



CTI for kvinder på krisecenter
Evaluering

Januar 2019

Indhold

1	Indledning	10
1.1	Baggrund	10
1.2	Evalueringens formål	11
1.3	Datagrundlag og metode	11
1.4	Læsevejledning	12
2	Critical Time Intervention	14
2.1	CTI for kvinder på krisecenter	15
2.2	Det eksisterende tilbud (den koordinerende rådgivning)	18
3	Kvinderne i projektet	20
3.1	Alder	23
3.2	Etnisk oprindelse	24
3.3	Højest fuldførte uddannelse	24
3.4	Tilknytning til arbejdsmarkedet	24
3.5	Børn	25
3.6	Kontakter med sundhedsvæsenet	25
3.7	Antallet af straffelovsovertrædelser	25
4	Implementering af indsatsen	26
4.1	Opgørelse af implementeringsgraden (fideliteten)	27
4.2	Evaluering af de 14 bærende principper	30
4.3	Rammevilkår for implementering af CTI	40
5	Indsatsens resultater	45
5.1	Den forudgående og gentagne vold	46
5.2	Kvindernes håndtering af deres livssituation	49
5.3	Fysisk og psykisk helbred	53
5.4	Trivsel	55
5.5	Ensomhed	56
5.6	Tryghed i hverdagen	57
5.7	Forælderrollen og forholdet til barnets/børnenes far	59
5.8	Risiko for traumereaktioner	60
5.9	Etablering af netværk	61
6	Indsatsens effekter	64
6.1	Effekter på beskæftigelse og uddannelse	65
7	Økonomiske konsekvenser	66
7.1	Omkostningsvurdering	66
7.2	Break-even-beregning	70
	Bilag 1. Datakilder, -indsamling og metode	73
	Bilag 2. Bærende principper og indikatorer	76

LISTE OVER FIGURER

Figur 1. Forandringsteori for afprøvningsprojektet som beskrevet af Socialstyrelsen ved afprøvningsprojektets begyndelse	17
Figur 2. Fidelitetsskalaen, som de bærende principper vurderes ud fra	30
Figur 3. CTI-medarbejdernes gennemsnitlige tidsforbrug per kvinde	32
Figur 4. Gennemsnitligt tidsforbrug per kvinde per uge i CTI-forløbets faser	34
Figur 5. Gennemsnitligt tidsforbrug på direkte rådgivning (samtaler og kommunikation via telefon og mail) per kvinde per uge i projektkommunerne.....	43
Figur 6. Vold forud for krisecenterophold og i fase 1, 2 og 3 af CTI-forløbet	48
Figur 7. Udvikling i kvindernes besvarelser på forandringskompassets ti temaer	50
Figur 8. Udvikling i medarbejdernes besvarelser på forandringskompassets ti temaer	50
Figur 9. Andel af kvinder og CTI-medarbejdere, der oplever henholdsvis fremgang, stilstand eller forværring på forandringskompassets temaer fra overgangen til fase 1 til afslutningen af CTI-forløbet	52
Figur 10. Kvindernes muligheder for at udføre arbejde eller andre daglige aktiviteter på baggrund af deres fysiske helbred	54
Figur 11. Kvindernes muligheder for at udføre arbejde eller andre daglige aktiviteter på baggrund af deres psykiske helbred	54
Figur 12. Kvindernes risiko for stress eller depression	55
Figur 13: Andelen af ensomme kvinder	56
Figur 14: Kvindernes ensomhed på T-ILS-skalaen.....	57
Figur 15. Kvindernes oplevede tryghed.....	58
Figur 16. Kvinders gennemsnitlige tryghed	58
Figur 17. Kvindernes oplevelse af forælderrollen.....	59
Figur 18. Kvindernes samarbejde med barnets/børnens far	60
Figur 19. Andel af kvinder i risiko for traumereaktioner	61
Figur 20. Andel kvinder, der oplever at have et netværk af støttepersoner, der kan hjælpe dem efter endt CTI-forløb	61
Figur 21. Fordelingen af, hvor mange kvinderne har at tale med, udover CTI-medarbejderen, hvis de har problemer eller brug for støtte.....	62
Figur 22. Kvindernes kontakt til venner og familie.....	63
Figur 23. Omkostninger til etablering og drift af CTI.....	67
Figur 24. Anvendte datakilder	73

LISTE OVER TABELLER

Tabel 1. Observerbare karakteristika ved indsats- og kontrolpopulationen samt normalbefolkningen af kvinder i Danmark over 18 år.....	21
Tabel 2. Operationalisering af CTI-metodens 14 bærende principper	28
Tabel 3. Implementering af CTI-metodens 14 bærende principper	38
Tabel 4. Andel i beskæftigelse og uddannelse henholdsvis 9 og 18 måneder efter udflytning fra krisecentret	65
Tabel 5. Omkostninger for CTI-forløb og koordinerende rådgivning	67
Tabel 6. Antal dage til break-even mellem CTI og koordinerende rådgivning	71
Tabel 7. Oversigt over spørgeskemabesvarelser	74

Forord

Kvinder, der udsættes for vold af deres partner og tager ophold på et krisecenter, befinder sig i en sårbar situation. For at lette overgangen fra krisecentret til en ny tilværelse uden voldsudøveren er kommunerne forpligtede til at tilbyde indledende og koordinerende rådgivning vedrørende bolig, arbejde og uddannelse mv. til alle kvinder på kvindekrisecenter efter servicelovens § 109, stk. 7.

Med denne evaluering belyses resultaterne af Critical Time Intervention (CTI) som en metode til at yde koordinerende rådgivning. Metoden opfylder betingelserne for koordinerende rådgivning og kan derfor erstatte det eksisterende tilbud om koordinerende rådgivning i kommunerne.

Den koordinerende rådgivning skal senest iværksættes, når forberedelsen til udflytning fra krisecentret påbegyndes, men derudover er der ingen krav til indholdet og organiseringen af den koordinerende rådgivning. Det er derfor også meget forskelligt, hvordan kommuner i hele landet har tilrettelagt rådgivningen, og tilbuddets karakter vil derfor også afhænge af, i hvilken kommune kvinden er bosat.

CTI er en evidens- og manualbaseret metode, der er forbundet med dokumenterede effekter for andre målgrupper, der – ligesom kvinder på krisecenter – befinder sig i kritiske overgange i deres liv. Forventningen er, at CTI i højere grad end den øvrige koordinerende rådgivning kan forebygge gentagen vold og reducere skadevirkningerne af den vold, som kvinderne har været udsat for.

For at undersøge denne hypotese har Aalborg, Odense, Randers og Københavns kommuner i perioden december 2015 til udgangen af 2018 afprøvet metoden. Socialstyrelsen har ydet implementerings- og processtøtte til kommunerne i afprøvningsperioden, mens Deloitte har været evaluator. En følgegruppe med repræsentanter fra blandt andet kommuner og interesseorganisationer har bidraget med kvalificering og perspektivering af evalueringens resultater.

Resultaterne og erfaringerne fra afprøvningsperioden er samlet i denne evalueringsrapport, der, sammen med en implementeringsguide¹ og en metodemanual², indgår i det samlede videngrundlag for det fortsatte arbejde med en styrket indsats overfor kvinder på krisecenter.

¹ CTI for kvinder på krisecenter, Implementeringsguide, Deloitte, 2019

² CTI for kvinder på krisecenter, Metodemanual, Deloitte, 2019

Resume

Afprøvningen af CTI for kvinder på krisecenter viser et positivt udbytte af et struktureret og individuelt tilpasset tilbud til kvinder, der fraflytter et krisecenter.

Denne rapport indeholder resultaterne af en evaluering af den evidens- og manualbaserede metode Critical Time Intervention (CTI) for kvinder på krisecenter. Evalueringen svarer samlet set på, om CTI bidrager til at styrke indsatsen for kvinder, der fraflytter et krisecenter, ved at forebygge gentagen vold og reducere skadevirkningerne af vold. Samtidig beskriver evalueringen de afgørende forhold for indsatsens implementering, herunder også hvad det koster at etablere og drive indsatsen.

Fire kommuner, Aalborg, København, Odense og Randers, har i perioden december 2015 til udgangen af 2018 deltaget i en afprøvning af CTI-metoden. I denne periode har CTI været afprøvet som en metode til koordinerende rådgivning. Den koordinerende rådgivning er det lovpligtige tilbud til målgruppen efter servicelovens § 109, stk. 7. Evalueringen er baseret på resultater og erfaringer fra afprøvningsperioden indsamlet gennem interview og spørgeskemaer i de fire projektkommuner. Dertil kommer registerdataoplysninger og viden fra andre undersøgelser af målgruppen eller metoden.

