjælp i kommunen, og hun fortæller, at det har været vigtigt for hende, at CTI-medarbejderen har behandlet hende ligeværdigt:

Det er vigtigt, at man ikke bliver set ned på, men at de kan stille sig på det plan, hvor man selv er.

Lignende beskrivelse finder vi i Katarinas interview, der ligesom Lone oplever, at CTI-medarbejderen har forståelse for hende og hendes situation:

²³ Navnet er opdigtet.

Jeg kan godt lide, at det virker til, at hun forstår mig, når jeg fortæller om fx hvordan jeg får det, når jeg har solgt sex. Det kan jeg godt lide – at hun ikke bare tænker ”Hvad snakker du om?” Jeg føler også, at jeg kan komme til hende og snakke med hende om sådan noget.

Som beskrevet tidligere har nogle borgere erfaringer med forskellig kontakt til det sociale system, og i den forbindelse beskriver flere borgere, at kontakten af forskellige årsager har været dårlig. Anni fortæller eksempelvis, at hun har været i systemet igennem mange år, og at hun ”ingen tiltro har til systemet”, som hun oplever har behandlet hende som værende blandt de ”laveste i samfundet”. I modsætning til sine tidligere erfaringer fortæller Anni, at hun på intet tidspunkt har følt, at CTI-medarbejderen har ”set skævt” til hende. Hun fortæller:

Jeg følte mig med det samme tryk, og jeg følte, at det var mig, det handlede om, eller kom til at handle om, om hvordan jeg kunne få det bedre. Det var det, der var altafgørende (...) Jeg følte mig ikke set skævt til på noget tidspunkt. Slet ikke.

Vigtigheden af relationen til CTI-medarbejderen går igen hos alle interviewpersoner. Udover CTI-medarbejderens viden om prostitution påpeger flere, at dette bl.a. skyldes fleksibiliteten og intensiteten i deres kontakt. Eksempelvis fortæller borgerne, at de altid har kunnet ringe/skrive til CTI-medarbejderen, hvis de har haft problemer, men at CTI-medarbejderen også selv har været god til at tage kontakt til dem. Mulighed for at være fleksibel og kunne tage et møde, hvis det er nødvendigt for borgeren, understreges også af medarbejderne som værende vigtigt for relationen. En CTI-medarbejder fortæller bl.a.:

Vi har oplevet det som essentielt at kunne smede, mens jernet er varmt, også i forhold til, hvis man har borgere, som er meget misbrugende, og som aflyser møder – jamen, så er det let at lave et nyt møde.

Ifølge medarbejderne er muligheden for at være fleksibel både afhængig af det lave caseload i forløbene (hver medarbejder har tilknyttet maks. 10 borgere ad gangen) og af, at ledelsen bakker op om medarbejdernes fleksibilitet. En medarbejder fortæller bl.a. følgende om sin kontakt med en borger:

Jeg har en borger, som helst kun vil snakke i telefon med mig om natten, fordi dér sover hendes børn. Der er det rart, at man har den mulighed og får de samtaler, som bidrager til vores relation. Vi laver en fast aftale om, at jeg fx ringer til hende klokken ét, og så er det dér, jeg ringer, og bagefter slukker jeg telefonen.

Mange borgere beskriver ligeledes, hvordan de har oplevet fleksibiliteten i kontakten som afgørende. Eksempelvis fortæller Anni, at hun har været rigtig glad for, at CTI-medarbejderen har ringet til hende i de weekender, hvor hendes søn har været hos sin far, da disse altid har været følelsesmæssigt hårde for hende. Hun fortæller:

Det har været rart, at der har været én, der har tænkt på én, selv om det var hendes job [griner]. Hun tænker sgu' også på mig i weekenderne.

Anni fortæller videre, at hun har oplevet, at CTI-medarbejderen hele tiden har støttet og respekteret hende, også selvom CTI-medarbejderen måske ikke har været enig i hendes valg. De andre interviewede borgere beskriver ligeledes, at de har oplevet CTI-medarbejdernes engagement som værende noget særligt. Christina siger eksempelvis:

Man kan mærke på hende, at det betyder noget for hende også, og at hun gerne vil gøre en forskel. (...) Hun er der ikke bare for at få sin løn. Det dér med at mærke noget ansvar fra andre mennesker gør, at man har lyst til at leve op til nogle ting og vise, at det kan jeg godt, og det vil jeg gerne. Hvis man står alene, kan man godt tænke, at folk alligevel er ligeglade. Hun siger ikke, hvad man skal gøre, men hun er med til at gøre én bevidst om, at man tager nogle valg, og de valg er der også en konsekvens af.

Både Anni og Christinas citater beskriver et væsentligt element i CTI-metoden – at et forløb skal være baseret på borgerens ønske og behov, hvilket er noget, som mange af de interviewede borgere lægger stor vægt på. En CTI-medarbejder fortæller i den forbindelse også, at det er vigtigt, at borgerne føler, at ”de ikke bare er én i en bunke”, og en anden supplerer med at fortælle, at det ”ikke er ny videnskab, at dér hvor borgeren føler, at det rykker, det er, når de oplever, at man gør noget særligt, som det med, at man er fleksibel og tilgængelig”. En medarbejder beskriver i forlængelse heraf, at det er vigtigt, at de som CTI-medarbejdere ikke har

en myndighedsrolle og ikke ”sidder med en bestemt kasket på, men er der på deres [borgernes] præmisser og arbejder ud fra deres ønsker”.

Borgerne beskriver selv, at det har været en stor hjælp og tryghed at være tilknyttet en medarbejder, der havde indgående kendskab til det sociale system, og som har kunnet støtte dem i kontakten med dette system. Lone, der har et ønske om at få førtidspension, fortæller eksempelvis, at det var en stor støtte at have sin CTI-medarbejder med til møder på jobcenteret. Hun fortæller:

Det har været en stor støtte at have én med, der var der 100 pct. for mig. Den anden sagsbehandler (...) skal varetage deres [kommunens] interesser. Det skal Karen ikke, hun er der kun for mig.

Flere borgere beskriver ligeledes, at de oplever, at CTI-medarbejderen ”får sat skub i tingene” (Bente), fordi vedkommende ”kender systemet og kan navigere i det” (Michaela). Medarbejderne fortæller i den forbindelse, at deres rolle i borgerens forløb tit ændrer sig undervejs, således at de, efterhånden som forløbet skrider frem, bliver mindre koordinerende på borgerens vegne. En medarbejder fortæller ligeledes, at der også er borgere, hvor man ikke i særligt høj grad får en koordinerende rolle, da borgeren ikke har behov for det.

Ud over at hjælpe borgeren med at koordinere forløbet, er det også en væsentlig del af rollen som CTI-medarbejder at støtte borgeren i det daglige. Flere borgere fortæller, at det, særligt i starten af forløbet, er en stor hjælp for dem, at CTI-medarbejderen kan hjælpe med at ordne en masse praktiske ting, eksempelvis i forhold til regninger, der skal betales, følge med til lægebesøg osv. Joy fortæller eksempelvis, at hun oplever, at det giver hende energi, at hun ikke er alene om det, men at CTI-medarbejderen kan hjælpe hende med at få ordnet de praktiske ting:

Hun giver mig energi. Jeg ved, at jeg ikke er alene og at hun kan hjælpe mig med nogle papirer og hvordan tingene er. (...) Hun har også været god til at holde mig fast på praktiske ting, bl.a. sådan noget med, om jeg har fået tilmeldt mig en boligportal eller snakket med banken. Det kan godt være nødvendigt nogle gange, at der er nogen til at holde én fast på tingene.

I boks 5.2 giver vi en kort beskrivelse af Joys forløb.

BOKS 5.2

Joy's CTI-forløb

Joy er en ældre kvinde med udenlandsk baggrund, som har solgt sex fra sin lejlighed for penge og alkohol. Starten af Joy's CTI-forløb er turbulent. Hun har et massivt alkoholmisbrug og er til tider meget aggressiv, hvorfor CTI-medarbejderen i starten af forløbet ikke kan komme i hendes hjem.

Joy er ved opstarten meget bekymret for sine (voksne) børn, som på dette tidspunkt er hjemløse. Det er rigtig vigtigt for Joy at få hjælp til sine børn, før hun selv får hjælp. CTI-medarbejderen hjælper derfor til med at få tilknyttet børnene de relevante kommunale medarbejdere, som hjælper med at skaffe dem en bolig.

Efterhånden begynder Joy's forløb dog også at bestå af en række kontinuerlige aktiviteter i form af bl.a. regelmæssige lægebesøg, tilsynsforløb med kriminalforsorgen og dialogmøder med Joy's boligforening. Besøgene hos lægen har særligt fokus på Joy's alkoholforbrug og psykiske velbefindende. Det er i høj grad Joy's alkoholforbrug, der har betydet, at hun har fået problemer med sin boligforening, som har forsøgt at få hende ud af lejligheden på grund af støj. Derudover er Joy's økonomiske situation et væsentligt element igennem hele CTI-forløbet. Joy er på kontanthjælp og har oplevet, at det har været svært at få økonomien til at hænge sammen. Som et led i forløbet gennemgår man derfor hendes økonomi, laver et budget og får opsagt en række dyre abonnementsordninger.

Samarbejdet med CTI-medarbejderen har betydet rigtig meget for Joy, som bl.a. fortæller, at hun altid har kunnet ringe til CTI-medarbejderen i tilfælde af problemer, og at CTI-medarbejderen også har været god til at tage løbende kontakt til hende.

Ved forløbets afslutning er Joy stoppet med at drikke, og hun har ikke solgt sex de seneste to måneder. Forholdet til boligforeningen er forbedret, og hun oplever, at der er kommet ro omkring hendes boligsituation, og hun fortæller, at hun i modsætning til tidligere taler med sine naboer af og til. På længere sigt vil hun dog gerne flytte, da der er for mange ubehagelige minder forbundet med hendes lejlighed. Selvom hun er stoppet med at drikke, er hendes psykiske helbred stadig dårligt, hvorfor det er planen, at hun efter endt CTI-forløb skal fortsætte med at komme hos lægen jævnligt, så man kan finde ud af, om Joy skal have medicin. Ud over at skabe kontakt til lægen har man ansøgt om, at Joy kan blive tilknyttet en bostøtte efter forløbets afslutning, så hun kan få den støtte, som hun har brug for i hverdagen. Joy's økonomi er stadig stram, men hun afviser dog at genoptage salg af sex for at tjene ekstra penge. Hun håber, at hun efterhånden vil opleve, at det, at man har opsagt forskellige abonnementsordninger, betyder, at hun på længere sigt vil få lidt mere luft i økonomien. Joy har ingen uddannelse og tvivler meget på, at hun vil kunne klare at varetage et arbejde. Hendes børn bor stadig i deres bolig, og den ene er kommet i gang med en uddannelse. Joy føler generelt, at hendes forhold til sine børn er blevet forbedret, efter at hun er stoppet med at drikke.

Kilde: Kvalitativt interview.

I det efterfølgende afsnit går vi yderligere i dybden med nogle af de aktiviteter, som typisk har været en del af borgernes forløb.

INDHOLD I CTI-FORLØBENE

I dette afsnit giver vi, på baggrund af oplysninger fra CTI-skemaerne og de kvalitative borgerinterview, en beskrivelse af indholdet i CTI-forløbene. Først viser vi, hvilke fokusområder borgerne typisk har haft i de forskellige faser af deres forløb, og hvilke aktiviteter dette har udmøntet sig i. Dernæst beskriver vi borgernes oplevelse med nogle af de aktiviteter, som har været en del af deres CTI-forløb.

FOKUSOMRÅDER

I forbindelse med tilretningen af CTI-metoden til dette projekt er der udpeget otte fokusområder, der skal sikre, at indsatsen tager udgangspunkt i en helhedsorienteret vurdering af borgerens livssituation. I det enkelte borgerforløb er der fokus på de områder, som borgeren oplever er de vigtigste at arbejde med. I figur 5.1 fremgår det, at der er ganske stor variation mellem forløbene i forhold til, hvilke fokusområder der arbejdes med i CTI-forløbet. I størstedelen af forløbene arbejdes der dog fra første fase med psykisk helbred, og i mere end halvdelen af forløbene arbejdes der med borgerens økonomi. Der er ikke umiddelbart markant forskel på, hvilke fokusområder der arbejdes med i de tre faser, men der er tendens til, at enkelte fokusområder har en mere fremtrædende rolle i bestemte faser. Eksempelvis er borgerens sociale netværk en dimension, der oftere arbejdes med i den tredje fase end i de første to faser af forløbet. Denne forskel er dog ikke signifikant.

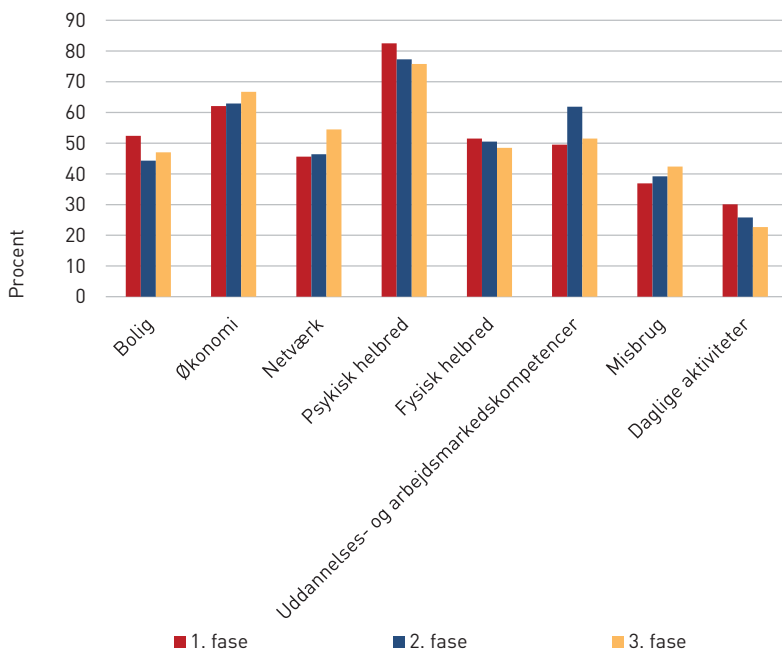
Figur 5.2 viser, hvilke aktiviteter der typisk er en del af CTI-forløbet i første, anden og tredje fase. Helt overordnet kan det siges, at der i alle tre faser er aktiviteter, der er målrettet social støtte og samtaler, hvilket er en central del af CTI-metoden. Stort set alle borgere i CTI-forløb har aktiviteter af denne karakter. Dernæst kan vi se, at aktiviteter, målrettet rådgivning om kommunale ydelser, og aktiviteter, rettet mod at skabe kontakt og følge med borgeren til tilbud, ligeledes fylder en del. Omtrent halvdelen af borgerne har disse former for aktiviteter. Dette tyder på, at såvel praktisk som social støtte – som eksempelvis at skabe kontakt til og koordinere i forhold til andre kommunale og private tilbud – er centrale aktiviteter i de fleste CTI-forløb.²⁴ At flere af aktiviteterne

²⁴ Dette er i overensstemmelse med CTI-metodens principper om, at et CTI-forløb både skal have elementer af støttende og elementer af koordinerende karakter. Vi ser nærmere på, om forløbet i øvrigt udføres i overensstemmelse med de grundlæggende CTI-principper, i kapitel 7.

fylder næsten lige meget i de tre faser, kan skyldes, at borgerne arbejder med forskellige områder på forskellige tidspunkter i deres forløb. At et område som ”bolig” er noget, der arbejdes med i alle tre faser, kan eksempelvis skyldes, at bolig ikke i alle tilfælde er det mest presserende behov og derfor ikke er det første, der tages fat på. Det kan dog også skyldes ventetider i forhold til at få en egnet bolig til borgeren. Herudover tyder resultaterne på, at CTI-medarbejdere formår at varetage både en støttende og en koordinerende rolle i forhold til borgeren. Det er vigtigt, at de koordinerende aktiviteter prioriteres hele vejen igennem forløbet, således at der bliver opbygget et støttenetværk omkring borgeren undervejs i forløbet, som, i det omfang det er nødvendigt, kan tage over, når CTI-forløbet slutter.

FIGUR 5.1

Andelen af borgere i projektet, hvor der i indsatsen er blevet arbejdet med hhv. bolig, økonomi, netværk, psykisk helbred, fysisk helbred, uddannelse og arbejdsmarked, misbrug og daglige aktiviteter. Særskilt for faserne i CTI-forløbet. Procent.

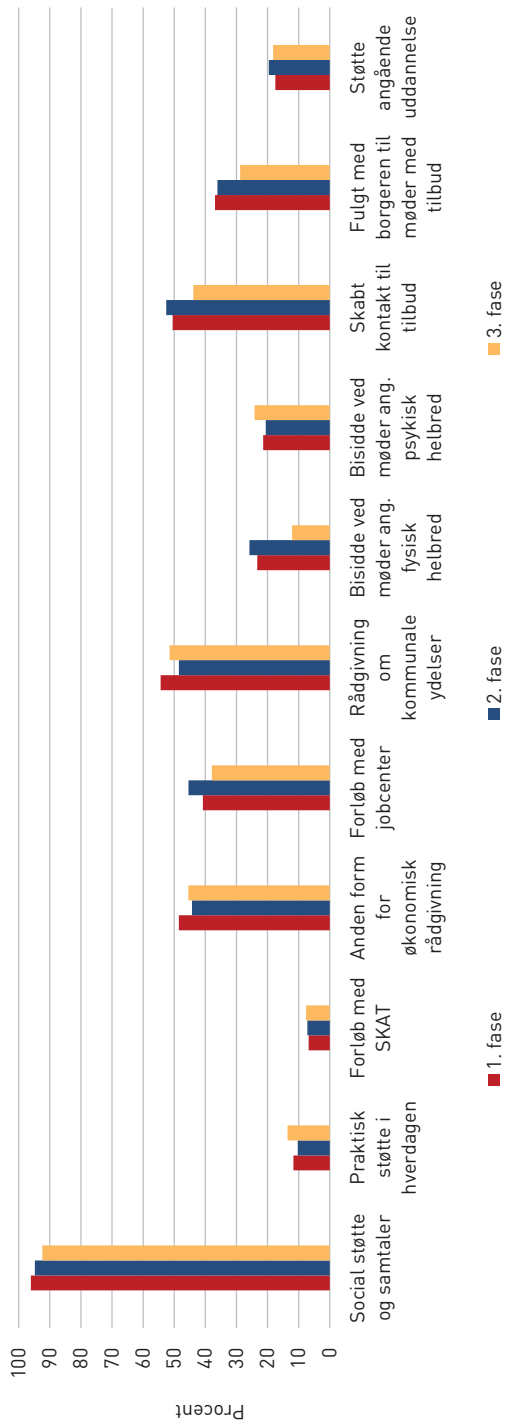


Anm.: N = 103, N = 97, N = 66.

Kilde: Igangværende CTI-skemaer.

FIGUR 5.2

Andelen af borgere i projektet, hvor der er blevet arbejdet med specifikke aktiviteter. Særskilt for faser i CTI-forløbet. Procent.



Anm.: N = 103, N = 97, N = 66.

Kilde: Igangværende CTI-skemaer.

KONKRETE AKTIVITETER

Ovenstående gennemgang viser, at det er forskelligt, inden for hvilke områder borgerne har ønsket støtte i CTI-forløbet, hvilket også betyder, at der er forskelle i aktiviteterne forløbene imellem. Halvdelen af de deltagende borgere er startet på aktiviteter i kontaktskabelsesfasen med deres CTI-medarbejder. Tabel 5.2 viser, at 52 pct. af borgerne, ifølge deres CTI-opstartsskema, har aktiviteter i kontaktskabelsesfasen. Tabellen viser også, at 37 pct. af de borgere, der har haft aktiviteter i kontaktskabelsesfasen, har haft støttende samtaler, mens 21 pct. har haft rådgivning i forhold til ydelser, 16 pct. har haft aktiviteter i forhold til bolig, og 11 pct. har haft aktiviteter målrettet akutte problemer, eksempelvis helbredsrelaterede problemer.

TABEL 5.2

Andelen af borgere med aktiviteter i den kontaktskabende fase, og andelen af borgere med specifikke aktiviteter i denne fase. Antal og procent.

	Antal	Procent
Aktiviteter med borgeren i den kontaktskabende fase	70	52
<i>Konkrete aktiviteter</i>		
Støttende samtaler	26	37
Rådgivning om ydelser / hjælp til at søge ydelser	15	21
Bolig, fx opskrivning til bolig	11	16
Akutte problemer, fx helbredsrelateret	8	11

Anm.: N = 122, N = 70. Det er muligt at angive flere aktiviteter i kontaktskabelsesfasen, procentangivelserne summer derfor ikke til 100.

Kilde: CTI-opstartsskema.

I det følgende giver vi eksempler på nogle af de aktiviteter, som borgerne har fremhævet i interviewene. Der kan både være tale om aktiviteter, som borgerne har haft i kontaktskabelsesfasen, og aktiviteter undervejs i deres forløb. Der er ikke tale om en udtømmende liste over de aktiviteter, der har været del af de 147 borgerforløb.

ØKONOMI

Som vi har set flere gange igennem rapporten, er der mange borgere, som har bekymringer vedrørende deres økonomiske situation og derfor også har ønsket aktiviteter målrettet dette. I nogle tilfælde er det primært CTI-medarbejderen og borgeren, som i fællesskab har arbejdet med bor-

gerens økonomi, og flere borgere fortæller, at deres CTI-medarbejder har hjulpet dem med at få styr på ubetalte regninger og eventuelt få lavet en afdragsordning med kreditorer og lignende. Lise fortæller, at hun, før hun startede i CTI-forløbet, ikke åbnede sin post eller betalte sine regninger. CTI-medarbejderen hjalp hende med at få styr på sine ubetalte regninger. I andre forløb er arbejdet med borgerens økonomi sket med hjælp fra en ekstern part såsom en NGO (se i øvrigt kapitel 8, hvor vi gennemgår NGO-aktiviteter). Anni, der er på kontanthjælp og har en søn, fortæller ligeledes, at hun ved forløbets start havde svært ved at få sin økonomi til at hænge sammen, og at bekymringer vedrørende hendes økonomi fyldte meget i hverdagen. Anni oplever på opstartstidspunktet, at hun mangler overblik over sin økonomi, da hun, på grund af sit tidligere stofmisbrug, ikke kan huske, hvad hun har optaget af lån. Som et led i arbejdet med Annis økonomi påbegyndes et samarbejde med en NGO, der yder juridisk rådgivning og gældsrådgivning, som hjælper Anni med at skabe det nødvendige overblik over sin økonomi samt med at tage kontakt til SKAT, lave aftaler med kreditorer og lignende. Anni fortæller følgende om samarbejdet med NGO'en:

Det var sådan noget, jeg aldrig ville kunne have klaret selv. Hun [medarbejderen fra NGO'en] forhandlede renter og ja, var super dygtig.

BOLIG

En del af borgerne i projektet har ønsket støtte i forbindelse med problematikker vedrørende deres boligsituation. Nogle borgere har ønsket at få hjælp til at skaffe en anden bolig, mens andre har ønsket hjælp til praktiske udfordringer forbundet med at bo i den bolig, de har. Flere af de interviewede borgere fortæller i tråd hermed, at de ved opstarten af deres forløb bor i boliger, der enten er for dyre, eller som de ikke trives med at bo i. Aktiviteter, målrettet borgerens boligsituation, har derfor bl.a. bestået i, at CTI-medarbejderen har hjulpet borgeren med at få eller blive skrevet op til en anden (eventuelt billigere) bolig. Isabella, der er på uddannelseshjælp, fortæller, at hun har fået en bolig via akutlisten i sin kommune, og at hendes CTI-medarbejder har hjulpet hende med at få styr på boligsikring og alt det praktiske i forhold til boligen. Freja fortæller ligeledes, at hun ved forløbets opstart boede på krisecenter, hvorfor nogle af de første aktiviteter i hendes forløb var, at CTI-medarbejderen

hjælp hende med at få en lejlighed og efterfølgende med at købe hårde hvidevarer osv.

Der er som nævnt også borgere, der har ønsket hjælp i forhold til at bo i eller fastholde deres eksisterende bolig. Det gælder bl.a. Michaela, der er interviewet et par måneder efter, at hendes forløb er startet. Michaela har tidligere haft et misbrug og har ikke kunnet overskue at holde orden i sin lejlighed. Hun fortæller, at hun sammen med sin CTI-medarbejder fokuserer på at få orden på sit hjem. Hun fortæller, at cirka hvert tredje møde, som hun har med CTI-medarbejderen, foregår hjemme hos Michaela, og at de fra gang til gang aftaler opgaver i forhold til at få skabt orden i hjemmet, såsom at Michaela fokuserer på at rydde op i tøj eller lignende frem mod deres næste møde. Michaela har en datter, der er anbragt uden for hjemmet, og ved opstarten har Michaela ikke samvær med sin datter i lejligheden. Hun ønsker på længere sigt at have samvær med datteren i sin egen lejlighed, og derfor er det er vigtigt for hende at få orden på lejligheden.

HELBRED

En stor andel af borgerne i projektet har udtrykt et ønske om at få hjælp til psykiske og fysiske problemstillinger. I kapitel 4 fremgik det, at 78 pct. angav at have psykiske problemer, og 44 pct. angav at have fysiske problemer ved opstart i CTI-forløbet. Aktiviteterne, målrettet borgernes fysiske og psykiske helbred, består bl.a. af lægebesøg (ofte ad flere omgange), forløb med psykolog eller lignende. Flere af de interviewede borgere fortæller i den forbindelse, at deres CTI-medarbejder har hjulpet dem ved at få lavet aftaler hos læger og/eller psykologer, og for fleres vedkommende er deres CTI-medarbejder også fulgt med dem til disse aftaler, hvis borgerne har ønsket det.

Sofie fortæller eksempelvis, at hendes CTI-medarbejder hjalp hende med at ringe til en psykolog og få lavet aftaler. I starten var det CTI-medarbejderen, der havde kontakt til psykologen, men efter et stykke tid begyndte Sofie selv at varetage kontakten. Freja, der har haft problemer med sine tænder, fortæller, at hendes CTI-medarbejder flere gange har været med hende til både læge og tandlæge. Lignende gør sig gældende for Joy, der, som beskrevet nærmere i boks 5.2, har haft et kontinuerligt forløb hos sin læge, bl.a. med henblik på at blive udredt i forhold til, om hun skal have antidepressiv medicin.

GRUPPEFORLØB

Ud over psykologforløb er der også andre aktiviteter, som har haft fokus på borgerens mentale helbred, fx gruppeforløb. I én projektkommune er gruppeforløb blevet faciliteret af en CTI-medarbejder i samarbejde med en psykolog, mens gruppeforløb i de øvrige kommuner er foregået hos samarbejdspartnere, fx NGO'er. Gruppeforløbene har både indeholdt gruppesamtaler, hvor deltagerne skiftedes til at fortælle om deres erfaringer, og i nogle tilfælde også sociale aktiviteter som fællesspisning og fællesture.

Flere borgere fortæller meget positivt om det at kunne tale med nogen, der har lignede erfaringer som dem selv, og de oplever derfor, at de har en særlig forståelse for hinanden. Annemette fortæller i den forbindelse, at hun i forløbet for første gang er en del af en gruppe, hvor hun oplever, at hun dels ikke føler sig anderledes, og dels føler, at hun kan bidrage:

Jeg har altid haft det svært ved grupper, fordi jeg har følt mig anderledes eller stigmatiseret. Det var helt rart også at kunne bidrage med noget i en gruppe.

En lignende beskrivelse finder vi hos Isabella, der har været udsat for seksuelle overgreb i barndommen og har en kæreste, der kan være voldelig over for hende. Hun fortæller, at hun har oplevet gruppeforløbet meget positivt, fordi alle i gruppen har været forstående over for, hvad de hver især har oplevet, og ingen har dømt hinanden. Dette gjorde, at hun fortalte åbent til de andre i gruppen:

Jeg har været meget åben i gruppen, fordi jeg ved, at de sidder i samme bås som mig.

Isabella fortæller videre, at hun oplevede, at det gav hende noget at fortælle de andre i gruppen om sine erfaringer og høre, hvad de andre havde gjort og tænkt. Dette går igen i flere andre interview, hvor borgerne påpeger, at de oplever at have fået rigtig meget ud af at tale med nogen, der har erfaringer, der ligner ens egne, og at de derfor oplever en større forståelse og mindre stigmatisering i disse fællesskaber. Flere fortæller, at de ikke tidligere har talt med nogen, der har haft lignende erfaringer. For andre borgere opleves gruppeforløbene mere ambivalent. Eksempelvis fortæller Susanne, der har solgt sex på en klinik og blev fastholdt i prosti-

tution af sin daværende mand, at det var rart at møde de andre i gruppen, men da de andre i gruppen ikke havde erfaringer med at sælge sex på en klink, oplevede hun, at hun havde svært ved at spejle sig i de andres erfaringer.

Der er også borgere, der ikke har ønsket at være en del af gruppeforløbene. Frederikke, der har en personlighedsforstyrrelse og har haft flere depressioner, fortæller, at hun har fået tilbud om at være med i et gruppeforløb, men ikke har haft overskud til at deltage.

BESKÆFTIGELSE OG UDDANNELSE

For nogle borgere har aktiviteter, målrettet beskæftigelse eller uddannelse, ligeledes været en del af CTI-forløbet. Det gælder bl.a. Michaela, der er startet på forberedende kurser til at kunne færdiggøre 9. klasse. På skolen har de, udover de fag, som Michaela mangler, også fokus på kost og motion, og hun oplever, at skolen på mange måder er ”en ny start”. En anden borger, der ligeledes tager supplerende fag, oplever, modsat Michaela, at hun haft rigtigt svært ved at holde fast i sine studier. Hun er derfor blevet tilknyttet en mentor, som også vil være en del af hendes støttenetværk efter endt forløb. Enkelte af de interviewede borgere har et arbejde på interviewtidspunktet. Det gælder bl.a. Sofie, der blev færdig med en erhvervskompetencegivende uddannelse ca. fire måneder inde i sit CTI-forløb. I starten af forløbet var mange aktiviteter centreret omkring at støtte op om Sofies uddannelsesforløb, og efter endt uddannelsesforløb fortæller Sofie, at hendes CTI-medarbejder støttede hende i at skrive jobansøgninger.

Generelt viser interviewene, at borgerne overordnet set har været positive over for aktiviteterne i deres CTI-forløb. Foruden de beskrevne aktiviteter er der en del borgere, der fremhæver selve samtalerne med deres CTI-medarbejder som helt essentielle for deres forløb. En borger fortæller eksempelvis, at det, hun i starten af forløbet havde aller mest brug for, var at få lov til at snakke om og ”græde ud” over de ting, som hun havde oplevet. De mere praktiske ting, der skulle ordnes i hendes forløb, kom først senere. Borgernes relation til deres CTI-medarbejdere er beskrevet nærmere i starten af dette kapitel, men det er en vigtig pointe, at samtalerne med og relationen til CTI-medarbejderen kan betragtes som en aktivitet i sig selv, og at de for nogle borgere har dækket et stort behov.

AFSLUTNING AF FORLØBET

I det følgende beskriver vi, hvordan de interviewede borgere oplever afslutningen af deres CTI-forløb, og hvilken plan der er lagt for tiden efter deres forløb. Det afhænger af den enkelte borger, hvilken plan der er lagt ved afslutning af deres forløb. Der kan være indgået aftaler med NGO'er, Kompetencecenter Prostitution (KC) og/eller offentlige aktører om at støtte borgerne efter forløbets afslutning. Der er også borgere, som ikke ønsker støtte efter deres CTI-forløb, og i andre tilfælde venter borgeren stadig på svar om fx bevilling af psykologsamtaler, bostøtte eller lignende ved forløbets afslutning. I tabel 5.3 ser vi de aktiviteter, som borgerne modtager i CTI-forløbets tredje fase, og som derfor også som oftest er en del af de aktiviteter, som vil blive forankret efter endt forløb. Det fremgår af tabellen, at borgerne indgår i en bred vifte af aktiviteter i CTI-forløbets tredje fase. En tredjedel af borgerne modtager individuel psykologbehandling, en fjerdedel af borgerne modtager medicinsk stofmisbrugsbehandling, og en fjerdedel modtager psykiatrisk behandling. En femtedel modtager somatisk behandling, og en femtedel af borgerne går i netværksgrupper. En femtedel af borgerne har en mentor eller modtager et motionstilbud. Viften af øvrige konkrete tilbud, som borgerne modtager i forløbets tredje fase, omfatter social stofmisbrugsbehandling, aktiveringstilbud og uddannelsesvejledning, økonomisk rådgivning og bostøtte mv. Kun en enkelt borger angiver i tredje fase, at han/hun ikke modtager nogle tilbud.

TABEL 5.3

Andelen af borgere i projektet, der modtager specifikke tilbud i forløbets tredje fase. Antal og procent.

Tilbud:	Antal	Procent
Individuel psykologbehandling	20	30
Medicinsk stofmisbrugsbehandling, substitutionsbehandling	16	24
Psykiatrisk behandling	16	24
Somatisk behandling/pleje af fysiske sygdomme	15	23
Netværksgrupper, samtalegrupper e.l.	14	21
Mentor eller anden form for uddannelsesstøtte	12	18
Motionstilbud	11	17
Modtager ikke nogen tilbud	1	2

Anm.: Det er muligt at modtage flere tilbud. Procentangivelserne summerer derfor ikke til 100. N = 66.

Afslutningen af forløb, herunder hvilke aktiviteter borgeren er tilknyttet, er ligeledes et tema i de kvalitative interview med borgerne. Mange af de interviewede borgere fortæller, at de undervejs i CTI-forløbet er blevet tilknyttet forskellige tilbud, som de fortsat vil være en del af efter CTI-forløbets afslutning, og som derved bliver en del af borgerens fremadrettede støttenetværk. Flere af de interviewede borgere fortæller eksempelvis, at de fortsætter i behandlings- eller misbrugstilbud, efter at deres forløb er afsluttet. Det gælder bl.a. Freja, der, ud over at fortsætte i et behandlingstilbud målrettet alkoholmisbrug, også fortsætter med at være tilknyttet en NGO, hvor hun går til samtaler hos en psykiater. Andre borgere fortæller ligeledes, at de undervejs i forløbet er blevet tilknyttet eksempelvis en psykolog, som de også kan benytte, når forløbet slutter. Derudover er der borgere, der efter endt forløb vil have tilknytning til Kompetencecenter Prostitution (KC).

Ud over at der er aktiviteter, som videreføres fra CTI-forløbet, er der også flere borgere, som fortæller, at de ved afslutning af deres forløb overgår til at have eksempelvis en mentor eller en bostøtte. I forbindelse hermed understreger både borgere og CTI-medarbejdere, at det er væsentligt, at der foregår en grundig overlevering, således at borgeren er tryk ved sin nye kontaktperson. Nogle gange vanskeliggøres overleveringen dog af eksempelvis lange ventetider. Det gælder eksempelvis i Annis tilfælde, hvor hun og CTI-medarbejderen allerede halvvejs inde i forløbet ansøger kommunen om, at Anni tilknyttes en psykolog. Desværre har de ved forløbets afslutning endnu ikke fået svar på dette. Anni var dog allerede før CTI-forløbet tilknyttet en bostøtte, som også fortsætter efter CTI-forløbets afslutning, hvorfor Anni stadig får støtte herfra. Der er også borgere, der som en del af støttenetværket efter endt forløb er blevet tilknyttet en sagsbehandler i kommunen. Eksempelvis er Lise blevet tilknyttet en sagsbehandler via kontanthjælpssystemet, og hun og hendes CTI-medarbejder har haft møder med sagsbehandleren et par gange, ligesom sagsbehandleren er informeret om hendes prostitutionserfaringer og om, at hun har været i Exit-projektet: ”Og det er okay, for så ved jeg da, at jeg kan snakke med hende om de her ting, og at jeg ikke behøver ikke sige alt muligt.”

Opbygningen af et støttenetværk er et væsentligt element i CTI-metoden, men nogle af borgerne oplever dog, at deres støttenetværk ikke er etableret i tilstrækkelig grad ved afslutningen af forløbet. Det gælder eksempelvis Lise, der oplever, at flere af de tilbud, som har været en del

af hendes forløb – særligt et gruppeforløb – ikke fortsætter efter CTI-forløbets afslutning. Lise fortæller, at gruppeforløbet har givet hende nye sociale relationer, hvilket er noget af det, som Lise savnede før forløbet. Hun fortæller:

Jeg er bekymret over, at hele det netværk, jeg har nu, det bliver revet væk. Og så er der bare ingenting tilbage, og så står jeg bare dér, hvor jeg var for et år siden. Ikke at jeg ikke har fået en hel masse godt, som jeg kan bruge til noget, men stadigvæk det, som man har savnet allermest, det er væk.

Lise er dog sammen med en anden fra gruppen blevet tilknyttet en NGO, som har startet en gruppe, der har til formål at understøtte sociale relationer. Lise synes generelt, at der i hendes kommune mangler tilbud til dem, når projektet stopper. Hun synes ikke, at hun er i målgruppen for de NGO'er, som ellers har kontakt til borgere med prostitutionserfaringer, og oplever derfor, at der mangler relevante tilbud. Dette synspunkt deler hun med en anden af de interviewede borgere fra kommunen, Christina. Både Lise og Christina var nogle af de første borgere, der gennemførte et CTI-forløb i den pågældende kommune, og på daværende tidspunkt var projektet udfordret af, at der manglede tilbud til nogle af borgerne efter afslutningen af forløbet. Projektkommunen har dog sidenhen arbejdet med at skabe brobygning til eksempelvis bostøtter, støttekontaktpersoner eller socialviceværter.

Såvel Lise som Christina giver i interviewene udtryk for, at CTI-forløbet, efter deres mening, er for kort, og at de ville ønske, at de kunne fortsætte i forløbet længere end 12 måneder. I næste afsnit ser vi på, hvordan de interviewede borgere oplever længden af CTI-forløbet.

OPLEVELSE AF CTI-FORLØBETS LÆNGDE

I udviklingen af Exit-projektet blev det besluttet at fastsætte forløbets længde til 12 måneder frem for de ni måneder, som forløbet har været ved anvendelse på andre områder. Til grund for denne beslutning lå bl.a. litteratur, der peger på, at exit-programmer bør være af minimum 10 måneders varighed (Roe-Sepowitz m.fl., 2011). Det er derfor interessant at inddrage viden fra de kvalitative interview om, hvordan borgerne, der har deltaget i et CTI-forløb, oplever længden af forløbet. Disse individuelle oplevelser kan ikke bruges til at fastsætte den rette længde på et CTI-forløb for alle borgere i målgruppen, men det kan give et billede af, hvil-

ken oplevelse borgere i målgruppen har stået med ved afslutningen af deres forløb, og om de mener, at deres forløb skulle have været længere, eventuelt kortere end de 12 måneder, eller om det har været en passende længde.

Interviewene viser, at der er forskel på, hvordan de interviewede borgere oplever CTI-forløbets længde på 12 måneder. Nogen fortæller, at de oplever 12 måneder som alt for kort tid til, at de føler sig klar til at stoppe i forløbet, mens andre oplever de 12 måneder som en fin grænse og føler, at de er klar til at give slip på deres CTI-medarbejder.

Annemette er et eksempel på en borger, der oplever, at 12 måneder er for kort tid til at få åbnet op for og bearbejdet de ting, som hun har arbejdet med i sit forløb. Annemette fortæller:

Det tager rigtig, rigtig lang tid at prikke hul på den byld. Og jeg ville da også ønske, at forløbet kunne forlænges, for jeg kunne godt bruge et år mere. For det er ligesom mange år af ens liv, at man har været væk fra den virkelige verden. Og så er et år ikke meget.

En lignende oplevelse findes hos Lise, der fortæller, at hun ikke føler, at hun er færdig med at arbejde med sig selv, og at hun oplever, at hun selv må stå for den sidste del af arbejdet:

Vi er lige blevet pillet fra hinanden, og så må vi så selv klare at samle det.

Hun fortæller videre, at hun føler sig ”svigtet af systemet”. Som de øvrige interviewpersoner har Lise været meget glad for sit forløb, og flere borgere, inklusive Lise, oplever en vis sorgmodighed forbundet med, at deres forløb stopper. Anni fortæller eksempelvis, at hun oplevede, at forløbet gjorde en stor forskel for hende, men at det gik alt for hurtigt:

Det [CTI-forløbet] betyder en verden til forskel for mig, og jeg ville ønske, at det ikke var tidsbegrænset. Det gjorde ondt at stoppe. Tiden fløj bare afsted.

Blandt de interviewede er der også borgere, der oplever, at forløbets længde på 12 måneder er passende, og at de er klar til at komme videre.