I alt 165 kvinder i projektkommunerne havde afsluttet eller var i gang med et CTI-forløb ved afprøvningsperiodens afslutning. Disse kvinder udgør den indsatspopulation, der i evalueringen sammenlignes med kvinder fra landets øvrige kommuner, der har haft ophold på et krisecenter i samme periode, og som ikke har modtaget et tilbud om CTI (kontrolpopulationen). Kontrolpopulationen formodes at have modtaget et tilbud om andre former for koordinerende rådgivning end CTI, omend det ikke er sikkert, ligesom kvinderne også kan have takket nej til støtte.³

Målgruppen udgør en heterogen gruppe, men adskiller sig samtidig fra normalbefolkningen

Kvinder på krisecentre i Danmark udgør en heterogen gruppe, der afspejler, at vold finder sted i alle sociale lag.⁴ Opgjort på en række observerbare karakteristika er der ingen nævneværdige forskelle på kvinder i indsats- og kontrolpopulationen. Indsatspopulationen er som nævnt kvinder, der har deltaget i CTI i afprøvningsperioden. Kontrolpopulationen er kvinder, der i samme periode har taget ophold på et krisecenter, men som ikke har fået

³ Om kvinderne er blevet tilbudt rådgivning efter CTI-metoden eller en anden metode for koordinerende rådgivning afhænger af kvindens handlekommune under krisecenteropholdet. Kvinder fra projektkommunerne er blevet tilbudt CTI, mens kvinder fra de øvrige 94 kommuner bør være blevet tilbudt andre former for koordinerende rådgivning.

⁴ Rambøll (2015), Evaluering af krisecentertilbuddene – Evalueringsrapport

tilbud om CTI. Ud fra et metodisk synspunkt er den store lighed mellem indsats- og kontrolpopulationen positiv, idet der dermed ikke er systematiske forskelle på kvinder, der har deltaget i afprøvningen af CTI, og målgruppen generelt. Til gengæld er der signifikante forskelle på målgruppen af kvinder på krisecenter og normalbefolkningen af kvinder i Danmark over 18 år. Således udgør kvinder med ikkevestlig baggrund næsten halvdelen af målgruppen. Desuden skiller kvinder i målgruppen sig ud ved et lavere uddannelsesniveaue og en svagere tilknytning til arbejdsmarkedet end normalbefolkningen af kvinder i Danmark generelt.

En fagligt stærk leder skal sætte rammer for arbejdet og i højere grad agere sparringpartner end beslutningstager

Implementeringen af CTI-metoden har grundlæggende været i overensstemmelse med indsatsens bærende principper. Afprøvningen har dog samtidig afdækket en række centrale forhold, som man som kommune skal have særligt blik for, hvis man ønsker at tilbyde CTI til målgruppen. Som tilfældet er i mange andre socialfaglige indsatser, spiller frontmedarbejderen, herunder vedkommendes engagement og motivation, en vigtig rolle for metodens succes. Dette gælder om muligt endnu mere i CTI, hvor CTI-medarbejderen udfylder både en støttende og koordinerende funktion og for mange kvinder nærmest bliver at betragte som en professionel veninde. Derfor er det også afgørende, at der bag CTI-medarbejderen står en leder, der kan hjælpe CTI-medarbejderen med at sætte rammer for samarbejdet med kvinden og agere faglig sparringpartner. Det er derfor en fordel, endsige forudsætning, at lederen har kendskab til og erfaring med målgruppen såvel som forståelse af socialfagligt arbejde efter en empowerment- og recoveryorienteret tilgang, hvor beslutninger ikke alene skal træffes fra myndighedsside, men i lige så høj grad skal komme fra borgeren selv. I forlængelse heraf skal det også fremhæves, at CTI-medarbejderens rolle kræver en høj grad af fleksibilitet, idet mødet med kvinden typisk vil foregå på kvindens præmisser, også hvad angår tid og sted. For at kunne honorere dette er det afgørende, at den enkelte CTI-medarbejder har et relativt begrænset caseload.

Viden om vold og voldens konsekvenser er afgørende for metodens anvendelse overfor målgruppen

Kvinderne i målgruppen har komplekse problemstillinger, der blandt andet udspringer af et liv med vold. Dette stiller særlige krav til CTI-medarbejderen, der i arbejdet med kvinden potentielt udsætter sig selv for sikkerhedsrisici og trusler fra voldsudøveren. Det har vist sig afgørende, at medarbejdere, der skal arbejde med CTI for kvinder på krisecenter – udover oplæring i arbejdet med den manualbaserede metode – også får viden om vold og voldens konsekvenser.⁵ På den måde forberedes CTI-medarbejderen på den adfærd, vedkommende kan møde hos kvinden selv, den voldsudøvende partner og eventuelle børn. Desuden giver det forståelse for kvindens reaktionsmønstre i forskellige situationer og indsigt i, hvordan medarbejderen bedst kan støtte kvinden. Derudover er adgang til kollegial sparring og supervision særlig vigtigt, så CTI-medarbejderen sikres et rum, hvor medarbejderen kan vende ubehagelige oplevelser og søge råd og vejledning om håndtering af konkrete sager.

⁵ Jævnfør metodemanualen for CTI for kvinder på krisecenter opnås denne viden eksempelvis gennem deltagelse i kurser eller ved tæt samarbejde med krisecentret, der har stor ekspertise på området.

Metodens anvendelse overfor visse grupper giver udfordringer

I afprøvningen af CTI har særligt gruppen af kvinder, der ikke taler dansk, givet udfordringer i forhold til implementeringen. Tillid mellem kvinden og CTI-medarbejderen er en afgørende faktor i et godt CTI-forløb. Denne tillid kan være vanskelig at etablere, når kvinden og CTI-medarbejderen ikke kan tale sammen, og arbejdet måske betinger tilstedeværelsen af en tolk. Præmisserne for at kunne gennemføre et manualbaseret CTI-forløb med ikkedansktalende kvinder er dog vanskeliggjort i en sådan grad, at det er en væsentlig overvejelse, om der findes andre måder at yde koordinerende rådgivning på, der er mere hensigtsmæssige. En anden gruppe, der har krævet særlig opmærksomhed i afprøvningsperioden, er de helt unge kvinder uden børn. Disse kvinder kan have gavn af et CTI-forløb, men manglende modenhed udtrykt ved eksempelvis manglende ansvarsbevidsthed betyder, at det kræver ekstra tid og resurser at opnå disse kvinders tillid og samarbejde, ligesom støttebehovet typisk strækker sig længere end de ni måneder, som CTI-forløbet i afprøvningsperioden er afgrænset til.

Kvinderne i projektet har oplevet en positiv forandring på stort set alle udviklingsparametre

Kvinderne i indsatspopulationen har grundlæggende haft et positivt udbytte af CTI-forløbet. Således er der målt progression på samtlige udviklingsparametre. Dette gælder først og fremmest i forhold til forebyggelse af vold, hvis omfang reduceres og ofte elimineres helt i afprøvningsperioden. Kvinderne oplever desuden at blive bedre til at tage vare på sig selv og ansvar for deres situation, samtidig med at de både trivsels- og helbredsmæssigt får det bedre. Kvinderne har dog stadig en forhøjet risiko for stress og depression, hvilket er en generel følge af at have været udsat for vold. Kvindernes følelse af ensomhed reduceres desuden, og de føler sig mere trygge i hverdagen. For kvinder med børn gælder det yderligere, at de mestrer forældrerollen bedre, omend der stadig opleves udfordringer i forholdet til børnenes far.

Relativt beskedne effekter kan opveje meromkostningerne

Det positive udbytte for kvinderne sandsynliggør, at der også i et samfundsmæssigt perspektiv er gevinster forbundet med indsatsen. Det er dog endnu for tidligt at estimere de samlede effekter af CTI for kvinder på krisecenter og dermed tegne et fyldestgørende billede af indsatsens samfundsmæssige konsekvenser. For de første kvinder, der modtog CTI i afprøvningsperioden, og som derfor også har afsluttet CTI-forløbet først, findes der oplysninger om kvindernes beskæftigelsessituation og uddannelsesaktiviteter op til 18 måneder efter udskrivning fra krisecentret. I forhold til en sammenlignelig kontrolgruppe kan der dokumenteres positive effekter i form af en relativt højere andel i beskæftigelse i indsatspopulationen på længere sigt. Dette skal ses i forhold til, at CTI ikke er væsentlig dyrere end det eksisterende tilbud, og meromkostningen kan dækkes, hvis indsatsen for eksempel betyder, at en kvinde kommer tilbage til arbejdsmarkedet to uger tidligere end forventet.