Kim, der har haft det svært psykisk og har været uafklaret i forhold til, hvorvidt han ønskede at stoppe med at sælge sex eller ej, fortæller ved afslutningen af sit forløb, at han føler sig tryk ved at afslutte forløbet. Han fortæller, at han har en psykolog og mentor tilknyttet, og at han står over for at skulle starte på et studie. En lignende oplevelse finder vi hos Susanne, der boede på krisecenter, da hun kom i kontakt med Exit-projektet. Hun fortæller, at hun sagtens kunne blive ved med at snakke med sin CTI-medarbejder, men hun oplever, at de er nået til et sted, hvor hun har fået samling på de fleste af sine problemer, og hvad det er, hun har brug for hjælp til. Derfor oplever hun også, at det er fint, at psykologen nu tager over.

Sofie, der solgte sex for at finansiere sit misbrug og livsstil, men undervejs i forløbet har gennemført sin uddannelse og fået et arbejde, fortæller, at hun er tryk ved at skulle stoppe og føler sig klar til det. Sofie fortæller, at hun har mere overskud nu, end da hun startede i forløbet, og hun oplever, at hun ikke længere er så afhængig af CTI-medarbejderens hjælp. Dette skyldes bl.a., at de har fået sat de ting i gang, som Sofie havde brug for. Sofie synes dog alligevel, at det er underligt at skulle stoppe i forløbet, og hun fortæller, at hun vil komme til at savne sin CTI-medarbejder.

Såvel borger- som medarbejderinterview vidner om, at det faktum, at forløbet er tidsbegrænset, er noget, der er fokus på hele vejen igennem forløbet. Der er således både borgere og medarbejdere, der påpeger, at tidsbegrænsningen kan være med til at sætte skub i tingene fra start af. En CTI-medarbejder siger fx:

Jeg synes, det er fantastisk, at der kun er 12 måneder. Jeg ser, at det giver et skub i forhold til hjemmevejleder og SKP [støttekontaktperson]. Det sætter noget i gang.

En anden medarbejder påpeger dog, at det er ærgerligt, at man ikke kan gå ind og vurdere individuelt i den konkrete sag, hvorvidt et forløb skal forlænges, hvis der eksempelvis er lang ventetid på at få tildelt en bostøtte, og man derfor ikke når at få lavet en tilstrækkelig overlevering til vedkommende. Generelt vidner interviewene med både borgere og medarbejdere om, at det er vigtigt at forberede afslutningen i god tid og løbende tale om den. Eksempelvis vurderer Amalie, at det har været af stor betydning for hende, at de undervejs i forløbet løbende har haft fokus på

at planlægge tiden efter forløbet. Amalie fortæller, at dette har gjort det lettere for hende at sige farvel til sin CTI-medarbejder:

At sige farvel er ikke noget, jeg har let ved, men det er faktisk kommet meget naturligt den her gang, fordi vi har færdiggjort det, vi har taget hul på. Og derfor har det været lettere at sige farvel, fordi jeg er nået så meget videre.

Ovenstående erfaringer fra de interviewede borgere viser, at der er borgere i målgruppen, der oplever, at de 12 måneders forløb er for kort tid, fordi de eksempelvis ikke mener, at de er klar til at undvære den støtte, som er en del af et CTI-forløb. Der er også borgere, der oplever, at længden af forløbet er passende, og som føler sig klar til at komme videre. Der er ikke nogen borgere, der i de kvalitative interview har givet udtryk for, at de følte, at de 12 måneder var for lang tid. Fra det kvantitative materiale og fra interview med CTI-medarbejderne ved vi dog, at der er forløb, der afsluttes før de 12 måneder, fordi de enkelte borgere og CTI-medarbejder har vurderet, at de var færdige med at arbejde med det, der skulle arbejdes med i forløbet, og fordi det fremadrettede støttenetværk var kommet på plads. Generelt påpeger både borgere og medarbejdere i de kvalitative interview, at det er afgørende, at man allerede fra forløbets start er opmærksom på tidsbegrænsningen og på at få opbygget et støttenetværk omkring borgeren, som kan tage over efter forløbet.

SYN PÅ FREMTIDEN

Sidste del af dette kapitel handler om, hvordan de interviewede borgere ser på deres egen fremtid, når de står ved afslutningen af deres CTI-forløb. Det er naturligvis forskelligt, hvilke problemstillinger og hvilke erfaringer med salg af sex borgerne træder ind i projektet med. Det er ikke desto mindre interessant, at det er mange af de samme drømme for fremtiden, som borgerne fortæller om. Det er drømme om en partner og et familieliv og om at få en (ny) uddannelse eller et arbejde. De drømmer altså om det samme, som de fleste andre drømmer om. For borgere med prostitutionserfaring kan der dog være forhold, der gør at denne drøm kan være svært at indfri. Den eksisterende litteratur viser, at det at kunne håndtere (nye) intime relationer er en af de udfordringer, der knytter sig

til livet efter prostitution (Månsson & Hedin, 1999; Benoit & Millar, 2001).

PARTNER OG FAMILIELIV

Flere af de interviewede borgere fortæller, at de har haft svært ved at indgå i intime relationer eller indgå i et forhold med en partner. Der er dog borgere, der ved afslutningen af deres forløb fortæller, at de har fået en tro på, at drømmen om et familieliv er blevet mere realistisk. Dette gælder eksempelvis Christina, der fortæller, at hun længe har haft en drøm om en familie, men at hun nu er begyndt at se det som mere realistisk, fordi hun oplever, at hun begynder at have noget at give videre. Hun fortæller:

Man tillader sig at håbe og drømme langt mere end tidligere. Jeg har længe haft drømmen om en familie, men jeg begynder at se det som mere realistisk. At jeg begynder at have noget godt at give videre. Og lidt drømmen om også at have et kærlighedsliv og nogen at dele sit liv med. Det kunne jeg rigtig godt tænke mig at kunne finde ud af engang.

En anden borger, Lise, fortæller ligeledes, at hun har fået en større tro på fremtiden, og ”en tro på, at der nok er noget, der er bedre derude, end det her lorteliv. Det gode liv skal nok komme.”

Michaela, der er interviewet ved starten af sit forløb, fortæller, at hun ved afslutningen af sit forløb håber på, at hun i fremtiden kan få mere samvær med sit barn, der bor i en plejefamilie. Som det er nu, ser Michaela kun sit barn hver tredje uge, men hun drømmer om, at de om nogle år vil kunne have samvær hver weekend.

UDDANNELSE OG BESKÆFTIGELSE

Flere borgere fortæller ved afslutningen af deres forløb, at de drømmer om eller har konkrete planer om at starte på en uddannelse. Andre borgere håber at komme i praktik og ad den vej komme ind på arbejdsmarkedet. Den eksisterende litteratur viser, at muligheden for beskæftigelse er et af de mest centrale elementer i et succesfuldt ophør fra prostitution (Benoit & Millar, 2001; Dalla, 2006; Hester & Westermarland, 2004; Sanders, 2007). Ligeledes må tilknytning til uddannelse forventes at spille en rolle for den enkeltes mulighed for at fastholde et exit fra prostitution.

Annemette fortæller, at hun gerne vil starte på en uddannelse. Hun oplever, at det er det eneste, hun kan gøre for at komme videre, selvom hun synes, at det er pinligt, at hun har et tomt cv:

Jeg har et tomt cv. Jeg vil kunne skrive en masse kvaliteter, men mit cv er tomt. Det er pinligt i en alder af 34 år. Jeg tror, at uddannelse er det eneste, jeg kan gøre.

Annemette har tidligere læst på socialrådgiveruddannelsen, og den uddannelse overvejer hun at vende tilbage til. Hun fortæller, at hun elsker at gå i skole og lære nyt. Annemette tænker dog, at der er en række ting, som hun er nødt til at opdatere eller lære forfra, fordi hun har været så mange år væk fra uddannelsessystemet. Hun fortæller:

Det kan være, at jeg vil have opdateret min HF. For jeg er jo heller ikke god til computere, fx, jeg har jo levet i en boble, helt vildt. Så der er mange ting, jeg skal lære for at kunne tage aktivt del i samfundet.

Annemette oplever dog også, at hendes år i prostitution har givet hende nogle erfaringer, som hun kan bruge i forhold til at skulle arbejde med mennesker. ”Fordi det er jo alt andet end sex, det er jo pædagog og psykolog, man er.”

Sonja, der har haft lange perioder med misbrug og prostitution, men i perioder hvor hun har været ”clean” har kunnet passe et job i hjemmeplejen, fortæller, at hun gerne vil tilbage på arbejdsmarkedet, men at det ikke kan blive inden for hjemmeplejen. Hun siger:

Jeg vil jo ud og arbejde igen, men det bliver ikke inden for hjemmeplejen eller med ældre, fordi det dér med hele tiden at stå til rådighed for andre og deres behov, det kan jeg simpelthen ikke overskue – dér er jeg helt brugt op.

Sonja fortæller, at hun allerhelst bare vil stå på en fabrik og ”passe sig selv”. Sonja ønsker altså ikke længere et job, hvor hun skal have megen menneskelig kontakt og stå til rådighed for/servicere andre. Hun kunne dog også godt forestille sig at starte på en form for uddannelse.

Susanne, der blev presset af sin mand til at sælge sex på en klink, fortæller, at hun, efter at hun er blevet skilt fra sin mand, er startet på HF. Susanne har været væk fra uddannelse og arbejdsmarked de sidste otte år,

men hun er rigtig glad for at gå i skole og drømmer om at komme på universitetet. Susanne fortæller, at det betyder meget for hende, at hun nu kan være et godt eksempel for sine børn og vise, at hun også går i skole.

Isabella, der tidligere blev smidt ud af sin skole på grund af for meget fravær, er startet i praktik, mens hun var i CTI-forløbet. Isabella fortæller, at hun håber at kunne genoptage og gøre sin uddannelse færdig snart.

Der er også borgere, der fortæller, at de gerne vil arbejde, men at de ikke forventer, at de vil kunne arbejde på fuldtid. Frederikke fortæller eksempelvis, at hun har læst på pædagogstudiet, men oplevede nogle dårlige praktikforløb, der gjorde, at hun helt stoppede. Frederikke lider af depression og personlighedsforstyrrelser og kan ikke forestille sig at skulle ud i praktik igen. Hun fortæller, at hun ville være glad, hvis hun kunne få et job på deltid. Det er fire år siden, at Frederikke ophørte med pædagogstudier, og hun fortæller, at hun savner det, men at hun ikke føler sig klar til at starte på et nyt arbejde eller studie endnu. Hun fortæller, at hun har det svært med bare at være en belastning for samfundet (fordi hun ikke er i beskæftigelse), og hun ville derfor ønske, at hun kunne have et arbejde.

Amalie har en HK-uddannelse, og det fag vil hun gerne tilbage til. Hun har dog behov for, at der ikke er noget ved arbejdet, der stresser hende, og hun kan ikke have for mange timer, men har behov for et lavt timeantal, eventuelt i et fleksjob.

Andre borgere fortæller ved afslutningen af deres forløb, at realiseringen af drømmen om uddannelse og beskæftigelse for dem ligger flere år ude i fremtiden. De forklarer dette med, at de har nogle ting, som de gerne vil have styr på, før de er klar til at begynde på en uddannelse. Det er eksempelvis at få det bedre/blive stærkere, både fysisk og psykisk.

Ovenstående indikerer, at de interviewede borgere, ud fra deres egne vurderinger, har meget forskellige forudsætninger for at starte på en uddannelse eller i beskæftigelse efter afslutningen af deres CTI-forløb. Det er vigtigt at være opmærksom på, at nogle borgere har behov for at få ansættelse på særlige vilkår eller at blive omskolet, så de kan få beskæftigelse inden for et andet område end det, hvor de eventuelt tidligere har arbejdet. De borgere, der ønsker at gennemføre en uddannelse, kan også få behov for støtte til at gennemføre en sådan.

BORGERNES PROGRESSION

Det foregående kapitel har bl.a. omhandlet indholdet i borgernes forløb. I dette kapitel ser vi på borgerens udbytte af forløbet inden for følgende tre områder:

- Trivsel
- Prostitutionsfrekvens
- Livssituation

Herudover undersøger vi, om bortfaldet i registreringer har en betydning for de resultater, vi ser i borgernes progression inden for de tre områder.

Borgerens trivsel måles ud fra trivselsindekset WHO-5. Prostitutionsfrekvens belyses ud fra borgernes egne angivelser, og borgernes udvikling i deres egen oplevelse af livssituation belyses ud fra de ti dimensioner i dokumentationsredskabet Outcomes Star. Målingerne er i alle tre tilfælde foretaget af borgeren og CTI-medarbejderen i fællesskab ved forløbets opstart og herefter cirka hver anden måned frem til forløbets afslutning. Vi undersøger ligeledes, om vi finder samme resultater for borgernes progression i trivsel, når vi tager højde for bortfaldet i progressionsmålingerne. Undervejs inddrager vi borgernes egne fortællinger om, hvorvidt de har oplevet ændringer i deres mentale trivsel, prostitutionsfrekvens og generelle livssituation. Endelig inddrager vi også infor-

mationer fra CTI-skemaerne, hvor CTI-medarbejderne efter samtaler med borgerne har vurderet borgernes situation inden for otte områder (se kapitel 3 for en gennemgang af dokumentationsredskaberne).

Vi kan fremhæve følgende resultater angående borgernes progression gennem CTI-forløbene:

MENTAL TRIVSEL

- Den gennemsnitlige mentale trivsel blandt borgerne øges, jo længere de når i CTI-forløbet.
- Ved opstart er to tredjedele af borgerne i risikozonen for stress og depression (målt ved WHO-5). Ved afslutning af et fuldt forløb gælder dette for en tredjedel af borgerne.
- I interviewene er borgernes mentale trivsel uden tvivl det tema, som fylder mest. Borgerne beretter i den forbindelse om, at de oplever, at de har fået forbedret deres selvværd, bl.a. fordi de har fået bearbejdet dårlige oplevelser relateret til salg af sex. Samtidig er borgernes psykiske velbefindende også det område, hvor fleste af de interviewede borgere fortsat oplever at have brug for støtte efter endt forløb.

PROSTITUTIONSFREKVENNS

- Den gennemsnitlige prostitutionsfrekvens blandt borgerne falder, jo længere de når i CTI-forløbet.
- Ved opstart har halvdelen af borgerne modtaget betaling for seksuelle ydelser inden for den seneste måned. Ved afslutning er dette tilfældet for omkring en femtedel af borgerne.
- Af borgerinterviewene fremgår det, at exit fra prostitution/fald i prostitutionsfrekvens for nogle er kommet naturligt, når andre forhold i deres liv, fx bolig- eller misbrugsproblematikker, er faldet på plads. Flere beskriver dog også, at exit fra prostitution kan være vanskeligt, særligt af økonomiske årsager.

GENEREL LIVSSITUATION

- Der er blandt borgerne en positiv udvikling i oplevelsen af egen livssituation på en række dimensioner, jo længere de når i CTI-forløbet, herunder motivation og ansvar, psykisk helbred m.m.

- Fra opstart til afslutning af et fuldt forløb har 91 pct. af borgerne oplevet en moderat eller stor progression på tværs af de ti dimensioner i Outcomes Star.
- Den positive udvikling uddybes i interviewene, hvor alle borgerne fortæller, at de generelt føler sig bedre rustede til at håndtere problemstillinger i deres dagligdag og oplever en positiv udvikling på en række områder såsom at have fået bedre styr på praktiske ting som økonomi og bolig, at have opnået forbedret selvværd og at have opnået en forbedring af relationen til deres nærmeste. Flere beretter ligeledes om, at de har reduceret/stoppet et eventuelt misbrug.
- Forventeligt oplever flere borgere dog fortsat udfordringer ved afslutningen af deres forløb, bl.a. i forhold til misbrug.

BORTFALDETS BETYDNING FOR PROGRESSIONSMÅLINGEN

- Borgere, der falder fra tidligt i forløbet, har ved forløbets opstart ikke systematisk lavere trivsel end borgere, der fastholdes igennem hele forløbet. På denne baggrund er der ikke umiddelbart grund til mistanke om bias i progressionsmålingen.
- Vi ser dog, at borgere, der falder fra før forløbets tredje fase, ikke oplever den samme progression i trivsel tidligt i forløbet som borgere, der fastholdes igennem hele forløbet.

TRIVSEL

Et formål med indsatsen er at styrke borgernes trivsel. For at følge borgernes udvikling på dette område anvender vi WHO's trivselsindeks (WHO-5 – se boks 6.1 for nærmere beskrivelse af indekset). Vi illustrerer borgernes progression ved at undersøge trivselsniveauet blandt borgere ved opstart, 1. fase, 2. fase, 3. fase og afslutning af et forløb. Når vi illustrerer en gennemsnitlig progression over forløbets faser, tester vi for signifikante forskelle mellem opstart og afslutning og mellem undergrupper ved hjælp af t-test²⁵. Vi rapporterer p-niveauet²⁶ under tabellens anmærkninger.

²⁵ T-testen er en test af forskelle i gennemsnittet i den samme kontinuerte variabel mellem to grupper. T-testen antager, at variansen for de to grupper er den samme. Nul-hypotesen er, at de to gruppers gennemsnit er ens (H0: forskellen er lig nul), med enten en énsidet test (Ha: forskellen er større/mindre end nul) eller en tosidet test (Ha: forskellen er forskellig fra nul). Den tosidede

BOKS 6.1

WHO-5-trivselsindeks.

WHO-5 består af fem spørgsmål om borgerens egen oplevelse af trivsel og kan anvendes som et mål for, om borgerne får forbedret deres generelle trivsel i den tidsperiode, som indsatsen har været.

WHO-5 måler trivsel på fem dimensioner:

- 1: I de sidste to uger har jeg været glad og i godt humør
- 2: I de sidste to uger har jeg følt mig rolig og afslappet
- 3: I de sidste to uger har jeg følt mig aktiv og energisk
- 4: I de sidste to uger er jeg vågnet frisk og udhvilet
- 5: I de sidste to uger har min dagligdag været fyldt med ting, der interesserer mig.

Det er muligt for borgeren at svare 1 ud af 5 mulige svar: "på intet tidspunkt" (værdien 0) til "hele tiden" (værdien 5).

WHO-5-indekset beregnes ud fra borgerens svar på de fem dimensioner ved at lægge pointene sammen og gange med fire. Indeksscoren kan således antage værdier fra 0 til 100, hvor en høj score udtrykker en høj mental trivsel. Ifølge WHO's retningslinjer er en indeksscore på under 50 i risikozonen for stress eller depression.

Progression: Ved gentagne målinger over tid kan indeksscoren anvendes til at måle udviklingen i den mentale trivsel. For at der reelt kan tales om progression, skal der være tale om en (positiv) udvikling på minimum 10 pct. (fra baseline-score til den seneste score).

Indsamling af data: Borgeren har udfyldt trivselsindekset samtidig med udfyldelsen af Outcomes Star, hvilket vil sige ved opstart og herefter hver 2. måned.

Kilde: <http://www.psykiatri-regionh.dk/WHO-5/menu/WHO-5+Questionnaire/>.

De følgende grafer illustrerer borgernes udvikling ud fra deres egne angivelser af, hvor de befinder sig på WHO-5-skalaens fem dimensioner. Figur 6.1 viser den gennemsnitlige WHO-5-indeksscore blandt borgere, der er i forskellige faser af CTI-forløbet. Den mørkeblå linje er udtryk for borgernes gennemsnitlige mentale trivsel, mens den røde linje viser grænsen for stress og/eller depression. Befinder den mørkeblå linje sig under den røde linje, er den gennemsnitlige borger i risiko for stress og/eller depression, mens den gennemsnitlige borger ikke vurderes at være i risiko for stress og/eller depression, når den mørkeblå linje er over

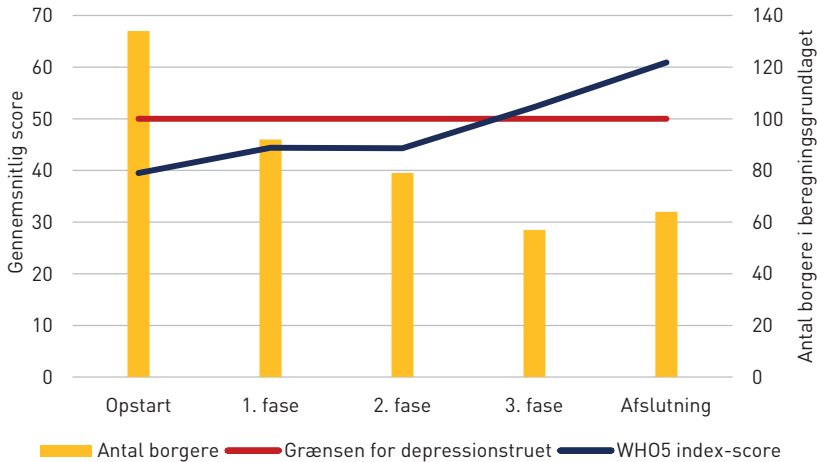
p-værdi beregnes på baggrund af testens t-fordeling, og den er sandsynligheden for at observere en større absolut værdi af t under nul-hypotesen ($\Pr(|T| > |t|)$). Hvis p-værdien er mindre end det alpha-niveau, vi har angivet, konkluderer vi, at forskellen mellem de to gruppers gennemsnit er statistisk signifikant forskelligt fra 0.

²⁶ Såfremt p-værdien er mindre end det alpha-niveau, vi har angivet (0,05), konkluderer vi, at forskellen i gennemsnit mellem de to grupper (eller ved pr-test, forskellen i andele) er statistisk signifikant forskelligt fra 0.

den røde. De gule søjler markerer antallet af borgere, som indgår i beregningsgrundlaget for gennemsnittet.

FIGUR 6.1

Mentalt trivselsniveau (WHO-5) blandt borgerne i projektet. Særskilt ved opstart og faser i CTI-forløbet. Gennemsnitlig score og antal.



Anm.: WHO-5-indekset er beregnet på baggrund af de fem underliggende dimensioner, der afspejler mental trivsel. Den samlede indeksscore kan antage værdier fra 0 til 100, hvor en høj score er udtryk for en god mental trivsel. Ved et niveau på under 50 point er der risiko for stress eller depression. Forskellen på gennemsnittet for WHO-5-indekset mellem opstart og afslutning er signifikant forskellig fra nul på et 0,001-niveau (t-test af forskelle i gennemsnit). Venstre akse: Gennemsnit for WHO-5-indeks-score. Højre akse: Antal borgere i beregningsgrundlag.

Kilde: Målinger ved hjælp af WHO-5 trivselsindeks.

Det fremgår af figur 6.1, at den mentale trivsel øges blandt borgerne, jo længere de når i CTI-forløbet. Ved opstart i forløbet er der blandt de 134 borgere en gennemsnitlig WHO-5-indeks-score på 39,5 point. Det vil sige, at borgere, som er startet i et CTI-forløb, i gennemsnit ikke trives mentalt. Blandt de borgere, for hvem vi har en afslutningsmåling, er den gennemsnitlige indeksscore 61, altså over risikogrænsen for stress og depression. Vi ser således en signifikant forbedring af borgernes mentale trivsel fra opstart til afslutning. Forløbets tredje fase ser ud til at være den periode, hvor borgernes WHO-5-indeks-score i gennemsnit flytter sig over grænsen for stress og depression.²⁷ Der skal her gøres opmærksom

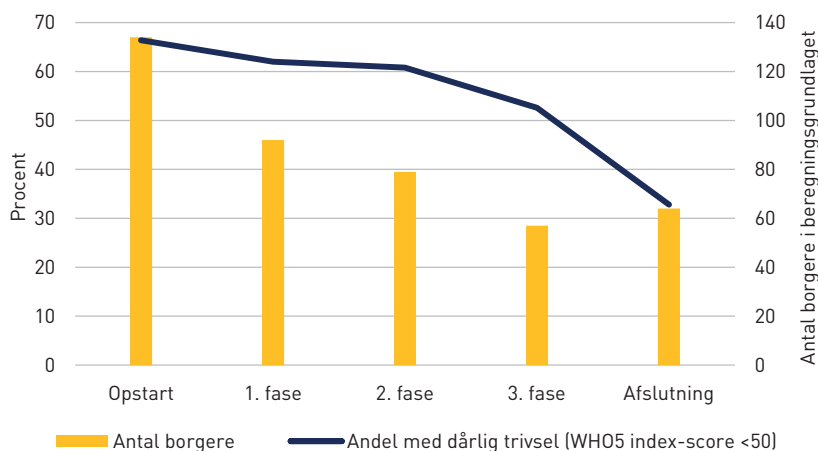
²⁷ Vi har testet, at det ikke er selektion på grund af frafald af borgere (eller bortfald af registreringer) over tid, der er årsag til stigningen i trivsel (WHO-5-indeks) hen over forløbets faser. I en analyse,

på, at eftersom der er tale om en progressionsmåling og ikke en egentlig effektmåling med en kontrolgruppe, er det muligt, at en progression hos målgruppen kan skyldes andet end CTI-forløbet.

Figur 6.2 viser, hvor stor en andel af borgerne der kan siges at være i risikozonen for stress eller depression ved opstart og undervejs i CTI-forløbet. Udviklingen aflæses af den mørkeblå linje.

FIGUR 6.2

Andelen af borgere i projektet med dårlig mental trivsel (stress-/depressions-truet). Særskilt for opstart og faser i CTI-forløbet. Procent og antal.



Anm.: WHO-5-indekset er beregnet på baggrund af de fem underliggende dimensioner, der afspejler mental trivsel. Den samlede indeksscore kan antage værdier fra 0 til 100, hvor en høj score er udtryk for en god mental trivsel. Ved et niveau på under 50 point er der risiko for depression. Kurven afspejler den andel af målgruppen (pct.), der har en WHO-5- score på 50 eller derunder.

Forskellen på andelen med dårlig mental trivsel mellem opstart og afslutning er signifikant forskellig fra nul på et 0,001-niveau (pr-test af forskelle i andele).

Venstre akse: Procent. Højre akse: Antal borgere i beregningsgrundlag.

Kilde: Målinger ved hjælp af WHO-5 trivselsindeks.

Ved opstart af CTI-forløbet er det 66 pct. af målgruppen, som er i risiko for stress eller depression. Af borgerne, som har afsluttet et CTI-forløb, er andelen i risikozonen faldet til 33 pct. Ved afslutning af forløbet har to

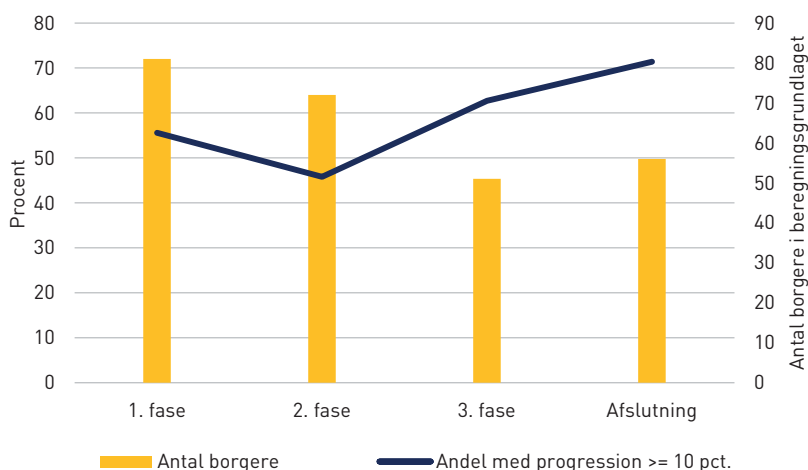
der kun omfatter de 56 borgere, der både har en opstarts- og en afslutningsstjerne registreret, kan vi observere samme trivselsniveau ved opstart og samme trivselsniveau ved afslutning som i figur 5.1. (WHO-5-indeks gennemsnit ved opstart er 39,3; WHO-5-indeks gennemsnit ved afslutning er 60,3; N = 56). Det er således ikke selektion, der driver resultatet i figur 6.1.

tredjedele af borgerne således en trivsel-score, som ligger over risiko-grænsen for depression og stress.

For at der for den enkelte borger er tale om en reel øget målbar trivsel, skal der være en stigning på mindst 10 pct. i WHO-5-indeks-scoren fra baseline. Figur 6.3 viser andelen af borgere i målgruppen, der har oplevet en reel forbedring i deres mentale trivsel siden opstartsfasen. Udviklingen aflæses af den mørkeblå linje.

FIGUR 6.3

Andel af borgere i projektet, som har minimum 10 pct. forbedring i mental trivsel (WHO-5). Særskilt for CTI-forløbets faser. Procent og antal.



Anm.: WHO-5-indekset er beregnet på baggrund af de fem underliggende dimensioner, der afspejler mental trivsel. Den samlede indeksscore kan antage værdier fra 0 til 100, hvor en høj score er udtryk for en god mental trivsel. En stigning i indeksscore på 10 pct. betragtes som en betydelig progression. Som baseline anvendes borgerens score ved opstart.

Andelen med en forbedring på ti procent i mental trivsel siden opstart er ved afslutningen signifikant forskellig fra nul på et 0,001-niveau (pr-test af forskelle i andele).

Venstre akse: Procent. Højre akse: Antal borgere i beregningsgrundlag.

Kilde: Målinger ved hjælp af WHO-5-trivselsindeks.

Af de borgere, som har afsluttet et CTI-forløb, har 71 pct. oplevet en stigning svarende til 10 pct. eller mere i deres mentale trivselscore siden opstarten. For et flertal i målgruppen synes CTI-indsatsen således at være forbundet med en positiv udvikling i borgerens mentale trivsel.

Ser vi på, hvordan borgerne selv beskriver deres mentale trivsel ved endt forløb, kommer alle de interviewede borgere med eksempler på,

at forløbet har haft en positiv effekt. Det er i særlig grad fortællinger om forbedret selvværd, som dominerer i interviewene. Nogle borgere begrundes deres forbedrede selvværd med, at de har benyttet forløbet til at bearbejde dårlige oplevelser, fx fra prostitution, mens andre peger på ændringer i deres hverdag såsom uddannelsesstart, forbedrede boligforhold og forbedret relation til børn. For de fleste synes det dog at være en kombination af flere forhold, som har haft en positiv betydning for deres selvværd og deres psykiske velbefindende generelt. Anni fortæller eksempelvis:

Jeg kan mærke, at vi [Anni og hendes søn] lever et andet liv i dag end for 12 måneder siden. Vi har fået nogle redskaber til at være gladere, så jeg tør ikke tænke på, hvor jeg havde stået henne uden det her forløb.

Anni lider bl.a. af PTSD og OCD, og hun fremhæver både samtaler med CTI-medarbejderen og et forløb med en psykolog, som hun fik bevilget gennem Kompetencecenter Prostitution (KC), som afgørende for, at hun har fået det bedre psykisk. Men hun lægger også vægt på andre forhold, såsom at hun har fået ”proppet noget ind” i sin hverdag i form af bl.a. fysisk træning, at hun har fået styr på praktiske forhold såsom økonomi, samt at hun ikke længere lider af søvnproblemer. Hun fortæller:

Jeg har fået styr på utroligt mange ting, altså min økonomi og det giver jo en personlig lettelse og en bedre nattesøvn (...) Før kunne jeg kun sove 1½ time, og så kunne jeg ikke sove mere. Nu sover jeg hele natten, og det har gjort en kæmpe forskel, for jeg hang jo slet ikke sammen, men nu kan jeg være der meget mere for min søn. (...) Jeg er blevet en helt anden pige. Jeg kommer mere ud. Det var en kamp, før det her forløb, at gå herfra og over i børnehaven med min søn. Det var et mareridt at skulle hente ham om eftermiddagen, for tanken om: ”Hvad nu hvis jeg mødte en kunde på vejen?”

Et element i Annis forløb har været at bearbejde oplevelser fra hendes erfaringer med salg af sex. Der er andre borgere, der ligesom Anni fortæller, at forløbet har haft en positiv effekt på, hvordan de ser på sig selv og deres tid i prostitution – En borger, Amalie, fortæller:

For mig, så er det, der betyder mest ved det her projekt, at min skyld og skam, den fylder ikke mere i min hverdag. Og det er guld værd. Jeg kunne [tidligere] ligge søvnløs over det, og det kunne fylde i mit hoved i løbet af dagen. (...) Jeg går ikke og klandrer mig selv mere for, at jeg har levet det liv, jeg har gjort. Det gjorde jeg før. Det har ligesom været det vigtigste for mig.

Amalie peger bl.a. på, at samtaler med CTI-medarbejderen, gruppeterapi og et forløb hos en kropsterapeut bl.a. har været noget, som har haft betydning for, at hun har fået det bedre. Andre borgere, fx Annemette og Malene, fortæller ligeledes, at de har ”lært at elske sig selv” eller ”har fundet sig selv”.

Selvom de interviewede borgere oplever, at forløbet har haft en positiv effekt på deres mentale trivsel, peger flere også på, at de har behov for yderligere støtte til behandling af psykiske problematikker efter endt forløb. Dette er fuldt forventeligt, da et CTI-forløb jo er beregnet til at hjælpe borgerne i en overgangsfase, og at CTI-medarbejderen undervejs i forløbet hjælper borgeren med at finde tilbud, som kan støtte ham/hende efterfølgende.

PROSTITUTIONSFREKVENS

En anden målsætning med CTI-forløbet kan være ophør med salg af seksuelle ydelser, og det måles på baggrund af ændringer i borgerens prostitutionsfrekvens, defineret ved, hvorvidt borgeren har modtaget betaling for seksuelle ydelser inden for den seneste måned (se boks 6.2).

Som vist i kapitel 4 har halvdelen af borgerne i et CTI-forløb ophør med salg af sex som målsætning for deres CTI-forløb, mens målet for de øvrige borgere er forbedret livssituation. De følgende grafer viser udviklingen i prostitutionsfrekvens og omfatter både borgere, der har exit som målsætning, og borgere, der har en forbedret livssituation som målsætning.

Vi illustrerer borgernes progression ved at vise andelen, der angiver at have modtaget betaling for seksuelle ydelser inden for den seneste måned blandt borgere ved opstart, 1. fase, 2. fase, 3. fase og afslutning af et forløb. Når vi illustrerer en progression i andele over forløbets faser, tester vi for signifikante forskelle mellem opstart og afslutning, og

mellem undergrupper ved hjælp af pr-test.²⁸ Vi rapporterer p-niveauet²⁹ under tabellens anmærkninger.

BOKS 6.2

Anvendte mål for prostitutionsfrekvens og -omfang, risikoadfærd og motivation for prostitution.

Prostitutionsfrekvens: Borgeren er blevet bedt om at angive, hvorvidt han/hun har fået betaling i form af penge, stoffer, alkohol, overnatningsmulighed, mad, beskyttelse eller andet for en seksuel ydelse.

Omfang: Der er ligeledes spurgt om, hvornår borgeren første gang og sidste gang modtog betaling for en seksuel ydelse, ligesom der er spurgt om, hvorvidt borgeren har fået betaling for en seksuel ydelse inden for den seneste måned.

Overvejelser om salg af seksuelle ydelser: Borgere, der ikke har modtaget betaling for seksuelle ydelser, er ligeledes blevet bedt om at angive, hvorvidt de har haft overvejelser herom.

Motivation: Ligeledes kan borgeren angive, hvilken motivation der ligger bag, herunder eksempelvis for at dække basale leveomkostninger, for at opnå forbrugsgoder, fordi borgeren kan lide at modtage betaling for seksuelle ydelser mv.

Indsamling af data: Borgeren har udfyldt spørgsmål om prostitutionsfrekvens, overvejelser om salg af seksuelle ydelser samt motivation i forbindelse med udfyldelsen af Outcomes Star, hvilket vil sige ved opstart og herefter hver anden måned.

Kilde: Projektets metodenotat. Notatet kan rekvireres på Socialstyrelsens hjemmeside for projektet: <http://www.socialstyrelsen.dk/udsatte/prostitution/prostitution-1>.

Figur 6.4 viser udviklingen i borgernes prostitutionsfrekvens. Det fremgår, at halvdelen af borgerne ved opstart af CTI-forløbet har solgt seksuelle ydelser inden for den seneste måned, mens det gælder for en femtedel af borgerne, der har afsluttet et CTI-forløb. Forskellen i andelen er signifikant, dvs. at andelen af borgere, der er aktive i prostitution ved afslutningen af CTI-forløbet, er mindre end ved opstart. Eftersom der er tale om en progressionsmåling og ikke en egentlig effektmåling med en

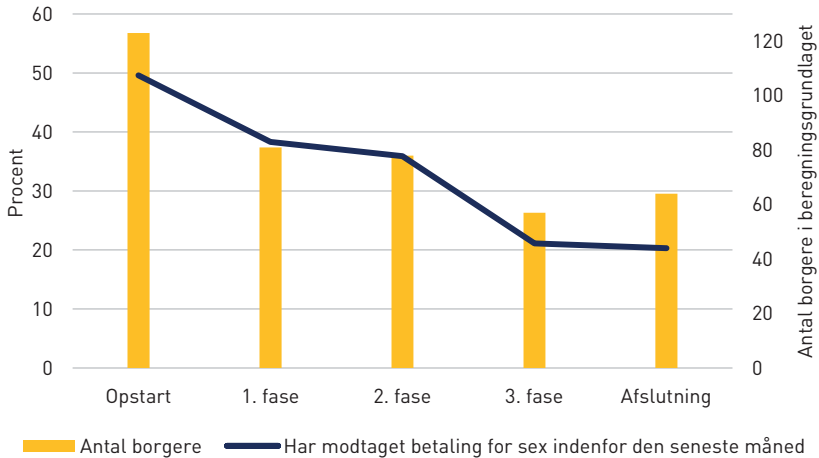
²⁸ Pr-testen er en test af forskelle i andele i en binær variabel mellem to grupper. Nul-hypotesen er, at de to gruppers andele er ens (H_0 : forskellen i andele er lig nul), med enten en énsidet test (H_a : forskellen i andele er større/mindre end nul) eller en tosidet test (H_a : forskellen i andele er forskellig fra nul). Den tosidede p-værdi beregnes på baggrund af testens z-fordeling, og den er sandsynligheden for at observere en større absolut værdi af z under nul-hypotesen ($\Pr(|Z| > |z|)$). Hvis p-værdien er mindre end det alpha-niveau, vi har angivet, konkluderer vi, at forskellen mellem de to gruppers andele er statistisk signifikant forskelligt fra 0.

²⁹ Såfremt p-værdien er mindre end det alpha-niveau, vi har angivet (0,05) konkluderer vi, at forskellen i gennemsnit mellem de to grupper (eller ved pr-test, forskellen i andele) er statistisk signifikant forskelligt fra 0.

kontrolgruppe, kan det ikke udelukkes, at den reducerede prostitutionsfrekvens skyldes andet end CTI-forløbet.

FIGUR 6.4

Andelen af borgere i projektet, som har modtaget betaling for seksuelle ydelser inden for den seneste måned. Særskilt for opstart og faser i CTI-forløbet. Procent og antal.



Anm.: Forskellen på andelen, som har modtaget betaling for seksuelle ydelser mellem opstart og afslutning, er signifikant forskellig fra nul på et 0,001-niveau (pr-test af forskelle i andele).

Venstre akse: Procent. Højre akse: Antal borgere i beregningsgrundlag.

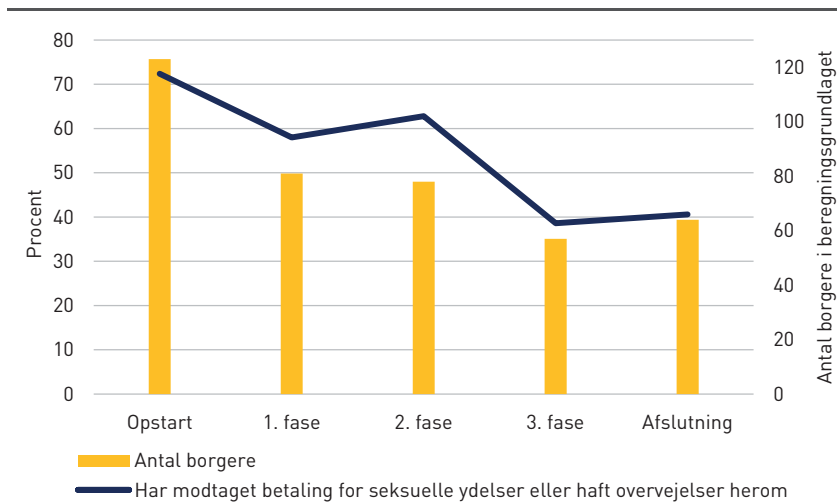
Kilde: Spørgsmål om borgerens prostitutionsfrekvens.

I figur 6.5 inddrager vi også gruppen af borgere, der angiver at have ”haft overvejelser om at få betaling for seksuelle ydelser inden for den seneste måned”. Vi inddrager denne gruppe for at få en indikation af, hvor stor en andel af borgere i projektet der ser salg af seksuelle ydelser som en mulighed for dem.