Et styrket tilbud om koordinerende rådgivning med afsæt i erfaringerne fra afprøvningen af CTI

Det vides ikke, om kvinderne ville have haft samme udbytte af andre former for koordinerende rådgivning. Her skal det dog fremhæves, at den koordinerende rådgivning er meget varieret på tværs af kommuner og spænder fra telefonsamtaler til strukturerede forløb, der har flere lighedspunkter med CTI-metoden, blandt andet ved at rådgiveren også udfylder en støttende rolle. Da CTI-metoden er en måde at yde koordinerende rådgivning på, er det derfor en væsentlig overvejelse, om tilbuddet om koordinerende rådgivning kan styrkes med afsæt i CTI-metoden og som sådan kan sikre kvinder i målgruppen et ensartet tilbud om støtte af god kvalitet, uanset hvor i landet kvinderne bor. Netop et ensartet og målrettet tilbud til kvinder i målgruppen fremhæver flere bidragydere til evalueringen som en af de vigtigste implikationer af en eventuel udbredelse af CTI-metoden. I et fremadrettet perspektiv og set i lyset af, at kvinder på krisecenter er en relativt heterogen gruppe med varierende behov for støtte, er det desuden relevant at afdække, om implementeringen af metoden, for eksempel fasernes varighed, bør justeres i forhold til, hvad der er afprøvet i evalueringsperioden. Endelig er det i implementeringen af metoden overfor ikkedansktalende kvinder en overvejelse, om dette bør forudsætte CTI-medarbejdere, der mestrer disse kvinders modersmål eller andre sprog.

"Jeg havde brug for en, der kan skabe kontakt og følge mig. Mødes på skæve tidspunkter. Og en, der kan hjælpe.

Det med at der er én, der kender dig og din situation, når du flytter ..."

- Kvinde, der har deltaget i et CTI-forløb

1 Indledning

Med afsæt i kvantitative og kvalitative datakilder belyser evalueringen, om CTI bidrager til en styrket indsats for kvinder, der fraflytter krisecentre, og hvilke faktorer der har betydning for indsatsens implementering.

Hvert år udsættes omkring 38.000 kvinder i Danmark for vold i nære relationer, heraf søger knap 2.000 ophold på et af landets krisecentre.⁶ Konsekvenserne af volden kan være vidtrækkende og have både fysisk, psykisk, social, økonomisk og praktisk karakter. Ikke kun for den voldsudsatte kvinde, men også for pårørende, herunder ikke mindst eventuelle børn, og samfundet generelt. For den voldsudsatte kvinde kan konsekvenserne af vold være depression og angst, selvbeprejdelse og lavt selvværd samt koncentrationsbesvær – for blot at nævne nogle. Dette kan føre til misbrug og isolation, der gør det vanskeligt for den voldsudsatte kvinde at opretholde et socialt liv, klare praktiske gøremål i hverdagen og passe uddannelse eller job.⁷ Har den voldsudsatte kvinde børn, kan det være svært at udfylde rollen som forælder. Der findes imidlertid begrænset viden om, hvad der kan afhjælpe disse konsekvenser, hvordan og hvorfor.

1.1 Baggrund

Som en del af satspuljeaftalen for 2015-2018 er der afsat midler til afprøvning af den evidensbaserede metode *Critical Time Intervention* (CTI) for kvinder på krisecenter. Formålet med afprøvningen er at undersøge, om CTI kan indgå i en styrket indsats overfor voldsudsatte kvinder på krisecenter. Konkret skal CTI understøtte voldsudsatte kvinder i overgangen fra krisecenterophold til en selvstændig tilværelse i egen bolig samt forebygge gentagen vold og reducere skadevirkningerne af den vold, som kvinderne har været udsat for.

Kommunerne er efter servicelovens § 109, stk. 7, forpligtede til at yde koordinerende støtte og vejledning til kvinder, der tager ophold på et krisecenter. Den koordinerende rådgivning kan omhandle forhold vedrørende eksempelvis bolig, økonomi, uddannelse, beskæftigelse og eventuelle børn. Indenfor disse overordnede rammer er der stor variation i, hvordan kommunerne udmønter tilbuddet i praksis. CTI er en udgave af koordinerende rådgivning, der kan erstatte det eksisterende tilbud i kommunen. I evalueringen sammenlignes gruppen af kvinder i CTI-forløb med kvinder på krisecenter, der er – eller i hvert fald burde være – blevet tilbudt sædvanlig koordinerende rådgivning i deres hjemkommune. I sammenligningsgrundlaget indgår både kvinder, der tager imod støttetilbuddet, og kvinder, der ikke modtager støtte. Det er vigtigt at

⁶ Socialstyrelsen (2018), Årsstatistik 2017 Kvinder og børn på krisecenter

⁷ Ottosen og Østergaard (2018), Psykisk partnervold – en kvantitativ kortlægning, VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

understrege, at den koordinerende rådgivning er et tilbud. Således er kvinder på krisecenter ikke forpligtede til at tage imod støtte, hverken i form af almindelig koordinerende rådgivning eller koordinerende rådgivning efter CTI-metoden. Dette har den implikation, at evalueringen ikke sammenligner CTI-metoden med en anden metode, men belyser, om kvinder i CTI-forløb synes at klare sig bedre end kvinder, der har haft ophold på krisecenter, generelt.

Aalborg, Odense, Randers og Københavns kommuner har i perioden december 2015 til udgangen af 2018 afprøvet CTI som metode til koordinerende rådgivning. Afprøvningens resultater og erfaringer udgør omdrejningspunktet i evalueringen af CTI for kvinder på krisecenter og dermed også fundamentet for nærværende rapport.

1.2 Evalueringens formål

Formålet med evalueringen er overordnet set at tilvejebringe dokumenterbar viden om effekter og konsekvenser såvel som implementeringen af CTI-metoden for kvinder på krisecenter, herunder viden om omkostningerne og de samfundsøkonomiske gevinster forbundet med at etablere og drive indsatsen.

Mere konkret besvarer evalueringen følgende tre overordnede evalueringsspørgsmål:

1. Bidrager CTI til at styrke indsatsen for kvinder på krisecenter ved at forebygge gentagen vold og reducere skadevirkningerne af vold?
2. Hvilke faktorer og processer har betydning for implementering og drift af CTI for kvinder på krisecenter?
3. Hvad koster det kommunerne at etablere og drive CTI for kvinder på krisecenter, og er indsatsen omkostningseffektiv?

1.3 Datagrundlag og metode

Til besvarelsen af evalueringsspørgsmålene er der anvendt et omfattende datamateriale bestående af både primære og sekundære data af både kvalitativ og kvantitativ karakter. Således er det samlede datagrundlag og analyseaktiviteterne i forlængelse heraf baseret på følgende:

Et indledende **litteraturstudie** med en systematisk gennemgang af eksisterende viden om både målgruppen og metoden har sammen med projektets grundlæggende forandringsteori udgjort fundamentet for evalueringen, herunder udvikling af analysedesign og målretning af dataindsamlingsaktiviteterne. Eksisterende viden fra andre undersøgelser har ligeledes udgjort et væsentligt udgangspunkt for forståelsen og perspektivering af evalueringens resultater.

Spørgeskemaundersøgelser blandt kvinderne i projektet og CTI-medarbejderne har dannet udgangspunkt for analyserne af kvindernes progression på centrale parametre vedrørende blandt andet kvindernes trivsel og tryghed og relationer til andre mennesker. Spørgeskemaerne er blevet besvaret af både kvinden og CTI-medarbejderen ved opstarten og afslutningen af CTI-forløbet og ved faseovergange. I alt er der besvaret otte spørgeskemaer per kvinde, der modtager CTI. Spørgeskemaundersøgelserne er således den væsentligste datakilde i evalueringen af metodens umiddelbare resultater.

En **selvevaluering** blandt de kommunale projektledere og CTI-medarbejdere (ligeledes gennemført som spørgeskemaundersøgelse) er den primære kilde til belysning af CTI-metodens implementering i afprøvningsperioden.

Kvalitative interview, hvor CTI-medarbejdere og projektledere i afprøvningsperiodens afsluttende fase har bidraget til perspektivering af evalueringens resultater og forståelse af den kontekst og de særlige udfordringer, som implementeringen af CTI for kvinder på krisecenter er forbundet med. Ligeledes har interview med koordinerende rådgivere bidraget med viden om, hvordan det eksisterende tilbud er tilrettelagt såvel som variationerne heri på tværs af kommuner.

I forlængelse heraf er der udført en systematisk gennemgang af et tilfældigt udvalg af **CTI-planer** og **overdragelsesplaner**. CTI-planer har bidraget med indsigt i, hvordan samarbejdet mellem kvinden og CTI-medarbejderen har udmøntet sig i praksis. Overdragelsesplanerne har belyst, hvordan støtten til kvinden tilrettelægges efter CTI-forløbets afslutning.

Registerdata om observerbare karakteristika ved kvinderne i projektet såvel som kvinder på krisecenter generelt har dels dannet udgangspunkt for en **målgruppebeskrivelse**, dels en **effektevaluering** i et kvasiekperimentelt design. I effektevalueringen er kvindernes uddannelses- og beskæftigelsesmæssige status efter CTI-forløbets afslutning blevet sammenlignet med tilsvarende effektmål blandt en sammenlignelig gruppe kvinder, der har været på krisecenter i samme periode, men som ikke er blevet tilbudt et CTI-forløb.