Når vi betragter både faktisk prostitutionsaktivitet og overvejelser om prostitution inden for den seneste måned, ser vi, at 72 pct. har solgt seksuelle ydelser eller haft overvejelser herom inden for den seneste måned op til CTI-forløbets opstart. Blandt borgere, der har afsluttet et CTI-forløb, udgør denne andel 41 pct., se figur 6.5. Forskellen er signifikant.

FIGUR 6.5

Andelen af borgere i projektet, som har modtaget betaling for seksuelle ydelser eller haft overvejelser herom ved opstart og undervejs i CTI-forløbet. Procent og antal.



Anm.: Forskellen på andelen, som har modtaget betaling for seksuelle ydelser eller haft overvejelser herom mellem opstart og afslutning, er signifikant forskellig fra nul på et 0,001-niveau (pr-test af forskelle i andele).

Venstre akse: Procent. Højre akse: Antal

Kilde: Spørgsmål om borgerens prostitutionsfrekvens.

Blandt borgere, der angiver at have modtaget betaling for seksuelle ydelser inden for den seneste måned, er der forskellige årsager til dette. Tabel 6.1 viser nogle af de grunde, som borgeren ved opstart selv har angivet som motivation for at sælge seksuelle ydelser.

Den primære årsag til prostitutionsaktivitet er: ”Jeg mangler penge til basale leveomkostninger”, som angives af 62 pct. 28 pct. angiver, at deres prostitutionsaktivitet skyldes, at ”Det er almindeligt i det sociale miljø, jeg færdes i” – 24 pct. angiver ”Jeg mangler penge til at dække et misbrug”, mens 20 pct. angiver ”Jeg kan ikke se et alternativ”.

TABEL 6.1

Andelen af borgere i projektet, der har modtaget betaling for seksuelle ydelser inden for den seneste måned, fordelt på specifikke bevæggrunde for at modtage betaling. Procent.

Motivation for at modtage betaling for sex:	Procent
Jeg mangler penge til basale leveomkostninger	62
Det er almindeligt i det sociale miljø, jeg færdes i	28
Jeg mangler penge til at kunne dække et misbrug	24
Jeg kan ikke se et alternativ	19
Jeg mangler penge til at dække gæld	15
Jeg kan lide at få betaling for seksuelle ydelser	13
For at skaffe penge til forbrugsgoder	9

Kilde: N = 172 tilfælde, fordelt på 83 borgere. Det er muligt at svare ja til flere kategorier, procenterne summerer derfor ikke til 100.

I de kvalitative interview beskriver borgerne deres overvejelser i forhold til salg af sex og til et eventuelt exit fra prostitution. Nogle fortæller i den forbindelse, at de ikke nødvendigvis er gået ind i forløbet med en målsætning om at stoppe med at sælge sex, men at ønsket om exit er kommet undervejs i forløbet. Sofie fortæller eksempelvis, at hun ikke så det som en mulighed at stoppe med at sælge sex, da hun gik i gang med forløbet, da hun havde brug for pengene til at finansiere misbrug og husleje, og i starten af forløbet overvejer hun derfor også at begynde at sælge sex på fuld tid for at spare op. Efter cirka seks måneders forløb vælger Sofie dog i stedet at stoppe med at sælge sex. Hun siger følgende om sin beslutning.

Da jeg startede, var det for at forbedre min livskvalitet, men for et halvt år siden valgte jeg at stoppe med at sælge sex, men hun [CTI-medarbejderen] har aldrig sagt til mig, at jeg skulle stoppe. Hun støttede mig bare og ville bare have, at jeg skulle have det bedre, og lige pludselig fik jeg lysten til at stoppe, og det har været rigtig godt for mig, at det er kommet naturligt og ikke er blevet hevet ned over mit hoved. (...) Jeg havde egentlig regnet med, at jeg virkelig ville have en kamp oppe i mit hoved, men det har aldrig slået mig, at jeg har lyst til det [sælge sex] igen.

Sofies beslutning om at stoppe med at sælge sex kommer, da hun får en kæreste. Derudover havde Sofie på dette tidspunkt lige fået fuldtidsarbejde og derved en stabil indkomst.

Annemette er, modsat Sofie, en af de borgere, som gik ind i forløbet med et ønske om at stoppe med at sælge sex. Bag Annemettes beslutning lå både fysiske og mentale belastninger. Hun fortæller, at hun var nået til den erkendelse, at hun oplevede, at der var et for stort mentalt pres i forhold til at skulle tjene penge, hver gang hun havde en vagt, og at hun brugte tre til fire dage på at ”komme ovenpå” mentalt efter en vagt. Herudover havde SKAT gennemført en razzia på den klinik, hvor hun arbejdede, hvilket havde gjort hende bekymret for at miste de penge, hun havde tjent.

Såvel Sofie som Annemette beskriver faktorer vedrørende exit, som også fremhæves som afgørende i den eksisterende litteratur. Begivenheder som dem, Sofie og Annemette oplever, beskrives i litteraturen som ”turning points” og kan bl.a. være en øjenåbnende begivenhed, en traumatisk begivenhed og en positiv livsbegivenhed (Månsson & Hedin, 1999). I Sofies tilfælde er der tale om to positive livsbegivenheder, mens Annemette derimod beskriver en øjenåbnende begivenhed i form af razziaen. Herudover italesætter Annemette et såkaldt ”burn-out”, forstået som stress og en følelse af træthed/udbrændthed, som årsag til et ønske om at stoppe i prostitution, hvilket også er faktorer, som kan genfindes i litteraturen (Benoit & Millar, 2001; Oselin, 2010).

Som det fremgår af figur 6.4., er der cirka en femtedel af borgerne, som har solgt sex inden for den seneste måned ved forløbets afslutning, hvoraf nogle også har deltaget i et interview. I den forbindelse fortæller flere af de borgere, som fortsat sælger sex, at de, efterhånden som der bliver arbejdet med forskellige problemstillinger i deres liv, begynder at overveje, om de fortsat vil sælge sex. Christina fortæller eksempelvis følgende:

Det er første gang, siden jeg startede i prostitution, hvor jeg tænker, at det har jeg ikke lyst til mere – og jeg også føler, at jeg fortjener mere end det. Jeg synes, at jeg begynder at bevæge mig hen til dér, hvor jeg gerne vil helt ud af det.

En del af de borgere, som er stoppet med at sælge sex, enten undervejs i forløbet eller inden, har dog haft overvejelser om at genoptage salget. Begrundelserne herfor er forskellige, men oftest peger borgerne på økonomiske årsager. Lone er blevet interviewet ved både forløbets start og dets afslutning, og selvom hun ved forløbet start ikke har solgt sex i mere end to år, fortæller hun i opstartsinterviewet, at hun af økonomiske

årsager kan blive nødt til det. Hun sælger dog ikke sex i løbet af CTI-forløbet, men fortæller i afslutningsinterviewet, at hun har haft mange overvejelser om det undervejs, men understreger endnu en gang, at overvejelserne udelukkende har været af økonomiske årsager. Hun siger følgende om sine overvejelser:

Det er måske to eller tre kunder, jeg skal have om måneden for at få tingene til at hænge sammen, og så må jeg jo bide i det sure æble, for det er jeg nødt til.

Der kan dog også være andre årsager end økonomiske, som kan vanskeliggøre et eventuelt exit fra prostitution. Det ser vi bl.a. eksempler på i interviewet med Camilla, som fortæller, at ”lige så meget, som jeg hadede mit arbejde [salg af sex], lige så meget havde jeg behov for det”. Hun begrundes til dels behovet med økonomiske årsager, men mest af alt peger hun på, at hun ved at stoppe med prostitution også siger farvel til en del af sit netværk og noget, som hun har været en del af igennem en længere periode. Hun fortæller:

Det er ikke bare at slutte et arbejde, men også at slutte et kapitel i mit liv. Og det er rigtig følelsesmæssigt hårdt, selvom jeg gerne vil stoppe. (...) Det er en helt anden verden. Man bliver afhængig af den og draget af den, lige så meget som man frygter den. Selvtilliden er i bund, og det eneste sted, man har en overfladisk selvtillid, det er på arbejdet hos gæsterne. Så det er svært, fordi man pludselig skal danne sig sin egen identitet alene og smide det dobbeltliv, man altid har levet dernede, væk.

Citatet fra Camilla indfanger en del af de problematikker, som der også fremhæves i den del af forskningen, der på den ene eller anden måde behandler exit fra prostitution. Sanders beskriver eksempelvis exit fra prostitution som en kognitiv transformationsproces, der forløber i fire stadier (2007, s. 90-91). Et af disse stadier er at fjerne relevansen af prostitution, fx ved at finde andre indkomstmuligheder, mens et andet netop er at kunne forestille sig en ny identitet, som er det, Camilla beskriver her. Ifølge Sanders er det dog ikke kun borgeren selv, som har indflydelse på, hvorvidt dette ”identitetsskifte” lykkes, idet exit ikke kun handler om borgerens egen motivation, men er et samspil mellem personlige og strukturelle forhold (Sanders, 2007).

Samlet set bekræfter mange af de overvejelser, som borgerne beskriver i interviewene om et eventuelt exit fra prostitution, en række af de konklusioner, som også beskrives i den eksisterende danske og internationale litteratur om exit. I litteraturen peges der således på, at både forskellige uløste sociale, helbredsmæssige eller økonomiske problemstillinger og strukturelle faktorer såsom adgang til bolig, misbrugsbehandling og arbejde er af stor betydning i forhold til at understøtte borgernes mulighed for exit, hvis de ønsker dette (se bl.a. Baker, Dalla & Williamson, 2010; Benoit & Millar, 2001; Dalla, 2006; Hester & Westermarland, 2004; Sanders, 2007).

I det næste afsnit ser vi nærmere på udviklingen i borgernes oplevelse af egen livssituation ud fra de parametre, som er en del af evalueringsredskabet Outcomes Star.

UDVIKLING I BORGERENS LIVSSITUATION (OUTCOMES STAR)

Et formål med projektet er at støtte borgeren i at styrke sin livssituation på længere sigt, jf. CTI-metodens recovery-baserede værdigrundlag. Udviklingen i borgernes oplevelse af egen livssituation og mulighed for at håndtere udfordringer inden for ti forskellige områder måles ved hjælp af redskabet Outcomes Star (se boks 6.3).

BOKS 6.3

Outcomes Star.

Outcomes Star fokuserer på ti dimensioner, der er afgørende for borgerens udvikling:

1. Motivation og at tage ansvar
2. Livsmestring og egenomsorg
3. Administration af økonomi
4. Socialt netværk og relationer
5. Stof- og alkoholmisbrug
6. Fysisk sundhed
7. Psykisk sundhed
8. Meningsfuld brug af tid
9. Administration af lejemål og bolig
10. Kriminel adfærd.

Det er muligt for borgeren at placere sig inden for hver af disse dimensioner på en skala fra 1 til 10, som viser borgerens udvikling. 10 betyder, at borgerens behov for støtte er reduceret kraftigt, og at borgeren i de fleste henseender er i stand til at håndtere kriser på det pågældende område på egen hånd, eller, hvis dette ikke er muligt, er i stand til at finde den nødvendige støtte. Placerer borgeren sig på 1 på skalaen, betyder det, at borgeren har et problem, men ikke vil/kan tage imod hjælp på tidspunktet for udfyldelsen.

Ved at foretage gentagne målinger over tid er det muligt at følge borgerens udvikling, enten på tværs af de ti dimensioner eller for hver enkelt dimension.

For at en positiv udvikling kan betegnes som en progression, skal der være sket en udvikling på minimum 1 point på skalaen. Vi klassificerer forskellige grader af udvikling således:

Regression: $-0,25 <$

Ingen ændring: $-0,25-0,25$

Moderat progression: $0,25-1$

Betydelig progression: > 1

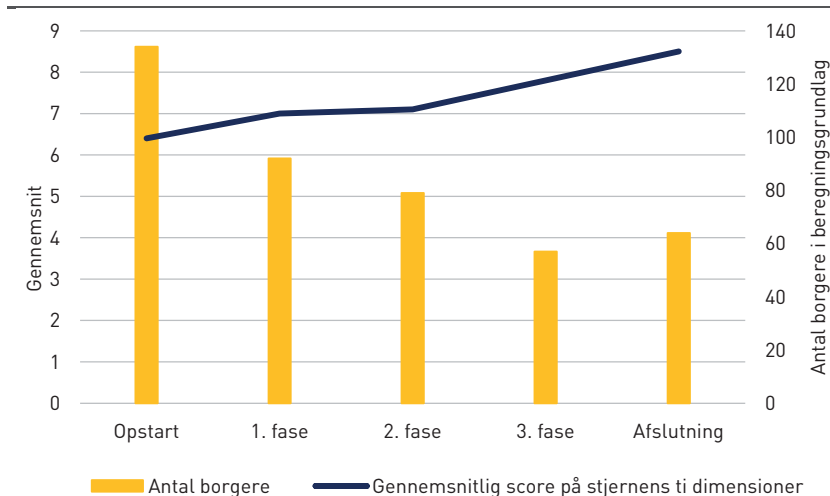
Kilde: Manual for anvendelse af Outcomes Star.

De følgende grafer illustrerer resultaterne af målingerne ved hjælp af Outcomes Star for borgerne ved opstart og undervejs i CTI-forløbet.

Figur 6.6 illustrerer den gennemsnitlige score på tværs af Outcomes Stars ti dimensioner.

FIGUR 6.6

Oplevelse af egen livssituation (Outcomes Star) blandt borgerne i projektet. Særskilt for opstart og faser i CTI-forløbet. Gennemsnit og antal.



Anm.: Gennemsnittet er beregnet på baggrund af de 10 dimensioner i Outcomes Star. Ved hver dimension kan borgeren angive en værdi fra 1 til 10.

Forskellen på gennemsnittet for Outcomes Star-scoren mellem opstart og afslutning er signifikant forskellig fra nul på et 0,001-niveau (t-test af forskelle i gennemsnit).

Venstre akse: Gennemsnit. Højre akse: Antal borgere i beregningsgrundlag.

Kilde: Outcomes Star.

Det fremgår af figur 6.6, at borgerne ved opstart havde en gennemsnitlig score på 6,4 for alle ti dimensioner. For de borgere, hvor vi har en afsluttende stjerne, er den gennemsnitlige score 8,5. Det vil sige, at jo længere borgerne er i forløbet, desto bedre vurderer de selv, at de klarer sig på tværs af de ti dimensioner i Outcomes Star. Udviklingen fra opstart til afslutning er signifikant.

For at man kan tale om en betydelig progression for den enkelte borger, skal der være sket en stigning på minimum 1 point siden baseline (opstart i forløbet). Tabel 6.2 viser, hvor stor en andel af borgerne, der har oplevet en betydelig progression siden baseline ved målingerne foretaget i forløbets første, anden og tredje fase samt ved afslutning.

TABEL 6.2

Borgere i projektet, fordelt efter udvikling i oplevelse af egen livssituation (Outcomes Star). Særskilt for opstart og faserne i CTI-forløbet. Procent.

	Regression (-0,25<)	Ingen ændring [-0,25-0,25]	Moderat progression (0,25-1)	Betydelig progression (>1)	Total
Første fase	15	14	41	31	100
Anden fase	17	13	36	35	100
Tredje fase	6	6	18	71	100
Afslutning	0	7	9	84	100

Anm.: N = 81, N = 72, N = 51, N = 56. Baseline er den enkelte borgers gennemsnitlige score på tværs af Outcomes Stars ti dimensioner ved CTI-forløbets opstart. Udviklingen betegnes som "regression", når borgeren har oplevet et fald i den gennemsnitlige score på over 0,25 point (på 10-point-skalaen). Udviklingen betegnes som "moderat progression", når borgeren har oplevet en stigning i den gennemsnitlige score på mellem 0,25 og 1 point. Udviklingen betegnes som "betydelig progression", når borgeren har oplevet en stigning i den gennemsnitlige score på over 1 point.

Andelen af borgere, der ved afslutning har oplevet en betydelig progression siden baseline, er signifikant forskellig fra 0 (pr-test)

Kilde: Outcomes Star.

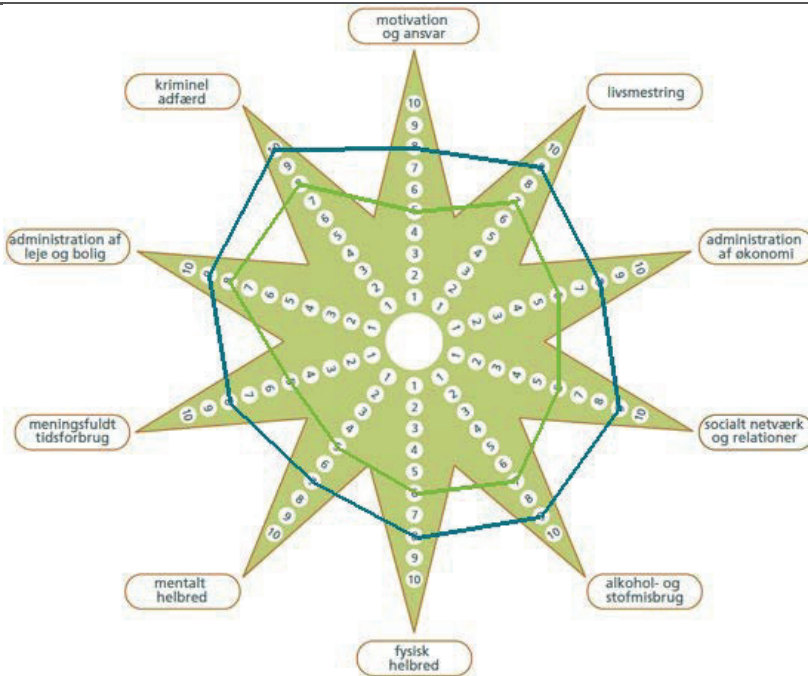
Af tabel 6.2 fremgår det, at 31 pct. af borgerne ved målingen i første fase havde oplevet en betydelig progression på mere end 1 point siden opstart på tværs af stjernens ti dimensioner, mens det gjorde sig gældende for 84 pct. ved afslutningen af et CTI-forløb. Overordnet tegner der sig således et billede af, at borgerne oplever egen livssituation mere positivt, på tværs af de ti dimensioner, jo længere de kommer frem i CTI-forløbet.

Figur 6.7 viser den gennemsnitlige udvikling for hver af de ti dimensioner. Den grønne linje illustrerer billedet for den gennemsnitlige borger ved opstart af et forløb, mens den blå linje tegner billedet for den gennemsnitlige borger ved afslutningen af et CTI-forløb. Figuren tegner et billede af, at der gennemgående er udvikling på samtlige ti dimensioner, når man sammenligner borgerne ved henholdsvis opstart og afslutning. På nogle dimensioner er der en udvikling på over 2 point. Det gælder "socialt netværk og relationer" (2,8 point), "motivation og ansvar" (2,6 point), "administration af økonomi" (2,6 point), "meningsfuldt tidsforbrug" (2,5) og "psykisk helbred" (2,3 point). På andre dimensioner er der en mindre grad af udvikling. Det skal dog bemærkes, at en mindre grad af udvikling også kan skyldes, at borgerne allerede ved opstart klarer sig godt. Det gælder eksempelvis "kriminell adfærd", hvor borgerne allerede ved opstart i gennemsnit scorer 8,3. På samme måde ses en større udvikling på dimensioner, hvor borgerne ved opstart placerer sig lavt,

eksempelvis motivation og ansvar, som har et gennemsnit ved opstart på 5,3.

FIGUR 6.7

Oplevelse af egen livssituation (Outcomes Star) blandt borgerne i projektet. Særskilt for opstart og afslutning af CTI-forløbet. Gennemsnit.



Anm.: Stjernen er konstrueret på baggrund af gennemsnitsscoren for hver af stjernens ti dimensioner for borgere ved henholdsvis opstart (N = 134) og ved afslutning (N = 64). Der er afrundet til hele point. Den grønne linje indikerer den gennemsnitlige score for borgere ved opstart, mens den blå linje indikerer den gennemsnitlige score ved afslutning.

Tabel 6.3 giver et samlet overblik over borgernes gennemsnitlige score inden for hver af de ti dimensioner på de fire målinger.

TABEL 6.3

Oplevelse af egen livssituation (Outcomes Star) blandt borgerne i projektet. Særskilt for opstart/faser i CTI-forløbet og for dimensionerne i Outcomes Star. Gennemsnitlig score og antal.

	Motivation og ansvar	Livsmestring og egenomsorg	Administration af økonomi	Socialt netværk og relationer	Alkohol- og stofmisbrug	Fysisk helbred	Psykisk helbred	Meningssfuldt tidsforbrug	Administration af leje og bolig	Kriminal adfærd
Opstart	5,3	7,4	5,7	5,7	7,1	6,4	5,1	5,3	7,6	8,3
Første fase	6,0	7,8	6,6	6,6	7,7	6,8	5,7	5,9	8,3	8,7
Anden fase	6,4	8,0	6,6	6,6	7,6	6,8	6,1	6,3	8,1	8,9
Tredje fase	7,3	8,2	7,5	7,5	8,3	7,5	6,7	7,1	8,8	9,3
Afslutning	7,9	8,9	8,5	8,5	8,8	8,2	7,4	7,8	9,3	9,7
Forskel (afslutning – opstart)	2,6	1,5	2,6	2,8	1,7	1,8	2,3	2,5	1,7	1,4

Anm.: N = 134, N = 92, N = 79, N = 57 N = 64, Forskel: Opstart N = 134, afslutning N = 64.

Forskellen på gennemsnittet for scoren mellem opstart og afslutning er signifikant forskellig fra nul på et 0,001-niveau for hver af ti dimensioner (t-test af forskelle i gennemsnit).

Kilde: Outcomes Star.

CTI-skemaerne indeholder spørgsmål til otte udvalgte fokusområder. Spørgsmålene skal give en status på borgerens livssituation inden for de otte områder samt afdække borgerens ønsker og behov undervejs i forløbet. Flere af fokusområderne er overlappende med de ti dimensioner i Outcomes Star. Hvor Outcomes Star viser borgernes egne vurderinger af ti livsområder og deres oplevelse af at kunne håndtere udfordringer inden for disse, viser CTI-skemaerne CTI-medarbejdernes vurdering af borgernes situation inden for otte områder³⁰.

Af tabel 6.4 fremgår det, at der på flere af de otte områder er et signifikant fald i andelen af borgere, der ved forløbets opstart og afslutning oplever problemer i forhold til, hvad situationen var ved opstarten. Det gælder fokusområderne psykisk velbefindende, beskæftigelse, økonomi, bolig og daglige aktiviteter. At færre borgere giver udtryk for psykiske problemer ved afslutningen end ved opstarten, stemmer overens med den progression i borgernes oplevelse af deres mentale helbred og deres mulighed for at håndtere udfordringer i forhold til deres mentale helbred, der måles via Outcomes Star, samt den forbedring i mental trivsel, der er målt for borgerne i projektet via WHO-5. På nogle af CTI-skemaernes fokusområder kan der ikke påvises en signifikant forskel i andelen af borgere, der oplever problemer fra opstart til afslutning. Det gælder eksempelvis borgernes fysiske helbred og misbrug. Ud fra borgernes registreringer i Outcomes Star kan der dog ses en betydelig progression i borgernes egen vurdering af deres fysiske helbred og misbrug og deres mulighed for at håndtere udfordringer inden for disse to områder (figur 6.7 og tabel 6.3).

³⁰ Ud fra CTI-metodens recovery-orienterede tilgang er det en afgørende forskel, at registreringerne i Outcomes Star beror på borgernes angivelser, mens CTI-skemaerne beror på CTI-medarbejdernes angivelser på baggrund af samtaler med borgerne. Den recovery-orienterede tilgang betyder også, at borgeren skal tilbydes støtte inden for de områder, som borgeren selv ønsker, og der kan være områder, hvor borgeren af fagpersoner vurderes at have behov for støtte, men ikke ønsker støtte. CTI-skemaerne er derfor ikke tiltænkt som egentlige outcome-mål for evalueringen af borgernes progression, men resultaterne fra CTI-skemaerne kan alligevel være interessante at medtage og ikke mindst at sammenholde med resultaterne målt via Outcomes Star.

TABEL 6.4

Andelen af borgere i projektet, der oplever problemer inden for udvalgte fokusområder, CTI-medarbejdernes vurdering. Særskilt for opstart og afslutning af forløb. Procent.

Fokusområder	Opstart (alle for- løb) pct.	Afslutning (efter 10. md.) pct.
<i>Psykisk velbefindende</i>		
Borgeren giver udtryk for psykiske problemer (i høj grad eller i nogen grad)**	86	67
<i>Beskæftigelse eller uddannelse</i>		
Borgeren er ledig, sygemeldt eller uden for arbejdsmarkedet*	68	53
<i>Økonomi</i>		
Borgeren har økonomisk gæld.	85	80
Borgerens primære forsørgelsesgrundlag er salg af seksuelle ydelser**	23	4
<i>Dagligdag</i>		
Borgeren udtrykker ønske om flere aktiviteter i dagligdagen (i høj grad, i nogen grad)*	50	28
<i>Bolig</i>		
Borgeren har vanskeligt ved at betale boligomkostninger (i høj grad, i nogen grad)*	41	26
Borgeren har vanskeligt ved at varetage funktioner forbundet med at have og vedligeholde en bolig (i høj grad, i nogen grad)	26	24
<i>Socialt netværk</i>		
Borgeren giver udtryk for et manglende socialt netværk (i høj grad, i nogen grad).	56	48
<i>Fysisk helbred</i>		
Borgeren giver udtryk for fysiske helbredsgener, der begrænser dagligdagen (i høj grad, i nogen grad).	50	52
<i>Misbrug</i>		
Borgeren har et misbrug af alkohol eller stoffer.	48	40

Anm.: N (psykisk velbefindende): 125 / 76; N (beskæftigelse eller uddannelse): 120/75; N (gæld): 106/70; N (forsørgelsesgrundlag): 127/79; N (dagligdag): 118/71; N (boligomkostninger): 103/70; N (boligvedligeholdelse): 111/73; N (socialt netværk): 121/73; N (fysisk helbred): 121/77; N (misbrug): 120/73.

Ved opstartsmålingen indgår alle opstartede borgere, ved afslutningsmålingen indgår kun borgere, som er afsluttet ved forløbets 10. måned eller senere.

Pr-test af forskel mellem andel ved opstart og andel ved afslutning.

* forskellen på gennemsnittet for scoren mellem opstart og afslutning er signifikant forskellig fra nul på et 0,05-niveau (t-test af forskelle i gennemsnit).

** forskellen på gennemsnittet for scoren mellem opstart og afslutning er signifikant forskellig fra nul på et 0,01-niveau for hver af ti dimensioner (t-test af forskelle i gennemsnit).

Kilde: CTI-opstartsskema og CTI-afslutningsskema.

De kvalitative interview peger ligeledes på en udvikling i borgernes livssituation inden for de forskellige områder. Et af de områder, som vi har valgt at fremhæve, og som går igen i flere interview, er håndteringen af praktiske gøremål i hverdagen, herunder økonomisk overblik og varetagelse af kontakt til relevante instanser såsom SKAT, læger osv. For nogle borgere har det handlet om lavpraktiske ting som at udarbejde et budget, afmelde dyre abonnementsordninger, forhandle afdragsordninger og blive tilmeldt NemID. For andre handler det om at vide, hvem de kan henvende sig til i forbindelse med at få hjælp til praktiske ting i hverdagen og at være trygge ved at foretage sådanne henvendelser.

Mange borgere fortæller således, at de har brugt forløbet til at få overblik over deres økonomi og generelt styr på praktiske ting i hverdagen. Lise fortæller eksempelvis:

Jeg har meget nemmere ved at styre mine ting selv. Der er ikke noget med, at jeg ikke åbner min post eller ikke betaler mine regninger, og jeg har fået lagt et budget og har nemmere ved at tage mig af husarbejdet. Alting, egentlig. Selvfølgelig er der nogle ting, der halter, men det er blevet bedre, blevet nemmere.

Andre borgere fortæller i lighed hermed, at de bedre kan håndtere deres økonomiske situation, på trods af at nogle af dem ikke har flere penge til rådighed end tidligere. Det gælder bl.a. Malene, som fortæller, at hun har fået styr på sine prioriteringer i forhold til penge. Hun fortæller:

Før brugte jeg jo bare penge. Jeg var pisse ligeglad. Jeg skyldte en veninde 4.500 i den periode, og jeg kunne sagtens have givet hende pengene, men jeg prioriterede bare stofferne i stedet for. Jeg gav også en hel masse til mine venner i byen. Så der er kommet mere styr på det. Det betyder ikke, at jeg har flere penge, men det er bare, at jeg har fået bedre styr på det. Jeg har lagt 6.000 kr. til side og fået sparet op til en ny bærbar, og det er fedt.

For andre har arbejdet med deres økonomi dog også direkte betydet forbedret økonomi. Det gælder eksempelvis Michaela, hvor en gennemgang af hendes økonomi viste, at hun havde ret til supplerende økonomiske ydelser.

Et andet element, som borgerne tillægger stor vægt i interviewene, er forholdet til familie og andre dele af deres netværk, hvor flere bor-

gere peger på en positiv udvikling. Det kan både være sket som følge af, at borgeren har arbejdet direkte med at få forbedret relationen, eller som følge af ændringer på andre områder såsom misbrugsbehandling. I forhold til relationen til deres nærmeste fortæller nogle borgere således, at de har haft svært ved fysisk nærhed, herunder nærhed fra deres familie, venner og børn. Det fremgår bl.a. af interviewet med Lise, der i nedenstående citat beskriver forløbets betydning i forhold til den fysiske nærhed mellem hende og hendes to børn. Hun fortæller:

Lise: Jeg har altid krammet dem og sagt, at jeg elsker dem, men der er alligevel en stor forskel fra dengang til nu, fordi det dér med at være fysisk tæt på, det har jeg tidligere haft svært ved. (...) Det med at sidde i en sofa, hvor de skulle sidde op ad mig og kramme og hænge på mig, det har jeg bare ikke kunnet have før (...) og det har jeg været rigtig ked af. Men det arbejder jeg også med, og nu er jeg mere klar over det, og det bliver også meget nemmere. Nogle gange skal jeg tage mig lidt sammen, og selvom det måske føles lidt akavet til at starte med, så vil jeg gerne, og hver gang jeg gør det, bliver det nemmere. Det er rigtig vigtigt, og jeg kan også mærke, at de [børnene] er blevet anderledes i løbet af det sidste år.

Interviewer: Hvordan har I arbejdet med det?

Lise: Vi har talt meget om nærhed i det hele taget. Og det har jo været nemt nok at tænke, at jeg har svært ved at være sammen med mænd, (...) men jeg har ikke haft tænkt over, hvordan jeg er fysisk med andre. Men det er jeg blevet mere opmærksom på, for det er jo ikke kun mændene, men også alle andre, der helst ikke skal komme for tæt på fysisk, og det er jo ret uhensigtsmæssigt.

En anden borger, Christina, fortæller, at hun ”har hadet sig selv”, fordi hun har haft svært ved det, når familie eller veninder har rørt ved hende:

Jeg tænkte, at jeg var et dårligt menneske. Men det er blevet nemmere, efter at man tænker, at det er okay, at jeg har det sådan, at jeg har det svært med det. Jeg har også lært at være nærværende oppe i hovedet, at være til stede dér, hvor jeg er.

Både Lise og Christina peger på, at de har fået nogle redskaber gennem kropsterapi, som gør det lettere for dem at være fysisk tæt på andre, og som har haft en betydning for deres relationer til andre. De fortæller dog begge, at de stadig har udfordringer forbundet med nærhed. De ønsker begge at få styrket deres sociale netværk, men Christina fortæller dog, at det stadig kan være svært:

Jeg ved stadig ikke, hvordan jeg skal tage det her med at være social med videre, for jeg føler mig stadig lidt som Bambi på glatis, når jeg står derude. Men jeg har mere lyst til at få det til at lykkes. Jeg lukker mig ikke bare ind i mig selv og bliver asocial eller gemmer mig. Jeg bliver ved med at være derude og med at prøve.

Flere andre borgere fortæller desuden, at de som en del af deres forløb har haft fokus på relationen til deres forældre, bl.a. gennem samtaler med CTI-medarbejderen, terapiforløb eller lignende. For nogle har dette betydet et forbedret forhold til én eller begge forældre – eksempelvis fortæller Amalie, at hun har været udsat for omsorgssvigt som barn af sin mor, som var psykisk syg, men at hun har ”fundet en accept af, at hun [moderen] var, som hun var (...) Vi har fået et meget, meget bedre forhold til hinanden”. For en anden borger, Camilla, har forløbet dog ikke haft samme positive indvirkning på hendes forhold til forældrene, som hun oplever som værende blevet dårligere i løbet af det sidste år. Hun oplever dog også, at hun har fået større forståelse for baggrunden for, at relationen til hendes forældre er, som den er.

Som nævnt kan en forbedret relation til familie og venner også være en konsekvens af, at borgeren har arbejdet med andre dele af sin livssituation i CTI-forløbet. I interviewene er dette tydeligst hos de borgere, som har haft succes med at reducere et eventuelt misbrug af alkohol eller stoffer. Nogle borgere er blevet tilknyttet misbrugsbehandling som et led i forløbet, og for de flestes vedkommende fortsætter misbrugsbehandlingen efter endt forløb, og den er således en del af det støttenetværk, som skal støtte borgeren efter forløbets afslutning. Herudover lægger flere borgere vægt på, at ændringer i et eventuelt misbrug af alkohol og stoffer er blevet lettere, efterhånden som de har fået styr på andre forhold i deres liv. Det ser vi bl.a. i interviewet med Joy, som ved forløbets opstart havde et massivt alkoholmisbrug. 10 måneder inde i forløbet er hun dog stoppet helt med at drikke alkohol, hvilket hun selv begrun-

der med, at hun har fået styr på andre områder i sit liv, og at hun er stoppet med at sælge sex. Hun siger:

Jeg drak ikke, fordi jeg godt kunne lide smagen, men fordi det var en form for medicin. (...) I dag drikker jeg ikke mere, jeg vil ikke glemme mine problemer med alkohol.

At stoffer eller alkohol bruges som et redskab til at ”glemme” problemer, sådan som Joy beskriver det her, fremgår også af flere andre interview og beskrives ligeledes i den eksisterende litteratur omkring udsatte borgere med prostitutionserfaringer. Bjonness beskriver således, at misbrug af stoffer ofte tjener som ”en paradoksal løsning, der muliggør overlevelse”, samtidig med at misbruget også er en del af det, der har udløst problemet til at starte med (Bjonness 2013, s. 19, 283f). Ydermere ved vi fra den eksisterende litteratur om exit fra prostitution, at netop adgang til misbrugsbehandling for borgere med et misbrug er et væsentligt aspekt, hvis en eventuel exitproces skal lykkes (se fx Døssing m.fl., 2011; Månsson & Hedin, 1999; Sanders, 2007).

Det er således ikke overraskende, at nogle borgere ved afslutningen af deres forløb fortsat har udfordringer knyttet til misbrug, primært hash. Annemette er en af de borgere, som har haft succes med at stoppe med at ryge hash undervejs i forløbet, og som også har brugt forløbet til at arbejde med et misbrug af alkohol. Annemette har tidligere været i gang med en uddannelse og fortæller, at hun har fået mod på at vende tilbage til den på længere sigt.

Indtil nu har kapitel 6 handlet om progressionen for borgerne i forløbet. Når vi laver evalueringer blandt udsatte målgrupper, sådan som det er tilfældet i nærværende projekt, vil der dog ofte være et fald i antallet af registreringer undervejs. I forhold til frafaldet i registreringer er det væsentligt at påpege, at selvom en borger fra starten har tillkendegivet at ville deltage i dokumentationen af forløbet, så har borgeren altid kunnet sige nej undervejs. I den resterende del af kapitlet undersøger vi, hvorvidt frafaldet har betydning for progressionen inden for de tre områder – trivsel, prostitutionsfrekvens og generel livssituation.

FØLSOMHEDSANALYSE: BETYDNINGEN AF BORTFALD FOR PROGRESSIONSMÅLINGEN

Et fuldt CTI-forløb er i Exit-projektet planlagt til 12 måneder, men for de fleste borgere, der afslutter forløbet mellem 10. og 12. måned, kan man alligevel tale om et fuldt CTI-forløb. (I andre CTI-indsatser, eksempelvis på hjemløseområdet i Danmark, er et fuldt CTI-forløb planlagt til 9 måneder.) Ud af 119 borgere, for hvem vi har modtaget et CTI-afslutningsskema, afslutter 39 borgere deres CTI-forløb før forløbets 10. måned, svarende til før forløbets 3. fase (se tabel 4.2, kapitel 4). I kapitel 4 viste vi en sammenlignende karakteristik af borgere, der afslutter før forløbets 10. måned, og borgere, der afslutter ved 10. måned eller senere. Sammenligningen viste, at de to grupper adskiller sig på enkelte punkter, eksempelvis er det sværere at fastholde borgere, der ikke har dansk statsborgerskab, og det er sværere at fastholde borgere, der har grundskolen eller en kortere uddannelse som højeste, fuldførte uddannelse (se tabel 4.3, kapitel 4).

Vi undersøger i dette afsnit, om borgere, der falder fra før forløbets tiende måned, adskiller sig systematisk fra borgere, der gennemfører et forløb på ti måneder eller mere i deres trivselsniveau ved opstart og i deres progression. Såfremt de borgere, der falder fra tidligt, er borgere, der i udgangspunktet har et lavere trivselsniveau end de borgere, der fastholdes, vil progressionsmålingen have bias i opadgående retning. Det betyder, at den målte gennemsnitlige progression over tid i virkeligheden skyldes bortfaldet af borgere med dårlig trivsel. Det samme gælder, hvis de borgere, for hvem vi blot har modtaget ganske få registreringer i Outcomes Star, adskiller sig systematisk fra borgere, for hvem vi har modtaget registreringer for hele forløbet.

For at undersøge hvorvidt ovenstående er tilfældet, undersøger vi først og fremmest, om borgere med et forløb, der afbrydes før forløbets 10. måned (svarende til før 3. fase), har et lavere trivselsniveau ved opstart end borgere, der gennemfører et forløb på ti måneder eller mere. Tabel 6.4 viser, at der ikke er grund til mistanke om bias i progressionsmålingen. T-testen viser således, at der ved opstart ikke er systematisk forskel på fastholdte og frafaldne borgeres mentale trivsel ved opstart, når vi tester på forskellen i den gennemsnitlige WHO-5-indeks-score mellem de to grupper. Vi kan dermed udelukke, at progressionen i mental trivsel skyldes, at borgere med lav mental trivsel ved opstart er frafal-

det. De borgere, der falder fra tidligt i forløbet, har med andre ord ikke systematisk lavere trivsel ved opstart end de borgere, der fastholdes til sent i forløbet.

TABEL 6.5

Borgere i projektet samt deres mentale trivselsniveau (WHO-5) ved opstart. Særskilt for borgere med et afbrudt forløb før 10. måned og borgere med et afsluttet forløb efter 10. måned. Særskilt for opstart og afslutning af forløb. Antal og gennemsnitlig score.

	Antal registrerede borgere	WHO-5-indeks-score ved opstart	Antal borgere, beregningsgrundlag
Forløb afbrudt før 10. måned	39	43,5	37
Forløb afsluttet efter 10. måned	80	37,9	70
Forløb, Alle opstartede	149	39,5	134

Anm.: Ikke alle borgere har et afslutningsskema. Antallet af registrerede borgere med et afsluttet forløb, kortere eller længere end 10 mdr., summerer derfor ikke til antallet af opstartede forløb.

WHO-5-indekset er beregnet på baggrund af de fem underliggende dimensioner, der afspejler mental trivsel. Den samlede indeksscore kan antage værdier fra 0 til 100, hvor en høj score er udtryk for en god mental trivsel. Ved et niveau på under 50 point er der risiko for depression. Kurven afspejler den andel af målgruppen (pct.), der har en WHO-5- score på 50 eller derunder.

Forskellen på gennemsnittet for WHO-5-indeks-scoren ved opstart blandt borgere med et afbrudt forløb før 10. måned og borgere med et afsluttet forløb efter 10. måned er ikke signifikant forskellig fra nul på et 0,05-niveau (t-test af forskelle i gennemsnit).

Kilde: Registreringsskema, Målinger ved hjælp af WHO-5 trivselsindeks (Outcome Star), Afslutningsskema.

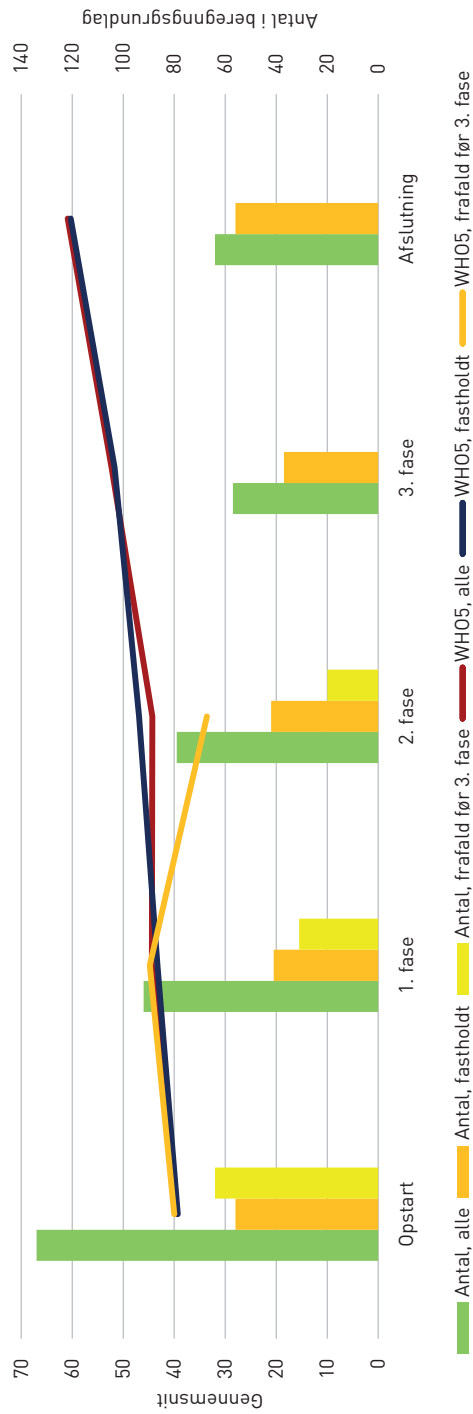
Vi undersøger hernæst, om borgere, for hvem vi kun har ganske få registreringer i systemet Outcomes Star, har et lavere trivselsniveau ved opstart end borgere, for hvem vi har registreringer for hele forløbet. Hvis dette er tilfældet, kan den observerede progression risikere at være et produkt af bortfald i registreringer blandt borgere med lav trivsel. For at undersøge dette sammenligner vi i figur 6.8 den gennemsnitlige WHO-5-indeks-score over forløbet for tre grupper. De tre grupper er henholdsvis borgere, som vi har registreringer for ved både opstart og afslutning ("fastholdte"), borgere, som vi mangler registreringer for fra 3. fase og frem ("frafaldne"), samt alle borgere, som vi har mindst én registrering fra ("alle"). Det fremgår af figuren, at de tre grupper lægger ud med samme trivselsniveau ved opstart. Hen mod forløbets anden fase finder vi dog, at borgere, der senere falder fra i registreringerne, ikke opnår samme progression som borgere, der fastholdes. T-testen viser en systematisk, signifikant forskel på de to grupper ved anden fase. Dette resultat tyder på, at bortfaldet er større blandt borgere, der ikke oplever en fremgang i

mental trivsel tidligt i forløbet, alt imens det er lettere at fastholde borgere, som oplever en fremgang i mental trivsel tidligt i forløbet³¹.

³¹ Vi har også undersøgt udviklingen i mental trivsel alene for de borgere, der har både en opstarts- og en afslutningsstjerne. Den særskilte analyse for disse borgere viser den samme udvikling i mental trivsel, som når vi anvender alle dataregistreringerne.

FIGUR 6.8

Borgere i projektet samt deres mentale trivselniveau (WHO-5). CTI-medarbejdernes vurdering. Særskit for fastholdte, frafaldne og alle samt for opstart og faser i CTI-forløbet. Procent. Gennemsnitlig score og antal.



Anm.: WHO-5-indekset er beregnet på baggrund af de fem underliggende dimensioner, der afspejler mental trivsel. Den samlede indeksscore kan antage værdier fra 0 til 100, hvor en høj score er udtryk for en god mental trivsel. Ved et niveau på under 50 point er der risiko for stress eller depression.

Forskellen på gennemsnittet for WHO-5-indekset mellem fastholdte og frafaldne er ved 2. fase signifikant forskellig fra nul på et 0,05-niveau (t-test af forskelle i gennemsnit).

Venstre akse: Gennemsnit for WHO-5-indekset blandt frafaldne mellem opstart og 2. fase er ikke signifikant forskellig fra nul (t-test af forskelle i gennemsnit).

Øvre akse: Gennemsnit for WHO-5 indeksscore. Højre akse: Antal borgere i beregningsgrundlag.

Kilde: Målinger ved hjælp af WHO-5 trivselindeks.

ALTERNATIVT PROGRESSIONSMÅL

I Outcomes Star og WHO-5-trivselsmålingerne ser vi et frafald i registreringer hen over forløbet. Derimod har vi for nær ved alle afsluttede borgere modtaget et CTI-afslutningsskema (119 skemaer fra 141 afsluttede borgere) – uanset hvornår i forløbet borgeren er afsluttet. Oplysninger fra dette skema kan derfor alternativt anvendes til progressionsmålinger, idet der ikke i samme omfang er problemer med frafald i disse registreringer. Enkelte oplysninger fra dette skema kan bruges som progressionsmål, om end det ikke har været formålet med skemaet fra start. Det gælder eksempelvis oplysninger om prostitution som forsørgelsesgrundlag.

Som tidligere nævnt peger både den eksisterende forskning og denne undersøgelse på, at økonomi kan være en af de primære årsager til, at borgere fastholdes i prostitution til trods for et eventuelt ønske om exit. Det er derfor relevant at undersøge, hvorvidt man økonomisk formår at fjerne relevansen af prostitution, jf. Sanders' teori om exit som en kognitiv transformationsproces (Sanders, 2007). Et relevant alternativt progressionsmål er således, om borgerne peger på ”salg af seksuelle ydelser” som den primære del af deres forsørgelsesgrundlag, hvilket indikerer økonomisk afhængighed af indkomsten fra salg af sex. Vi ønsker derfor at undersøge, hvorvidt der er forskelle i udviklingen på dette område for borgere, som afslutter deres CTI-forløb før 10. måned, og borgere, som afslutter efter 10. måned. Tabel 6.5 viser således andelen af borgere, der angiver ”salg af seksuelle ydelser” som forsørgelsesgrundlag ved opstart og afslutning af et CTI-forløb, særskilt for borgere, der har afbrudt forløbet før 10. måned, og borgere, der har afsluttet forløbet efter 10. måned. Det fremgår, at andelen, der har salg af seksuelle ydelser som primært forsørgelsesgrundlag, falder markant mellem opstart og afslutning af et forløb i begge grupper. Forskellen på grupperne er ikke signifikant forskellig fra nul, hverken ved opstart eller afslutning. Det vil sige, at de to grupper ligner hinanden i forhold til andelen af borgere, som har salg af sex som deres primære forsørgelsesgrundlag ved både opstart og afslutning. Hermed peger analysen på, at det observerede fald i andelen af borgere ikke skyldes et frafald af borgere, som har salg af sex som primært forsørgelsesgrundlag.

I forhold til muligheden for at fjerne den økonomiske relevans af prostitution indikerer denne analyse desuden, at det ikke er afgørende,

hvorvidt længden af CTI-forløbet er over eller under 10 måneder. Dette er et relevant resultat, idet CTI-metoden i dette projekt er blevet reguleret fra at vare 9 måneder til i stedet at vare 12 måneder. Der er dog andre områder, som fortsat taler for denne forlængelse af CTI-forløbet. Eksempelvis viser analyserne af borgernes mentale trivsel, at det først er i forløbets 3. fase, og dermed ved målingen foretaget efter 10 måneders forløb, at borgernes trivselsniveau ligger over grænsen for stress og depression.

TABEL 6.6

Andelen af borgere i projektet, der har salg af seksuelle ydelser som primært forsørgelsesgrundlag. Særskilt for opstart og afslutning af forløb og for borgere med et afbrudt forløb før 10. måned og borgere med et afsluttet forløb efter 10. måned. Procent og antal.

	Opstart		Afslutning	
	Salg af seksuelle ydelser, pct.	Beregningsgrundlag, antal	Salg af seksuelle ydelser, pct.	Beregningsgrundlag, antal
Afbrudt før 10. måned	27	37	5	39
Afsluttet efter 10. måned	22	65	4	79
Alle forløb	23	127	4	118

Anm.: 145 ud af 147 opstartede borgere har et CTI-opstartsskema eller et CTI-skema fra første fase. 18 borgere har ikke udfyldt forsørgelsesgrundlag ved opstart. 119 ud af 141 afsluttede borgere har et CTI-afslutningsskema. 1 borger har ikke udfyldt forsørgelsesgrundlag ved afslutning.

Andelen, der angiver "salg af seksuelle ydelser" som forsørgelsesgrundlag, er baseret på borgerens egne angivelser ved hhv. opstart og afslutning. Det er muligt at sætte flere kryds.

Forskellen på andelen af borgere, der har salg af seksuelle ydelser som primært forsørgelsesgrundlag ved opstart er ikke signifikant forskelligt fra 0 mellem forløb, der er afsluttet henholdsvis før og efter 10 mdr. (pr-test).

Forskellen på andelen af borgere, der har salg af seksuelle ydelser som primært forsørgelsesgrundlag ved afslutning, er ikke signifikant forskelligt fra 0 mellem forløb, der er afsluttet henholdsvis før og efter 10 mdr. (pr-test).

Kilde: CTI-afslutningsskema.

Samlet set viser frafaldsanalysen, at udviklingen i progressionsmålingen ikke er et udtryk for, at det nødvendigvis er de borgere, som trives bedst ved opstart, eller som ikke har salg af sex som deres primære forsørgelsesgrundlag, der afslutter deres CTI-forløb før den 10. måned.

For at få et billede af, hvorvidt frafaldet skyldes sammensætningen af dokumentation, har vi i interviewene med borgerne spurgt til deres oplevelse af at skulle indgå i dokumentationen og udfylde stjernen.

Herudover har vi spurgt medarbejderne om deres erfaringer med anvendelsen af stjernen i forhold til projektets målgruppe. Nogle borgere har i interviewene påpeget, at det har været mentalt hårdt at skulle udfylde stjernen, og at registreringen blot viste ting, som de godt vidste i forvejen. Christina fortæller herudover, at hun var træt af, at hun hele tiden skulle ”rates”. Hun siger:

Jeg har ikke lavet andet hele mit liv end at skulle krydse af i de der, jeg kalder dem ”damebladstest”, fordi så skal man have point, og ud fra de point skal man lidt passe ind i en beskrivelse, og man skal hele tiden rates. Men jeg kan godt se, at efter at vi havde lavet stjernen en fire-fem gange, og vi lagde dem ovenpå hinanden, at det blev meget synligt. Så kunne jeg godt lidt se meningen i det. Men jeg synes, det er pisse-irriterende. Igen føler man, at man skal måles og vejes, og ens egen udvikling skal også hele tiden måles og vejes.

En medarbejder påpeger i den forbindelse at have erfaringer med borgere, som ikke har følt, at de har haft overskud til at udfylde det tiltænkte antal stjerner. På baggrund heraf kunne man i tilfælde af lignende projekter overveje at nedsætte frekvensen i dokumentationen.³²

Generelt set oplever de interviewede borgere dog, at udfyldelsen af stjernen har været positiv, fordi det har medvirket til, at de har fået talt med CTI-medarbejderen om flere aspekter af deres liv, og fordi det har været med til at give dem overblik over deres livssituation og synliggøre eventuelle fremskridt. Kim fortæller eksempelvis:

Nogle gange har det været ”åh nej”, men det har rent faktisk været utrolig rart, for man har kunnet se, hvor man rykker sig. Nogle gange har man en følelse af, at man ikke har rykket sig en skid, og det hjælper til at finde ud af, hvor er det, du skal henad. Hvad er det for nogen områder, hvor der er behov for justeringer? Så på den måde har det været et rigtig godt værktøj.

Sofie fortæller ligeledes, at det i starten var vanskeligt for hende at udfylde stjernen, men at det fra starten af også var med til at vise hende, at der var flere områder i hendes liv, som ” fungerede godt”. Hun fortæller:

³² Det bør dog bemærkes, at dokumentationen er en del af CTI-forløbene i dette projekt, da der er tale om et udviklingsprojekt, som skal evalueres. Såfremt tilbuddet om CTI-forløb, målrettet borgere med prostitutionserfaringer, fremover bliver forankret i nogle kommuner, vil der således ikke være samme krav om dokumentation.

Selvom jeg selv følte, at jeg var så ødelagt, så kunne jeg (...) se, at der var noget, der fungerede rigtig godt.

Flere CTI-medarbejdere påpeger ligeledes, at de har oplevet, at borgerne overordnet set har været glade for at udfylde stjernen, og flere medarbejdere vurderer desuden, at det har været med til at understøtte, at borgernes behov er i centrum. Herudover påpeger både flere borgere og medarbejdere, at stjernen både undervejs og ved afslutningen af CTI-forløbene har været et godt redskab til at visualisere borgernes udvikling. Anni har, ligesom flere andre borgere i projektet, fået print af sine stjerner efter endt forløb, og hun fortæller i den forbindelse følgende:

Jeg har været glad for at kunne få stjernerne med hjem. De har vist mig udviklingen. Det har hjulpet mig til at kunne sætte ord på den udvikling, jeg har været igennem.

ANVENDELSEN AF CTI-METODEN TIL MÅLGRUPPEN

I dette kapitel belyser vi kommunernes anvendelse af CTI-metoden i praksis, samt hvorvidt der er undergrupper inden for projektets målgruppe, der har større eller mindre gavn af et CTI-forløb. Undergrupperne er borgere, der ved opstarten af forløbet har et misbrug af alkohol eller stoffer, borgere, der har modtaget betaling for seksuelle ydelser inden for de seneste seks måneder før forløbets opstart, og borgere, der er i risikozonen for depression.

Følgende resultater kan fremhæves i forhold til, hvordan CTI-medarbejderne har anvendt CTI-metoden:

- CTI-medarbejderne følger som udgangspunkt manualen for CTI-metoden og dens tre faser tæt.
- Omfanget af CTI-medarbejderens kontakt til borgerne følger vejledningen til de tre faser.
- Der udarbejdes relevante aktivitetsplaner for størstedelen af borgerne, og planerne tilgodeser de behov og udfordringer, som borgerne giver udtryk for, at de gerne vil have hjælp til.
- CTI-medarbejderne fortæller i de kvalitative interview, at faserne giver struktur og overblik over, hvad der skal nås i forløbet, for både medarbejdere og borgere.

- CTI-medarbejderne giver i de kvalitative interview udtryk for, at det i forhold til borgere, der er meget kaotiske, kan være svært at overholde faserne og at nå det planlagte inden for forløbets 12 måneder.

Følgende resultater kan fremhæves i forhold til analyserne, hvor målgruppen er opdelt i mindre grupper:

- Alle tre undergrupper har ved opstarten af forløbet en lavere mental trivsel end den øvrige målgruppe.
- Der er dog ingen signifikant forskel i gruppernes mentale trivsel ved afslutning af forløbet.
- Borgere med misbrug, nyligt salg af seksuelle ydelser og lav mental trivsel har lige så stor gavn af CTI-indsatsen som den øvrige målgruppe.

DEN PRAKTISKE ANVENDELSE AF CTI-METODEN

CTI-metoden er evidensbaseret. Det vil sige, at det i randomiserede kontrollerede forsøg er påvist, at man opnår positive effekter for forskellige målgrupper, bl.a. hjemløse og stofmisbrugere, ved at arbejde efter metoden. CTI-metoden er dog ikke tidligere blevet evalueret i forhold til borgere med prostitutionserfaring. Når vi måler udviklingen blandt borgere i CTI-forløb, er det derfor afgørende, at vi også får viden om, i hvor høj grad metoden er implementeret efter forskrifterne i de fire projektkommuner. Overholdelse heraf kaldes ”fidelitet”. Fideliteten monitoreres gennem de CTI-skemaer, som CTI-medarbejderen udfylder for borgeren i løbet af borgerens CTI-forløb.

TIDSBEGRÆNSNING OG FASEOPDELING

Et centralt element i CTI-metoden er, at forløbet er opbygget omkring tre specifikt beskrevne faser. Overgangene imellem disse faser er ligeledes centrale. Af metodemanualen for CTI-metoden fremgår det, at ”CTI-forløbet skal være tidsbegrænset og følge de beskrevne faser”, hvilket for Exit-projektet betyder, at forløbene skal være af 12 måneders varighed, fordelt over tre lige lange faser. Alle forløb har været tidsbegrænsede, men som vi har vist i kapitel 4, har længden af forløb varieret.

For hovedparten (80 forløb) har længden dog minimum været 10 måneder.

Om forløbene i Exit-projektet overholder tidsbegrænsningen for de tre faser, illustreres i tabel 7.1. Tabellen viser, at forløbene følger det rette tidsmønster, således at overgangen mellem første og anden fase typisk sker efter fire måneder, alt imens overgangen mellem den anden og den tredje fase typisk sker efter otte måneder.

TABEL 7.1

Antal måneder, som borgerne i projektet er i CTI-forløb, ved faseovergange. Gennemsnit.

	Antal måneder i forløb [gennemsnit]
Overgang mellem første og anden fase	4,2
Overgang mellem anden og tredje fase	8,3

Anm.: N = 61, N = 69.

Kilde: Igangværende CTI-skemaer.

OMFANG AF KONTAKT

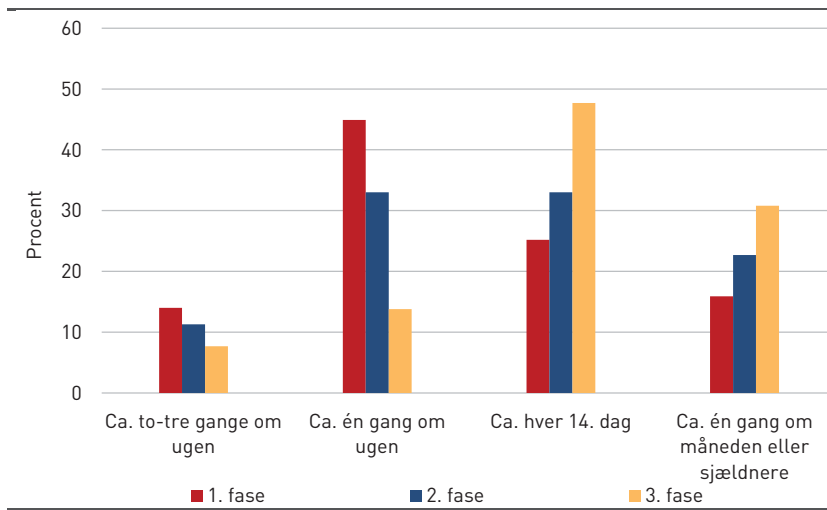
Et andet centralt element i CTI-metoden er omfanget af kontakten mellem CTI-medarbejder og borgere. Kontakten skal være mest intensiv i starten af forløbet, hvorefter kontakten gradvist bliver mindre intensiv. I figur 7.1 fremgår hyppigheden af medarbejderens kontakt i form af fysiske møder med borgeren.

Det fremgår af figur 7.1, at kontakten med borgeren er mest intensiv i første fase (røde søjler), og at hyppigheden af fysiske møder aftager i anden og tredje fase. I første fase er det cirka 59 pct. af borgerne, der har fysiske møder med CTI-medarbejderen ca. én gang om ugen eller oftere. Ved målingen i anden fase gælder det for cirka 44 pct. af borgerne, og ved målingen i tredje fase er det cirka 22 pct. af borgerne, der har fysiske møder med CTI-medarbejderen ca. én gang om ugen eller oftere. Intensiteten af den fysiske kontakt aftager således i løbet af CTI-forløbets tre faser, hvilket svarer til retningslinjerne i metodemanualen.³³

³³ Hvor intensiv kontakten mellem borgeren og CTI-medarbejderen er i anden fase, bør dog bero på en individuel vurdering af borgerens situation, og som vi kan se af figur 7.1, er der stadig borgere, som har fysiske møder med en CTI-medarbejder flere gange om ugen i anden og tredje fase.

FIGUR 7.1

CTI-forløb, fordelt efter hyppigheden af CTI-medarbejderens fysiske møder med borgeren. Særskilt for CTI-forløbets tre faser. Procent.



Anm.: N = 107, N = 97, N = 65.

Kilde: Igangværende CTI-skema.

AKTIVITETSPLAN

Metodemanualen foreskriver, at borgeren og CTI-medarbejderen sammen skal udarbejde en aktivitetsplan for borgerens forløb, som opdateres løbende. I tabel 7.2 fremgår det, at dette også er tilfældet i langt de fleste borgerforløb i Exit-projektet. I ni ud af ti forløb er der således udarbejdet en aktivitetsplan i forløbets første fase. Det fremgår ligeledes af tabel 7.2, at borgerne i 97 pct. af tilfældene, hvor der er udarbejdet en aktivitetsplan, har været med til at udarbejde aktivitetsplanen.

Ifølge CTI-metoden indebærer første fase af forløbet en vekselvirkning mellem afklaring af behov og igangsættelse af aktiviteter. Det betyder, at CTI-medarbejderen ideelt set skal begynde at lave aftaler med andre aktører i første fase, hvilket sker i 90 pct. af de forløb, hvor der er udarbejdet en aktivitetsplan. Metodemanualen foreskriver også, at der i anden fase skal være en evaluering af de igangværende aktiviteter, og at aktivitetsplanen skal tilrettes, såfremt det er nødvendigt. Ved målingen midtvejs i anden fase er der for omkring 70 pct. af borgerne foretaget en evaluering af aktivitetsplanen, og for 63 pct. er der foretaget tilretninger af planen, hvilket fremgår af tabel 7.2.

TABEL 7.2

Andelen af CTI-forløb, hvor de foreskrevne elementer i CTI-metoden er overholdt. Procent.

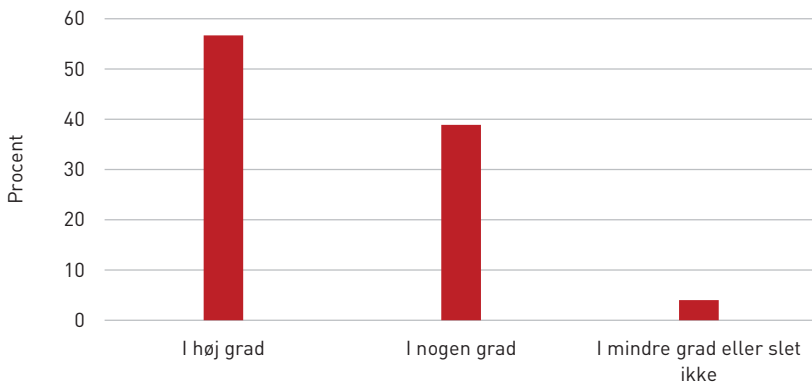
Elementer i CTI-metoden:	
Der er en aktivitetsplan for borgerens forløb (første fase)	90
Borgeren har været med til at udarbejde planen (første fase)	97
Der er lavet de nødvendige aftaler med aktører (første fase og anden fase)	90
Der er foretaget evaluering (anden fase)	70
Der er foretaget tilretninger (anden fase)	63

Anm.: Aktivitetsplan N = 103, N = 93, Aftaler med aktører N = 93, Evaluering N = 87, Tilretninger N = 90.
 Kilde: Igangværende CTI-skemaer.

CTI-metoden foreskriver ligeledes, at de aktiviteter, som igangsættes i CTI-forløbet, skal bygge på borgerens individuelle behov. I figur 7.2 fremgår det, i hvilket omfang borgernes behov imødekommes i udarbejdelsen af aktivitetsplanen. Generelt tegner der sig et billede af, at de behov, som borgerne har, også bliver imødekommet. I 96 pct. af de forløb, hvor borgeren har en aktivitetsplan, er det således muligt for CTI-medarbejderen at sammensætte en aktivitetsplan, som i høj grad eller i nogen grad imødekommer borgerens behov.

FIGUR 7.2

CTI-forløb fordelt efter, i hvilken grad det er muligt at imødekomme borgernes behov i udarbejdelsen af aktivitetsplanen. Procent.



Anm.: N = 90.
 Kilde: Igangværende CTI-skemaer.

CTI-MEDARBEJDERNES VURDERING AF ARBEJDET MED CTI-METODEN

Medarbejderne oplever, at CTI-metoden er anvendelig, fordi den er helhedsorienteret og derved sikrer, at de med indsatsen kommer hele vejen rundt om borgeren og rammer de områder, som er relevante for målgruppen. CTI-medarbejderne fortæller endvidere, at faserne i CTI-forløbet bidrager til at skabe struktur og overblik over, hvad der skal nås i forløbet, for både borgere og medarbejdere. Fordelen ved faseopdelingen er, jf. nogle CTI-medarbejdere, at den gør såvel dem selv som borgerne opmærksomme på, at der er ting, der skal nås inden for fasens fire måneder, hvilket medvirker til, at begge parter speeder op og når mere, end medarbejderne mener, at de ellers ville have nået i eksempelvis et traditionelt bostøtteforløb. Nogle CTI-medarbejdere fortæller endvidere, at faseinddelingen medvirker til, at man er mere opmærksom på at skabe et støttenetværk og sikre overlevering hertil. Dette gælder primært i forløbets sidste fase. En CTI-medarbejder fortæller:

I den sidste fase, dér holder jeg mig virkelig tilbage og tænker meget over, at der skal være empowerment.

CTI-medarbejderen fortæller videre, at hun også oplever, at der er borgere, der i sidste fase begynder at tage en smule afstand, fordi de gør sig klar til, at de skal kunne klare sig selv. Dette opleves som en positiv ting.

Det er dog ikke muligt at arbejde stringent efter faseinddelingen i forløbet i forhold til alle borgere i målgruppen. Særligt for borgere, der er meget kaotiske, kan det være svært at overholde faseinddelingen stringent ved at nå det planlagte inden for faserne og gradvist udfase støtten i løbet af faserne. Faserne kan i disse tilfælde i stedet ende med at flyde sammen. Ifølge CTI-medarbejderne er der også eksterne faktorer, der kan bidrage til, at faserne flyder sammen – eksempelvis hvis der viser sig at være ventetid på nogle af de ting, som borgeren skal henvises til i det offentlige. I disse tilfælde kan det være svært at nå det planlagte i de første faser af forløbet. Ligeledes kan det være vanskeligt at overholde princippet om, at mødefrekvensen med borgeren, jf. CTI-metoden, skal falde hen over de tre faser. I visse tilfælde opleves dette ikke som hensigtsmæssigt af medarbejderne af forskellige årsager. For det første kan der være behov for at mødes oftere i tredje fase end tidligere, grundet behovet for at koordinere med borgerens støttenetværk. For det andet kan borgerne pludselig have behov for at mødes oftere, eksempelvis fordi de

bliver bekymrede for tiden efter forløbet, hvilket også kan betyde et behov for en stigende mødefrekvens.

CTI-forløbets tidsafgrænsning opleves, som vist i kapitel 5, både som værende positivt og negativt af borgerne. CTI-medarbejderne påpeger generelt, at de oplever tidsbegrænsningen som en positiv ting, men at det kan være forbundet med visse udfordringer at overholde tidsbegrænsningen. For nogle få borgere er forløbet blevet oplevet som for langt, men oftest er det dog det modsatte, der gør sig gældende. Der er således medarbejdere, der oplever, at det for nogle borgere kan være svært at nå det planlagte inden for de 12 måneder. Dette kan skyldes strukturelle ventetider, der gør, at der er for mange løse ender ved afslutningen af et forløb, eller at det tager lang tid at skabe en tillidsfuld relation til borgeren og nå frem til, hvad der er borgerens udfordringer. I disse tilfælde er der medarbejdere, der mener, at det kunne være rart, at borgeren havde mulighed for at kontakte CTI-medarbejderen som en ”livline” efter de 12 måneder. Enkelte borgere kan have behov for mere støtte fra eksempelvis støttekontaktperson efter endt forløb, men opfylder ikke kriterierne for tildeling af en sådan støtteperson, hvorfor de er nødt til at finde andre løsninger. En CTI-medarbejder fortæller:

Der er selvfølgelig nogle, hvor man tænker, at en kontaktperson kunne være en god idé, som en § 99-støttekontaktperson, hvor man kan sige, at nogle af vores borgere ikke har opfyldt kriterierne til det.

I tilfælde, hvor borgerne ikke opfylder kriterierne til at få en § 99-støttekontaktperson, har borgerne og medarbejderne i stedet forsøgt at bruge borgernes private netværk, frivillige tilbud eller lignende.

Ovenstående viser, at CTI-medarbejderne generelt oplever, at det er muligt at arbejde stringent med metoden og overholde eksempelvis principper om tidsafgrænsning og faseinddeling. Nogle CTI-medarbejdere oplever dog også vanskeligheder med dette, eksempelvis i forhold til forløb med borgere med et massivt misbrug. Vi vil i det følgende se nærmere på, hvorvidt metoden synes mere anvendelig til dele af målgruppen end andre.

CTI-METODENS ANVENDELIGHED, OPDELT PÅ UNDERGRUPPER

Exit-projektet henvender sig til en bred gruppe af borgere med prostitutionserfaring. Det er relevant at vide, om CTI-metoden er særlig velegnet til dele af denne målgruppe, eller om der er undergrupper, der profiterer henholdsvis mere eller mindre end andre. I det følgende undersøger vi derfor, om der er undergrupper inden for målgruppen, der drager mere eller mindre fordel af et CTI-forløb. Vi undersøger progressionen i mental trivsel (WHO-5-trivselscore) særskilt for tre undergrupper:

1. Borgere, som angiver at have et alkohol- eller stofmisbrug ved forløbets opstart
2. Borgere, som angiver at have modtaget betaling for seksuelle ydelser inden for seks måneder før forløbets opstart
3. Borgere, som scorer lavt på WHO-5-trivselsindekset ved forløbets opstart (WHO-5 \leq 50 point).

For disse tre grupper sammenligner vi gruppernes progression med restgruppen, det vil sige 1) borgere, der ikke angiver at have et alkohol- eller stofmisbrug ved forløbets opstart, 2) borgere, der ikke angiver at have modtaget betaling for seksuelle ydelser inden for seks måneder før forløbets opstart, 3) borgere, som scorer højt på WHO-5-trivselsindekset ved forløbets opstart (WHO-5 $>$ 50 point). Vi sammenligner gruppernes progression på WHO-5-indeksscoren og tester for signifikante forskelle ved opstart og afslutning med t-test.

UNDERGRUPPE 1: MISBRUG AF ALKOHOL ELLER STOFFER VED OPSTART

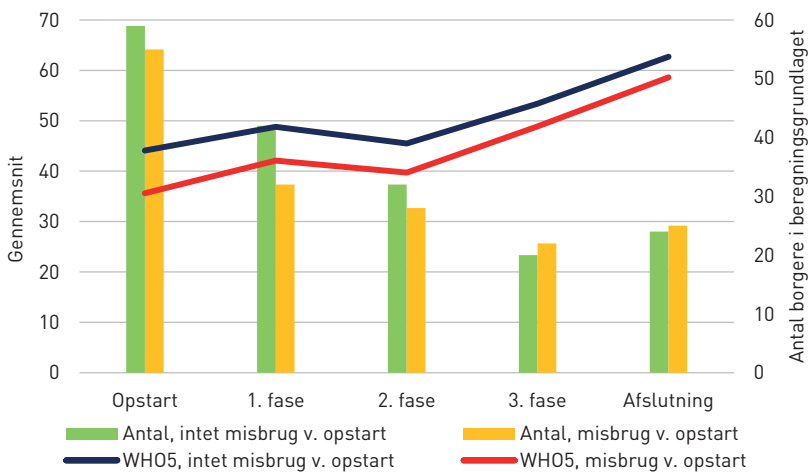
Vi undersøger først undergruppen af borgere, der har angivet at have et alkohol- eller stofmisbrug ved forløbets opstart. I figur 7.3 viser vi den gennemsnitlige WHO-5-indeksscore over forløbets faser, særskilt for borgere med et misbrug af alkohol eller stoffer ved opstart og borgere uden et misbrug ved opstart. Det fremgår af figuren, at begge grupper oplever en signifikant progression i mental trivsel mellem forløbets opstart og afslutning. Det fremgår ligeledes, at gruppen med et stof- eller alkoholmisbrug lægger ud med en signifikant lavere trivselscore ved forløbets opstart end borgere uden et alkohol- eller stofmisbrug. Ved forlø-

bets afslutning har begge grupper oplevet progression, og der er ikke signifikant forskel på trivelscoren for de to grupper ved afslutningen.

Både borgere med og uden misbrug synes således at have gavn af en CTI-indsats.

FIGUR 7.3

Mentalt trivselsniveau (WHO-5) blandt borgere i projektet. Særskilt for borgere med et stof- eller alkoholmisbrug ved opstart og borgere uden et misbrug ved opstart samt for opstart og faser i CTI-forløb. Gennemsnitlig score og antal borgere.



Anm.: WHO-5-indekset er beregnet på baggrund af de fem underliggende dimensioner, der afspejler mental trivsel. Den samlede indeksscore kan antage værdier fra 0 til 100, hvor en høj score er udtryk for en god mental trivsel. Udviklingen vises særskilt for borgere, der har et misbrug af alkohol eller stoffer ved opstarten af forløbet, og borgere, der intet misbrug har ved forløbets opstart. Forskellen på gennemsnittet for WHO-5-indekset mellem opstart og afslutning er for begge grupper signifikant forskellig fra nul på et 0,001-niveau (t-test af forskelle i gennemsnit). Forskellen på gennemsnittet for WHO-5-indekset mellem de to grupper er ved opstart signifikant forskellig fra nul på et 0,05 niveau (t-test). Ved afslutningen er forskellen mellem de to grupper ikke signifikant forskellig fra 0. Venstre akse: Gennemsnit for WHO-5-indeksscore. Højre akse: Antal borgere i beregningsgrundlag. Kilde: Målinger ved hjælp af WHO-5-trivselsindeks.

I de kvalitative interview giver CTI-medarbejdere og medarbejdere fra de deltagende NGO'er udtryk for, at det kan være særligt udfordrende for borgere med massive problemer eller kaotisk misbrug at deltage i et CTI-forløb, fordi der i forløbet er relativt høje krav til deltagelse fra borgernes

side. I dette projekt har der yderligere været krav om løbende at udfylde dokumentation i forhold til evalueringen af projektet. På den anden side er der også CTI-medarbejdere, der fremhæver, at CTI-metoden udmærker sig særligt i forhold til de meget misbrugende borgere, fordi det lave caseload i metoden giver mulighed for høj fleksibilitet, og fordi CTI-medarbejderne kan tage sig god tid til borgerne og deres udfordringer. Derudover ses det som en fordel, at det er borgerens ønsker, der er styrende for forløbet, hvilket betyder, at der kan gå mange måneder i forløbet, hvor der arbejdes på alt muligt andet end borgerens misbrug. En CTI-medarbejder fortæller:

Vi kan godt bruge otte måneder på at snakke om alt muligt andet end misbrug, og så til sidst kommer der måske et gennembrud i forhold til, at borgeren ønsker behandling, og så kan min overlevering være til et misbrugscenter.

En anden CTI-medarbejder fortæller, at det sagtens kan være, at de ikke når rundt om alle relevante områder med en borger, der har et misbrug, men det kan være, at borgeren eksempelvis får styr på at overholde sin medicin, hvilket er et mål, som det ellers kan være rigtig svært at nå.

Figur 7.5 viser, at borgere med et aktivt misbrug synes at have lige så stor gavn af et CTI-forløb som borgere, der ikke har et misbrug. Dette kunne naturligvis skyldes, at borgere med misbrug i højere grad dropper ud af forløbet, og at det derfor er de borgere, der klarer sig godt, der er tilbage ved forløbets afslutning. I undersøgelsen af, hvad der kendetegner de borgere, der afbryder et forløb før tid, fremgår misbrug dog ikke som mere udtalt blandt disse borgere end blandt de borgere, der gennemfører et CTI-forløb på 10 måneder eller længere. Massive problemer og/eller misbrug kan dog være en årsag til, at borgerne ikke ønsker/vælger at starte i et CTI-forløb, hvilket fremgår i kapitel 4 om årsager til ikke-opstartede forløb.³⁴

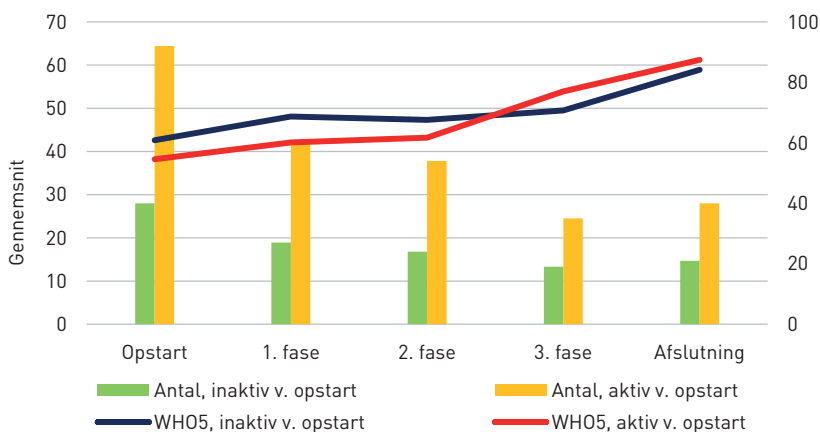
³⁴ Af kapitel 4 fremgår det i øvrigt, at borgere, der afbryder deres forløb før tid (før den tiende måned af forløbet), kun adskiller sig synligt ved, at en større andel har andet statsborgerskab end dansk og i større omfang har grundskolen eller færre års uddannelse som højeste uddannelse, sammenlignet med borgere, der gennemfører et forløb på 10 måneder eller mere.

UNDERGRUPPE 2: HAR MODTAGET BETALING FOR SEKSUELLE YDELSESR INDEEN FOR DE SENESTE SEKS MÅNEDER FØR OPSTART

Den anden undergruppe, vi undersøger, er borgere, der ved opstarten af deres forløb har angivet, at de har modtaget betaling for seksuelle ydelser inden for de seneste seks måneder. I figur 7.4 viser vi den gennemsnitlige WHO-5-indeksscore over forløbets faser, særskilt for borgere, der har modtaget betaling for seksuelle ydelser inden for de seneste seks måneder før opstart ("aktiv"), og borgere, der ikke har modtaget betaling for seksuelle ydelser inden for de seneste seks måneder før opstart ("inaktiv").

FIGUR 7.4

Mentalt trivselsniveau (WHO-5) blandt borgerne i projektet. Særskilt for borgere, som har modtaget betaling for seksuelle ydelser inden for de seneste seks måneder før opstart ("aktive"), og borgere, som ikke har modtaget betaling for seksuelle ydelser inden for de seneste seks måneder før opstart ("inaktive"), samt for opstart og faser i CTI-forløbet. Gennemsnit og antal gennemsnitlig score og antal borgere.



Anm.: WHO-5-indekset er beregnet på baggrund af de fem underliggende dimensioner, der afspejler mental trivsel. Den samlede indeksscore kan antage værdier fra 0 til 100, hvor en høj score er udtryk for en god mental trivsel. Forskellen på gennemsnittet for WHO-5-indekset mellem opstart og afslutning er for begge grupper signifikant forskellig fra nul på hhv. et 0,05-niveau og et 0,001-niveau (t-test af forskelle i gennemsnit). Forskellen på gennemsnittet for WHO-5-indekset mellem de to grupper er hverken signifikant forskellig fra 0 ved opstart eller ved afslutning (t-test). Venstre akse: Gennemsnit for WHO-5-indeksscore. Højre akse: Antal borgere i beregningsgrundlag.

Kilde: Målinger ved hjælp af WHO-5-trivselsindeks.

Det fremgår af figuren, at begge grupper oplever en signifikant progression i mental trivsel mellem forløbets opstart og afslutning. Ved forløbets opstart er det gennemsnitlige trivselsniveau umiddelbart lavere blandt borgere, der har modtaget betaling for seksuelle ydelser inden for de seneste seks måneder, end blandt borgere, der ikke har modtaget betaling for seksuelle ydelser inden for de seneste seks måneder, men forskellen på trivselsniveauet mellem de to grupper er ikke signifikant forskelligt fra nul. Ved forløbets afslutning har begge grupper oplevet progression, og der er heller ikke signifikant forskel på trivselsscoren for de to grupper ved afslutningen.

Både borgere, der har modtaget betaling for seksuelle ydelser inden for de seneste seks måneder, og borgere, for hvem det er mere end seks måneder siden, at de har modtaget betaling for seksuelle ydelser, ser således ud til at have gavn af en CTI-indsats.