Resultaterne af effektevalueringen udgør sammen med CTI-medarbejdernes **tidsregistreringer** og projektledernes **oplysninger om projektøkonomien** grundlaget for en **økonomisk evaluering** af indsatsen, herunder en omkostningsvurdering og estimering af indsatsens konsekvenser⁸.

Selvom datamaterialet er omfattende, er antallet af kommuner få. Dette betyder, at resultater baseret på CTI-medarbejdernes og projektledernes udsagn er forbundet med relativt stor usikkerhed i forhold til særligt den eksterne validitet (generaliserbarheden af resultaterne). Desuden betyder det begrænsede datagrundlag, at det ikke er muligt at opgøre resultater for de enkelte kommuner. I bilag 1 findes en detaljeret beskrivelse af de anvendte datakilder og metoder.

1.4 Læsevejledning

Evalueringsrapporten er struktureret i otte kapitler, inklusive indledning.

I **kapitel 2** beskrives CTI-metoden med særligt fokus på dens anvendelse i forhold til målgruppen af kvinder på krisecenter. Kapitlet beskriver også det eksisterende tilbud om koordinerende rådgivning til kvinderne. Både CTI og

⁸ Konsekvenser refererer her til både positive og negative effekter af indsatsen, jf. Socialstyrelsens retningslinjer for økonomiske analyser af sociale indsatser og Den Socialøkonomiske Investeringsmodel (SØM). Vi anvender desuden begrebet resultater om indsatsens umiddelbare virkning, det vil sige den forandring hos målgruppen, der er en forudsætning for, at indsatsen vil være forbundet med konsekvenser i forhold til sædvanlig praksis.

almindelig koordinerende rådgivning ydes efter servicelovens § 109, stk. 7. I evalueringen udgør den sædvanlige koordinerende rådgivning sædvanlig praksis og dermed det tilbud, som CTI-metoden sammenlignes med. Dog med det forbehold, at visse kvinder i sammenligningsgruppen kan have takket nej til støtte eller slet ikke har modtaget et tilbud om støtte, selvom loven foreskriver det.⁹

I **kapitel 3** præsenteres resultaterne af en målgruppeanalyse af kvinderne i projektet. Kvinderne beskrives i forhold til en række objektive karakteristika af betydning for resultaterne af CTI-metodens tilrettelæggelse og resultaterne og konsekvenserne heraf.

Kapitel 4 indeholder resultaterne af implementeringsevalueringen. Denne del af evalueringen belyser, i hvilken grad kommunerne har efterlevet CTI-metodens 14 bærende principper i afprøvningsperioden. Derudover beskrives en række grundlæggende rammevilkår, der har haft betydning for implementering af indsatsen.

I forlængelse heraf indeholder **kapitel 5** en beskrivelse af indsatsens resultater. Således beskrives kvindernes progression målt på en række centrale parametre, der allerede i afprøvningsperioden forventes at udvise en positiv udvikling, hvis CTI-metoden er virkningsfuld.

Kapitel 6 indeholder resultaterne af en effektevaluering med fokus på kvindernes uddannelsesaktiviteter og arbejdsmarkedstilknytning efter endt CTI-forløb. I effektevalueringen sammenlignes kvinderne i projektet med en sammenlignelig gruppe kvinder, der er fraflyttet et krisecenter i samme periode, og som ifølge lovgivningen burde være blevet tilbudt sædvanlig koordinerende rådgivning fremfor CTI.

Afslutningsvist belyses i **kapitel 7** de økonomiske konsekvenser af CTI. I kapitlet vises således resultaterne af en omkostningsvurdering af indsatsen i forhold til den koordinerende rådgivning såvel som forventede gevinster, hvis indsatsen kan forbindes med positive effekter for målgruppen. Gennem en række break-even-beregninger illustreres det desuden, hvornår kommunerne kan forvente, at en investering i CTI er tjent hjem.

I forbindelse med afprøvningsperioden af CTI for kvinder på krisecenter er der, udover evalueringsrapporten, udarbejdet en metodemanual til CTI for kvinder på krisecenter og en implementeringsguide, der indeholder gode råd til kommuner, der ønsker at tilbyde CTI til kvinder, der fraflytter et krisecenter.

⁹ Kvinder, der takker nej til rådgivning, indgår i kontrolpopulationen sammen med kvinder, der modtager koordinerende rådgivning, da disse grupper ikke kan adskilles. Derfor vil der i kontrolpopulationen indgå kvinder, der ikke har modtaget nogen indsats.

2 Critical Time Intervention

CTI er en evidens- og manualbaseret metode forbundet med positive resultater for andre grupper af udsatte borgere, der befinder sig i en kritisk overgangsfase i deres liv.

Critical Time Intervention (CTI) er en evidens- og manualbaseret metode, der gennem et struktureret forløb og med afsæt i et empowerment- og recoveryprincip sigter mod at hjælpe udsatte borgere igennem kritiske transitionsfaser i deres liv.

I en dansk kontekst er metodens effekter senest dokumenteret for borgere med psykiske lidelser, der flytter i egen bolig efter et ophold på et botilbud eller i forbindelse med udskrivning efter et ophold på en psykiatrisk afdeling. Her fandt man en statistisk signifikant forbedring af CTI-gruppens mentale trivsel og funktionsniveau fra første måling til nilmånedersmålingen.¹⁰ Desuden har CTI-metoden været afprøvet i EXIT Prostitution-projektet. Her resulterede CTI i forbedret mental trivsel og en forbedret oplevelse af egen livssituation såvel som en lavere prostitutionsfrekvens.¹¹ Afprøvningen af CTI for hjemløse viste, at langt hovedparten fastholder egen bolig gennem CTI-forløbet, men at de fleste borgere oplever en uændret livssituation med hensyn til eksempelvis helbred, misbrugsproblemer og socialt netværk.¹²

I dette kapitel beskrives CTI-metoden. Først generelt og herefter mere specifikt som et tilbud til kvinder, der fraflytter et krisecenter. I den forbindelse præsenteres også CTI-metodens underliggende forandringsteori, der danner grundlag for evalueringsdesignet. Afslutningsvis beskrives det eksisterende tilbud til målgruppen i form af almindelig koordinerende rådgivning, som CTI for kvinder på krisecenter er en alternativ metode for.

Kapitlet er baseret på viden fra det indledende litteraturstudie. Viden om det eksisterende tilbud til målgruppen baseres på budgetnotatet vedrørende en styrket indsats for voldsramte¹³ og en spørgeskemaundersøgelse, som Socialstyrelsen har gennemført blandt koordinerende rådgivere.

¹⁰ Amilon, Mehlsen, Bengtsson, Nielsen og Lauridsen (2018), Dokumenterede metoder i bostøtteindsatsen over for mennesker med psykiske lidelser, VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

¹¹ Henriksen, Mehlsen, Kjær og Amilon (2017), EXIT Prostitution. Evaluering af CTI-forløb for borgere med prostitutionserfaring, SFI

¹² Benjaminsen, Dyrby, Enemark, Thomsen, Dalum og Vinther (2011), Housing First i Danmark, Rambøll og SFI

¹³ Ministeriet for børn, ligestilling, integration og sociale forhold (2014), DUT-notat om lovforslag vedr. udvidet og styrket indsats for kvinder på krisecentre og orienteringspligt for kvindekrisecentre og forsorgshjem, herberger mv.

2.1 CTI for kvinder på krisecenter

CTI for kvinder på krisecenter er en tidsafgrænset indsats, der skal sikre progression i kvindens liv og understøtte, at hun efter et CTI-forløb kan klare sig selv med støtte fra et privat og/eller professionelt støttenetværk. Indsatsen er kendetegnet ved følgende:

- En recovery- og empowermentorienteret tilgang, så aktiviteter understøtter kvindens fokus på egne resurser, håb og ønsker
- En kontaktskabelsesperiode mellem kvinden og CTI-medarbejderen forud for CTI-forløbet (hvis det er muligt at have indledende kontakt)
- Et faseopdelt og tidsbegrænset forløb på ni måneder
- Én fast CTI-medarbejder, der koordinerer forløbet og støtter kvinden (omend dette ikke kan garanteres, fx som følge af personaleomsætning)
- Intensiv støtte, der gradvist aftager, idet ansvar og opgaver gradvist overdrages til kvinden og støttenetværket
- Målrettet fokus på få indsatsområder, der er udvalgt af kvinden.

CTI for kvinder på krisecenter tager dermed udgangspunkt i den enkelte kvindes aktuelle situation. Kvinder, der fraflytter et krisecenter, har vidt forskellige baggrunde og forudsætninger for at klare sig i egen bolig. Nogle har brug for intensiv praktisk og personlig støtte, mens andre primært har behov for støtte til at opbygge et netværk, som den voldsudøvende person ikke selv indgår i. Uanset støttebehovet kan CTI-metoden, hvor kvinden får tilknyttet én gennemgående CTI-medarbejder, tilpasses kvinden og støtte hende i at opnå sine mål og ønsker for fremtiden.