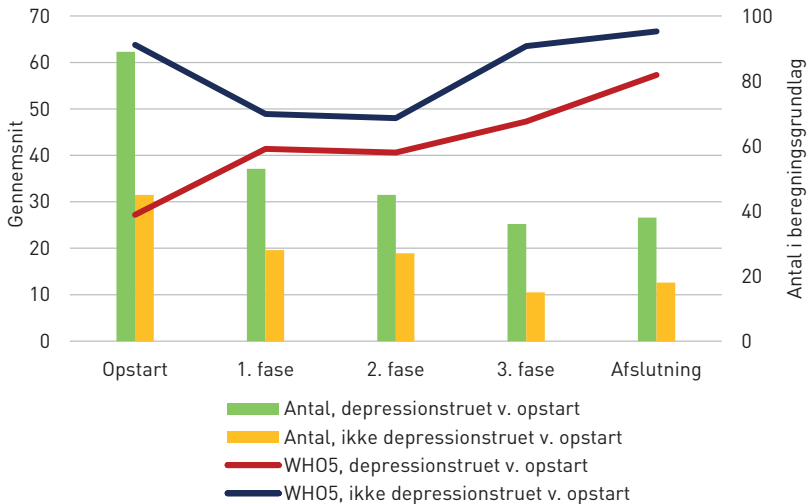
UNDERGRUPPE 3: I RISIKOZONEN FOR DEPRESSION VED FORLØBETS OPSTART

Den sidste undergruppe, vi undersøger, er borgere, der ved opstarten af deres forløb udfylder en besvarelse på WHO-5, der placerer dem i risikozonen for at udvikle en depression. I figur 7.5 viser vi den gennemsnitlige WHO-5-indeksscore over forløbets faser, særskilt for de to grupper. Vi opdeler borgerne alt efter deres trivselsniveau ved den første trivselsmåling, som foretages ud fra WHO-5-indekset ved forløbets opstart. Den ene gruppe består således af borgere, der i den første trivselsmåling har en trivselsscore, som ligger under risikogrænsen for angst eller depression (WHO-5-score \leq 50 point) – denne gruppe kalder vi ”depressionstruet”. Sammenligningsgruppen består således af borgere, der i den første trivselsmåling har en trivselsscore, som ligger over grænsen for angst eller depression (WHO-5-score $>$ 50 point) – ”ikke depressionstruet”. Det fremgår af figuren, at borgere, der er i risikozonen for at udvikle en depression ved forløbets opstart, oplever en signifikant progression i trivsel mellem forløbets opstart og afslutning. Ved forløbets afslutning er der ikke længere signifikant forskel på trivselsscoren for de to grupper på trods af deres markant forskellige udgangspunkt ved opstart.

Både borgere med meget lav mental trivsel og borgere med højere mental trivsel har således gavn af en CTI-indsats. Borgere med meget lav mental trivsel oplever endda en meget markant positiv forbedring af deres mentale trivsel i forløbet.

FIGUR 7.5

Mentalt trivselsniveau (WHO-5) blandt borgerne i projektet. Særskilt for borgere med en trivselscore på 50 point eller mindre ved opstart ("depressions-truede") og borgere med en score på mere end 50 point ved opstart ("ikke depressionstruede"), samt for opstart og faser i CTI-forløbet. Gennemsnitlig score og antal borgere.



Anm.: WHO-5-indekset er beregnet på baggrund af de fem underliggende dimensioner, der afspejler mental trivsel. Den samlede indeksscore kan antage værdier fra 0 til 100, hvor en høj score er udtryk for en god mental trivsel.

Forskellen på gennemsnittet for WHO-5-indekset mellem opstart og afslutning er signifikant forskellig fra nul på et 0,001-niveau for gruppen, der er depressionstruet ved opstart, men er ikke signifikant forskellig fra nul for gruppen, der ikke er depressionstruet ved opstart (t-test af forskelle i gennemsnit).

Forskellen på gennemsnittet for WHO-5-indekset mellem de to grupper er signifikant forskellig fra nul ved opstart, men ikke ved afslutning (t-test). Venstre akse: Gennemsnit for WHO-5-indeksscore. Højre akse: Antal borgere i beregningsgrundlag.

Kilde: Målinger ved hjælp af WHO-5-trivselsindeks.

SAMARBEJDE MELLEMLNGO'ER OG PROJEKTKOMMUNER

Af projektbeskrivelsen for projekt Exit Prostitution fremgår det, at ”udmøntningen af projektet forudsætter et partnerskab mellem projektkommuner og relevante NGO'er, der i forvejen har tradition for at løse en række opgaver på prostitutionsområdet”. Hver projektkommune blev derfor tildelt 500.000 kr., der årligt kunne tildeles relevante NGO'er. I forbindelse med projektets forlængelse på et år blev der ligeledes afsat midler, som NGO'erne kunne søge – dog uafhængigt af kommunerne.

I denne del af evalueringen ser vi nærmere på samarbejdet mellem projektkommuner og NGO'er i forløbet. Hver af de fire projektkommuner har i projektperioden indgået partnerskabsaftaler med en eller flere relevante NGO'er, både i forhold til at opnå kontakt til projektets målgruppe og i forhold til at finde relevante tilbud til borgerne. Herved har NGO'erne været en aktuell samarbejdspartner, dels forud for og undervejs i de enkelte CTI-forløb, dels efter forløbet, hvor det har været muligt at inddrage NGO'erne i det støttenetværk, der aktiveres omkring borgerne.

Kapitlet er baseret på 13 interview, som har haft til hensigt at belyse samarbejdet mellem NGO'er og projektkommuner. Interviewene består konkret af interview med seks³⁵ CTI-medarbejdere og repræsentanter fra otte NGO'er. Derudover har vi inddraget relevant empiri om

³⁵ Det ene interview var et dobbeltinterview.

samarbejdet med NGO'erne fra interview med CTI-medarbejdere og projektledere, foretaget afslutningsvist i den oprindelige projektperiode (2. halvår 2015). Se i øvrigt bilag 4 for nærmere beskrivelse af de kvalitative interview.

ORGANISERINGEN AF NGO-SAMARBEJDET

NGO-samarbejdet har været relativt forskelligt organiseret i de fire projektkommuner. Dette skyldes dels, at de fire kommuner har et forskelligt udgangspunkt i forhold til, hvilke NGO'er der findes lokalt, og dels at processen i forhold til at udvælge, hvilke NGO'er der skulle samarbejdes med i de fire kommuner, blev grebet forskelligt an. I tre af de fire kommuner var det en politisk beslutning, hvilke lokale NGO'er der skulle have mulighed for at blive en del af NGO-samarbejdet. Uddeling af NGO-midlerne fulgte følgende fire modeller ved projektets opstart:

- København: NGO-midler blev udbudt i en ansøgningspulje, og herefter blev det besluttet, hvilke NGO'er der skulle være en del af projektet på baggrund af NGO'ernes ansøgninger.
- Odense: Indgik aftale med én NGO som fast partner for NGO-samarbejdet.
- Aarhus: Kontakt til forskellige NGO'er med henblik på at indgå et samarbejde.
- Aalborg: Fulgte til dels samme model som Aarhus, hvor medarbejderne tog kontakt til relevante NGO'er med henblik på eventuelt samarbejde – dog med den forskel, at der ved opstart af projektet ikke fandtes NGO'er i kommunen, som havde direkte fokus på målgruppen.

Ikke alle NGO'er var med i hele projektperioden af forskellige årsager, herunder at aftalen fra start kun var indgået for en del af projektperioden, eller fordi det blev nødvendigt at indgå aftaler med andre NGO'er for at imødekomme borgernes behov. Eksempelvis valgte én projektkommune undervejs i projektet at etablere et samarbejde med Den Sociale Rets- hjælp (herefter Retshjælpen), der yder gratis juridisk- og gældsrådgivning, på grund af et stigende behov for økonomisk rådgivning hos borgerne. Herudover fik Aalborg Kommune efter etableringen af Reden Aalborg i

2014 et samarbejde med Reden, der er et tilbud til mænd og kvinder med prostitutionserfaring. Med etableringen af Reden i Aalborg var der et formelt samarbejde med Rederne i hver af de fire projektkommuner. De fire projektkommuner har haft kontakt til flere NGO'er end de NGO'er, der blev indgået formelt samarbejde med ved opstart af projektet.

VALG AF NGO'ER OG SAMARBEJDSAFTALER

Som det fremgår af ovenstående, er beslutningsprocessen omkring, hvilke NGO'er projektkommunerne skulle samarbejde med, forløbet forskelligt i kommunerne. I nogle projektkommuner er der indgået samarbejdsaftaler med en eller flere NGO'er for hele den oprindelige projektperiode, mens andre har indgået aftaler for ét år ad gangen, med mulighed for forlængelse. Af interviewene fremgår det, at kommunerne har oplevet fordele og ulemper ved begge modeller. En af de projektkommuner, der valgte at indgå samarbejde med NGO'erne for hele projektperioden, fortæller, at man valgte denne model for at skabe ro omkring projektet og NGO-samarbejdet. Beslutningen om, hvilke NGO'er der skulle inddrages, blev taget fra politisk side på baggrund af ansøgninger, indsendt af NGO'erne. Denne proces beskrives af medarbejderne i projektet som positiv. En medarbejder i projektet siger:

Det har været en kæmpe fordel, at det var en politisk beslutning [hvilke NGO'er der skulle samarbejdes med], fordi vi har faktisk kunnet fokusere på det daglige samarbejde. Vi har ikke haft noget med penge, midler eller tilbud at gøre, dvs. for os handler det om at samarbejde omkring borgerne. Det tror jeg faktisk har været en fordel.

Medarbejdere fra en anden kommune påpeger dog, at det kunne have været en fordel at tildele midlerne for ét år ad gangen, så man havde haft en større fleksibilitet i forhold til at kunne inddrage andre samarbejdspartnere løbende i projektperioden.

De pågældende projektkommuner har, som et led i samarbejdsaftalerne, modtaget eksempelvis årlige afrapporteringer fra NGO'erne, hvor NGO'erne har beskrevet deres arbejde i projektet. Indholdet af samarbejdsaftalerne er forskelligt i henhold til NGO'ernes rolle i projektet i forhold til dels at oplyse om projektet til borgere i målgruppen og

henvise borgere, dels at afholde aktiviteter for borgere i projektet. De NGO'er, der er indgået et samarbejde med, har haft en samarbejdskontrakt med projektkommunen. Samarbejdskontrakten har indeholdt konkrete mål for samarbejdet, eksempelvis en målsætning om antallet af borgere, der skulle henvises til projektet. Både repræsentanter fra NGO som fra projektkommunerne lægger dog vægt på, at det i høj grad har været samarbejdet omkring borgerne, som har været det centrale i det daglige, og at der ikke har været et ensidigt fokus på opfyldelsen af en samarbejdskontrakt.

I de følgende afsnit giver vi eksempler på NGO'ernes opgaver i projektet, og herefter ser vi nærmere på, hvordan henholdsvis de interviewede NGO-repræsentanter og interviewpersoner fra projektkommunerne har oplevet samarbejdet undervejs i forløbet.

OPLYSNINGSARBEJDE OG HENVISNING TIL PROJEKTET

Nogle NGO'er har haft til opgave at henvise borgere til Exit-projektet. Denne opgave har krævet, at NGO'erne oplyste borgerne om projektet og, hvis borgerne ønskede det, tog kontakt til og eventuelt deltog i indledende møder med CTI-medarbejdere fra projektkommunerne. I forbindelse med interviewene med repræsentanter fra NGO'erne påpeger flere, at der som en del af dette også indgår et stort motiverende arbejde i forbindelse med at få borgerne til at se idéen med at starte i et Exit-forløb og være med til at skabe en relation mellem CTI-medarbejderne/kommunen og borgeren. En repræsentant fra en NGO nævner i den forbindelse, at behovet for at fokusere på relationskabelse, og at gøre borgerne trygge ved "systemet" er særlig væsentligt i forhold til dette projekts målgruppe, hvor flere som udgangspunkt har en lav grad af tillid til offentlige instanser generelt. Hun oplever derfor, at det er meget vigtigt at forklare borgeren om projektets indhold og om, hvad CTI-medarbejderne kan tilbyde borgeren. Hun fortæller:

Vi gør meget ud af at fortælle de dér ting, hvad det er for nogle ting, CTI-medarbejderne gør: at de er koordinerende, at de ikke er myndighed, men at de kan følge borgeren, og de dér ting. Det gør vi rigtig meget ud af at fortælle.

En anden NGO-repræsentant fortæller, at borgerne relativt hurtigt opbygger en god relation til CTI-medarbejderne. Hun vurderer dog også, at relationen hjælpes på vej af, at der er en person, som borgeren på forhånd er tryk ved, som er med til at etablere relationen. De interviewede CTI-medarbejdere vurderer ligeledes, at NGO'erne har haft en afgørende rolle, både i forhold til at motivere og henvise en del af borgerne til projektet. En CTI-medarbejder fortæller i den forbindelse, at det var en hjælp, at medarbejderen fra NGO'en "sagde god for projektet" over for borgerne. I det pågældende tilfælde var der allerede inden projektets opstart et samarbejde mellem den pågældende NGO-medarbejder og CTI-medarbejderne, hvilket CTI-medarbejderne oplevede var med til at lægge et godt grundlag for samarbejdet.

Det er forskelligt, hvordan henvisningen af borgere er foregået i praksis. Nogle har først drøftet et muligt forløb med borgeren og herefter kontaktet CTI-medarbejderne, mens andre har taget kontakt til CTI-medarbejderne først for at få bekræftet muligheden for, at en eventuel borger kunne indgå i projektet, før de har drøftet dette med borgeren. Herudover har der i nogle tilfælde været månedlige samarbejds møder mellem projektkommuner og NGO'er, hvor de pågældende NGO'er har kunnet informere om borgere, som de tænkte var i målgruppen for et CTI-forløb.

I forbindelse med den praktiske henvisning af borgere har NGO'erne faciliteret den eller de indledende møder mellem CTI-medarbejderen/medarbejderne, og efterhånden som borgeren er blevet tryk ved det, har NGO-medarbejderen trukket sig mere og mere. Henvisningen af borgere er således en proces, der forløber over længere tid. En NGO-repræsentant fortæller i forbindelse hermed, at det fungerer godt, hvis borgeren har en konkret problemstilling, som CTI-medarbejderen kan hjælpe med, fx behov for bolig. Hun fortæller:

Når jeg ringer til Exit, så fortæller jeg lige kort, og jeg har selvfølgelig fået samtykke fra kvinden til, at jeg må kontakte dem. Som regel er der også et par ting, som vi ved, at det kan starte med at tage fat på. Og det gør jeg også klart for den pågældende. Det kan fx være en helt konkret ting i forhold til finde en ny bolig, beskæftigelse/uddannelse eller lignende. Så forklarer jeg kvinden, at det kan være en rigtig god idé at tale med CTI-medarbejdere om det. Og det kan hun jo godt forstå, og så er det egentlig det, de arbejder på til en start. Når der er

noget, der er konkret, der kan blive arbejdet videre med [i Exit], så fungerer det [henvisningen] rigtig, rigtig fint.

I tre ud af de fire projektkommuner fremhæves NGO'ernes rolle i forhold til at henvise borgere, særligt i starten af projektperioden, som en stor fordel for, at projektet kunne komme i gang. Flere af NGO'erne, særligt Rederne, har haft kontakt til meget udsatte borgere, og en CTI-medarbejder pointerer, at det ville have været vanskeligt at få etableret kontakt til denne del af målgruppen uden et samarbejde. En CTI-medarbejder fortæller i forbindelse hermed:

Selvfølgelig har vi kollegaer, der sidder med målgruppen, men det er ofte som en del af mange andre målgrupper, men Reden er jo spot on på den. Den adgang var der ikke andre, der havde.

Medarbejderen oplever desuden, at samarbejdet med Reden også har været med til "at åbne døre" til varmetuer og misbrugscentret.

I en af kommunerne er det dog erfaringen, at der ikke på noget tidspunkt er kommet særligt mange henvisninger af borgere fra de lokale NGO'er:

Mange af henvisningerne til projektet er i stedet kommet fra andre samarbejdspartnere i det offentlige, og så har borgerne fundet os selv – enten via en folder på klinikken eller via kommunens hjemmeside. Fordi der i projektet også har været mulighed for at indskrive borgere fra andre kommuner, er der også kommet henvendelser fra sagsbehandlere i andre kommuner.

En CTI-medarbejder fra en anden kommune påpeger desuden, at vedkommende oplevede, at en NGO i starten af samarbejdet var en smule tilbageholdende med at sende borgere ind i projektet. NGO-repræsentanter beskriver i den forbindelse, at de indledningsvist var i tvivl om, hvilke borgere der kunne profitere af et CTI-forløb, og at de eksempelvis vurderede, at borgere med meget misbrug ville have svært ved at indgå i et forløb, da de ville have svært ved at overholde aftaler og lignende og indgå i et "stringent" forløb. Nogle af de interviewede medarbejdere fra projektkommunerne fortæller i denne forbindelse, at de i starten af projektet havde en oplevelse af, at NGO'erne kun henviste de borgere til Exit-projektet, som de mente var "gode nok" til at indgå i et exitforløb, muligvis fordi NGO'erne var usikre på, hvad projektet kunne

rumme. Generelt påpeger interviewpersoner fra både NGO'er og projektkommunerne, at den indledende tilbageholdenhed i forhold til at henvise borgere til projektet aftager undervejs i projektet, efterhånden som NGO'erne har fået større kendskab til projektet og dets målgruppe samt bliver mere trygge ved at henvise borgere til forløb. CTI-medarbejderne oplever således, at samarbejdet om borgerne er blevet meget bedre i takt med, at CTI-medarbejdere og NGO-medarbejderne har lært hinanden at kende og lært at samarbejde om borgerne. En anden medarbejder beskriver det således:

Det er altid svært at vide, hvordan det kommer til at fungere, før man har nogle erfaringer, [men] vi har fået en forståelse af, hvad hinanden kan og ikke kan i de positioner, som vi nu sidder i. Det har været nogle rigtig gode forløb med de NGO'er, som vi har haft samarbejder med, fordi vi er gode til hver vores ting.

NGO'ERNES AKTIVITETER

Borgerne i Exit-projektet har primært deltaget i aktiviteter, der er en del af NGO'ernes generelle tilbud til målgruppen. Der er dog også eksempler på, at NGO'erne har etableret aktiviteter, der var særligt målrettet borgere fra Exit-projektet. Nedenfor er en liste med eksempler på sådanne aktiviteter:

- Gruppeforløb for borgere i CTI-forløb (andre borgere fra målgruppen havde også mulighed for at deltage)
- Sociale aktiviteter for borgere, der var i et CTI-forløb eller var motiverede for at starte i et CTI-forløb
- Motivation og støtte til borgere, der havde behov for ekstra støtte i deres CTI-forløb
- Tilbud om økonomisk rådgivning
- Netværksgruppe for borgere, der havde afsluttet et CTI-forløb.

I det følgende beskriver vi nogle af de borgeraktiviteter, som er blevet fremhævet i interviewene. Der er både tale om aktiviteter, der har været del af NGO'ernes generelle tilbud, og aktiviteter, der har været målrettet borgerne fra Exit-projektet. Det er ikke en udtømmende gennemgang af NGO'ernes borgerrettede aktiviteter. Foruden beskrivelser af aktiviteter-

ne har vi medtaget beskrivelser af, hvilken betydning NGO'er eller CTI-medarbejdere oplever, at aktiviteterne har haft for de deltagende borgere.

SAMTALEGRUPPER OG HJÆLP TIL HENVISNING TIL PSYKOLOGER

I alle kommuner har samtale-/terapi grupper været en del af de tilbud, som borgerne i Exit-projektet kunne få. I en af de fire kommuner er det CTI-medarbejderne, der har stået for samtalegrupperne, mens det i de tre andre kommuner er NGO'erne.

Både medarbejdere og NGO-repræsentanter fortæller, at det er vigtigt at være opmærksom på, at borgerne skal være klar til/motiverede for at kunne deltage i og få noget ud af samtale- eller terapi grupper. CTI-medarbejderne fortæller, at det først og fremmest kræver, at borgerne er klar til at tale om deres erfaringer med andre. Derudover er det erfaringen, at borgerne ofte får mest ud af grupperne, når de er nået et stykke ind i CTI-forløbet, da mange borgere har behov for at afklare mere akutte forhold omkring deres livssituation, fx afklaring af boligsituation og reduktion af et eventuelt misbrug, inden de indgår i et gruppeforløb.

En NGO-medarbejder fortæller i forbindelse hermed, at de i starten af projektet ønskede at starte en terapi gruppe for kvinder i projektet, men oplevede, at dette var vanskeligt at indgå i for kvinder med et aktivt misbrug. En repræsentant fra en NGO fortæller:

De [borgere med misbrug] har ikke overskuddet, og de har ikke ressourcerne, og der er ting, der er vigtigere i deres liv, som fx: Hvordan overlever jeg efter i eftermiddag, hvis ikke jeg får en kunde?

En anden NGO faciliterede samtalegrupper, der, foruden borgere fra Exit-projektet, bestod af kvinder med senfølger som følge af seksuelt misbrug. Såvel repræsentanten fra NGO'en som CTI-medarbejderne oplever ikke denne blanding af forskellige målgrupper som problematisk for afholdelse af samtalegrupperne, snarere tværtimod. NGO-repræsentanten fortæller således, at de to målgrupper bl.a. profiterede af at dele erfaringer fra barndommen, hvor flere havde erfaringer med dysfunktionelle familier, alkohol og omsorgssvigt. Generelt påpeger både NGO-repræsentanter og CTI-medarbejdere, at det for de borgere, der har deltaget i samtalegrupper af forskellig karakter, har haft en positiv betydning at tale med nogen, som har samme problematikker som dem selv. En

NGO-repræsentant fortæller således følgende om den tilbagemelding, hun har fået fra borgere, som har været i samtalegruppe:

Flere af dem har sagt, at det har haft meget stor betydning, og det er første gang, at de har kunnet tale så åbent og få vendt nogle meget svære problemstillinger i deres liv omkring seksualitet, nærhed og de andre emner, vi har været indenom. En af borgerne sagde: ”Det er, som om der er nogen spøgelses, der er blevet lukket ud af skabet”, altså noget, de har gået og kæmpet med og været alene om og ikke har kunnet sætte ord på tidligere – det har de kunnet dele i trygt rum og kunnet få sparring på.

Fra borgerinterviewene har vi eksempler på borgere, som har deltaget i de forskellige typer af grupper, også samtalegrupper, som udelukkende har bestået af borgere fra projektet, og i grupper, der også har inkluderet andre målgrupper. Begge former for gruppeforløb bliver vurderet positivt af de interviewede borgere. Dog påpeger enkelte borgere, ligesom NGO-repræsentanter og CTI-medarbejdere, at der indimellem har været svingende fremmøde, og at dette specielt har været, hvis der var tale om borgere med eksempelvis massive misbrugsproblemer.

Som vi også berørte i kapitel 5, har flere borgere indgået i psykologsamtaler som et led i deres CTI-forløb. I en kommune lavede man i den forbindelse et samarbejde med en NGO, der fungerer som et socialfagligt tilbud til borgere, der kan have behov for en anonym samtale, om at hjælpe med at lave psykologhenvisninger. NGO'en bidrog også til at finde psykologer, som var egnede i forhold til lige netop borgerens problematikker. Som det er fremgået flere steder i rapporten, har borgerne i CTI-forløb oplevet markant forbedret psykisk trivsel, og flere af de interviewede borgere peger i den forbindelse på betydningen af psykologsamtaler.

ØKONOMISK OG JURIDISK RÅDGIVNING

Alle projektkommuner har benyttet tilbud om økonomisk og juridisk rådgivning, eksempelvis fra Retshjælpen, der yder gratis juridisk og gældsrådgivning, som Aarhus og Aalborg Kommune har haft et samarbejde med, og Café Paraplyen i Odense, der tilbyder gældsrådgivning. I Aarhus har samarbejdet med Retshjælpen bestået i, at en medarbejder fra

Retshjælpen var til stede på Reden³⁶ hver 14. dag, samt at Retshjælpen i nogle tilfælde tog med på hjemmebesøg hos borgere eller mødtes med borgeren andre steder, alt efter borgerens ønske. Rådgivningen har generelt bestået af vejledning i forhold til gæld og økonomi, herunder juridiske problemstillinger såsom forhold vedrørende børnepenge. I interviewet med Retshjælpen beskriver de, at målgruppen fra projektet på nogle områder ligner den målgruppe, som Retshjælpen ellers arbejder med, om end de oplevede, at borgerne fra projektet generelt havde flere problemstillinger at slås med end de borgere, som de oftest arbejder sammen med. Medarbejderen fra Retshjælpen uddyber om målgruppen:

Det er ikke så mange af vores klienter, der på samme måde som de prostituerede kan være ramt af både sygdom, hjemløshed, misbrug, altså hele paletten på én gang.

I Odense indgik projektet i 2015 i et samarbejde med Café Paraplyen, der tilbyder gældsrådgivning, da CTI-medarbejderne erfarede, at flere af deres borgere havde udfordringer i forhold til gæld. Tilføjes af NGO-midler fra projektet betød, at Paraplyen kunne tage ekstra medarbejdere ind og derved havde kapacitet til at tage borgere fra Exit-projektet hurtigt ind.

CTI-medarbejdere fra projektkommunerne påpeger, at borgerne har haft stor gavn af de to NGO'ers tilbud, da det har givet borgerne et økonomisk overblik og hjulpet borgerne i forhold til eksempelvis kontakt til kreditorer. Som vi har nævnt flere gange i løbet af rapporten, fremhæver flere borgere netop, at CTI-forløbet har haft stor betydning i forhold til håndtering af deres økonomi. En medarbejder fra de involverede NGO'er fortæller følgende om samarbejdet med borgerne fra projektet:

For mange af borgerne stresser det rigtig meget, at regningerne vælter ind, og at kreditorer ringer og skriver til dem. Det har givet dem lidt ro at få ryddet op i og overblik over, hvor meget de skylder penge (...) og eventuelt få lavet afdragsordninger, så de ikke bliver ved med at blive bombarderet, men ligesom kan luk-

³⁶ Placeringen på Reden blev valgt for at gøre tilbuddet let tilgængeligt for den del af målgruppen, der bruger Reden. En repræsentant fra Reden beskriver dette som en stor hjælp til brugerne af stedet og beskriver, at medarbejderen fra Retshjælpen "passede godt ind" på Reden, og at brugerne efter en indledende skepsis blev rigtig glade for den vejledning, som Retshjælpen kunne give, hvor de bl.a. fik hjælp til gældssanerter.

ke den dør og vide, at der er styr på den del af deres liv. Det kræver selvfølgelig noget af dem at komme hened og åbne op for det, men når det så er overstået, så kan de lukke for det kapi-
tel og gå til noget andet af det, der også fylder.

KROPSTERAPI

Det er forskelligt, i hvilket omfang projektkommunerne har anvendt kropsterapi. Nogle kommuner har haft det som tilbud, men har ikke oplevet stor efterspørgsel efter det, mens andre har haft gode erfaringer med at tilbyde kropsterapi til målgruppen. En af de NGO'er, som har tilbudt kropsterapi, er Café Clara, en natcafé for kvinder i København, og her fortæller CTI-medarbejderen, at kropsterapeuten var god til at lave et program, tilpasset borgernes grænser og udfordringer. Generelt beskriver de CTI-medarbejdere, som har haft samarbejde med en kropsterapeut, at borgerne har haft stor gavn af terapien. Som beskrevet i kapitel 5 er der også flere af de interviewede borgere, som fremhæver, at kropsterapi har haft en positiv betydning for dem. En borger beskriver eksempelvis, at kropsterapien har ændret hendes liv fuldstændig, da det både har medvirket til, at hun ikke længere har smerter i lænden, og betydte, at hun "kan mærke sig selv på en anden måde".

STØTTENDE AKTIVITETER

Ud over de fastlagte tilbud, som vi har beskrevet ovenfor, har flere af NGO'erne ligeledes fungeret som social støtte i hverdagen for borgerne. Det gælder bl.a. de fire Reder, hvor den daglige støtte bl.a. har bestået i at minde borgeren om aftaler med CTI-medarbejderen, følge med dem til lægen osv. Der har været tale om borgere, som Rederne selv har henvist til projektet, hvorfor det er naturligt, at NGO'ens medarbejdere fortsat er en del af den daglige støtte, både undervejs i og efter borgernes forløb.³⁷ Herudover er der flere NGO'er, som har lavet sociale aktiviteter med borgere fra projektet.

NGO'ernes støtte i forhold til at fastholde kontakten mellem CTI-medarbejder og borger har været særlig relevant i de tilfælde, hvor borgeren har haft et aktivt misbrug. Her fortæller både CTI-medarbejdere og NGO-repræsentanter om et godt samarbejde, hvor NGO'ens medarbejdere har bakket borgeren op i forhold til at gennem-

³⁷ Dette ligger fuldt ud inden for rammerne af CTI-metoden, der netop har fokus på inddragelse af borgers eksisterende netværk, hvilket for brugere af Rederne i høj grad er stedets medarbejdere.

føre forløbet. Det væsentlige i den forbindelse har været en tæt kontakt mellem CTI- og NGO-medarbejdere. En CTI-medarbejder fortæller følgende:

Vi har haft nogle gode forløb i forhold til at orientere hinanden om, hvad der er foregået og ikke foregået. Jeg synes, at der har været en kæmpe fleksibilitet fra begge sider.

Som vi så i kapitel 7, oplever flere CTI-medarbejdere, at det har været udfordrende at gennemføre et forløb med borgere med massivt misbrug. Denne oplevelse deles af nogle af de interviewede NGO-repræsentanter, der oplever, at det har været vanskeligt for borgerne at fastholde kontakten til forløbet, fordi ”misbruget står i vejen”. Repræsentanter fra to NGO’er, hvis målgruppe har mange og komplekse problemstillinger, herunder misbrug og hjemløshed, argumenterer for, at Exit-forløbets længde på 12 måneder er for kort tid til at forbedre målgruppens livskvalitet på længere sigt. Til trods herfor beskriver både CTI-medarbejdere og NGO-repræsentanter dog også, at såfremt det lykkes at fastholde borgerne i deres forløb, kan der opnås fremskridt. En CTI-medarbejder fortæller om de borgere, der har behov for særlig støtte:

Jeg synes, at med mange af deres [NGO’ens,] brugere er vi nået nogle skridt. Nogle har fået lejlighed, nogle har fået en pension, fordi der nu er blevet sat massivt ind. At der så er nogle, der stadig er i behandling og har et sidemisbrug, det er én ting, men vi har langt hen ad vejen fået højnet noget livskvalitet på nogle områder. Men vi kan ikke sige i dag, at de er ude af misbrug og prostitution, for det er de bestemt ikke.

En repræsentant fra den omtalte NGO er enig i denne betragtning, men hun påpeger dog også, at hun er overrasket over, at det var så svært at fastholde borgerne. Hun fortæller:

Jeg tænkte: ”Nu får I [brugerne] et tilbud, som I ikke kan sige nej til”. Og der må man bare sige, at der er stofferne stærkere.

Repræsentanten fra NGO’en understreger, at hun ikke er skuffet over eller utilfreds med projektet. Hun er derimod meget tilfreds med, at projektet har bidraget til at skabe fokus på målgruppen og deres behov.

NGO'ERNES ROLLE VED AFSLUTNINGEN AF CTI-FORLØBENE

Da flere borgere har haft et forudgående kendskab til NGO'erne, har det i nogle tilfælde været naturligt, at NGO'erne har været en del af det støttenetværk, som, jf. CTI-metoden, skal fortsætte efter forløbets ophør. Der er dog også eksempler på borgere, som oprindeligt er henvist fra en NGO, som ikke benytter sig af NGO'ens tilbud, efter at forløbet er afsluttet, og samtidig er der eksempler på borgere, som ikke tidligere har benyttet sig af tilbud hos en given NGO, men som benytter det efter forløbets afslutning. Hos en NGO har man valgt at systematisere sine aktiviteter til borgere fra projektet til et slags "efterværn", og de har således afsat en del af deres projektmidler til at forlænge deres støtte til de borgere, der har været en del af Exit-projektet – dette med det formål at sikre støtten omkring borgerne for at fortsætte den udvikling, der er igangsat. I den forbindelse er det væsentligt at gøre opmærksom på, at CTI-metoden skal anvendes i en kritisk overgangsfase. Det er således vigtigt at huske på, at formålet med et CTI-forløb ikke er, at borgerne skal kunne klare sig helt uden støtte efter endt forløb. Formålet er at få opbygget et støttenetværk omkring borgeren, i det omfang det er nødvendigt, eksempelvis bestående af professionelle støttepersoner som bostøttemedarbejdere eller medarbejdere hos NGO'er. En konkret aktivitet, som nogle borgere er indgået i hos en NGO efter forløbets afslutning, er en netværksgruppe, som blev etableret af Reden i Odense for kvinder, hvis CTI-forløb var afsluttet. I gruppen lavede man bl.a. sociale aktiviteter såsom cafebesøg, madlavning og fællesspisning.

Som vi beskrev i kapitel 6, er overleveringen til andre instanser vigtig for, at borgeren kan få en god afslutning på sit forløb. Derudover er overleveringen til det varige støttenetværk, som beskrevet, en væsentlig del af CTI-metoden. Det er tydeligt, at overleveringen af borgere efter endt forløb også tildeles stor vægt blandt de NGO'er, som har været en del af et varigt støttenetværk for borgerne. Her er det både NGO-repræsentanternes og CTI-medarbejdernes erfaring, at det er en god ide, at overleveringen dels påbegyndes i god tid, fx to-tre måneder før afslutningen, og at der dels bliver nedskrevet en plan for tiden efter forløbet sammen med borgeren. Generelt oplever repræsentanter fra de involverede NGO'er, at overleveringen af borgere fra projektet har fungeret fint. Dog er der ifølge én NGO også eksempler på, at overleveringen ikke er sket i tilstrækkelig grad eller på en hensigtsmæssig måde. Dette er pri-

mært sket i tilfælde, hvor der har været udskiftning af medarbejdere på Exit-projektet, hvilket eksempelvis var tilfældet i forbindelse med projektets forlængelse, hvor der har været CTI-medarbejdere, som er stoppet på projektet med kort varsel, hvorfor der, ifølge NGO'en, ikke er blevet lavet en ønskelig overlevering af borgeren.³⁸

I den resterende del af kapitlet ser vi først nærmere på, hvordan samarbejdet mellem henholdsvis NGO'er og projektkommuner er blevet oplevet ifølge interviewpersonerne, herunder hvordan tildeling af NGO-midler og forløb, i forhold til opstart og afslutning af projektet, har påvirket samarbejdet.

SAMARBEJDET MELLEMLINGO'ER OG PROJEKTKOMMUNER

Som beskrevet indledningsvist i dette kapitel er der en generel opfattelse blandt såvel NGO-repræsentanter som repræsentanter fra projektkommunerne af, at der har været et godt samarbejde igennem projektet, som både har været til gavn for borgerne og for NGO'er og kommuner. Samarbejdet har i de fleste kommuner været hjulpet af, at exitmedarbejderne og medarbejderne fra NGO'erne har kendt hinanden allerede inden deres samarbejde på Exit-projektet og/eller hurtigt har etableret en god kontakt via jævnlige samarbejds møder. I de kommuner, hvor der ikke har været jævnlige samarbejds møder, eller hvor exitmedarbejderne og NGO'er ikke kender hinanden fra et tidligere samarbejde, synes der at have været en usikkerhed, særligt blandt NGO'erne, i forhold til projektet og hvad parterne kunne forvente af hinanden.

Der er forskellige forhold, som fremhæves som særligt positive i forbindelse med samarbejdet. Interviewpersoner fra både NGO'er og projektkommuner beskriver således, at de har kunnet gøre brug af hinanden til faglig sparring omkring borgerens problemstillinger, hvilket har haft betydning for, at borgerne oplevede indsatsen som koordineret og helhedsorienteret. En CTI-medarbejder fortæller eksempelvis, at samarbejdet med NGO'erne har båret præg af, at de har arbejdet i samme retning, bl.a. på grund af jævnlige samarbejds møder, og at de har bakket op om hinandens arbejde. CTI-medarbejderen fortæller:

³⁸ Projektet har generelt ikke været præget af stor udskiftning, men særligt projektet i København oplevede, at en del medarbejdere stoppede på grund af usikkerheden om projektets forlængelse ind i 2016.

Jeg har kunnet mærke, at de [NGO'en] har bakket op om mig, og sagt "X er ok", og på den måde anbefalet mig, eller hvis der har været en lille kurre på tråden, så har de ringet til mig og hørt, om jeg kunne komme. Modsat har jeg også sagt: "Jeg kan da godt høre, at du er træt af dem [NGO'en], men prøv nu lige at tage derned." På den måde har vi samarbejdet og støttet hinanden.

Lignende beskrivelser går igen i interviewene med NGO-repræsentanterne, hvor flere af interviewpersonerne roser CTI-medarbejdernes høje faglighed, store engagement og den fleksibilitet de er gået til opgaverne med. Herudover påpeger både CTI-medarbejderne og NGO-repræsentanter, at parterne generelt har været gode til at dele opgaverne imellem sig. En NGO-repræsentant fortæller:

Jeg synes, at vi har en god dialog og er blevet gode til at koordinere indsatserne, så vi ikke bruger energi på det samme. Jeg synes faktisk, at vi er inde i en periode, hvor jeg kan mærke, at det udvikler sig rigtig positivt, og jeg kan mærke, at vores tillid til hinanden udvikler sig og viden om, hvad det er, vi kan. Og det begynder at blive klarere, hvor vi hver især har vores styrker. Så jeg er rigtig, rigtig glad for samarbejdet.

Herudover påpeger flere NGO-repræsentanter, at projektet har givet en ny indgang til kommunen, hvilket har været en fordel for borgerne, fordi CTI-medarbejderne har været hjemmevante i det kommunale system, hvorfor "vejen til varerne [kommunens tilbud] har været kortere".

Interviewpersoner fra både NGO'er og projektkommuner fremhæver desuden, at der er opbygget samarbejdsrelationer via projektet, som begge parter forventer også kan bruges i fremtiden. Derudover fremhæves det som positivt, at projektet har været med til at få prostitution på dagsordenen i den enkelte kommune. En NGO-repræsentant fortæller:

Bare det at projektet og prostitution er blevet italesat, har gjort sagsbehandlere og andre kommunalt ansatte opmærksomme på, at der er den her udfordring. Det fokus er blevet plantet.

Flere NGO-repræsentanter påpeger i forlængelse heraf, at projektet har en berettigelse i forhold til målgruppen. En NGO-repræsentant fortæller:

Jeg synes, at vi supplerer hinanden rigtig, rigtig godt. Jeg synes, at det ville være forfærdeligt for målgruppen, hvis det tilbud ikke var der mere. Jeg synes, at det er rigtig ærgerligt, hvis det skal til at lukke nu, hvor vi er ved at komme rigtig godt i gang, og vi er ved at få sat prostitution på dagsordenen. Det vil være træls for målgruppen, at der ikke er den mulighed. Hvis ikke den skal være i kommunen, så skal den i hvert fald være et andet sted.

UDFORDRINGER I SAMARBEJDET

Alle de interviewede beretter dog samtidig om, at forskellige forhold har udfordret samarbejdet. Her er der særligt tre forhold, som har haft en betydning – tildeling af NGO-midler, usikkerhed i forbindelse med projektets opstart og usikkerhed om projektets forlængelse.

Som vi beskrev i kapitlets indledning, blev det i starten af projektet besluttet, at der skulle uddeles NGO-midler, og der er enighed blandt de fire projektkommuner om, at uenigheder i forhold til NGO-midlerne i starten af projektet komplicerede udgangspunktet for samarbejdet med NGO'erne og skabte unødvendige gnidninger. Samtidig beskriver både CTI-medarbejdere og NGO-repræsentanter dog også dels, at NGO-midlerne har betydet, at NGO'erne har kunnet afsætte ressourcer til at involvere sig mere i projektet, end der ellers ville have været mulighed for, dels at de økonomiske midler og samarbejdsaftalerne har betydet et mere forpligtende samarbejde parterne imellem. Repræsentanter fra NGO'erne understreger i den forbindelse, at midlerne har medvirket til, at de har ”kunnet tilbyde noget særligt”, og at de har kunnet afholde aktiviteter, som har været efterspurgt af borgerne i projektet. Der har dog også været tilfælde, hvor midlerne synes at have knyttet projekt og NGO'er længere tid til hinanden, end hvad der har været behov for. Dette har givet frustrationer for begge parter. I NGO'ernes tilfælde har det været frustrerende at opleve, at de ikke har haft flere borgere i målgruppen, som de kan henvise til projektet, eller at der ikke har været borgere nok i projektet til, at de kunne afholde de planlagte aktiviteter. I de tilfælde er NGO'erne endt med at måtte betale en del af deres midler tilbage, fordi de ikke har afholdt de planlagte aktiviteter. For exitmedarbejderne har det været frustrerende, hvis NGO'erne eksempelvis ikke har været i stand til at henvise det forventede antal borgere til projektet. Dette kan være frustrerende for både NGO'erne, der oplever, at de har været pressede i forhold til at levere flere borgere, selvom de ikke aktuelt

har nogen borgere, der er i målgruppen, og for exitmedarbejderne, der er frustrerede over, at der ikke henvises flere borgere til projektet.

Som vi beskrev tidligere i rapporten, har usikkerhederne vedrørende projektets opstart og forlængelse også haft betydning for samarbejdet. I forhold til opstarten påpeger flere NGO-repræsentanter, at der gik lang tid, fra projektet blev udmeldt, til det startede i de fire projektkommuner. Usikkerheden omkring projektets forlængelse har haft en betydning på mange områder, eksempelvis i forhold til dokumentation, borgeroptag, motivation, fastholdelse af medarbejdere osv. Processen omkring forlængelsen af projektet er derfor uden tvivl et yderligere forhold, der i høj grad har vanskeliggjort det praktiske samarbejde mellem NGO'er og projektkommuner, bl.a. fordi usikkerheden betød, at NGO'erne holdt op med at henvise borgere til projektet. En CTI-medarbejder fortæller:

Det har været en forfærdelig periode. Og projektet havde set helt anderledes ud, hvis man havde truffet en beslutning om det her i sommeren 2015. NGO'erne stoppede med at henvise borgere i samme omfang til projektet på grund af usikkerhed om, hvorvidt projektet ville slutte ved udgangen af 2015.

Dette bekræftes af en NGO-repræsentant, der beskriver, at de var tilbageholdende med at sende borgere til projektet, fordi de fik at vide, at borgerne skulle være "mega-motiverede" for at starte i et forløb, og fordi de var bekymrede for, om borgerne ville få mulighed for at gennemføre et helt CTI-forløb.

Efter at forlængelsen af projektet var vedtaget, oplever interviewpersoner fra såvel projektkommuner som NGO'er, at det var problematisk, at de havde meget kort tid til at ansøge om midler til at deltage i forlængelsen af projektet, og at der var blevet lavet om i ansøgningsproceduren, således at kommuner og NGO'er ved forlængelsen skulle ansøge hver for sig. I to projektkommuner fortæller exitmedarbejderne, at de på grund af den korte tidsfrist, og fordi de ikke skulle søge sammen med NGO'erne, ikke fik talt så meget sammen med NGO'erne om indholdet i ansøgningen eller fik koordineret deres ansøgninger. Kun en enkelt NGO-repræsentant vurderer, at det ikke har gjort en forskel, hvorvidt de har skullet søge sammen eller hver for sig. En anden NGO-repræsentant påpeger i interviewet, at der er usikkerhed om, hvordan de kan bruge de midler, som de er blevet bevilget i forbindelse med forlæn-

gelsen. NGO'en har på interviewtidspunktet kontakt til fem borgere, som ikke kan blive tilknyttet projektet, fordi man ikke kan nå at køre deres forløb færdige i projektet. Der er i den forbindelse usikkerhed om, hvorvidt NGO'en må bruge de bevilgede penge, hvilket de på interviewtidspunktet stadig afventer en afklaring på. NGO-repræsentanten efterspørger i den forbindelse mere sparring med såvel den pågældende projektkommune som med Socialstyrelsen.

Samlet set viser vores undersøgelse af samarbejdet med NGO'erne i Exit-projektet, at både projektkommunerne og de involverede NGO'er oplever, at samarbejdet har været en fordel for projektets målgruppe og for Exit-projektet som helhed. CTI-medarbejderne fortæller, at NGO'erne har leveret et væsentligt bidrag i forhold til både at henvise borgere til projektet og levere konkrete aktiviteter til målgruppen. Og flere NGO'er fortæller ligeledes, at Exit-projektet har leveret et relevant tilbud til målgruppen, og at projektet har været medvirkende til at skabe fokus på målgruppen i kommunerne. Der er dog medarbejdere i NGO'erne, der stiller spørgsmål ved, om CTI-metoden er den rette metode til de mest udsatte borgere i målgruppen. Kritikken af CTI-metoden bunder primært i, at der er tale om et tidsafgrænset forløb på 12 måneder, hvilket ikke opleves at være tilstrækkeligt for alle i målgruppen. Både NGO'er og projektkommuner peger på, at samarbejdet til dels har været hjulpet af nogle allerede eksisterende samarbejdsrelationer, men også at samarbejdet i projektet har skabt et nyt kendskab til hinanden og de forskellige kompetencer, som begge parter også vil kunne drage fordel af efter projektets afslutning. Repræsentanter fra både projektkommunerne og de involverede NGO'er fremhæver, at processen for tildeling af NGO-midler og usikkerheder i forbindelse med projektets opstart og forlængelse har skabt udfordringer i samarbejdet. Både projektkommunerne og NGO'erne giver udtryk for, at frustrationerne i forhold til disse udfordringer ikke er rettet mod repræsentanter fra den anden part, men at det alligevel ikke har kunnet undgå at smitte af på samarbejdet i perioder. Tilbage står dog, at både NGO'er og projektmedarbejderne oplever, at de har fået nogle samarbejdsrelationer, som de også kan gøre brug af fremover.

BILAG

BILAG 1 FORSTUDIET

I dette bilag gives en kort beskrivelse af det forstudie, som SFI gennemførte i projektets første fase – planlægnings- og udviklingsfasen – som løb fra projektets opstart i april 2012 til og med maj 2013. Fasen havde overordnet til hensigt at få sat rammerne for projektet i form af samarbejdsaftaler mv. med projektkommunerne samt at kvalificere valget af projektets metode. For at understøtte særligt den sidstnævnte del gennemførte SFI et forstudie, bestående af dels et litteraturstudie og dels en række kvalitative interview. Litteraturstudiet viste overordnet set, at det kan være vanskeligt for borgeren at skabe forandringer i forhold til prostitutionen (se bl.a. Kofod m.fl., 2011; Døssing m.fl., 2011; Mayhew & Mossman, 2007; McNaughton & Sanders, 2007). I den inddragede litteratur viste det sig, at det særligt er processen omkring at forlade prostitution, der er i centrum, hvor en række undersøgelser beskriver, hvordan forskellige uløste sociale, helbredsmæssige eller økonomiske problemstillinger kan medvirke til, at det mislykkes for borgeren at fastholde exit. Sådanne grunde kan fx være økonomiske problemer, behov for finansiering af et ikke-ophørt misbrug af stoffer, fristelsen ved at tjene såkaldte ”hurtige” penge, manglende evne til eller mulighed for at fungere i sammenhæng med de eksisterende hjælpetilbud, psykisk sygdom, manglende støtte fra det sociale netværk og/eller negativ indflydelse fra andre (se bl.a. Benoit & Millar, 2001; Dalla, 2006; Kofod m.fl., 2011; McNaughton & Sanders, 2007; Williamson & Folaron, 2003). Også strukturelle faktorer såsom mulighed for bolig, misbrugsbehandling og at få et arbejde tildeles stor betydning i forhold til at understøtte borgerens mulighed for exit, hvis borgeren ønsker exit (se bl.a. Baker, Dalla & Williamson, 2010; Benoit & Millar, 2001; Dalla, 2006; Hester & Westermarland, 2004; Sanders, 2007).

I henhold til litteraturstudiets formål om at kvalificere udviklingen af en metode, som kan anvendes i kommunernes sociale arbejde, var det ligeledes relevant at inddrage eksisterende dansk litteratur vedrørende forholdet mellem borgere fra målgruppen og det offentlige sociale system. Her peger forskellige undersøgelser på, at nogle borgere med prostitutionserfaringer har afholdt sig fra at søge hjælp i offentligt regi, bl.a. grundet manglende tillid til det offentlige sociale system, manglende oplevelse af indflydelse på egen situation, oplevelser med skiftende sagsbe-

handlere og/eller frygt for repressalier (se bl.a. Bjonness, 2011; Døssing m.fl., 2011; Kofod m.fl., 2011).

Som supplement til litteraturstudiet blev der ligeledes gennemført en række interview, som sammen med eksisterende empiri fra SFI's kortlægning Prostitution i Danmark (Kofod m.fl., 2011) havde til formål at give en dybere forståelse af målgruppens heterogenitet og udfordringer i forhold til det sociale arbejde med målgruppen. Konkret blev der indsamlet 34 interview med udenlandske videnspersoner, danske fagpersoner hos henholdsvis kommuner, Kompetencecenter Prostitution og NGO'er samt med personer fra projektets målgruppe. Interviewene understøttede i høj grad konklusioner fra litteraturen om behovet for en holistisk indsats, baseret på den enkeltes behov og ikke mindst behovet for at skabe tillid mellem målgruppen og det offentlige sociale system.

På baggrund af forstudiet samt drøftelser med projektkommunerne og Socialstyrelsen udformede SFI et pilot-metodenotat, der beskriver CTI-metoden samt de dokumentationsredskaber, som ligeledes skulle testes i pilotfasen (se bilag 2 for en beskrivelse af pilotfasen). Notatet udgjorde det metodiske grundlag for kommunernes arbejde med målgruppen i pilotfasen.

BILAG 2 PILOTSTUDIET

I dette bilag gives en kort beskrivelse af SFI's pilotstudie, gennemført i projektet anden fase – pilotfasen – som løb fra juni 2013 til og med december 2013. For en nærmere beskrivelse henvises til et selvstændigt arbejdsrapport vedrørende pilotstudiet.

Pilotfasens primære formål var at videreudvikle projektets metode og dokumentationsredskaber forud for den endelige implementering og afprøvning. For at understøtte dette arbejde indsamlede SFI i pilotfasen dels viden om kommunernes indledende erfaringer med den praktiske anvendelse af metoden, dels erfaringer med at dokumentere metodens effekt på baggrund af de udviklede redskaber. Undervejs i pilotfasen blev der desuden gennemført en række aktiviteter med henblik på at sikre korrekt anvendelse af dokumentationsredskaberne samt understøtte kompetenceudviklingen af de kommunale medarbejdere, dels i arbejdet med CTI-metoden og dels i arbejdet med målgruppen. Derudover blev der gennemført en række møder med projektkommunerne samt to møder med henholdsvis projektets nationalfaglige følgegruppe og projektgruppen, som alle ligeledes bidrog til videreudvikling af projektets metode- og dokumentationsredskaber.

Empirien til SFI's pilotstudie bestod af henholdsvis observationsstudier af en dags varighed i hver kommune, interview med projektledere og to CTI-medarbejdere i hver kommune (med undtagelse af Odense, hvor der på interviewtidspunktet kun var ansat én CTI-medarbejder). Nedenstående tabel viser, hvordan de forskellige dele af pilotstudiets empiri har bidraget til studiet.

Som forventet gav pilotstudiet anledning til at præcisere en række elementer i henhold til beskrivelsen af metoden og udformningen af dokumentationsredskaberne.

BILAGSTABEL B2.1

Empiriske bidrag til pilotstudiet.

Empiri	Bidrag
Observationsstudier	Observationsstudierne har bidraget med viden om projektet og CTI-metodens implementering i de fire kommuner, og hvordan CTI-medarbejderen i praksis arbejder i henhold til CTI-principperne og CTI-metodens værdigrundlag.
Interview med CTI-medarbejdere	Interviewene har bidraget med viden om den praktiske anvendelse af CTI-metoden, herunder rollen som CTI-medarbejder, erfaringer med arbejdet med målgruppen, herunder rekruttering og relationsskabelse samt anvendelsen af dokumentationsredskaberne.
Interview med kommunale projektledere	Interviewene har omhandlet kommunens tidligere erfaringer med CTI eller lignende metoder, projektets forankring og implementering i kommunen samt samarbejdet mellem kommunen og eksterne parter i projektet, fx NGO'er.

ANVENDELSE AF CTI-METODEN

Overordnet set var de udfordringer, som CTI-medarbejderne oplevede i pilotfasen, relateret til:

- Uklarhed om, hvad der igangsætter et CTI-forløb, herunder hvilke handlemuligheder CTI-medarbejderen har forud for opstarten af et CTI-forløb
- Uklarhed om CTI-medarbejderens rolle og opgaver i hver af de tre CTI-faser
- Uklarhed om organiseringen af indsatsen.

Uklarhederne omkring de to første forhold skyldtes primært, at CTI-medarbejderens rolle og opgaver i orienteringsperioden og i den enkelte CTI-fase ikke var tilstrækkeligt beskrevet i det metodenotat, som var blevet udformet forud for pilotfasens start. Sidstnævnte forhold relaterede sig især til manglende opsætning af caseload (det vil sige antal borgerforløb pr. medarbejderårsværk). På baggrund af kommunernes erfaringer blev de tre forhold præciseret inden igangsættelse af projektets ”implementerings- og afprøvningsfase”. Nedenstående tabel giver et samlet overblik over de vigtigste præciseringer, der er sket i beskrivelsen af projektets metode, og hvad baggrunden for præciseringerne har været.

BILAGSTABEL B2.2

Præciseringer til metodenotat.

Emne	Kommunernes erfaring fra pilotfasen	Præcisering
Orienterende samtaler	Det var meget forskelligt, hvor mange samtaler borgeren havde behov for inden opstart af et eventuelt CTI-forløb.	I pilot-metodenotatet var der indsat maksimalt tre orienterende samtaler. I forbindelse med revideringen af metoden blev dette maksimumantal fjernet.
Orienterende samtaler	Det kan være vanskeligt at fastholde kontakten til borgeren til trods for, at det/de første møde(r) har været positive.	I metodenotatet til afprøvningsfasen er indhold og form af den indledende kontakt blevet præciseret, herunder hvordan CTI-medarbejderne kan have en dialog med borgeren, som kan understøtte kontakten til borgeren.
CTI-medarbejderens opgaver i orienteringsperioden	Flere medarbejdere oplevede i pilotfasen, at det var uklart, hvornår orienteringsperioden sluttede, og det reelle CTI-forløb gik i gang. Særligt var der forvirring omkring, hvilke handlemuligheder man havde som CTI-medarbejder i forhold til at hjælpe borgeren i orienteringsperioden, eller om sådanne aktiviteter krævede opstart af et CTI-forløb.	Det er blevet præciseret, at CTI-medarbejderen i orienteringsperioden skal tage hånd om eventuelle akutte problemstillinger, som borgeren måtte komme med. Har borgeren derimod behov for, at der arbejdes med langsigtede problemstillinger, kræver det imidlertid, at der igangsættes et CTI-forløb, eller hvis dette ikke er muligt, at borgeren visiteres til hjælp i andet regi.
CTI-metodens faser	Der har været uklarhed omkring, hvad der definerede overgangen mellem faserne.	Det kan være vanskeligt at vurdere, hvornår borgeren reelt overgår fra én fase til den næste, hvorfor det er blevet præciseret, at overgangene sker efter ca. 4 og 8 måneder. Herudover er der i det reviderede metodenotat opstillet en række forhold, som skal være opfyldt ved de to overgange mellem faser.

(Tabellen fortsættes)

BILAGSTABEL B2.2 FORTSAT

Præciseringer til metodenotat.

Emne	Kommunernes erfaring fra pilotfasen	Præcisering
CTI-metodens faser	Der har været uklarhed omkring indholdet i den enkelte CTI-fase, særligt i forhold til 1. CTI-fase, hvor der pga. beskrivelsen i pilot-metodenotatet herskede tvivl om, hvorvidt der måtte igangsættes aktiviteter i 1. CTI-fase, eller om der udelukkende måtte arbejdes med planlægningen af forløbet.	Indholdet i de enkelte CTI-faser, og hvad CTI-medarbejderens opgaver er i forbindelse hermed, er blevet præciseret. Eksempelvis er det blevet præciseret, at planlægning og igangsættelse af aktiviteter sker løbende hen over de første to CTI-faser ¹ . Den afgørende forskel de to faser imellem er, at der i 2. CTI-fase skal indgå evalueringer af borgerens aktivitetsplan, hvilket kræver, at borgeren er i gang med de aktiviteter, som er defineret i aktivitetsplanen.
CTI-medarbejderens rolle og opgaver i orienteringsperioden og de enkelte faser i CTI-forløbet	Der har været et behov for en mere fyldestgørende beskrivelse af, hvad det vil sige at være CTI-medarbejder, samt hvilke opgaver CTI-medarbejderen forventes at varetage.	Beskrivelsen af CTI-metodens værdigrundlag, og hvilken betydning det har for CTI-medarbejderens rolle, er blevet uddybet. Derudover er medarbejderens rolle i den enkelte fase blevet adresseret i beskrivelsen af hver enkelt fase. Herudover har CTI-medarbejderne selv indgået i arbejdet med at udforme en liste over opgaver, knyttet til orienteringsperioden og de enkelte CTI-faser. Opgaverne er ligeledes skrevet ind i det reviderede metodenotats beskrivelse af hver fase og er ligeledes vedhæftet i samlet form som bilag til notatet.
Caseload	CTI-medarbejderne oplevede generelt, at de kunne udvise den fleksibilitet, som CTI-metoden foreskriver. Dog var der fra flere sider et ønske om at få defineret et caseload pr. CTI-medarbejder.	I det reviderede metodenotat er der anbefalet et caseload på 10 CTI-forløb pr. fuldtids CTI-medarbejder. Det blev endvidere anbefalet, at de kommunale projektgrupper løbende diskuterer caseload for at sikre, at medarbejdernes ressourcer udnyttes bedst muligt.

1. I visse tilfælde også i 3. CTI-fase, se det reviderede metodenotat for en nærmere beskrivelse.

UDVIKLING AF DOKUMENTATIONSVÆRKTØJER

I udviklingen af dokumentationsværktøjer var der såvel før som undervejs i pilotfasen fokus på så vidt muligt at integrere dokumentationsarbejdet med det sociale arbejde. Erfaringerne fra pilotfasen viste, at Outcomes Star overordnet set betragtes af CTI-medarbejderne som et godt dialogværktøj i deres arbejde med at få et helhedsorienteret overblik over borgerens situation. Derudover fortalte flere CTI-medarbejdere, at borgerne var positive over for brugen af redskabet. Dette blev også bekræftet af pilotfasens observationsstudier. For at lette indsamlingen af dokumentationen samt understøtte anvendelsen af de øvrige redskaber – aktivitetsplan og CTI-skemaer – blev al dokumentation samlet i det system, hvor Outcomes Star indsamles. I systemet samles alle registreringer, lavet for det enkelte forløb, under en særskilt borgerprofil. I systemet er der indarbejdet en påmindelsesfunktion, som giver CTI-medarbejderne besked om, hvornår det er tid til at udfylde henholdsvis et CTI-skema eller en Outcomes Star i forbindelse med et givent forløb.

Ud over en række indholdsmæssige forandringer er de primære forandringer fra pilot- til afprøvningsfasen følgende:

- Dokumentationen af alle CTI-forløb er blevet samlet i et dokumentationssystem – Star Online – hvor alle registreringer sker på borgerniveau.
- Der er blevet introduceret et skema til registrering af ikke-opstartede forløb.
- Der er sket ændringer i frekvensen, hvormed dokumentationen indsamles.

Nedenstående tabel giver et samlet overblik over de vigtigste præciseringer i forhold til dokumentationsredskaberne og baggrunden herfor.

BILAGSTABEL B2.3

Præciseringer til dokumentationsredskaber.

Redskab/emne	Erfaring fra pilotfasen	Præcisering
Generelt	Behov for at få koblet de forskellige dokumentationsredskaber samt lette dokumentationen.	Der er udviklet et dokumentationssystem, som samler al dokumentation af igangværende forløb – Outcomes Star, CTI-skemaer og aktivitetsplan.
Generelt	I pilotfasen skulle Outcomes Star udfyldes hver måned, og det daværende statusskema skulle udfyldes én gang i hver CTI-fase. Den hyppige udfyldelse af Outcomes Star blev af flere oplevet som en stressfaktor i relationen til borgeren. Herudover var der en bekymring om, at de forskellige indsamlingsfrekvenser for henholdsvis Outcomes Star og det daværende statusskema kunne blive forvirrende, og at dette ville føre til manglende registreringer.	Såvel Outcomes Star som CTI-skemaer udfyldes ved opstart og herefter hver 2. måned. Der er udviklet en påmindelsesfunktion i systemet.
Outcomes Star	Spørgsmålet omkring antal kunder var problematisk af flere årsager, og der blev stillet spørgsmålstejn ved, om det gav et retvisende billede af udviklingen i prostitutionsfrekvens.	Ændringer i spørgsmål til måling af prostitutionsfrekvens. Ud over spørgsmål om eventuelt salg af seksuelle ydelser er der ligeledes tilføjet spørgsmål, som afdækker motivation.
Outcomes Star	Enkelte CTI-medarbejdere har borgere, som de kommunikerer med på engelsk, og de har derfor efterspurgt engelske versioner af de dokumentationsredskaber, som de anvender sammen med borgeren.	Der er blevet en engelsk version af Outcomes Star tilgængelig i dokumenteringssystemet. Herudover er de spørgsmål, som stilles ved oprettelsen af borgeren i systemet, samt spørgsmålene omkring prostitutionsfrekvens og WHO-5's trivselindeks alle oversat til engelsk.

(Tabellen fortsættes)

BILAGSTABEL B2.3 FORTSAT

Præciseringer til dokumentationsredskaber.

Redskab/emne	Erfaring fra pilotfasen	Præcisering
Statusskema/CTI-skema	Manglende måling på indikatorer til vurdering af fidelitet samt dokumentering af, hvilke tilbud borgeren modtager.	Statusskemaet har dannet grundlag for udviklingen af CTI-skemaerne. CTI-skemaerne indeholder, udover spørgsmål om borgerens situation, spørgsmål, der måler på CTI-metodens principper og monitorerer igangsatte tilbud.
Aktivitetsplan	Opsætningen af mål på tre niveauer i den oprindelige aktivitetsplan var for kompliceret til, at planen fungerede efter hensigten.	Indholdet af aktivitetsplanen er blevet revideret, og planen er blevet integreret i dokumentationssystemet med henblik på at lette den praktiske anvendelse og indsamlingen af aktivitetsplanerne.
Registrering af ikke-opstartede forløb	CTI-medarbejderne oplevede at få kontakt til borgere, som af den ene eller anden grund ikke endte med at starte i et CTI-forløb.	Der er udviklet et fælles registreringskema, som CTI-medarbejderne i de fire kommuner udfylder for de borgere, som ikke starter i et CTI-forløb. I skemaet beskrives eksempelvis årsag til manglende opstart.

BILAG 3 DEN KVANTITATIVE DATAINDSAMLING

I dette bilag beskriver vi de dokumentationsredskaber, som er blevet inddraget i den kvantitative del af evalueringen, og hvordan disse har bidraget til opfyldelsen af evalueringens formål. Dokumentationen for hver borgers forløb er sammensat således, at den følger det enkelte forløb, hvilket betyder, at tidspunktet for de enkelte målinger har fulgt de individuelle opstartstidspunkter for hver enkelt borgers CTI-forløb. Konkret er der blevet målt ved opstart af CTI-forløbet og herefter hver anden måned frem til afslutning af forløbet.

Den kvantitative del af evalueringen har haft til hensigt at dokumentere virkningen af CTI-metoden på borgerniveau. Dette er blevet evalueret ved at foretage målinger på borgerniveau, som er blevet koblet til det metodiske arbejde og den konkrete indsats, der er blevet ydet i CTI-forløbet. Målingerne på borgerniveau har både omfattet borgerens egen oplevelse af sin situation og en afdækning af en række objektive forhold, som på baggrund af forstudiet blev vurderet til at have afgørende betydning for borgerens livssituation, såsom økonomi, boligsituation, helbredsproblemstillinger osv. Målingerne af det metodiske arbejde har haft til hensigt at afdække, om CTI-forløbet er blevet gennemført ud fra de principper, der ligger til grund for CTI-metoden. Det betyder, at vi både har gennemført målinger på indsatsens kerne-outcomes gennem målinger på borgerniveau og samtidig har fulgt metodens implementering og praktiske anvendelse tæt.

Ved at foretage målinger på begge niveauer har vi haft mulighed for at belyse, hvordan variationen i implementeringen af CTI-metoden (fidelitet) påvirker virkningen af forløbet. Målingerne har med andre ord givet os viden om, hvorvidt eventuelle virkninger på borgerniveau har kunnet tilskrives CTI-metoden, og om en eventuel mangelfuld virkning modsat har kunnet skyldes, at den udviklede metode ikke er blevet gennemført i praksis.

Til evaluering heraf har vi anvendt to dokumentationsredskaber – Outcomes Star og CTI-skemaer – som blev samlet på en fælles elektronisk platform, udviklet til projektet. I de følgende afsnit beskriver vi, hvordan disse redskaber er blevet anvendt samt uddyber indholdet i de enkelte skemaer.

OUTCOMES STAR

I Exit-projektet har vi arbejdet med to forskellige mål for borgerne – ”forbedret livssituation” og ”exit fra prostitution”. Til målingen har vi anvendt redskabet Outcomes Star, da det er designet til at måle og kvantificere såkaldte ”bløde outcomes” af en social indsats. Outcomes Star er således et redskab til måling af indsatser til udsatte borgere, hvor borgeren vurderer sin egen situation samt oplevelse af muligheder for at håndtere eventuelle udfordringer inden for ti forskellige områder. Der er tale om et processuelt redskab, som i Exit-projektet er blevet anvendt af CTI-medarbejderen og borgeren i fællesskab for at sikre en tæt dialog omkring borgerens situation samt sikre, at de igangsatte aktiviteter har udgangspunkt i borgerens egen oplevelse af behov og ønsker. Redskabet er derved med til at understøtte CTI-metodens principper om, at CTI-forløbet skal være en individuelt tilpasset proces, der er sammensat ud fra den enkeltes behov. Derudover kan redskabet ligeledes være med til at styrke opbygningen af en tæt relation mellem borger og CTI-medarbejder, som er karakteriseret ved et ligeværdigt samarbejde.

PRAKTISK ANVENDELSE AF REDSKABET

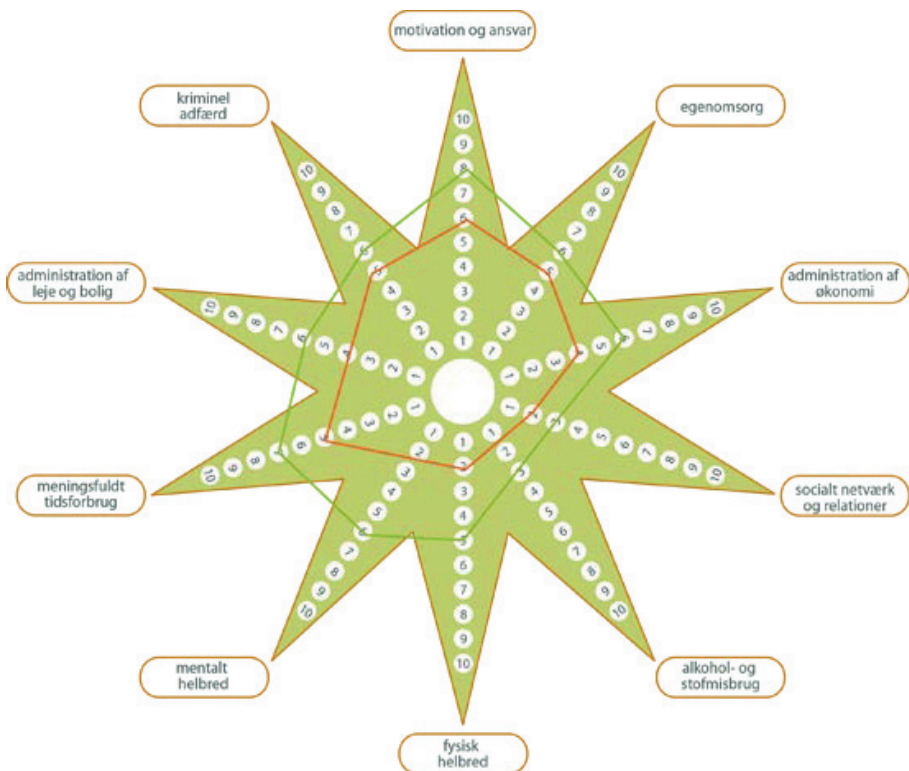
Igennem CTI-forløbet har CTI-medarbejderen og borgeren anvendt Outcomes Star som samtaleredskab og som et fælles redskab til at monitorere borgerens situation. Redskabet anvendes således, at borger og CTI-medarbejder sammen opretter en profil på borgeren inde i monitoreringssystemet, der bl.a. indeholder forskellige baggrundskarakteristika, fx alder, statsborgerskab og uddannelse samt grundlæggende informationer om borgerens erfaringer med salg af seksuelle ydelser, herunder eksempelvis hvad borgeren typisk har modtaget som ”betaling” (stoffer, alkohol, penge osv.) for den seksuelle ydelse. Herudover registreres det, hvad borgerens formål med at indgå i forløbet er, dvs. om borgeren ved forløbets opstart ønsker at indgå i CTI-forløbet for at stoppe med at sælge seksuelle ydelser eller for at forbedre sin aktuelle livssituation, mens vedkommende er i prostitution.

Når borgerens profil er oprettet, udfylder borger og CTI-medarbejderen sammen en ”stjerne”, hvor hver spids på stjernen symboliserer et område, fx administration af økonomi. Til hvert område hører en ti-punktskala, inden for hvilken borgerens oplevelse af egen situation markeres. Hvor markeringen inden for det enkelte område sættes, vurderes på følgende måde:

- Først vurderer CTI-medarbejderen og borgeren i fællesskab borgerens situation ud fra fem niveauer, gående fra at være fastlåst i et eventuelt problem til at være proaktiv og selvstændig i forhold til at håndtere eventuelle udfordringer i forhold til det pågældende problem.
- Efter at have fundet ud af, hvilket niveau borgeren befinder sig på i forhold til det pågældende område, differentieres vurderingen yderligere på baggrund af to udsagn, og borgeren vælger, hvilket udsagn der passer bedst på oplevelsen af egen situation. Det valgte udsagn er tilknyttet en talværdi, som markerer borgerens oplevelse af egen situation på en skala fra 1-10.

I vurderingen af, hvor markeringen skal være, er det vigtigt at være opmærksom på, at det, der måles, er, hvordan den enkelte borger oplever og forholder sig til problemer inden for det pågældende område. I de tilfælde, hvor det er vanskeligt at finde frem til en markering, er det derfor vigtigt at fokusere på, hvordan vedkommende forholder sig til pågældende område samt anvende de vejledninger, der findes i systemet, og som kan anvendes samtidig med, at stjernen udfyldes. Det er desuden vigtigt, at både CTI-medarbejderen og borgeren har forstået, hvordan man vurderer, hvor markeringen på tipunktsskalaen skal være, hvorfor det er vigtigt at sætte god tid af til udfyldelsen af stjernen, særligt i starten af forløbet.

Når borgeren og CTI-medarbejderen har gennemgået de ti dimensioner, fås et billede, der eksempelvis kan se ud som nedenstående, hvor markeringerne i dimensionerne er forbundet og har formet en ”stjerne”. Billedet viser både en grøn og en rød ”stjerne”, hvilket skyldes, at det undervejs i CTI-forløbet er muligt at få vist op til tre af borgerens stjerner samtidig for at synliggøre ændringer i borgerens oplevelse af egen situation.



Ud over de ti dimensioner, som er en del af stjernen, er der i tilpasningen af redskabet til nærværende projekt tilføjet spørgsmål til måling af forbedret livssituation i form af WHO's lille standardskema, WHO5³⁹. Herudover er der tilføjet spørgsmål vedrørende eventuelt salg af seksuelle ydelser. Disse spørgsmål kan ses i bilag 6. I nogle tilfælde vil det være nødvendigt, at udfyldelse af en stjerne forløber over flere møder, alt efter hvor meget dialog omkring borgerens situation redskabet genererer.

CTI-SKEMAER

I evalueringen er der yderligere blevet anvendt tre former for såkaldte CTI-skemaer. Et skema, der er blevet udfyldt ved opstart af et CTI-forløb, et skema, som er blevet udfyldt undervejs i CTI-forløbet efter henholdsvis 2,4, 6, 8 og 10 måneder, og et skema, som er blevet anvendt ved afslutningen af CTI-forløbet. CTI-skemaerne er blevet udfyldt af CTI-medarbejderen og har haft følgende formål:

³⁹ WHO-5 består af fem spørgsmål om borgerens egen oplevelse af trivsel og kan anvendes som et mål for, om borgerne får forbedret deres generelle trivsel i den tidsperiode, som indsatsen har været.

- Afdække det arbejde, som CTI-medarbejderen har lavet i forhold til borgerens forløb.
- Monitorere, hvilke tilbud og indsatser borgeren er blevet tilknyttet. Dette gælder både tilbud og indsatser, som er blevet sat i gang som et led i CTI-forløbet, samt tilbud og indsatser, som borgeren er blevet tilknyttet forud for CTI-forløbets opstart, og som borgeren fortsat er tilknyttet efter forløbets opstart.
- Afdække objektive forhold omkring borgerens situation inden for de otte dimensioner, som på baggrund af forstudiet og den eksisterende viden på området er blevet identificeret som væsentlige i forhold til at skabe forandringer for målgruppen.

Hvert skema består således af ni temaer. Det første tema omhandler de første to af de ovenstående formål vedrørende anvendelsen af metoden i praksis samt indholdet af forløbet i form af monitorering af de tilbud, som sættes/er sat i gang. Eksempelvis spørges der i opstartsskemaet om det kontaktskabende arbejde, som er gået forud for opstarten af forløbet. Det vil bl.a. sige mængden af kontakt, hvordan kontakten til borgeren er blevet etableret osv. Herudover spørges, om borgeren er tilknyttet andre former for indsatser/tilbud på opstartstidspunktet og i så fald hvilke. I skemaet for igangværende forløb samt afslutningsskemaet spørges om CTI-medarbejderens arbejde i den forgangne periode, herunder hvor meget tid CTI-medarbejderen har brugt på forskellige elementer af CTI-arbejdet såsom støttende samtaler eller koordinering af borgerens forløb. Herudover spørges i skemaerne specifikt om elementer, som relaterer sig til principper bag CTI-metoden. I skemaet for igangværende forløb sker der eksempelvis en afdækning af, om der er lavet en aktivitetsplan, og om CTI-medarbejderen og borgeren har fulgt op på denne, mens det i afslutningsskemaet bl.a. afdækkes, om der er lavet en langsigtet plan for borgeren, der imødekommer et eventuelt fremadrettet støttebehov. I afslutningsskemaet afdækkes det ligeledes, hvorfor forløbet afsluttes.⁴⁰ Det vil sige, at afslutningsskemaet er blevet anvendt, hver gang et forløb afsluttes, hvad enten dette sker efter det planlagte 12-månedersforløb eller før. I begge skemaer spørges ligeledes om indholdet af forløbet i

⁴⁰ Der kan være forskellige årsager til, at et forløb afsluttes før de planlagte 12 måneder, såsom at borgeren og medarbejderen ikke længere har kontakt, eller at borgeren ikke længere har behov for støtte.

form af, hvilke tilbud borgeren er tilknyttet på tidspunktet for udfyldelsen.

Hvert af de sidste otte temaer relaterer sig til det tredje af de ovenstående formål, hvilket vil sige, at hvert tema afdækker borgerens situation inden for en af følgende otte dimensioner:

- Økonomi
- Bolig
- Socialt netværk
- Daglige aktiviteter
- Fysisk helbred
- Psykisk helbred
- Misbrug
- Uddannelses- og arbejdsmarkedskompetencer.

Spørgsmålene inden for disse temaer er de samme i alle tre typer af skemaer. Hensigten har været at afdække objektive forhold, som kan påvirke borgerens situation inden for hver dimension ved opstart og afslutning af forløbet, samt at monitorere eventuelle ændringer i disse undervejs. Sådanne forhold er eksempelvis borgerens forsørgelsesgrundlag, borgerens boligsituation og faktorer omkring borgerens helbred.

TIDSPUNKT FOR UDFYLDELSE AF OUTCOMES STAR OG CTI-SKEMAER

Outcomes Star og CTI-skemaer er som udgangspunkt blevet udfyldt hver anden måned. I forhold til Outcomes Star har der i praksis dog været forhold, som har betydet, at det ofte ikke har været muligt at have præcis to måneder imellem hver udfyldelse, da denne bl.a. er afhængig af, at borgeren skal være til stede. For at imødekomme dette har det været muligt at udfylde stjernen fra to uger før til to uger efter den intenderede dato. Det vil sige, at anden stjerne i et CTI-forløb har kunnet udfyldes fra ca. 1½ måned og frem til ca. 2½ måned efter opstartstidspunktet. Udregningstidspunktet for, hvornår en stjerne er blevet udfyldt, har altid fulgt opstartstidspunktet. Det vil sige, at selvom udfyldelsen af anden stjerne er blevet rykket, har intentionen stadig været, at tredje stjerne er blevet udfyldt efter fire måneder, fjerde stjerne efter seks måneder osv. I nogle tilfælde har CTI-medarbejderen oplevet, at det ikke har været muligt at udfylde alle stjerner i et forløb.

IKKE-OPSTARTEDE CTI-FORLØB

I evalueringen har CTI-medarbejderne ligeledes registreret eventuel kontakt med borgere, som af den ene eller anden grund ikke er endt med at starte i et CTI-forløb. Dette er gjort via et fælles registreringsskema, indeholdende følgende oplysninger om kontakten til borgeren:

- Borgerens køn
- Borgerens alder
- Projektkommune
- Borgerens hjemkommune
- Dato for første kontakt med borgeren
- Dato for sidste kontakt med borgeren
- Kontaktformer anvendt i det kontaktskabende arbejde (sms, mail, fysiske møder)
- Antal fysiske møder
- Hvordan blev kontakten etableret?
- Begrundelse for ikke at starte CTI-forløb
- Er borgeren sendt videre til anden form for indsats?
- Genoptagelse af kontakt på et senere tidspunkt.

BILAG 4 DEN KVALITATIVE DATAINDSAMLING

Der er gennemført kvalitative studier i forbindelse med både projektets forstudie, pilotstudie og afprøvningsfase. Da såvel for- som pilotstudie er blevet gennemgået i henholdsvis bilag 1 og 2, omhandler dette bilag udelukkende den kvalitative empiri, som er indsamlet i forbindelse med afprøvningsfasen.

I afprøvningsfasen har vi interviewet følgende grupper:

- Projektledere (og eventuelle projektkoordinatorer)
- CTI-medarbejdere
- Borgere – nogle er interviewet ved opstart i deres CTI-forløb, mens andre blev interviewet ved afslutning
- Repræsentanter fra otte NGO'er.

Formålet med den kvalitative del af evalueringen har været at få dels viden om implementeringen og den praktiske anvendelse af CTI-metoden i kommunerne, dels en dybere forståelse af de kvantitative resultater, målt på borgerniveau. Nedenfor ses en oversigt over, hvilke temaer der har været en del af det kvalitative studie i afprøvningsfasen, samt hvilke interviewmetoder der er anvendt.

BILAGSTABEL B4.1

Temaer og metoder, anvendt i det kvalitative studie.

Tema	Metode	Eksempler på spørgsmål
Implementering af CTI-metoden	Interview med kommunale projektledere (og eventuelle koordinatore)	Hvilke organisatoriske forudsætninger er centrale for at implementere metoden?
		Hvordan er projektgruppen sammensat?
Anvendelsen af CTI-metoden i forhold til projektets målgruppe	Fokusgrupper med CTI-medarbejdere	Hvordan er projektet forankret i kommunen?
		Hvilke faglige udfordringer oplever CTI-medarbejderen ved at anvende metoden? Er der fx strukturelle udfordringer, som har indvirkning på anvendelsen af metoden, såsom ventetidsproblematikker i forhold til tildeling af tilbud?
		Hvilke faglige udfordringer oplever CTI-medarbejderen i arbejdet med målgruppen?
		Hvordan oplever CTI-medarbejderne, at metoden er anvendelig i forhold til målgruppens behov?
Etablering af kontakt til målgruppen og rekruttering + Samarbejdet med interne og eksterne samarbejdspartnere	Fokusgrupper med CTI-medarbejdere	Hvilken form for kompetenceudvikling er der behov for i forhold til at sikre det nødvendige kendskab til målgruppen?
	Interview med CTI-medarbejdere	Hvilken rolle har samarbejdspartnere i andre dele af kommunen og i tilknyttede institutioner haft i etableringen af kontakt?
	Interview med kommunale projektledere (og eventuelt koordinatore).	Hvilken rolle har andre aktører, fx KC og NGO'er, haft i etableringen af kontakt?
	Interview med NGO-repræsentanter	Hvilke udfordringer er der i forhold til at skabe samarbejdsrelationer på tværs af kommunale aktører og private aktører?