2.1.1 CTI-forløbets faser

Det faseopdelte forløb, der har tre lige lange hovedfaser på hver tre måneder og en forudgående kontaktskabelsesperiode, kræver, at kvinden i samarbejde med CTI-medarbejderen opstiller og opnår mål i hver fase. Målene tager udgangspunkt i kvindens ønsker og behov og skal være målbare og realiserbare.

Formålet med **kontaktskabelsesperioden**, der går forud for CTI-forløbet, er at etablere en indledende kontakt til kvinden og orientere hende om forløbet. I denne periode er der fokus på tillidsopbygning mellem kvinden og CTI-medarbejderen og dermed på at skabe forudsætningerne for indsatsen i CTI-forløbet.

I **fase 1** er der fokus på, at kvinden får afklaret sit støttebehov, hvorefter CTI-medarbejderen og kvinden i fællesskab udarbejder en CTI-plan for kvinden, indleder kontakten til relevante tilbud og begynder arbejdet med at opbygge et støttenetværk. Centralt i fase 1 er selve overgangen fra krisecenter til – og indflytningen i – egen bolig. CTI-medarbejderen er kvindens primære professionelle sociale og praktiske støtte, indtil de relevante tiltag er etableret. Det er i denne fase af forløbet, at kontakten mellem kvinden og CTI-medarbejderen er mest intensivt.

I **fase 2** er der fokus på at afprøve og tilpasse CTI-planen. CTI-medarbejderens støtte overdrages gradvist til det støttenetværk, som kvinden og CTI-medarbejderen har arbejdet på at opbygge i fase 1. Støttenetværket har nu det primære ansvar for at give kvinden den støtte,

hun har behov for i hverdagen. Kontakten mellem CTI-medarbejderen og kvinden i fase 2 er således mindre intensivt end i fase 1.

I **fase 3** sker den endelige overdragelse af ansvaret for kvindens fremtidige støtte til kvinden selv og til det støttenetværk, der er blevet etableret undervejs i CTI-forløbet. Kvinden og CTI-medarbejderen udarbejder en overdragelsesplan for kvindens langsigtede mål og behov og for den eventuelle videre indsats efter CTI-forløbet. Det må forventes, at en del kvinder også har brug for social støtte og for at være tilknyttet sociale tilbud, for eksempel netværksgrupper, efter CTI-forløbet. Efter fase 3 afsluttes CTI-forløbet.

Indsatsens intensitet falder gradvist i faserne og hen over faserne. Forholdet mellem støttens intensitet i de tre CTI-faser skal være omtrent 4:2:1. Tidsforbruget i forhold til den enkelte kvinde halveres således ved overgangen til fase 2 og halveres igen ved overgangen til fase 3. Kvinden modtager dermed den største del af den samlede indsats i fase 1, hvor fundamentet for den nye livssituation for kvinden i egen bolig etableres. I forlængelse heraf er fase 2 en tilpasning og afprøvning af indsatsen, mens fase 3 er en periode, der bliver brugt til at sikre, at den etablerede situation er bæredygtig.

2.1.2 CTI-medarbejderens roller

Kvinden er den helt centrale aktør i CTI-forløbet. CTI-medarbejderens vigtige opgave er at støtte og hjælpe kvinden til at opnå de mål, hun har for sit liv. I den forbindelse udfylder CTI-medarbejderen to roller:

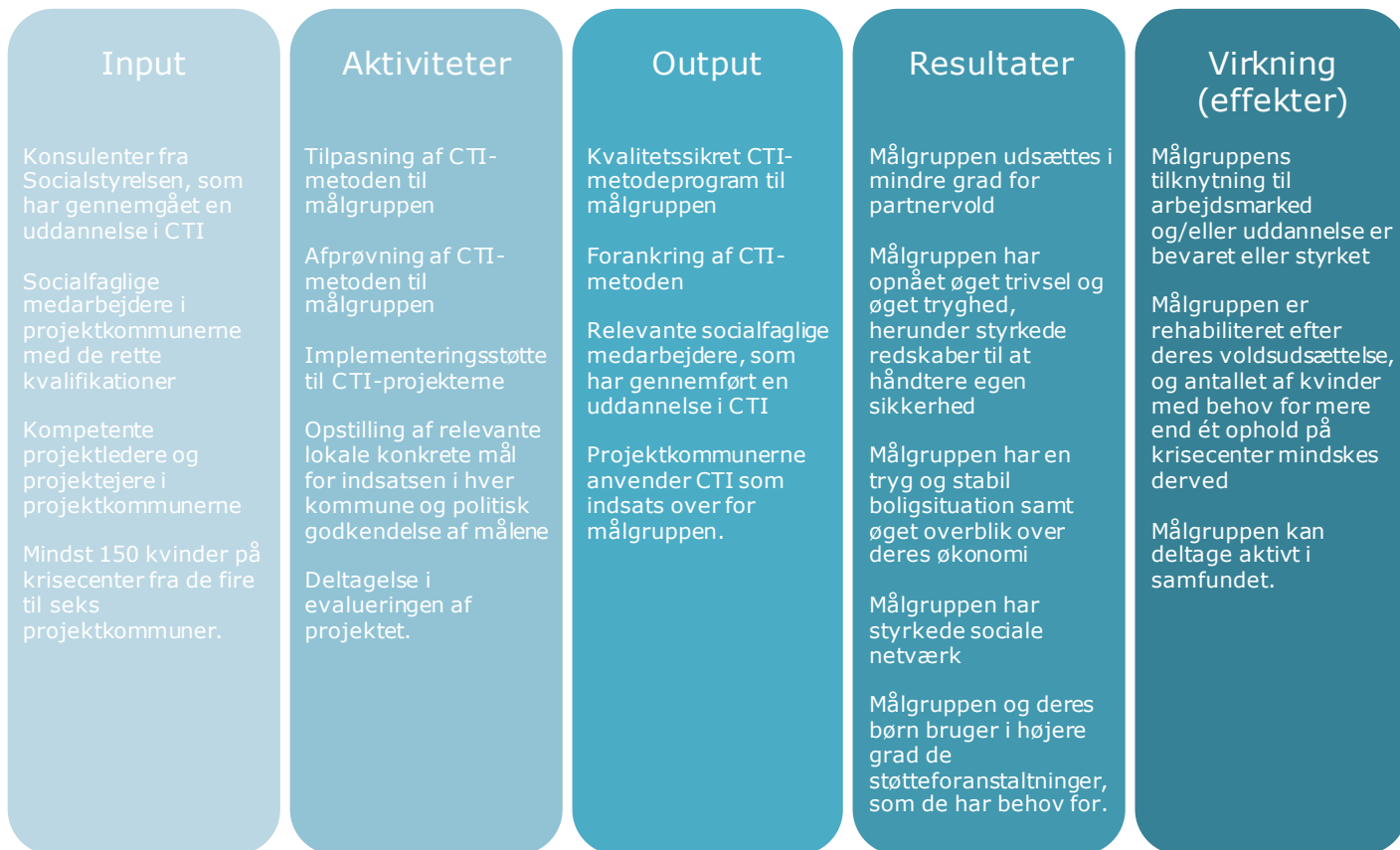
1. En **koordinerende rolle** i forhold til sammensætningen og udførelsen af kvindens CTI-forløb, herunder dialog med og inddragelse af myndighedssagsbehandlere og andre relevante samarbejdspartnere fra andre områder, hvorfra kvinden (og eventuelle børn) modtager tilbud og ydelser.
2. En **støttende rolle**, hvor CTI-medarbejderen understøtter, at kvinden udvikler og styrker egne resurser og kompetencer. Dette indebærer en funktion som gennemgående støtteperson, der yder social og praktisk støtte, indtil kvinden kan stå på egne ben, eller et eventuelt længerevarende støttetilbud er blevet etableret.

2.1.3 Forandringsteorien

De positive erfaringer med anvendelse af CTI-metoden til andre udsatte målgrupper har dannet udgangspunkt for etablering af afprøvningsprojektets grundlæggende forandringsteori, der viser sammenhænge mellem indsatsens input, aktiviteter og output og forventede resultater og effekter. Dermed udgør forandringsteorien det grundlæggende fundament, som evalueringen af CTI for kvinder på krisecenter er bygget op om, for eksempel ved at definere de resultater og effekter, som indsatsen skal vurderes på.

Figur 1 indeholder afprøvningsprojektets forandringsteori, der blev offentliggjort som en del af vejledningsmaterialet til ansøgning om støtte fra puljen.

Figur 1. Forandringsteori for afprøvningsprojektet som beskrevet af Socialstyrelsen ved afprøvningsprojektets begyndelse



Note: Socialstyrelsen har med introduktionen af Den Socialøkonomiske Investeringsmodel, SØM, skiftet terminologi, så resultater betegnes effekter, og virkninger/effekter betegnes konsekvenser. I nærværende rapport fastholdes den oprindelige terminologi, og dermed omtales kvindernes udbytte på kort sigt som resultater, mens henholdsvis effekter/konsekvenser er den samfundsmæssige betydning heraf.

Kilde: Socialstyrelsen (2015), "Vejledning til ansøgning om støtte fra puljen: Afprøvning af CTI for kvinder på krisecenter".

Forandringsteorien illustrerer blandt andet, at Socialstyrelsen i forbindelse med afprøvningsperiodens begyndelse havde en forventning om, at CTI for kvinder, der fraflytter et krisecenter, forventes at føre til, at kvinderne:

- **I mindre grad udsættes for partnervold:** i form af både fysisk, seksuel, materiel og psykisk vold
- **Bliver bedre til at tage vare på sig selv og ansvar for deres situation:** i forhold til parametre som både sikkerhed, omsorg for sig selv, netværk, fysisk og psykisk helbred, boligsituation, økonomi, varetagelse af børnenes trivsel og håndtering af deres eget forbrug af stimulanser.
- **Føler sig mere trygge**
- **Får bedre kontakt til deres netværk** og i mindre grad føler sig ensomme
- **Opnår en styrket tilknytning til arbejdsmarkedet og uddannelsessystemet.**

Mens effektevalueringen (kapitel 6) belyser kvindernes relation til arbejdsmarkedet og uddannelsessystemet efter endt CTI-forløb, beskriver resultatevalueringen (kapitel 5) de umiddelbare forandringer i kvindernes liv, der allerede forventes at indtræffe i afprøvningsperioden. Resultaterne skal således ses som en forudsætning for, at de mere langsigtede effekter i form

af en styrket arbejdsmarkedstilknytning mv. kan indtræffe. I evalueringen er det alene muligt at sandsynliggøre CTI-metodens udbytte for kvinderne, idet der ikke eksisterer en kontrolpopulation, og der derfor ikke er lavet resultatmålinger for en sammenlignelig population af kvinder, der fraflytter et krisecenter.

2.2 Det eksisterende tilbud (den koordinerende rådgivning)

Kvinder, der er udsat for vold, er i dag berettiget til hjælp fra kommunen i henhold til servicelovens § 109. Loven foreskriver, at kommunen skal tilbyde midlertidigt ophold til kvinder, der har været udsat for vold, trusler om vold eller tilsvarende krise i relation til familie- eller samlivsforhold. Desuden skal børn, der er ledsaget af kvinderne, modtage omsorg og støtte.

Af servicelovens § 109, stk. 2-6, fremgår det, at krisecenterlederen har pligt til at træffe afgørelse om kvindens optagelse i, og udskrivning fra, en sikker boform. Hvis kvinden flytter midlertidigt på et krisecenter i en anden kommune, skal modtagerkommunen orienteres herom. Optagelse kan desuden ske anonymt ved kvindens egen henvendelse i krisecentret.

Af servicelovens § 109, stk. 7, fremgår kravet om koordinerende rådgivning. Loven foreskriver, at kommunen skal tilbyde rådgivningen *så tidligt som muligt*, det vil sige umiddelbart efter, at kommunen bliver orienteret om kvindens forhold og indflytning på krisecenter. Hjælpen skal tilbydes som *koordinerende støtte og vejledning*, altså kan rådgivningen dække flere områder, herunder bolig, økonomi, arbejdsmarked, skole, daginstitutioner og sundhedsvæsen. Rådgivningen forløber, fra kvinden forbereder udflytning fra krisecentret, til kvinden er etableret i egen bolig.

Rammerne for de koordinerende rådgivere er således brede og spænder fra et telefonopkald til kvinderne til strukturerede forløb, der har mange lighedspunkter – men dog ikke må forveksles, med et CTI-forløb. Således er CTI blandt andet kendetegnet ved at tage afsæt i kvindernes egne ønsker og drømme, hvilket dermed bliver afgørende for indholdet i selve forløbet. Rollen som koordinerende rådgiver minder dog på mange områder om den funktion, som CTI-medarbejderen udfylder.

Socialstyrelsens spørgeskemaundersøgelse om den koordinerende rådgivning, der undersøger kommunernes implementering af den koordinerende rådgivning efter servicelovens § 109, stk. 7, til kvinder på krisecenter¹⁴, og interview med koordinerende rådgivere tyder på stor variation i indholdet og implementeringen af tilbuddet om koordinerende rådgivning. Undersøgelsen indikerer blandt andet, at mellemstore og store kommuner såvel som kommuner med et krisecenter i kommunen i relativt højere grad har implementeret den koordinerende rådgivning end små kommuner og kommuner uden et krisecenter.

I et evalueringsmæssigt perspektiv betyder den store variation i måden, hvorpå den koordinerende rådgivning er implementeret i kommunerne, at CTI-metoden for kvinder på krisecenter bliver sammenlignet med et tilbud, hvis rammer og indhold er så bredt formuleret, at tilbuddet er svært at definere præcist. I forhold til en fremadrettet implementering af CTI for målgruppen betyder de relativt brede rammer for den koordinerende

¹⁴ Undersøgelsen kan rekvireres ved at skrive til cuv-udgivelser@socialstyrelsen.dk

rådgivning omvendt, at CTI er en måde at yde koordinerende rådgivning på, og at en eventuel implementering og udbredelse af CTI-metoden kan ske uden juridiske barrierer, idet CTI opfylder kravene til den koordinerende rådgivning og derfor kan erstatte den måde, hvorpå støtten gives i dag.

3 Kvinderne i projektet

Målgruppen for CTI for kvinder på krisecenter er en heterogen gruppe og har som sådan forskellige behov for støtte, som CTI-forløbet skal imødekomme for at understøtte en positiv forandring i kvindernes liv.

Vold rammer kvinder fra alle sociale lag. De kvinder, der bryder med volden, har oftest brug for hjælp og støtte fra deres netværk eller professionelle. Mens nogle kvinder klarer sig gennem volden og finder et nyt hjem ved egen hjælp støttet af venner og familie, har andre kvinder brug for et kortere eller længere ophold på krisecenter.

I forhold til normalbefolkningen skiller de voldsudsatte kvinder på krisecenter sig ud på nogle karakteristika. Tidligere analyser har vist, at voldsudsatte kvinder generelt er yngre, har relativt kortere uddannelser, hyppigere befinder sig udenfor arbejdsmarkedet og i højere grad har en anden etnisk herkomst end dansk end kvinder generelt.¹⁵ Det betyder dog ikke, at alle kvinder, der udsættes for vold, har disse karakteristika. CTI-medarbejderne fortæller baseret på deres erfaring fra arbejdet med målgruppen, at der også er en stor gruppe af kvinder med lange uddannelser, et stærkt socialt netværk og en solid økonomi, der søger professionel hjælp, men at disse kvinder i højere grad søger ambulante tilbud og rådgivning.

Når en indsats – og her konkret CTI-metoden – evalueres, er viden om målgruppen for indsatsen relevant af flere årsager. For det første ud fra et metodisk hensyn om, at kvinderne i indsatspopulationen så vidt muligt skal være repræsentative for målgruppen generelt. Således bør kvinderne i CTI-forløbene ikke have væsentlig forskellige karakteristika fra en kontrolpopulation af kvinder på krisecenter, der er blevet tilbudt koordinerende rådgivning (sædvanlig praksis). For det andet for at forstå evalueringens resultater eller variationer heri, der kan forklares med, at kvinderne i indsatspopulationen er en heterogen gruppe med forskellige udfordringer og dermed også forskellige forudsætninger for at indgå i et CTI-forløb. For det tredje i et fremadrettet perspektiv når viden fra evalueringen skal nyttiggøres og omsættes i praksis. Her er det centralt at have viden om kvindernes forskellige behov for støtte, og hvordan CTI-forløbet kan tilrettelægges, så forløbet imødekommer disse behov og dermed understøtter en positiv forandring i den voldsudsatte kvindes liv.

I dette kapitel beskrives derfor kvinderne i indsatspopulationen med afsæt i en række observerbare karakteristika i forhold til en kontrolpopulation og normalbefolkningen generelt. Kapitlet er baseret på registerdataoplysninger.