(Tabellen fortsættes)

BILAGSTABEL B4.1 FORTSAT

Temaer og metoder, anvendt i det kvalitative studie.

Tema	Metode	Eksempler på spørgsmål
Borgerens motivation for at indgå i CTI-forløbet og vurdering af CTI-forløbets eventuelle betydning	Interview med borgerne ved opstart og afslutning af forløb.	Hvad har været udslagsgivende i forhold til ønsket om at indgå i et CTI-forløb? Hvad er de borgeroplevede resultater af at indgå i CTI-forløbet? Oplever borgerne eksempelvis, at forløbet tager udgangspunkt i deres behov og ressourcer? Hvordan oplever borgeren sin egen livssituation? Er der sket markante ændringer i borgerens livssituation undervejs i CTI-forløbet, som borgeren vurderer har haft en indvirkning på forløbet, fx ændringer i civilstatus? Hvordan har borgeren oplevet samarbejdet med CTI-medarbejderen? Hvad er de afgørende faktorer for et succesfuldt forløb?

Alle de indsamlede interview er blevet analyseret ved hjælp af programmet NVivo, som er beregnet til at organisere og sortere kvalitative data for herved at undersøge sammenhænge i dataene og identificere tendenser.

INTERVIEW MED LEDERE (OG EVENTUELLE KOORDINATORER)

I forbindelse med afprøvningsfasen er der blevet gennemført interview af ca. 90 minutters varighed med hver af de fire projektledere i de fire projektkommuner. I de tilfælde, hvor kommunen har haft en projektkoordinator, har denne også deltaget i interviewet.

Interviewene har haft til hensigt at afdække implementeringen af projektet i kommunen, herunder hvilke organisatoriske forudsætninger der er centrale for at kunne implementere metoden. Herudover har interviewene haft til hensigt at belyse kommunernes arbejde med rekruttering og samarbejdet med forskellige eksterne og interne aktører. Kommunernes projektbeskrivelser og interviewene fra projektets pilotfase er

blevet anvendt som inspiration til udarbejdelsen af interviewguider med henblik på at sikre, at interviewene byggede oven på den allerede eksisterende viden.

FOKUSGRUPPEINTERVIEW MED MEDARBEJDERE

Alle CTI-medarbejdere har deltaget i fokusgruppeinterview. Fokusgrupperne blev sammensat på tværs af de fire projektkommuner og har haft til hensigt at belyse generelle erfaringer med projektet, herunder erfaringer med anvendelsen af metoden over for projektets målgruppe. Forud for fokusgrupperne indsamlede SFI skriftligt materiale fra CTI-medarbejderne i alle fire projektkommuner, hvori medarbejderne, enten alene eller i deres teams, var blevet bedt om at forholde sig til spørgsmål, der fremgår af bilagstabel 4.2.

BILAGSTABEL B4.2

Forberedende materiale til fokusgruppeinterview.

Spørgsmål	Eventuel hjælpetekst
Hvad er din/jeres samlede vurdering af <i>CTI-metodens anvendelighed</i> i forhold til det sociale arbejde med projektets målgruppe?	Tænk fx på din/jeres rolle over for borgeren, antallet af borgere pr. medarbejder/caseload, samt metodens faseopdeling.
Hvad er særlig vigtigt i forhold til at kunne gennemføre et CTI-forløb efter din/jeres vurdering?	Fx relationsarbejde, borgermotivation, projektorganisering, samarbejde med eksterne parter såsom misbrugstilbud mv.
Hvilke faktorer oplever du/I, at borgerne lægger vægt på som afgørende for et godt forløb?	
Hvordan vil du/I beskrive samarbejdet med NGO'er i forbindelse med CTI-forløbene?	Tænk fx på, om – og i så fald hvilken – rolle NGO'erne har spillet i de CTI-forløb, som du/I har været en del af.
Hvordan vil du/I beskrive samarbejdet med andre parter (ikke NGO'er)?	Tænk fx på samarbejdet med misbrugscentre, jobcentre, psykiatri mv. og beskriv eventuelt, hvis der er nogle sociale eller sundhedsfaglige tilbud, som I har samarbejdet meget med.

Det forberedende materiale har bl.a. dannet baggrund for udarbejdelsen af spørgeguiden til fokusgrupperne. Der blev gennemført to fokusgrupper af 2½-3 timers varighed.

INTERVIEW MED MEDARBEJDERE OM NGO-SAMARBEJDET

I undersøgelsen af NGO-samarbejdet er i alt seks medarbejdere fra de fire projektkommuner blevet interviewet om deres oplevelse af samarbejdet med NGO'erne i Exit-projektet.

Interviewene har til formål at afdække, hvordan medarbejderne har oplevet samarbejdet med NGO'erne. Interviewene har bl.a. fokus på, hvordan medarbejderne har oplevet NGO'ernes rolle i forhold til at henvise borgere til projektet og/eller levere aktiviteter til projektets målgruppe, og hvordan de har oplevet det løbende samarbejde i forhold til borgere i Exit-projektet.

INTERVIEW MED NGO-REPRÆSENTANTER

I forbindelse med undersøgelsen af NGO-samarbejdet har vi interviewet repræsentanter fra otte NGO'er, der har samarbejdet med Exit-projektet.

Interviewene har haft til hensigt at afdække, hvordan NGO'erne har oplevet at være en del af Exit-projektet. Herunder hvilke aktiviteter NGO'erne har bidraget med til projektets målgruppe, og hvordan de har oplevet samarbejdet med CTI-medarbejderne og projektet som helhed.

BORGERINTERVIEW

Der er blevet gennemført interview med 20 forskellige borgere. Interviewene har været af 45-90 minutters varighed og har fundet sted på en lokation valgt af borgeren, fx hjemme hos borgeren, på café eller i lokaler stillet til rådighed af kommunens Exit-team. 6 borgere er interviewet ved opstart af deres CTI-forløb (ca. 1 måned inde i forløbet), og 15 er interviewet ved afslutningen. I et tilfælde er den samme borger interviewet ved både opstart og afslutning. I to tilfælde har der deltaget to borgere i interviewet. Endelig har CTI-medarbejderen, hvis borgeren har ønsket det, deltaget i enkelte tilfælde i enten dele af eller i hele interviewet med det formål at gøre borgeren tryk ved interviewsituationen.

Interviewene, der er gennemført ved opstarten i forløbet, har haft særligt fokus på borgerens motivation for at indgå i forløbet, hvad der ligger til grund for borgerens beslutning om at søge støtte, hvordan kontakten er blevet etableret, og hvilke overvejelser borgeren har gjort sig forud for opstart. Derudover har der i opstartsinterviewene været fokus på borgerens ønsker for forløbet, hvilke aktiviteter der er lavet i opstarten af forløbet og den indledende kontakt med CTI-

medarbejderen, herunder om borgeren oplever, at der er eller er ved at være opbygget en tillidsrelation til medarbejderen.

Interviewene ved afslutningen har haft fokus på borgerens eventuelle udbytte af at indgå i et CTI-forløb, relationen til CTI-medarbejderen, herunder omfanget af kontakt, og hvilke aktiviteter der har været en del af forløbet, fx hvorvidt forløbet har taget udgangspunkt i borgers behov og ressourcer. Endelig har der været fokus på, hvordan borgeren har oplevet afslutningen af forløbet og overleveringen til et eventuelt nyt støttenetværk. Såvel opstarts- som afslutningsinterview har desuden omhandlet borgerens erfaringer med salg af seksuelle ydelser og generelle livssituation.

Ved at interviewe borgere både ved start og slut har vi fået et helstøbt billede af, hvordan forskellige borgers forløb kan være – startende med borgernes overvejelser om at indgå i et CTI-forløb og forventninger hertil ved opstarten af forløbet og sluttende med borgernes oplevelser af forløbet ved afslutningen. Derudover har opstartsinterviewene ligeledes sikret, at beskrivelserne af motivation og forventninger ikke udelukkende er blevet baseret på efterrationalisering ved afslutningen af forløbet snarere end den reelle oplevelse af en given situation på et givent tidspunkt.

BILAG 5 CTI-SKEMAER

I dette bilag ses de tre CTI-skemaer, udfyldt af medarbejderne ved opstart, undervejs i og ved afslutning af CTI-forløbene. Som beskrevet i bilag 3 består CTI-skemaerne af 9 temaer, hvor tema 2-9 er de samme og indeholder de samme spørgsmål i alle tre skemaer. Bilaget her viser derfor først det fulde CTI-*opstartsskema*, og derefter vises tema 1 for henholdsvis skemaet for igangværende forløb og afslutningsskemaet.

CTI-SKEMA – UDFYLDT VED *OPSTART* PÅ CTI-FORLØB.

Dette er en papirversion af de spørgsmål, der skal besvares, når der opstartes et CTI-forløb med en borger. Skemaet udfyldes af CTI-medarbejderen og indeholder spørgsmål vedrørende det kontaktskabende arbejde samt vedrørende følgende dimensioner omkring borgerens livssituation:

- Bolig
- Økonomi
- Socialt netværk
- Psykisk helbred
- Fysisk helbred
- Misbrug
- Arbejdsmarkeds- og uddannelseskompetencer
- Daglige aktiviteter.

Spørgsmålene inden for ovenstående otte dimensioner har til hensigt at give en status for borgerens livssituation inden for den enkelte dimension samt at afdække borgerens ønsker og behov ved opstarten af forløbet.

1. Det kontaktskabende arbejde

1.1. Hvordan er kontakten til borgeren etableret?

(Sæt kun ét kryds)

- NGO..... 1
- Kompetencecenter Prostitution (KC)..... 2
- Center mod menneskehandel (CMM)..... 3
- Kommunal aktør (jobcenter, rådgivningscenter etc.)..... 4
- Borgeren henvendte sig selv 5
- Via kommunal opsøgende indsats 6
- Andet, skriv hvad: _____ 7

Hvornår havde du den første kontakt med borgeren (møde, telefonisk, via mail etc.)?

Skriv dato: _____

1.2. Hvilke kontaktformer er benyttet forud for opstarten af CTI-forløbet?

(Sæt gerne flere krydser)

- Fysiske møder med borgeren 1
- Telefon 1
- Sms..... 1
- Mail 1
- Andet, skriv hvad: _____ 1

1.3. Hvor mange fysiske møder har borgeren haft med en CTI-medarbejder forud for opstarten på CTI-forløbet?

Skriv antal: _____

1.4. Har der været en 3. part (fx kontaktperson hos NGO, KC, kommunal sagsbehandler) til stede ved et eller flere fysiske møder med borgeren?

Ja, til flere møder..... 1 – gå til 1.6

Ja, til et møde..... 2 – gå til 1.6

Nej..... 5

Ved ikke..... 99 – gå til 1.6

1.4.1. Hvis nej, skriv begrundelse _____

1.5. Har du lavet aktiviteter med borgeren som et led i det kontaktskabende arbejde udover ovenstående møder?

Ja..... 1

Nej..... 5 – gå til 1.7

1.5.1. Hvilken type aktiviteter er der tale om?

(Sæt gerne flere krydser)

Opskrivning til bolig 1

Samtaler med SKAT 1

Samtaler med jobcenter 1

Rådgivning om ydelser..... 1

Hjælp til at søge ydelser 1

Støttende samtaler 1

- Akutte problemer ift. borgerens hel-
bred 1
- Andet, skriv hvad: _____ 1
- Andet, skriv hvad: _____ 1
- Andet, skriv hvad: _____ 1
- Andet, skriv hvad: _____ 1
- Andet, skriv hvad: _____ 1

1.6. Er borgeren tilknyttet nogle af følgende tilbud eller indsatser på nuværende tidspunkt? Med tilbud menes fx tilbud hos en NGO eller kommunale tilbud. Sæt kryds hvis ja.

- Bostotte, hjemmevejleder e.l. efter
Servicelovens § 85..... 1
- Aktivitets- og samværstilbud efter
Servicelovens § 104 1
- Økonomisk rådgivning 1
- Medicinsk stofmisbrugsbehandling -
substitutionsbehandling 1
- Social stofmisbrugsbehandling – sam-
taler, gruppeterapi etc. 1
- Alkoholbehandling 1
- Psykiatrisk behandling..... 1
- Netværksgrupper, samtalegrupper e.l. 1
- Selvudviklingskurser (fx anger mana-
gement-kursus, coachingforløb)..... 1
- Individuel psykologbehandling..... 1
- Somatisk behandling/pleje af fysiske
sygdomme 1
- Motionstilbud 1

- Særligt tilrettelagt uddannelsesforløb..... 1
- Mentor eller anden form for uddannelsesstøtte..... 1
- Uddannelsesvejledning..... 1
- Jobcoaching..... 1
- Fleksjob, skånejob, beskyttet beskæftigelse e.l. 1
- Aktiveringstilbud, herunder løntilskud, virksomhedspraktik e.l..... 1
- Kreative tilbud..... 1
- Andet, skriv hvad:_____ 1
- Andet, skriv hvad:_____ 1
- Andet, skriv hvad:_____ 1
- Andet, skriv hvad:_____ 1
- Andet, skriv hvad:_____ 1
- Andet, skriv hvad:_____ 1

2. Økonomi

2.1. Hvad er borgerens forsørgelsesgrundlag?

(Sæt gerne flere krydser)

- Salg af sex..... 1
- Løn..... 1
- SU 1

- Arbejdsløshedsdagpenge eller sygedagpenge 1
- Kontanthjælp 1
- Førtidspension 1
- Folkepension 1
- Ingen indtægt 1
- Andet, skriv hvad: _____ 1
- Ved ikke 99

2.2. Hvad er borgerens månedlige husleje ekskl. forbrug?

Skriv cirkabeløb: _____

Ved ikke 99

2.3. Har borgeren gæld?

Ja 1

Nej 5 – gå til 2.4

Ved ikke 99 – gå til 2.4

2.3.1. Hvilken type gæld har borgeren?

(Sæt gerne flere krydser)

Til pengeinstitut Ja 1 Nej 5
Ved ikke 99

Forbrugsgæld til andre långivere end pengeinstitut Ja 1 Nej 5
Ved ikke 99

Gæld til kæreste/samlever/ægtefælle Ja 1 Nej 5
Ved ikke 99

Gæld til venner/familie Ja 1 Nej 5
Ved ikke 99

Gæld til det offentlige, fx SKAT	Ja <input type="checkbox"/> 1	Nej <input type="checkbox"/> 5
	Ved ikke <input type="checkbox"/> 99	
Gæld til personer inden for prostituti- onsmiljøet	Ja <input type="checkbox"/> 1	Nej <input type="checkbox"/> 5
	Ved ikke <input type="checkbox"/> 99	
Gæld til personer inden for misbrugs- miljøet	Ja <input type="checkbox"/> 1	Nej <input type="checkbox"/> 5
	Ved ikke <input type="checkbox"/> 99	
Gæld til andre? Skriv hvem _____	Ja <input type="checkbox"/> 1	Nej <input type="checkbox"/> 5
_____	Ved ikke <input type="checkbox"/> 99	

2.4. I hvor høj grad har borgeren vanskeligt ved at betale sine boligomkostninger (husleje, el, varme og lignende)?

(Sæt kun ét kryds)

I høj grad.....	<input type="checkbox"/> 1
I nogen grad.....	<input type="checkbox"/> 2
I mindre grad.....	<input type="checkbox"/> 3
Slet ikke	<input type="checkbox"/> 4
Ved ikke.....	<input type="checkbox"/> 99
Irrelevant, har ikke bolig.....	<input type="checkbox"/> 88

2.5 Giver borgeren udtryk for et behov for tilbud/aktiviteter, målrettet borgerens økonomiske situation?

(Sæt kun ét kryds)

Nej, borgeren ønsker ikke til- bud/aktiviteter.....	<input type="checkbox"/> 1 – gå til 2.6
Ja, borgeren ønsker til- bud/aktiviteter.....	<input type="checkbox"/> 2 - gå til 2.6
Ja, borgeren ønsker dette, men har behov for andre tilbud/aktiviteter først.....	<input type="checkbox"/> 3 - gå til 2.6

Ja, borgeren ønsker tilbud/aktiviteter,
men det er ikke muligt at imøde- 4
komme dette p.t.

Ved ikke..... 99 - gå til 2.6

2.4.1. Angiv begrundelse for, at det ikke er muligt at imødekomme borgerens behov?

Skriv begrundelse: _____

2.5. Beskriv borgerens økonomiske situation og notér eventuelle tilbud (fx gældsrådgivning) eller aktiviteter (fx møder med SKAT)?

3. Boligsituation

3.1. Hvor bor/overnatter borgeren?

(Sæt kun ét kryds)

I egen ejer-/andelsbolig 1 – gå til 3.2

I egen lejebolig 2 – gå til 3.2

- I lejet værelse 3 – gå til 3.2
- Hos familie..... 4
- Hos en kæreste (i vedkommendes bolig)..... 5 – gå til 3.2
- Hos venner 6
- På krisecenter 7 – gå til 3.2
- På herberg..... 8
- På gaden 9
- Andet, skriv hvad: _____ 10 – gå til 3.2

3.1.1. Hvorfor har borgeren ikke egen bolig?

(Sæt gerne flere krydser)

- Borgeren er blevet sat ud af en tidligere bolig inden for de seneste 12 måneder 1
- Der er venteliste til at blive anvist eller visiteret til en passende bolig..... 1
- Der findes ikke egnede boliger eller botilbud til den pågældende borger i kommunen..... 1
- Borgerens sociale og/eller psykiske problemer vanskeliggør at finde en egnet bolig..... 1
- Borgeren har vanskeligt ved at betale en husleje..... 1
- Borgeren ønsker ikke at bo i egen bolig..... 1
- Andet, skriv hvad: _____ 1
- Ved ikke..... 99

3.2. I hvor høj grad har borgeren vanskeligt ved at varetage dagligdagsfunktioner i forhold til at have en bolig såsom at vaske op, gøre rent, handle ind e.l.?

(Sæt kun ét kryds)

- I høj grad..... 1
- I nogen grad..... 2
- I mindre grad..... 3
- Slet ikke..... 4
- Ved ikke..... 99

3.3. Giver borgeren udtryk for et behov for tilbud/aktiviteter målrettet borgerens boligsituation?

(Sæt kun ét kryds)

- Nej, borgeren ønsker ikke tilbud/aktiviteter..... 1 – gå til 3.4
- Ja, borgeren ønsker tilbud/aktiviteter..... 2 - gå til 3.4
- Ja, borgeren ønsker dette, men har behov for andre tilbud/aktiviteter først..... 3 - gå til 3.4
- Ja, borgeren ønsker tilbud/aktiviteter, men det er ikke muligt at imødekomme dette p.t..... 4
- Ved ikke..... 99 - gå til 3.4

3.3.1. Angiv begrundelse for, at det ikke er muligt at imødekomme borgerens behov?

Skriv begrundelse: _____

3.4. Beskriv borgerens boligsituation og notér eventuelle tilbud (fx bostøtte) eller aktiviteter (fx ansøgning om anden bolig)?

4. Socialt netværk

4.1. I hvor høj grad giver borgeren udtryk for manglende/svagt socialt netværk?

(Sæt kun ét kryds)

I høj grad..... 1

I nogen grad..... 2

I mindre grad..... 3

Slet ikke..... 4

Ved ikke..... 99

4.2. I hvor høj grad har borgeren kontakt til sin nærmeste familie (forældre og søskende)?

(Sæt kun ét kryds)

- I høj grad..... 1
- I nogen grad..... 2
- I mindre grad..... 3
- Slet ikke..... 4
- Irrelevant, borgeren har ingen nær familie..... 88
- Ved ikke..... 99

4.3. Har borgeren en ægtefælle eller kæreste?

- Ja..... 1
- Nej..... 5
- Ved ikke..... 99

4.4. Har borgeren børn? *Inkluder både biologiske og adopterede børn.*

- Ja..... 1
- Nej..... 5 – gå til 4.5
- Ved ikke..... 99 – gå til 4.5

4.4.1. Hvor mange børn har borgeren?

Skriv antal:

4.4.2. Hvor meget af tiden bor borgeren sammen med sine børn? *Barn 1 = det yngste barn, barn 2 = det næst yngste barn etc.*

	Hele tiden	Halvdelen af tiden eller mere	Under halvdelen af tiden	Slet ikke
Barn 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Barn 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Barn 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Barn 4	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Barn 5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Barn 6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Barn 7	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Barn 8	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

4.4.3. I hvor høj grad har borgeren kontakt til ikke-hjemmeboende børn? *Dvs. børn, som "slet ikke" bor hos borgeren.*

(Sæt kun ét kryds)

- I høj grad..... 1
- I nogen grad..... 2
- I mindre grad..... 3
- Slet ikke..... 4
- Irrelevant..... 88
- Ved ikke..... 99

4.5. Har følgende grupper kendskab til borgerens erfaringer med/overvejelser om salg af sex?

Kæreste/samlever/ægtefælle.....	Ja <input type="checkbox"/> 1	Nej <input type="checkbox"/> 5	Ved ikke <input type="checkbox"/> 99	irrelevant <input type="checkbox"/> 88
Søskende.....	Ja <input type="checkbox"/> 1	Nej <input type="checkbox"/> 5	Ved ikke <input type="checkbox"/> 99	irrelevant <input type="checkbox"/> 88
Forældre.....	Ja <input type="checkbox"/> 1	Nej <input type="checkbox"/> 5	Ved ikke <input type="checkbox"/> 99	irrelevant <input type="checkbox"/> 88
Børn.....	Ja <input type="checkbox"/> 1	Nej <input type="checkbox"/> 5	Ved ikke <input type="checkbox"/> 99	irrelevant <input type="checkbox"/> 88
Anden familie.....	Ja <input type="checkbox"/> 1	Nej <input type="checkbox"/> 5	Ved ikke <input type="checkbox"/> 99	irrelevant <input type="checkbox"/> 88
Venner uden for prostitutionsmiljøet.....	Ja <input type="checkbox"/> 1	Nej <input type="checkbox"/> 5	Ved ikke <input type="checkbox"/> 99	irrelevant <input type="checkbox"/> 88

4.6. Giver borgeren udtryk for et behov for tilbud/aktiviteter, målrettet borgerens sociale netværk?

(Sæt kun ét kryds)

Nej, borgeren ønsker ikke tilbud/aktiviteter.....	<input type="checkbox"/> 1 – gå til 4.7
Ja, borgeren ønsker tilbud/aktiviteter.....	<input type="checkbox"/> 2 - gå til 4.7
Ja, borgeren ønsker dette, men har behov for andre tilbud/aktiviteter først.....	<input type="checkbox"/> 3 - gå til 4.7
Ja, borgeren ønsker tilbud/aktiviteter, men det er ikke muligt at imødekomme dette p.t.	<input type="checkbox"/> 4

Ved ikke..... 99 - gå til 4.7

4.6.1. Angiv begrundelse for, at det ikke er muligt at imødekomme borgerens behov

Skriv begrundelse: _____

4.7. Beskriv borgerens sociale netværk og notér eventuelle relevante tilbud/aktiviteter?

5. Psykisk helbred

5.1. I hvor høj grad giver borgeren udtryk for psykiske problemer?

(Sæt kun ét kryds)

I høj grad..... 1

I nogen grad..... 2

- I mindre grad 3
- Slet ikke 4
- Ved ikke..... 99

5.2. Giver borgeren udtryk for udfordringer vedr. følgende:

(Sæt gerne flere krydser)

- Depression, mani og bipolar lidelse (manio-depressiv) 1
- Stress, fobier, forskellige former for angst, OCD og posttraumatisk stressyndrom (PTSD) 1
- Svære koncentrationsproblemer (oplever, at det er svært at huske og lign.) 1
- Personlighedsforstyrrelse, herunder borderline 1
- Søvnløshed..... 1
- Stemmehøring, skizofreni og psykose 1
- Lidelser grundet brug af alkohol eller stoffer (fx hash-psykoser) 1
- Autisme, Aspergers Syndrom e.l. 1
- ADHD, ADD e.l. 1
- Spiseforstyrrelser..... 1
- Dobbeltliv 1
- Andre former for psykiske problemstillinger, skriv _____ 1

5.3. Er borgeren i behandling, målrettet sit psykiske helbred?

- Ja..... 1

- Nej..... 5 –
gå til 5.4
- Ved ikke..... 99 –
gå til 5.4

5.3.1. Hvilken form for behandling? _____

5.4. Giver borgeren udtryk for et behov for tilbud/aktiviteter, målrettet borgerens psykiske helbred?

(Sæt kun
ét kryds)

- Nej, borgeren ønsker ikke tilbud/aktiviteter..... 1 –
gå til 5.5
- Ja, borgeren ønsker tilbud/aktiviteter 2 - gå
til 5.5
- Ja, borgeren ønsker dette, men har behov 3 - gå
for andre tilbud/aktiviteter først til 5.5
- Ja, borgeren ønsker tilbud/aktiviteter, men det 4
er ikke muligt at imødekomme dette p.t.
- Ved ikke..... 99 -
gå til 5.5

5.4.1. Angiv begrundelse for, at det ikke er muligt at imødekomme borgerens behov

Skriv begrundelse: _____

5.5. Beskriv borgerens psykiske helbred og notér eventuelle tilbud/aktiviteter

6. Fysisk helbred

6.1. I hvor høj grad giver borgeren udtryk for fysiske helbredsmæssige gener, der begrænser hans/hendes dagligdag?

(Sæt kun ét kryds)

- I høj grad..... 1
- I nogen grad..... 2
- I mindre grad..... 3
- Slet ikke 4
- Ved ikke..... 99

6.2. Har borgeren et længerevarende fysisk helbredsproblem eller handicap?

- Ja..... 1
- Nej..... 5 – gå til spg. 6.3
- Ved ikke..... 99– gå til spg. 6.3

6.2.1. Hvilke fysiske helbredsproblemer eller handicap har borgeren?

(Sæt gerne flere krydser)

- Problemer med arme, hænder, ben og fødder (fx gigt)..... 1
- Problemer med ryg og nakke (fx gigt) 1
- Blindhed/svær synsnedsettelse 1
- Nedsat hørelse..... 1
- Åndedrætsproblemer (fx astma)..... 1
- Problemer med hjerte, blodtryk eller kredsløb 1
- Problemer med mave, lever, nyrer eller fordøjelse 1
- Sukkersyge/diabetes 1
- Udviklingshæmmet..... 1
- CP, spasticitet, hjerneskade 1
- Ordblindhed 1
- Andre fremadskridende sygdomme, fx kræft, sklerose, HIV og Parkinsons syge..... 1
- Andet helbredsproblem eller handicap, skriv _____ 1

6.3. Giver borgeren udtryk for et behov for tilbud/aktiviteter, målrettet borgerens fysiske helbred?

(Sæt kun ét kryds)

Nej, borgeren ønsker ikke tilbud/aktiviteter..... 1 – gå til 6.4

Ja, borgeren ønsker tilbud/aktiviteter..... 2 - gå til 6.4

Ja, borgeren ønsker dette, men har behov for andre tilbud/aktiviteter først..... 3 - gå til 6.4

Ja, borgeren ønsker tilbud/aktiviteter, men det er ikke muligt at imødekomme dette p.t..... 4

Ved ikke..... 99 - gå til 6.4

6.3.1. Angiv begrundelse for, at det ikke er muligt at imødekomme borgerens behov

Skriv begrundelse: _____

6.4. Beskriv borgerens fysiske helbred og notér eventuelle tilbud/aktiviteter

7. Misbrug

7.1. Har borgeren et misbrug af alkohol eller stoffer?

(Sæt kun ét kryds)

Ja..... 1

Nej..... 5 – gå til 8

Ved ikke..... 99 – gå til 8

7.2. Har borgeren et alkoholmisbrug?

(Sæt kun ét kryds)

Ja, i et stort omfang 1

Ja, i et vist omfang 2

- Ja, i begrænset omfang 3
- Nej..... 5
- Ved ikke..... 99

7.3. Har borgeren et misbrug af heroin, kokain, amfetamin eller lignende?

(Sæt kun ét kryds)

- Ja, i et stort omfang 1
- Ja, i et vist omfang 2
- Ja, i begrænset omfang 3
- Nej..... 5
- Ved ikke..... 99

7.4. Har borgeren et misbrug af hash eller lignende?

(Sæt kun ét kryds)

- Ja, i et stort omfang 1
- Ja, i et vist omfang 2
- Ja, i begrænset omfang 3
- Nej..... 5
- Ved ikke..... 99

7.5. Giver borgeren udtryk for et behov for tilbud/aktiviteter, målrettet borgerens misbrug?

(Sæt kun ét kryds)

- Nej, borgeren ønsker ikke tilbud/aktiviteter..... 1 – gå til 7.6

- Ja, borgeren ønsker tilbud/aktiviteter 2 - gå til
7.6
- Ja, borgeren ønsker dette, men har be- 3 - gå til
hov for andre tilbud/aktiviteter først 7.6
- Ja, borgeren ønsker tilbud/aktiviteter, men 4
det er ikke muligt at imødekomme dette
p.t.....
- Ved ikke..... 99 - gå til
7.6

7.5.1. Angiv begrundelse for, at det ikke er muligt at imødekomme borgerens behov

Skriv begrundelse: _____

7.6. Beskriv borgerens misbrug og notér eventuelle tilbud/aktiviteter

8. Arbejdsmarkeds- og uddannelseskompetencer

8.1. Hvad er borgerens beskæftigelsessituation? *Salg af sex skal ikke medtages som beskæftigelse.*

(Sæt kun ét kryds)

- Selvstændig..... 1
- Ansæt på ordinære vilkår 2
- I fleksjob, skånejob, beskyttet beskæftigelse e.l. 3
- I aktivering, herunder løntilskud og virksomhedspraktik e.l. 4
- Ledig, men ikke i aktivering 5
- Sygemeldt 6
- Under uddannelse 7
- Uden for arbejdsmarkedet (fx pensionist, førtidspensionist)..... 8
- Ved ikke..... 99

8.2. Giver borgeren udtryk for et behov for tilbud/aktiviteter, målrettet borgerens uddannelses- eller beskæftigelsessituation?

(Sæt kun ét kryds)

- Nej, borgeren ønsker ikke tilbud/aktiviteter..... 1 – gå til 8.3
- Ja, borgeren ønsker tilbud/aktiviteter 2 - gå til 8.3
- Ja, borgeren ønsker dette, men har behov for andre tilbud/aktiviteter 3 - gå til 8.3

Ja, borgeren ønsker tilbud/aktiviteter,
men det er ikke muligt at imødekomme
dette p.t..... 4

Ved ikke..... 99 - gå til
8.3

8.2.1. Angiv begrundelse for, at det ikke er muligt at imødekomme borgerens behov

Skriv begrundelse: _____

8.3. Beskriv borgerens arbejdsmarkeds- og uddannelseskompetencer og notér eventuelle tilbud/aktiviteter

9. Daglige aktiviteter

9.1. I hvor høj grad giver borgeren udtryk for et ønske om nye aktiviteter til at udfylde tiden med i dagligdagen?

(Sæt kun ét kryds)

- I høj grad 1
- I nogen grad 2
- I mindre grad 3
- Slet ikke 4
- Ved ikke..... 99

9.2. Giver borgeren udtryk for et behov for tilbud/aktiviteter, målrettet borgerens daglige aktiviteter?

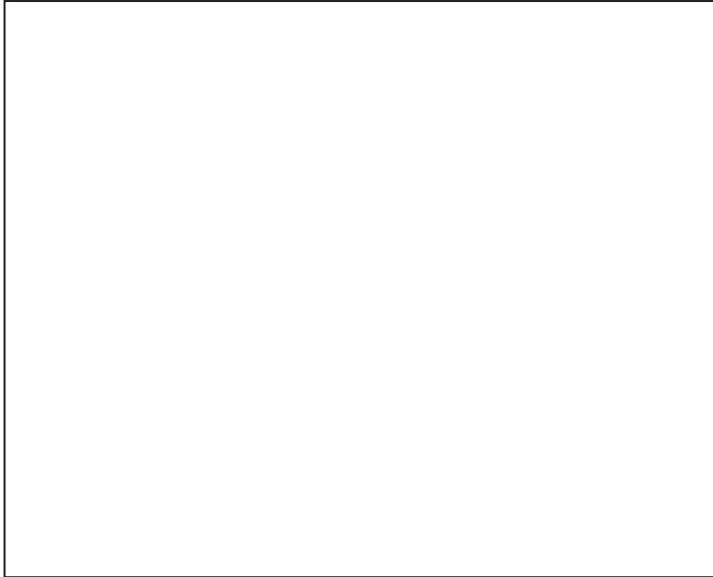
(Sæt kun ét kryds)

- Nej, borgeren ønsker ikke tilbud/aktiviteter 1 - gå til 9.3
- Ja, borgeren ønsker tilbud/aktiviteter 2 - gå til 9.3
- Ja, borgeren ønsker dette, men har behov for andre tilbud/aktiviteter først..... 3 - gå til 9.3
- Ja, borgeren ønsker tilbud/aktiviteter, men det er ikke muligt at imødekomme dette p.t..... 4
- Ved ikke..... 99 - gå til 9.3

9.2.1. Angiv begrundelse for, at det ikke er muligt at imødekomme borgerens behov

Skriv begrundelse: _____

9.3. Beskriv borgerens aktiviteter i dagligdagen og notér eventuelle tilbud/aktiviteter

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the user to describe the citizen's daily activities and note any offers or activities.

CTI-SKEMA – UDFYLDT *UNDERVEJS* I ET CTI-FORLØB (KUN TEMA 1)

Dette er en papirversion af de spørgsmål, der skal besvares undervejs i et CTI-forløb med en borger. Skemaet udfyldes af CTI-medarbejderen og indeholder spørgsmål vedrørende CTI-forløbet indtil videre samt vedrørende følgende dimensioner omkring borgerens livssituation:

- Bolig
- Økonomi
- Socialt netværk
- Psykisk helbred
- Fysisk helbred
- Misbrug
- Arbejdsmarkeds- og uddannelseskompetencer
- Daglige aktiviteter.

Spørgsmålene inden for ovenstående otte dimensioner er de samme som i ”opstartsskemaet”. Spørgsmålene har til hensigt at give en status for borgerens livssituation inden for den enkelte dimension samt at afdække borgerens ønsker og behov på nuværende tidspunkt i forløbet.

1. CTI-arbejdet

1.1. Hvilken fase er CTI-forløbet i?

(Sæt kun ét kryds)

1. fase..... 1
- Overgang mellem 1. og 2. fase..... 2
2. fase..... 3
- Overgang mellem 2. og 3. fase..... 4
3. fase..... 5

1.2. Hvor længe har CTI-forløbet været i gang?

Angiv antal måneder _____

1.3. Hvor ofte har du i gennemsnit haft fysiske møder med eller lavet aktiviteter med borgeren de seneste to måneder?

Med fysiske møder forstås både helt korte og lange møder med borgeren.

(Sæt kun ét kryds)

- Dagligt 1
- Ca. to-tre gange om ugen 2
- Ca. én gang om ugen 3
- Ca. hver 14. dag..... 4
- Ca. én gang om måneden eller sjældnere..... 5
- Ved ikke..... 99

1.4. Hvor længe varer et typisk fysisk møde eller aktivitet med borgeren på nuværende tidspunkt? *Angiv et cirkekøen i minutter.*

Ca. _____ min.

1.5. Hvor ofte har du i gennemsnit været i kontakt med borgeren over telefon, sms, mail eller lignende de seneste to måneder?

(Sæt kun ét kryds)

- Dagligt 1
- Ca. to-tre gange om ugen 2
- Ca. én gang om ugen..... 3
- Ca. hver 14. dag..... 4
- Ca. én gang om måneden eller sjældnere 5
- Ved ikke..... 99

1.6. I forhold til denne borger, hvor mange timer har du den seneste måned brugt på hhv.:

Praktiske gøremål (fx indkøb):.....	
Social støtte (fx samtaler):.....	
Koordinering med andre aktører:	
Transport:.....	
Sparring/informationssøgning:.....	
Andre aktiviteter:.....	

1.7. Hvilke dimensioner har du arbejdet med sammen med borgeren de seneste to måneder:

(Sæt gerne flere krydser)

- Bolig..... 1
- Økonomi..... 1
- Netværk..... 1
- Psykisk helbred..... 1
- Fysisk helbred (herunder misbrug)..... 1
- Uddannelses- og arbejdsmarkedskompetencer..... 1
- Misbrug..... 1
- Daglige aktiviteter..... 1
- Andet, skriv hvad_____ 1
- Andet, skriv hvad_____ 1
- Andet, skriv hvad_____ 1

1.8. Hvilken type aktiviteter har du lavet med borgeren de seneste to måneder?

(Sæt gerne flere krydser)

- Støttende samtaler/social støtte..... 1
- Praktisk støtte i hverdagen (fx indkøb)..... 1
- Forløb med SKAT..... 1
- Anden form for økonomisk rådgivning..... 1
- Forløb med jobcenter..... 1

- Rådgivning og hjælp ift. kommunale ydelser 1
- Støttende samtaler/social støtte 1
- Fulgt med borgeren til møder/aftaler ift. borgerens fysiske helbred 1
- Fulgt med borgeren til møder/aftaler ift. borgerens psykiske helbred 1
- Skabt kontakt til tilbud..... 1
- Fulgt med borgeren til møder med tilbud 1
- Støtte ift. uddannelse..... 1
- Andet, skriv hvad: _____ 1
- Andet, skriv hvad: _____ 1
- Andet, skriv hvad: _____ 1
- Andet, skriv hvad: _____ 1
- Andet, skriv hvad: _____ 1

1.9. Er borgeren tilknyttet nogle af følgende tilbud eller indsatser på nuværende tidspunkt? Med tilbud menes fx tilbud hos en NGO eller kommunale tilbud. Sæt kryds hvis ja

- Bostøtte, hjemmevejleder e.l. efter Servicelovens § 85 1
- Aktivitets- og samværstilbud efter Servicelovens § 104 1
- Økonomisk rådgivning 1
- Medicinsk stofmisbrugsbehandling - substitutionsbehandling 1
- Social stofmisbrugsbehandling – samtaler, gruppeterapi etc. 1
- Alkoholbehandling 1

- Psykiatrisk behandling..... 1
- Netværksgrupper, samtalegrupper e.l..... 1
- Selvudviklingskurser (fx anger management-kursus, coachingforløb)..... 1
- Individuel psykologbehandling..... 1
- Somatisk behandling/pleje af fysiske sygdomme..... 1
- Motionstilbud 1
- Særligt tilrettelagt uddannelsesforløb..... 1
- Mentor eller anden form for uddannelsesstøtte 1
- Uddannelsesvejledning..... 1
- Jobcoaching 1
- Fleksjob, skånejob, beskyttet beskæftigelse e.l. 1
- Aktiveringstilbud, herunder løntilskud, virksomhedspraktik e.l. 1
- Kreative tilbud..... 1
- Andet, skriv hvad: _____ 1
- Andet, skriv hvad: _____ 1
- Andet, skriv hvad: _____ 1
- Andet, skriv hvad: _____ 1
- Andet, skriv hvad: _____ 1
- Andet, skriv hvad: _____ 1

1.10. Har borgeren overholdt jeres mødeaftaler de seneste to måneder?

(Sæt kun ét kryds)

- Ja, alle..... 1 – gå til 1.11
- Ja, ca. hver anden..... 2
- Ja, ca. hver fjerde..... 3
- Nej, slet ikke 4

1.10.1. Hvorfor har borgeren ikke overholdt aftalerne?

(Sæt gerne flere krydser)

- Borgeren har været syg 1
- Borgeren har været bortrejst..... 1
- Borgeren har været indlagt 1
- Borgeren har ikke haft overskud til at mødes 1
- Andet, skriv hvad..... 1
- Ved ikke..... 99

1.11. Har du oplevet ikke at kunne få kontakt til borgeren i en periode på mere end tre uger de seneste to måneder?

- Ja..... 1
- Nej..... 5 – gå til 1.12

1.11.1. Hvordan har du forsøgt at få kontakt til borgeren?

(Sæt gerne
flere krydser)

- Ringet til borgeren 1
- Via sms 1
- Via mail..... 1
- Via fysisk fremmøde på et kendt opholds-
sted for borgeren (fx hos et tilbud)..... 1
- Andet, skriv
hvad _____ 1
- Borgeren er selv vendt tilbage, før jeg har
nået at foretage mig noget..... 1

1.12. Giver borgeren udtryk for at være motiveret for fortsat at deltage i CTI-forløbet?

(Sæt kun ét kryds)

- I høj grad 1
- I nogen grad..... 2
- I mindre grad 3
- Slet ikke 4
- Ved ikke..... 99

1.13. Er der en aktivitetsplan for borgerens forløb?

(Sæt kun ét
kryds)

- Ja..... 1 – gå
til 1.14
- Nej..... 5

1.13.1. Hvorfor ikke? *Efter besvarelsen gå til 2.*

Skriv årsag _____

1.14. Har det været muligt at imødekomme borgerens behov og ønsker i udarbejdelsen af aktivitetsplanen?

(Sæt kun ét kryds)

- I høj grad 1
- I nogen grad 2
- I mindre grad 3
- Slet ikke 4
- Ved ikke 99

1.15. Har borgeren været med til at lave aktivitetsplanen?

(Sæt kun ét kryds)

- Ja 1 – gå til 1.16.
- Nej 5

1.15.1. Hvorfor har borgeren ikke været med til at lave aktivitetsplanen?

Skriv årsag _____

1.16. Er der lavet de nødvendige aftaler med relevante aktører, der muliggør, at aktivitetsplanen kan gennemføres?

(Sæt kun ét kryds)

- Ja 1 – gå til 1.17.