¹⁵ Rambøll (2015), Evaluering af krisecentertilbuddene – Evalueringsrapport
20

- **Indsatspopulationen** består af de kvinder, der har deltaget i et CTI-forløb i afprøvningsperioden, og som enten har afsluttet eller var i gang med et CTI-forløb ved slutevalueringens begyndelse i juni 2018. Indsatspopulationen udgøres af 165 kvinder, der i juni 2018 helt eller delvist har gennemgået et CTI-forløb. Af disse kvinder har 164 et gyldigt cpr-nummer og er med dette som nøgle identificeret i registerdata hos Danmarks Statistik. Det er dermed de 164 kvinder, som nedenstående analyser, der er baseret på registerdata, tager udgangspunkt i. Analyser baseret på besvarelser af spørgeskemaer medtager alle 165 kvinder.
- **Kontrolpopulationen** består af kvinder med bopæl udenfor projektkommunerne, der har haft ophold på et krisecenter i samme periode som indsatspopulationen, og som ikke har modtaget CTI. Kontrolpopulationen forventes i stedet at have fået tilbudt det eksisterende lovpligtige tilbud om koordinerende rådgivning. Om kvinderne i kontrolpopulationen har modtaget et tilbud, og om de har taget imod det, er uvist. I kontrolpopulationen kan der derfor også indgå kvinder, der ikke har modtaget et tilbud, og kvinder, der har takket nej til støtte. Kontrolpopulationen består af 2.249 kvinder, der har haft ophold på et krisecenter i 2015, 2016 eller 2017.¹⁶

Oplysninger om den enkelte kvinde er opgjort på tidspunktet for hendes udflytning fra krisecentret. Dermed stammer data for indsats- og kontrolpopulationen fra årene 2015, 2016 og 2017 og for nogle kvinder i indsatspopulationen fra 2018.

Som udgangspunkt for beskrivelsen indeholder tabel 1 en beskrivelse af karakteristika ved de to populationer og for normalbefolkningen af kvinder i Danmark over 18 år.

Indsats- og kontrolpopulationen er relativt ens, når de sammenlignes på de udvalgte karakteristika. Dog er der på næsten samtlige karakteristika stor forskel mellem indsats- og kontrolpopulationen og den kvindelige befolkning generelt.

Tabel 1. Observerbare karakteristika ved indsats- og kontrolpopulationen samt normalbefolkningen af kvinder i Danmark over 18 år

	Indsats- populationen	Kontrol- populationen	Alle kvinder¹⁷
Antal individer	164	2.249	2.336.777
Alder			
Gennemsnitsalder (år)	35	35	50
18-24	12 %	18 %	11 %
25-44	73 %	64 %	30 %
+45	14 %	17 %	58 %
I alt	100 %	100 %	100 %

¹⁶ I kontrolpopulationen indgår udelukkende de kvinder, der har oplyst deres cpr-nummer til brug for krisecenterstatistikken.

¹⁷ Alle kvinder i Danmark over 18 år. Tallene er opgjort for 2018 med undtagelse af højest fuldførte uddannelse, der er opgjort i 2016.

Etnisk oprindelse

Dansk	48 %	46 %	87 %
Indvandrere/efterkommer med vestlig baggrund	6 %	5 %	5 %
Indvandrere med ikkevestlig baggrund	42 %	41 %	7 %
Efterkommer med ikkevestlig baggrund	4 %	7 %	1 %
I alt	100 %	100 %	100 %

Højest fuldførte uddannelse

Grundskole	43 %	51 %	25 %
Gymnasial uddannelse	12 %	9 %	11 %
Erhvervsfaglig uddannelse	21 %	22 %	27 %
Videregående uddannelse	24 %	17 %	37 %
I alt	100 %	100 %	100 %

Tilknytning til arbejdsmarkedet

Beskæftigelse	17%	25%	51%
Arbejdsløshedsunderstøttelse (<i>dagpenge, kontanthjælp, integrationsydelse, uddannelseshjælp, inklusive praktik, aktivering, løntilskud mv.</i>)	52%	43%	14%
Pension, inklusive efterløn	0%	1%	6%
Uddannelse	13%	11%	13%
Sygedagpenge, førtidspension mv.	15%	17%	7%
Øvrig	3%	3%	9%
I alt	100%	100%	100%

Antal børn

0	32 %	38 %	67 %
1	33 %	28 %	14 %
2	22 %	22 %	14 %
+3	13 %	13 %	5 %
I alt	100 %	100 %	100 %

Straffelovsovertrædelser 2008-2017

Andel med dom	2 %	3 %	
Antal domme (gennemsnit)	0,05	0,05	0,05
0	98 %	97 %	

1-5	2 %	3 %	
6-15	0 %	0 %	
Over 15	0 %	0 %	
I alt	100 %	100 %	
Forbrug af sundhedsydelser			
Somatiske kontakter (gennemsnit)	1,3	1,6	2,1
0	52 %	47 %	
1-2	29 %	31 %	
3-5	13 %	15 %	
6+	5 %	7 %	
I alt	100 %	100 %	
Psykiatriske kontakter (gennemsnit)	0,2	0,2	0,01
0	91 %	91 %	
1-2	9 %	7 %	
3-5	2 %	2 %	
6+	0 %	0 %	
I alt	100 %	100 %	

Note: Tallene er afrundet til hele procenter og vil ikke altid summere til 100 procent.

Note: For alle kvinder er beskæftigelsesstatus opgjort som fuldtidspersoner for kvinder mellem 16 og 67 år. Dette gøres for at matche alderssammensætningen i indsats- og kontrolpopulationen. De 16-19-årige kan ikke underopdeles.

Note: For alle kvinder er antallet af kontakter opgjort for kvinder mellem 20 og 64 år. De 15-19-årige kan ikke underopdeles og er udeladt.

Kilder: Registerdata indsamlet til evalueringen samt Statistikbankens tabeller FOLK2, HFUDD10, AMR2, Straff40, IND02, AMB02 og FAM44N.

3.1 Alder

Kvinderne i indsatspopulationen er i gennemsnit 35 år, når de fraflytter krisecentret. Langt hovedparten (73 procent) er på udflytningstidspunktet mellem 25 og 44 år. Der er dog også en betydelig gruppe af yngre kvinder. Faktisk er 12 procent af kvinderne i indsatspopulationen mellem 18 og 24 år, når de fraflytter krisecentret. De resterende 14 procent af kvinderne er 45 år eller ældre.

Alderssammensætningen i indsatspopulationen svarer til den generelle alderssammensætning for kvinder, der har haft ophold på krisecenter. Dermed er gennemsnitsalderen i både indsats- og kontrolpopulationen 35 år. Den mest markante forskel på de to populationer er andelen af yngre kvinder mellem 18 og 24 år. I denne aldersgruppe er andelen i kontrolpopulationen 6 procentpoint højere end i indsatspopulationen. Dermed er 12 procent af kvinderne i indsatspopulationen mellem 18 og 24 år, når de flytter fra krisecentret, mod 18 procent i kontrolpopulationen.

Kvinder på krisecenter er generelt yngre end resten af den kvindelige befolkning. Således er særligt gruppen af kvinder mellem 25 og 44 år overrepræsenteret i indsats- og kontrolpopulationen.

3.2 Etnisk oprindelse

Andelen af kvinder med dansk oprindelse udgør 48 procent af kvinderne i indsatspopulationen og 46 procent i kontrolpopulationen. Indvandrere¹⁸ med ikkevestlig oprindelse udgør en lidt mindre andel, nemlig 42 procent af indsatspopulationen og 41 procent af kontrolpopulationen. Efterkommere¹⁹ med ikkevestlig baggrund udgør med en andel på henholdsvis 4 og 7 procent i indsats- og kontrolpopulationen den mindste gruppe. Indvandrere og efterkommere fra vestlige lande udgør henholdsvis 6 og 5 procent af indsats- og kontrolpopulationen. Ikkevestlige kvinder er således overrepræsenteret i både indsats- og kontrolpopulationen i forhold til i den generelle befolkning.

3.3 Højest fuldførte uddannelse

Kvinder på krisecenter er kendetegnet ved at have relativt lidt uddannelse. Indsatspopulationen er marginalt bedre uddannet end kontrolpopulationen, og forskellen mellem populationerne er dermed ikke signifikant. 43 procent af kvinderne i indsatspopulationen har på tidspunktet for fraflytning fra krisecentret alene grundskolen som den højest fuldførte uddannelse. Tilsvarende gør sig gældende for 51 procent af kvinderne i kontrolpopulationen. I normalbefolkningen har 75 procent en uddannelse efter grundskolen.

I den anden ende skiller indsats- og kontrolpopulationen sig ud med en relativt lille andel kvinder med en videregående uddannelse. 24 procent af kvinderne i indsatspopulationen har en videregående uddannelse mod 17 procent i kontrolpopulationen. I forhold til normalbefolkningen, hvor 37 procent af kvinderne har en videregående uddannelse, er disse andele relativt lave.

3.4 Tilknytning til arbejdsmarkedet

En del af kvinderne i både indsats- og kontrolpopulationen står udenfor arbejdsmarkedet på tidspunktet for fraflytningen fra krisecentret. Faktisk er kun 17 procent af indsatspopulationen og 25 procent af kontrolpopulationen i beskæftigelse, når de fraflytter krisecentret. Dette skal ses i forhold til, at 51 procent af kvinderne i normalbefolkningen er i beskæftigelse. Omkring halvdelen af kvinderne i begge grupper modtager en form for indkomsterstøttende ydelse. Det gælder for 52 procent af indsatspopulationen og 42 procent af kontrolpopulationen. I normalbefolkningen er det 14 procent af kvinderne.