Nej..... 5

1.16.1. Hvorfor ikke?

Skriv årsag_____

1.17. Er der inden for de seneste to måneder foretaget tilretninger af aktivitetsplanen?

(Sæt kun ét kryds)

Ja..... 1

Nej..... 5 – gå til 2

1.17.1. Har borgeren deltaget i tilretning af aktivitetsplanen?

(Sæt kun ét kryds)

Ja..... 1 – gå til 1.18

Nej..... 5

1.17.1.1. Hvorfor ikke?

Skriv årsag_____

1.18. Er der inden for de seneste to måneder foretaget en evaluering af, om aktivitetsplanens indhold imødekommer borgerens behov?

(Sæt kun ét kryds)

Ja..... 1

Nej..... 5

CTI-SKEMA – UDFYLDT VED *AFSLUTNING* AF ET CTI-FORLØB (KUN TEMA 1)

Dette er en papirversion af de spørgsmål, der skal besvares ved afslutning af et CTI-forløb med en borger. Skemaet udfyldes af CTI-medarbejderen og indeholder spørgsmål vedrørende CTI-forløbet indtil videre samt vedrørende følgende dimensioner omkring borgerens livssituation:

- Bolig
- Økonomi
- Socialt netværk
- Psykisk helbred
- Fysisk helbred
- Misbrug
- Arbejdsmarkeds- og uddannelseskompetencer
- Daglige aktiviteter

Spørgsmålene inden for ovenstående otte dimensioner er de samme som i ”opstartsskemaet” og ”skemaet for igangværende forløb”. Spørgsmålene har til hensigt at give en status for borgerens livssituation inden for den enkelte dimension samt at afdække borgerens ønsker og behov på nuværende tidspunkt i forløbet.

2. CTI-arbejdet

1.1. Hvor længe har CTI-forløbet været i gang?

Angiv antal måneder _____

1.2. Hvorfor afsluttes CTI-forløbet?

(Sæt gerne flere krydser)

- Borgeren har ikke længere behov for CTI-støtten 1
- 12 måneders CTI-forløb afsluttes 1
- Borgeren er bortrejst, indlagt, flyttet e.l., og det er ikke muligt at fortsætte forløbet 1
- Borgeren ønsker ikke længere at være en del af CTI-forløbet 1
- Der er ikke længere kontakt til borgeren 1
- Borger og CTI-medarbejder har vurderet, at borgeren har behov for anden form for støtte 1
- Borgeren er død 1
- Andet, skriv hvad _____ 1
- Ved ikke 99

1.3. Hvor ofte har du i gennemsnit haft fysiske møder med eller lavet aktiviteter med borgeren de seneste to måneder?

Med fysiske møder forstås både helt korte og lange møder med borgeren.

(Sæt kun ét kryds)

- Dagligt 1
- Ca. to-tre gange om ugen 2

- Ca. én gang om ugen..... 3
- Ca. hver 14. dag..... 4
- Ca. én gang om måneden eller sjældnere 5
- Ved ikke..... 99

1.4. Hvor længe varer et typisk fysisk møde eller aktivitet med borgeren på nuværende tidspunkt? *Angiv et cirkaskøn i minutter.*

Ca. _____ min.

1.5. Hvor ofte har du i gennemsnit været i kontakt med borgeren over telefon, sms, mail eller lignende de seneste to måneder?

(Sæt kun ét kryds)

- Dagligt 1
- Ca. to-tre gange om ugen 2
- Ca. én gang om ugen..... 3
- Ca. hver 14. dag..... 4
- Ca. én gang om måneden eller sjældnere 5
- Ved ikke..... 99

1.6. I forhold til denne borger, hvor mange timer har du den seneste måned brugt på hhv.:

Praktiske gøremål (fx indkøb):

Social støtte (fx samtaler):

Koordinering med andre aktører:

Transport:

Sparring/informationssøgning:

Andre aktiviteter:

1.7. Hvilke dimensioner har du arbejdet med sammen med borgeren de seneste to måneder:

(Sæt gerne flere krydser)

Bolig..... 1

Økonomi..... 1

Netværk..... 1

Psykisk helbred..... 1

Fysisk helbred (herunder misbrug) 1

Uddannelses- og arbejdsmarkedskompetencer 1

Misbrug..... 1

Daglige aktiviteter 1

Andet, skriv hvad_____ 1

Andet, skriv hvad_____ 1

Andet, skriv hvad_____ 1

1.8. Hvilken type aktiviteter har du lavet med borgeren de seneste to måneder?

(Sæt gerne flere krydser)

- Støttende samtaler/social støtte 1
- Praktisk støtte i hverdagen (fx indkøb) 1
- Forløb med SKAT..... 1
- Anden form for økonomisk rådgivning 1
- Forløb med jobcenter 1
- Rådgivning og hjælp ift. kommunale ydelser..... 1
- Støttende samtaler/social støtte 1
- Fulgt med borgeren til møder/aftaler ift. borgerens fysiske helbred 1
- Fulgt med borgeren til møder/aftaler ift. borgerens psykiske helbred 1
- Skabt kontakt til tilbud..... 1
- Fulgt med borgeren til møder med tilbud 1
- Støtte ift. uddannelse..... 1
- Andet, skriv hvad: _____ 1
- Andet, skriv hvad: _____ 1
- Andet, skriv hvad: _____ 1
- Andet, skriv hvad: _____ 1
- Andet, skriv hvad: _____ 1

1.9. Er borgeren tilknyttet nogle af følgende tilbud eller indsatser på nuværende tidspunkt *Med tilbud menes fx tilbud hos en NGO eller kommunale tilbud. Sæt kryds hvis ja.*

- Bostøtte, hjemmevejleder o.l. efter Servicelovens § 85 1
- Aktivitets- og samværstilbud efter Servicelovens § 104..... 1
- Økonomisk rådgivning 1
- Medicinsk stofmisbrugsbehandling - substitutionsbehandling 1
- Social stofmisbrugsbehandling – samtaler, gruppeterapi etc. 1
- Alkoholbehandling 1
- Psykiatrisk behandling..... 1
- Netværksgrupper, samtalegrupper e.l..... 1
- Selvudviklingskurser (fx anger management-kursus, coachingforløb) 1
- Individuel psykologbehandling..... 1
- Somatisk behandling/pleje af fysiske sygdomme..... 1
- Motionstilbud 1
- Særligt tilrettelagt uddannelsesforløb..... 1
- Mentor eller anden form for uddannelsesstøtte 1
- Uddannelsesvejledning..... 1
- Jobcoaching 1
- Fleksjob, skånejob, beskyttet beskæftigelse e.l. 1
- Aktiveringstilbud, herunder løntilskud, virksomhedspraktik e.l. 1

- Kreative tilbud..... 1
- Andet, skriv hvad:_____ 1
- Andet, skriv hvad:_____ 1
- Andet, skriv hvad:_____ 1
- Andet, skriv hvad:_____ 1
- Andet, skriv hvad:_____ 1
- Andet, skriv hvad:_____ 1

1.10. Har borgeren overholdt jeres mødeaftaler de seneste to måneder?

(Sæt kun
ét kryds)

- Ja, alle..... 1 –
gå til 1.11
- Ja, ca. hver anden..... 2
- Ja, ca. hver fjerde..... 3
- Nej, slet ikke 4

1.10.1. Hvorfor har borgeren ikke overholdt aftalerne?

(Sæt gerne
flere krydser)

- Borgeren har været syg 1
- Borgeren har været bortrejst 1
- Borgeren har været indlagt 1
- Borgeren har ikke haft overskud til at mødes 1
- Andet, skriv hvad_____ 1

Ved ikke..... 99

1.11. Har du oplevet ikke at kunne få kontakt til borgeren i en periode på mere end tre uger de seneste to måneder?

Ja..... 1

Nej..... 5 –
gå til 1.12

1.11.1. Hvordan har du forsøgt at få kontakt til borgeren?

(Sæt gerne flere krydser)

Ringet til borgeren..... 1

Via sms 1

Via mail..... 1

Via fysisk fremmøde på et kendt opholds-
sted for borgeren (fx hos et tilbud)..... 1

Andet, skriv
hvad..... 1

Borgeren er selv vendt tilbage, før jeg har
nået at foretage mig noget..... 1

1.12. Giver borgeren udtryk for at være tryk ved, at CTI-forløbet stopper?

(Sæt kun ét kryds)

I høj grad..... 1

I nogen grad..... 2

I mindre grad..... 3

Slet ikke 4

Ved ikke..... 99

1.13. Er der udarbejdet en langsigtet plan for borgeren?

Ja..... 1

Nej..... 5 gå
til 1.16

1.14. Har borgeren været med til at udarbejde planen?

Ja..... 1 –
gå til 1.15

Nej..... 5

1.14.1. Hvorfor ikke, skriv årsag_____

1.15. I hvor høj grad vurderer du, at det har været muligt at imødekomme borgerens behov og ønsker i udarbejdelsen af den langsigtede plan?

(Sæt kun ét kryds)

I høj grad..... 1

I nogen grad..... 2

I mindre grad..... 3

Slet ikke..... 4

Ved ikke..... 99

1.16. I hvor høj grad vurderer du, at der er etableret tilfredsstillende tilbud for borgeren efter endt forløb?

(Sæt kun ét kryds)

I høj grad..... 1

I nogen grad..... 2

- I mindre grad 3
Slet ikke 4
Ved ikke..... 99

1.17. I hvor høj grad vurderer du, at der er etableret et støttenetværk omkring borgeren?

(Sæt kun ét kryds)

- I høj grad 1
I nogen grad..... 2
I mindre grad 3
Slet ikke 4
Ved ikke..... 99

1.18. I hvor høj grad har borgeren udtrykt ønske om CTI-lignende støtte efter afslutningen af CTI-forløbet?

(Sæt kun ét kryds)

- I høj grad 1
I nogen grad..... 2
I mindre grad 3
Slet ikke 4
Ved ikke..... 99

1.19. Er der afholdt overdragelsessamtaler med relevante aktører?

- Ja..... 1
Nej..... 5
Ved ikke..... 99

BILAG 6 TILFØJELSER TIL OUTCOMES STAR

Som beskrevet i bilag 3 er der i forbindelse med brugen af Outcomes Star i Exit-projektet tilføjet spørgsmål til måling af forbedret livssituation i form af WHO's lille standardskema, WHO5. Herudover er der tilføjet spørgsmål vedrørende eventuelt salg af seksuelle ydelser. Disse spørgsmål kan ses nedenfor.

OUTCOMES STAR – TILFØJEDE BAGGRUNDSOPLYSNINGER

1. Unikt borger-id
2. Navn på CTI-medarbejder
3. Fødselsdato
4. Køn
Statsborgerskab
5. Hvad er borgerens mål med CTI-forløbet?

(Sæt kun ét kryds)

- Exit fra prostitution..... 1
- Forbedret livssituation 2

6. Hvad er borgerens højeste, færdiggjorte skoleuddannelse?

(Sæt kun ét kryds)

- Ingen 1
- 1.-6. klasse 2
- 7.-10. klasse 3
- Almen gymnasial uddannelse (fx
gymnasium & HF) 4
- Erhvervsgymnasial uddannelse (fx
HTX) 5

7. Hvad er borgerens højeste, færdiggjorte erhvervskompetencegivende uddannelse?

(Sæt kun ét kryds)

- Ingen erhvervsuddannelse..... 1
- Erhvervsuddannelse (fx sosu-uddannelser, håndværkeruddannelser etc.) 2
- Kort videregående uddannelse (fx tandplejer) 3
- Mellemlang videregående uddannelse (fx socialrådgiver)..... 4
- Bachelor..... 5
- Lang videregående uddannelse (fx kandidat fra universitet) 6

8. Hvor længe er det siden, du første gang gav en seksuel ydelse mod betaling i form af penge, stoffer, alkohol, overnatningsmulighed, mad, beskyttelse eller andet?

(Sæt kun et kryds)

- Under tre måneder siden..... 1
- Mellem tre og seks måneder siden 2
- Mellem seks og 12 måneder siden 3
- 1-2 år siden..... 4
- 2-4 år siden..... 5
- 4-8 år siden..... 6
- 8-12 år siden..... 7
- Over 12 år siden 8

Har aldrig modtaget nogen form for betaling for seksuelle ydelser

88 – gå til at gemme

9. Hvor længe er det siden, du senest har givet en seksuel ydelse mod betaling i form af penge, stoffer, alkohol, overnatningsmulighed, mad, beskyttelse eller andet?

(Sæt kun et kryds)

- Under tre måneder siden..... 1
- Mellem tre og seks måneder siden 2
- Mellem seks og 12 måneder siden..... 3
- 1-2 år siden..... 4
- 2-4 år siden..... 5
- 4-8 år siden..... 6
- 8-12 år siden..... 7
- Over 12 år siden 8

10. Hvor har du givet den seksuelle ydelse?

(Sæt gerne flere krydser)

1. På klinik 1
2. På gaden, i en bil eller lignende (fx rastepladser, skoven) 1
3. I eget hjem..... 1
4. Privat/diskret..... 1
5. I kundens hjem 1
6. På hotelværelser (enten lejet af dig eller af kunden) 1

7. Kabiner på fx barer, sexsaunaer, toiletter eller lignende 1

8. Andre steder, hvilke: _____ 1

11. Hvad har du modtaget som betaling for den seksuelle ydelse?

(Sæt gerne flere krydser)

1. Penge 1

2. Stoffer..... 1

3. Alkohol 1

4. Overnatningsmulighed 1

5. Mad..... 1

6. Beskyttelse 1

7. Andet, skriv hvad: _____ 1

OUTCOMES STAR - TILFØJELSER TIL STJERNEN

1. Tidspunkt i forløbet?

(Sæt kun ét kryds)

Opstart 1

I 1. fase..... 2

Overgang mellem 1. og 2. fase..... 3

I 2. fase..... 4

Overgang mellem 2. og 3. fase..... 5

I 3. fase..... 6

Afslutning..... 7

2. Er det muligt at udfylde stjernen?

(Sæt kun ét kryds)

Ja..... 1 – gå til spg. 3

Nej, forløbet er sat på pause efter aftale med borgeren 2 – gå til spg. 2.1

Nej, borgeren ønsker ikke, at stjernen udfyldes 3 – gå til spg. 2.2

Nej, der er ikke kontakt til borgeren. 4 – tryk ”Fuldfør stjernen” for at gemme.

2.1. Begrund, hvorfor forløbet er sat på pause? *Herefter tryk ”Fuldfør stjernen” nederst på skærmen for at gemme.*

Skriv årsag: _____

2.2. Begrund, hvorfor borgeren ikke ønsker, at stjernen udfyldes? *Herefter tryk ”Fuldfør stjernen” nederst på skærmen for at gemme.*

Skriv årsag: _____

3. Mål med CTI-forløb:

(Sæt kun ét kryds)

Exit fra prostitution..... 1

Forbedret livssituation 2

4. Har du fået betaling i form af penge, stoffer, alkohol, overnatningsmulighed, mad, beskyttelse eller andet for en seksuel ydelse den seneste måned?

(Sæt kun ét kryds)

Ja..... 1

Nej..... 2 – gå til spg. 5

4.1. Skriv ca. antal gange _____

4.2. Oplever du, at antallet af gange du har fået betaling for seksuelle ydelser er færre eller flere gange end ved udfyldelsen af sidste stjerne?

(Sæt kun ét kryds)

Færre gange..... 1

Omtrent det samme 2

Flere gange..... 3

Ved ikke..... 8

Irrelevant, dette er 1. stjerne 88

4.3. Hvad er din motivation for at modtage betaling for seksuelle ydelser? *Efter besvarelsen af dette spørgsmål, fortsæt til spørgsmål om trivsel.*

(Sæt gerne flere krydser)

1. Det er almindeligt i det sociale miljø, jeg færdes i..... 1

2. For at dække basale leveomkostninger (husleje, mad og lign.)..... 1

3. På grund af gæld..... 1

4. For at dække et misbrug..... 1
 5. For at få forbrugsgoder (fx rejser, luksusvarer etc.) 1
 6. Jeg bliver presset til det af andre (fx partner)..... 1
 7. På grund af omkostninger ifm. uddannelse 1
 8. Jeg kan ikke se et alternativ..... 1
 9. Jeg kan lide at få ”betaling” for seksuelle ydelser..... 1
 10. For at få bekræftelse 1
 11. Andre grunde, skriv hvilke: _____ 1
-

5. Har du haft overvejelser om at få betaling for seksuelle ydelser den seneste måned?

(Sæt kun ét kryds)

Ja..... 1

Nej..... 2 – gå til spg. om trivsel

- 5.1. Hvorfor har du overvejet dette?

(Sæt gerne flere krydser)

1. Det er almindeligt i det sociale miljø, jeg færdes i..... 1
2. Jeg mangler penge til basale leveomkostninger (husleje, mad og lign.) 1
3. Jeg mangler penge til at dække gæld..... 1

4. Jeg mangler penge til at kunne dække et misbrug..... 1
 5. For at skaffe penge til forbrugsgoder (fx rejser, luksusvarer etc.) 1
 6. Jeg bliver presset til det af andre (fx partner)..... 1
 7. For at skaffe penge til uddannelse 1
 8. Jeg kan ikke se et alternativ..... 1
 9. Jeg kan lide at få ”betaling” for seksuelle ydelser..... 1
 10. For at få bekræftelse 1
 11. Andre grunde, skriv hvilke: _____ 1
-

6. Trivselsindeks WHO-5					
<i>Angiv venligst, ved hvert af de fem udsagn, det svar, der kommer tættest på, hvordan du har følt dig i de seneste to uger.</i>					
A) I de sidste to uger har jeg været glad og i godt humør:					
Hele tiden	Det meste af tiden	Lidt mere end halvdel af tiden	Lidt mindre end halvdel af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
B) I de sidste to uger har jeg følt mig rolig og afslappet:					
Hele tiden	Det meste af tiden	Lidt mere end halvdel af tiden	Lidt mindre end halvdel af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
C) I de sidste to uger har jeg følt mig aktiv og energisk:					
Hele tiden	Det meste af tiden	Lidt mere end halvdel af tiden	Lidt mindre end halvdel af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
D) I de sidste to uger er jeg vågnet frisk og udhvilet:					
Hele tiden	Det meste af tiden	Lidt mere end halvdel af tiden	Lidt mindre end halvdel af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
E) I de sidste to uger har min dagligdag været fyldt med ting, der interesserer mig:					
Hele tiden	Det meste af tiden	Lidt mere end halvdel af tiden	Lidt mindre end halvdel af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt

LITTERATUR

- Baker, M.L., L.R. Dalla & C. Williamson (2010): "Exiting Prostitution: An Integral Model". *Violence Against Women*, 16(5), s. 579-600.
- Benoit, C. & A. Millar (2001): *Dispelling Myths and Understanding Realities: Working Conditions, Health Status, and Exiting Experiences of Sex Workers*. Victoria: Prostitutes Empowerment, Education and Resource Society.
- Baumgartner, J.N. & D.B. Herman (2012): "Community Integration of Formerly Homeless Men and Women With Severe Mental Illness After Hospital Discharge". *Psychiatric Services*, 63(5), s. 435-437.
- Bech, H. (2005): *Kvinder og Mænd*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Bernstein, E. (2007): *Temporarily yours. Intimacy, Authenticity and the Commerce of Sex*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Binderkrantz, A.S. & L.B. Andersen (2011): *Guide til NVivo 9*. København: Hans Reitzel.
- Bjerre, L. (2011): *At (for)blive prostitueret*. Københavns Universitet: Sociologisk Institut.
- Bjørnholt, J. (1994): *Dabne-syndromet – om følger af et liv i prostitution*. Esbjerg: Sydjysk Universitetscenter.

- Bjønness, J. (2013): *At vælge det nødvendige. Prostitution, stofbrug og kampen for anerkendelse blandt marginaliserede danske kvinder*. Aarhus Universitet: Institut for kultur og samfund.
- Bjønness, J. (2012): "Between Emotional Politics and Biased Practices – Prostitution Policies, Social Work, and Women Selling Sexual Services in Denmark". *Sexuality Research Social Policy*, 9, s. 192-202.
- Bjønness, J. (2011): *Jeg siger jo ikke, at jeg vil være astronaut, vel ...: en antropologisk undersøgelse af relationen mellem kvinder med erfaring med salg af seksuelle ydelser og det sociale system*. København: Rådet for Socialt Udsatte.
- Dalla, R.L. (2006): "'You can't hustle all your life': An exploratory investigation of the exit process among street-level prostituted women". *Psychology of Women Quarterly*, 30(3), s. 276-290.
- Dworkin, A. (1992): "Prostitution and Male Supremacy". Tale givet på konferencen: *Prostitution: From Academia to Activism*. University of Michigan Law School, Michigan, 31. oktober.
- Døssing, L., M.H. Sørensen, J. Kofod, T. Dyrvig, M. Vilshammer & R. Bille (2011): *Vejen ud. En interviewundersøgelse med tidligere prostituerede*. Odense: Servicestyrelsen.
- Henriksen, S.D. & S. Springborg (1988): *Prostitutionsliv*. København: Gyldendal.
- Herman, D.B., S. Conover, P. Gorroochurn, K. Hinterland, L. Hoepner & E. Susser (2011): "Randomized Trial of Critical Time Intervention to Prevent Homelessness After Hospital Discharge" *Psychiatric services*, 62(7), s. 713-719.
- Herman, D.B. & J.M. Mandiberg (2010): "Critical Time Intervention: Model Description and Implications for the Significance of Timing in Social Work Interventions". *Research on Social Work Practice*, 20(5), s. 502-508.
- Hester, M. & N. Westermarland (2004): *Tackling Street Prostitution: Towards a holistic approach*. London: Home Office.
- Høigård, C. & L. Finstad (1987): *Baggader: Om prostitution, penge og kærlighed*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Järvinen, M. (1990): *Prostitution i Helsingfors – en studie i kvinnokontroll*. Åbo: Åbo Akademis förlag.
- Kofod, J., T. Dyrvig, K. Markwardt, N. Lagoni, R. Bille, T. Termansen, L. Christiansen, E.J. Toldam & M. Vilshammer (2011): *Prostitution i Danmark*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd 11: 21.

- Kvale, S. & S. Brinkmann (2009): *Interview. Introduktion til et håndværk*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Mayhew, P. & E. Mossman (2007): *Exiting Prostitution: Models of Best Practice*. Wellington: Ministry of Justice.
- Mcnaughton, C.C. & T. Sanders (2007): "Housing and Transitional Phases Out of 'Disordered' Lives: The Case of Leaving Homelessness and Street Sex Work". *Housing Studies*, 22(6), s. 885-900.
- Månsson, S.A. & U.C. Hedin (1999): "Breaking the Matthew effect – on women leaving prostitution". *International Journal of Social Welfare*, 8(1), s. 57.
- Oselin, S.S. (2010): "Weighing the Consequences of a Deviant Career: Factors Leading to an Exit From Prostitution". *Sociological Perspectives*, 53(4), s. 527-550.
- Rasmussen, N. (2007): *Prostitution i Danmark*. København: Servicestyrelsen.
- Roe-Sepowitz, D.E., K.E. Hickie, M.P. Loubert & T. Egan (2011): "Adult Prostitution Recidivism: Risk Factors and Impact of a Diversion Program". *Journal of Offender Rehabilitation*, 50(5), s. 272-285.
- Sanders, T. (2007): "Becoming an Ex Sex Worker: Making Transitions Out of a Deviant Career". *Feminist Criminology*, 2(1), s. 74-95.
- Sanders, T. (2004): "The Risks of Street Prostitution: Punters, Police and Protesters". *Urban Studies*, 41(9), s. 1703-1717.
- Servicestyrelsen (2010): *Når mønstret brydes*. Odense: Servicestyrelsen.
- Skilbrei, M.-L. (1998): *Når sex er arbeid – en sociologisk analyse af prostitusjon på massasjeinstituttene*. Oslo: Pax Forlag.
- Spanger, M. (2013): "Doing Love in the Borderland of Transnational Sex Work: Female Thai Migrants in Denmark". *NORA – Nordic Journal of Feminist and Gender Research*, 21(2), 92-107.
- Spanger, M. (2010): *Destabilising. Sex Work & Intimacy?* Roskilde: Roskilde University, Department of Society and Globalisation.
- Sørensen, M.H. (2014): *Prostitutionens omfang og former*. København: Socialstyrelsen.
- Tveit, M. & M.-L. Skilbrei (2008): *Mangfoldig Marked. Prostitusjonens omfang, innhold og organisering*. Fafo-rapport 2008:43.
- Vance, C.S. (1989): *Pleasure and Danger – Exploring Female Sexuality*. London: Pandora Press.

- Weitzer, R. (2009): "Sociology of Sex Work". *Annual Review of Sociology* 35, 213-234
- Williamson, C. & G. Folaron (2003): "Understanding the Experiences of Street Level Prostitutes". *Qualitative Social Work*, 2(3), s. 271-287.
- Williamson, C. & G. Folaron (2001): "Violence, Risk, and Survival Strategies of Street Prostitution". *Western Journal of Nursing Research*, 23(5), s. 463-475.

SFI-RAPPORTER SIDEN 2016

SFI-rapporter kan købes eller downloades gratis fra www.sfi.dk. Nogle rapporter er kun udkommet som netpublikationer, hvilket vil fremgå af listen nedenfor.

- 16:01 Skårhøj, A., A.-K. Højen-Sørensen, K. Karmsteen, H. Oldrup & J.H. Pejtersen: *Anbragte unges overgang til voksenlivet. Evaluering af fire efterværnsinitiativer under efterværnspakken*. 160 sider. ISBN: 978-87-7119-352-7. e-ISBN: 978-87-7119-353-4. Pris: 160,00 kr.
- 16:02 Andersen, D., M.B. Holtet, L. Weisbjerg & L.L. Eriksen: *Alkoholbehandling til socialt udsatte borgere. Systemets tilbud i borgerperspektiv*. 176 sider. ISBN: 978-87-7119-354-1. e-ISBN: 978-87-7119-355-8. Pris: 170,00 kr.
- 16:03 Baviskar, S., M.N. Christoffersen, K. Karmsteen, H. Hansen, M. Leth-Espensen, A. Christensen & J. Brauner: *Kontinuitet i anbringelser. Evaluering af lovændringer under Barnets reform, delrapport 1*. 128 sider. e-ISBN: 978-87-7119-356-5. Netpublikation.
- 16:04 Niss, N.K., K.I. Dannesboe, C.P. Nielsen & C.P. Christensen: *Evaluering af inklusionsindsatsen i Billund Kommune*. 132 sider. e-ISBN: 978-87-7119-357-2. Netpublikation.

- 16:05 Benjaminsen, L., M.H. Holm & J.F. Birkelund: *Fattigdom og afsavn. Om materielle og sociale afsavn blandt økonomisk fattige og ikke-fattige.* 336 sider. ISBN: 978-87-7119-358-9. e-ISBN: 978-87-7119-359-6. Pris: 320 kr.
- 16:06 Keilow; M., M. Friis-Hansen, S. Henze-Pedersen & S. Ravn: *Inklusionsindsatser i folkeskolen. Resultater fra to lodtrækningsforsøg.* 128 sider. ISBN: 978-87-7119-361-9. e-ISBN: 978-87-7119-362-6. Pris: 130 kr.
- 16:07 Niss, N.K. & I.S. Rasmussen: *Evaluering af satspuljen "Forebyggende indsatser for overvægtige børn og unge". Projekt "Øget udbytte" på Julemærkehjemmene.* 130 sider. e-ISBN: 978-87-7119-363-3. Netpublikation.
- 16:08 Andersen, D, K. Markwardt, L.B. Larsen & M.A. Svendsen: *Velfærdsteknologi i plejeboliger. Borger, medarbejder og økonomisk perspektiv.* 200 sider. e-ISBN: 978-87-7119-364-0. Netpublikation.
- 16:09 Amilon, A & A.G. Jeppesen: *Økonomisk udsatte pensionister. Levevilkår blandt økonomisk dårligt stillede pensionister.* 98 sider. ISBN: 978-87-7119-365-7. e-ISBN: 978-87-7119-366-4. Pris: 100 kr.
- 16:10 Bille, R.: *Implementering af beskæftigelsespolitik i Danmark.* 102 sider. e-ISBN: 978-87-7119-369-5. Netpublikation.
- 16:11 Bach, H.B., L. Mehlsen & J. Høgelund.: *Evidens om effekten af indsatser for ledige seniorer.* 62 sider. e-ISBN: 978-87-7119-370-1. Netpublikation.
- 16:12 Mehlsen, L., R.C.H. Jørgensen, M.G. Kjer & V. Jakobsen: *Effektfulde indsatser i boligområder til at forbedre børns skolegang og uddannelse og voksnes arbejdsmarkedsparted. En systematisk forskningsoversigt, nr. 2 og 3 af 4.* 172 sider. ISBN: 978-87-7119-371-8. e-ISBN: 978-87-7119-372-5. Pris 170 kr.
- 16:13 Mehlsen, L., R.C.H. Jørgensen, M.G. Kjer & V. Jakobsen: *Effektfulde indsatser i boligområder til at øge børns trivsel og forbedre forældres kompetencer. En systematisk forskningsoversigt, nr. 4 af 4.* 134 sider. ISBN: 978-87-7119-373-2. e-ISBN: 978-87-7119-374-9. Pris: 130 kr.
- 16:14 Højen-Sørensen, A.-K., L. J. Kristiansen, A.-M.K. Jørgensen & R.E. Wendt: *Kortlægning, kvalitetsvurdering og analyse af udviklingen i skandinavisk dagtilbudsforskning for 0-6-årige i året 2014.* 107 sider. e-ISBN: 978-87-7119-375-6. Netpublikation.

- 16:15 Larsen, M., H. Holt, M.R. Larsen: *Et kønsopdelt arbejdsmarked. Udviklingstræk, konsekvenser og forklaringer*. 170 sider. ISBN: 978-87-7119-376-3. e-ISBN: 978-87-7119-377-0. Pris: 170 kr.
- 16:16 Oldrup, H., M.N. Christoffersen, I.L. Kristiansen, S.V. Østergaard: *Vold og seksuelle overgreb mod børn og unge i Danmark 2016*. 256 sider. ISBN: 978-87-7119-378-7. e-ISBN: 978-87-7119-379-4. Pris: 250,00 kr.
- 16:17 Oldrup, H., S. Frederiksen, S. Henze-Pedersen & R.F. Olsen: *Indsat far udsat barn. Hverdagsliv og trivsel blandt børn af fængslede*. 140 sider. e-ISBN: 978-87-7119-380-0. Netpublikation.
- 16:18 Thomsen, J.-P. (red): *Unge i Danmark – 18 år og på vej til voksenlivet. Årgang 95 – Forløbsundersøgelsen af børn født i 1995*. 288 sider. ISBN: 978-87-7119-383-1. e-ISBN: 978-87-7119-384-8. Pris: 290,00 kr.
- 16:19 Hansen, H, C.P. Christensen & T. Termansen: *Evaluering af Feedback-Informed Treatment ved Silkeborg Kommunes Familiecenter*. 77 sider. e-ISBN: 978-87-7119-385-5. Netpublikation.
- 16:20 Højen-Sørensen, A.-K., K.S. Kohl, K.M.V. Dahl, H. Oldrup & J.H. Pejtersen: *Lige Muligheder – Udsatte børn og unge. Afsluttende evaluering*. 176 sider. ISBN: 978-87-7119-386-2. e-ISBN: 978-87-7119-387-9. Pris: 180,00 kr.
- 16:21 Bagger, S., K.S. Kohl, M.T. Strande & K. Karmsteen: *Anbragte børns skolegang på intern skole*. 89 sider. e-ISBN: 978-87-7119-388-6. Netpublikation.
- 16:22 Rangvid, B.S.: *Skoleudvikling med fokus på sprog i al undervisning. Implementering og elevresultater af udviklingsprogram til styrkelse af tosprogede elevers faglighed – afsluttende rapport*. 103 sider. e-ISBN: 978-87-7119-389-3. Netpublikation.
- 16:23 Fridberg, T & J.F. Birkeund: *Pengespil og spilleproblemer i Danmark 2005-2016*. 176 sider. ISBN: 978-87-7119-390-9. e-ISBN: 978-87-7119-391-6. Pris: 180,00 kr.
- 16:25 Karmsteen, K., C.J.de Montgomery & J.H. Pejtersen: *Anbragte unges overgang til voksenlivet II. Kvantitativ evaluering af to efterværnsinitiativer under efterværnspakken*. 80 sider. ISBN: 978-87-7119-393-0. e-ISBN: 978-87-7119-394-7. Pris 80,00 kr.
- 16:26 Jensen, D.C., M.J. Pedersen, J.H. Pejtersen & A. Amilon: *Indkredsning af lovende praksis på det specialiserede socialområde*. 128 sider. ISBN: 978-87-7119-395-4. e-ISBN: 978-87-7119-396-1. Pris: 130,00 kr.

- 16:27 Jakobsen, V. & M.R. Larsen: *Boligsociale indsatser og buslejestøtte. En effektevaluering af Landsbyggefondens 2006-2010-pulje*. 172 sider. ISBN: 978-87-7119-397-8. e-ISBN: 978-87-7119-398-5. Pris: 170,00 kr.
- 16:28 Henze-Pedersen, S., C.B. Dyssegaard, N. Egelund & C.P. Nielsen: *Inklusion – set i et elevperspektiv. En kvalitativ analyse*. 144 sider. e-ISBN: 978-87-7119-403-6. Netpublikation.
- 16:29 Nielsen, C.P. & B.S. Rangvid: *Inklusion i folkeskolen. Sammenfatning af resultaterne fra Inklusionspanelet*. 128 sider. ISBN: 978-87-7119-404-3. e-ISBN: 978-87-7119-405-0. Pris 130,00 kr.
- 16:30 Siren, A., M. Bjerre, H.B. Nørregård, N.K. Niss & H.H. Lauritzen: *Forebyggelse på aldrerådet. Evaluering af forebyggelse af fysisk, social og psykisk mistrivsel blandt ældre borgere*. 160 sider. ISBN: 978-87-7119-406-7. e-ISBN: 978-87-7119-407-4. 160,00 kr.
- 16:31 Olsen, R.F., K.M.V. Dahl & M.H. Poulsen: *På vej mod ungdomskriminalitet. Hvilke faktorer gør en forskel i ungdommen?* 116 sider. e-ISBN: 978-87-7119-408-1. Netpublikation.
- 16:32 Kohl, K.S., M.L. Kessing, L. Fynbo, D. Andersen, A. Schmidt, M.N. Jensen & M.C. Munkholm: *Stofmisbrugsområdet i et brugerperspektiv*. 210 sider. e-ISBN: 978-87-7119-411-1. Netpublikation.
- 16:33 Henze-Pedersen, S., K.S. Kohl, H. Oldrup & J.H. Pejtersen: *Implementering af Multifunc. Et behandlingsprogram til unge med svære adfærdsvanskeligheder*. 176 sider. ISBN: 978-87-7119-413-5. e-ISBN: 978-87-7119-414-2. Pris 180,00 kr.
- 16:34 Amilon, A., J.F. Birkelund, G. Christensen, A.G. Jeppesen & K. Markwardt: *Kapaciteten i den sociale stofmisbrugsbehandling*. 142 sider. e-ISBN: 978-87-7119-415-9. Netpublikation.
- 16:35 Fridberg, T. & J.F. Birkelund: *Pengespil blandt unge i Danmark 2007-2016. En undersøgelse af 12-17-åriges spil om penge og risikable spilleadfærd*. 192 sider. ISBN: 978-87-7119-416-6. e-ISBN: 978-87-7119-417-3. Pris 190,00 kr.
- 17:01 Lausten, M. & T. Jørgensen: *Anbragte børn og unges trivsel 2016*. 60 sider. ISBN: 978-87-7119-420-3. e-ISBN: 978-87-7119-421-0. Pris 60,00 kr.
- 17:02 Lyk-Jensen, S.V., M. Bøg & M.R. Lindberg: *Børn, der oplever vold i familien. Omfang og konsekvenser*. 144 sider. ISBN: 978-87-7119-409-8 e-ISBN: 978-87-7119-410-4. Pris 140,00 kr.

- 17:03 Benjaminsen L., T.M. Dyrby, M.H. Enemark, M. T. Thomsen, H.S. Dalum & U.L. Vinther: *Housing først i Danmark. Evaluering af implementerings- og forankringsprojektet i 24 kommuner*. 200 sider. e-ISBN: 978-87-7119-418-0. Netpublikation.
- 17:04 Liversage, A: *Voldsforebyggelse på botilbud og forsorgshjem*. 185 sider. e-ISBN: 978-87-7119-422-7. Netpublikation.
- 17:05 Fridberg, T & M. Larsen: *Frivillige i hjemmeværnet 2016*. 160 sider. ISBN: 978-87-7119-423-4. e-ISBN: 978-87-7119-424-1. Pris 160,00 kr.
- 17:06 Winter, S.C.: *Gør skoleledelse en forskel? Ledelse af implementering af folkeskolereformen*. 180 sider. e-ISBN: 978-87-7119-425-8. Netpublikation.
- 17:07 Hansen, A.T., V.M. Jensen & C.P. Nielsen: *Folkeskolereformen: Elevernes faglige deltagelse og interesse. En kvantitativ analyse af elevernes faglige deltagelse og interesse før og efter reformen*. 79 sider. e-ISBN: 978-87-7119-426-5. Netpublikation.
- 17:08 Liversage, A. & C.P. Christensen: *Etniske minoritetsunge i Danmark. En undersøgelse af årgang 1995*. 201 sider. e-ISBN: 978-87-7119-431-9. Netpublikation.
- 17:09 Holt, H & L. Mehlsen: *Rummelighed i praksis. Forudsætninger for gode inklusionsforløb på kommunale arbejdspladser*. 133 sider. e-ISBN: 978-87-7119-434-0. Netpublikation.
- 17:10 Fridberg, T & M. Larsen: *Volunteers in the Danish Homeguard 2016*. ISBN: 978-87-7119-436-4. e-ISBN: 978-87-7119-437-4. 161 sider. Pris 160,00 kr.
- 17:13 Henriksen T.D., L. Mehlsen, A.A. Kjær & A. Amilon: *Exit prostitution. Evaluering af CTI-forløb for borgere med prostitutionserfaring*. ISBN: 978-87-7119-441-8. e-ISBN: 978-87-7119-442-5. 272 sider. Pris 270,00 kr.

EXIT PROSTITUTION

EVALUERING AF CTI-FORLØB FOR BORGERE MED PROSTITUTIONSERFARING

Fra 2012 til 2016 har man i Aalborg, Aarhus, København og Odense afprøvet metoden Critical Time Intervention (CTI) inden for prostitutionsområdet. Denne rapport evaluerer resultaterne.

CTI har tidligere vist positive resultater i socialt arbejde med udsatte grupper, som fx hjemløse. På baggrund af de positive erfaringer har man valgt at afprøve indsatsen over for kvinder og mænd, der har solgt seksuelle ydelser, og som ønsker at forbedre deres aktuelle livssituation og eventuelt også at stoppe med at sælge sex. CTI-metoden tager udgangspunkt i deltagerens egne ønsker og behov og skaber en helhedsorienteret indsats gennem én fast tilknyttet støtteperson.

Evalueringen viser overordnet, at erfaringerne fra de fire kommuner er positive: Færre er i risiko for at udvikle stress og depression, deltagerne beretter om forbedret selvværd, de oplever at få bedre relationer til venner og familie, bedre styr på økonomien, og færre sælger sex. Undersøgelsen viser også, at det er vigtigt, at støttepersonen ved noget om salg af sex og kan manøvrere i det sociale system.

Projektet er finansieret af satspuljemidler og ledet af Socialstyrelsen, som har bedt SFI lave evalueringen.