Andelen af kvinder, der står udenfor arbejdsmarkedet, fordi de er under uddannelse, udgør 13 procent af indsatspopulationen og 11 procent af kontrolpopulationen. Denne andel svarer nogenlunde til normalbefolkningen, hvor 13 procent er i gang med en uddannelse. Henholdsvis 15 og 17 procent af kvinderne i indsats- og kontrolpopulationen står udenfor arbejdsstyrken på grund af sygdom. Denne gruppe er således sygemeldt eller førtidspensionsmodtagere ved fraflytning fra krisecentret. I normalbefolkningen står 7 procent af kvinderne udenfor arbejdsstyrken grundet sygdom. Set i forhold til den særlige situation, som kvinder på krisecenter befinder sig i, er en relativt høj andel sygemeldinger ikke

¹⁸ Indvandrere er personer, der er født i udlandet, hvor ingen af forældrene er hverken danske statsborgere eller født i Danmark.

¹⁹ Efterkommere er personer, der er født i Danmark, hvor ingen af forældrene er danske statsborgere.

overraskende, da volden påvirker både det fysiske og psykiske helbred. Den relativt høje andel kvinder på krisecenter med en ikke-vestlig baggrund kan desuden være med til at forklare populationens lave beskæftigelsesfrekvens, idet denne gruppe i mindre grad er repræsenteret på arbejdsmarkedet end normalbefolkningen.

3.5 Børn

Også i forhold til andelen med og uden børn ligner indsats- og kontrolpopulationen hinanden. Omkring to tredjedele af kvinderne i både indsats- og kontrolpopulationen har børn. Næsten hver tredje kvinde har ét barn, mens cirka hver femte kvinde har to, og godt hver tiende kvinde har tre eller flere børn. Således har 32 procent af kvinderne i indsatspopulationen ingen børn, mens dette gælder for 38 procent af kvinderne i kontrolpopulationen.

3.6 Kontakter med sundhedsvæsenet

Kvinderne i kontrol- og indsatspopulationen er næsten ens, når det kommer til antallet af kontakter med det somatiske sundhedsvæsen i året op til deres ophold på krisecenter. Kontakter inkluderer både indlæggelser og ambulante kontakter. Hvor kvinderne i indsatspopulationen i gennemsnit har 1,3 kontakter til sygehusvæsenet på et år, har kvinderne i kontrolpopulationen lidt flere, nemlig 1,6 kontakter. Dette er færre end kvinder generelt, der i gennemsnit har 2,1 kontakt per år.

Halvdelen af kvinderne i både indsats- og kontrolpopulationen har ingen kontakter i det somatiske sundhedsvæsen i året op til deres ophold på krisecenter, mens omkring hver tredje kvinde har 1-2 kontakter i 2016. Omkring hver femte kvinde har 3 eller flere kontakter med det somatiske sundhedsvæsen på et år.

Kvinderne i indsats- og kontrolpopulationen er ligeledes næsten ens, når det kommer til antallet af kontakter med det psykiatriske sundhedsvæsen. Både kvinderne i indsats- og kontrolpopulationen har i gennemsnit 0,2 kontakter med psykiatrien. Kvinderne i indsats- og kontrolpopulationen har dog væsentlig flere kontakter end kvinder generelt, der i gennemsnit har 0,01 kontakt til sygehuspsykiatrien.

Ni ud af ti kvinder i både indsats- og kontrolpopulationen har ikke haft kontakt til det psykiatriske system i 2016. Knap 10 procent har haft 1 eller 2 kontakter, og ganske få (mellem 0 og 2 procent) har haft mere end 3 kontakter til psykiatrien.

3.7 Antallet af straffelovsovertrædelser

Kvinderne i indsats- og kontrolpopulationen er sammenlignelige med hensyn til antallet af begåede straffelovsovertrædelser i ti år op til deres ophold på krisecenter. Omkring 2-3 procent af kvinderne er dømt efter straffeloven i en periode på op til ti år, før de kom på krisecenter. I gennemsnit har de fået 0,05 domme, hvilket svarer til det gennemsnitlige antal domme blandt kvinderne i normalbefolkningen.

4 Implementering af indsatsen

Implementeringen er udfordret blandt visse grupper af kvinder og af de tidsmæssige rammer, ligesom metoden forudsætter viden om vold og voldens konsekvenser samt stor fleksibilitet blandt CTI-medarbejderne. Grundlæggende er CTI-metoden implementeret i overensstemmelse med metodens 14 bærende principper.

En central del af evalueringen af CTI for kvinder på krisecenter har været at undersøge implementeringen af metoden overfor den konkrete målgruppe og i hvilken grad, at denne er sket i overensstemmelse med metodeanbefalingerne. Således er en høj implementeringsgrad (fidelitet) en forudsætning for, at forandringer for kvinderne under og efter CTI-forløbet kan tilskrives metoden.

Fideliteten skal samtidig ses i lyset af de betingelser, som implementeringen er underlagt. Derfor indeholder implementeringsevalueringen også en analyse af, hvordan rammevilkårene for implementeringen har påvirket muligheden for at efterleve CTI-metoden i afprøvningsperioden og skabe positive forandringer for kvinderne.

I dette kapitel beskrives resultaterne af en evaluering af implementeringen af CTI for kvinder på krisecenter i afprøvningsperioden. Evalueringen er baseret på en systematisk gennemgang af kommunernes implementering af CTI-metodens 14 bærende principper (fidelitetsmålingen), der er struktureret under seks overordnede temaer. Analysen af de bærende principper suppleres af en analyse af rammevilkårene for implementeringen af CTI i form af en belysning af fem drivende kræfter for implementering, herunder indsats, organisation, ledelse, mennesker og kontekst.

Udgangspunktet for implementeringsevalueringen er data, som løbende er blevet indsamlet i afprøvningsperioden, som hovedregel ved opstart og afslutning af hver fase:

- CTI-medarbejderne og –projektledernes selvevalueringer.
- Spørgeskemaerne, som CTI-medarbejderne og kvinderne har udfyldt ved hver faseovergang.
- CTI-planerne, som CTI-medarbejderne og kvinderne har udarbejdet i fællesskab.
- CTI-medarbejdernes opgørelser af, hvor meget tid, de har brugt med hver kvinder, og hvordan denne er brugt.

Derudover inddrages viden fra kvalitative interviews med CTI-medarbejdere og -projektledere i evalueringens afsluttende fase. Datagrundlaget for vurderingen af implementeringen er således i overvejende grad baseret på CTI-medarbejdernes, -projektledernes og kvindernes oplevelser. Ved netop at inddrage alle tre aktørers syn på CTI-forløbet er det forventningen, at konklusionerne vedrørende implementeringen er så nuancerede som muligt. Dette kan dog ikke helt kompensere for den risiko for bias i positiv retning, der er, når man beder personer vurdere deres egen indsats. Den meget positive vurdering af implementeringen af de fleste bærende principper skal således tolkes med dette in mente. For en nærmere beskrivelse af datakilderne henvises til bilag 1.

I afsnit 4.1 introduceres de 14 bærende principper med fokus på, hvordan de er omsat til målbare indikatorer og efterfølgende har dannet afsæt for en opgørelse af implementeringsgraden (fideliteten). Herefter følger i afsnit 4.2 resultaterne af en evaluering af de 14 bærende principper hver for sig, herunder en opsamling på evalueringens resultater og præsentation af konklusionerne vedrørende CTI-metodens fidelitet. Kapitlets sidste afsnit, afsnit 4.3, beskriver og diskuterer rammevilkårene for implementeringen af CTI-metoden.

4.1 Opgørelse af implementeringsgraden (fideliteten)

CTI-metoden bygger på 14 bærende principper struktureret under seks overordnede temaer. For at metoden er korrekt implementeret, skal gennemførelsen af CTI-forløbene være sket i overensstemmelse med disse principper. I en evaluering af implementeringen af CTI er det således relevant at undersøge om og i hvilken grad, at principperne er fulgt i projektkommunerne. Konkret er dette sket ved at opgøre implementeringsgraden (fideliteten) af de 14 principper hver for sig og samlet set.

Nedenstående tabel indeholder en oversigt over de seks temaer og 14 bærende principper, som udgør CTI-metodens fundament. For hvert princip viser tabellen desuden, hvordan, implementeringen af de respektive principper er vurderet gennem opgørelse og analyse af en eller flere indikatorer, der typisk måles med afsæt i besvarelserne fra evalueringens spørgeskemaundersøgelser. I bilag 2 findes en udvidet tabel, hvor også datagrundlaget bag hver enkelt indikator er beskrevet.

Tabel 2. Operationalisering af CTI-metodens 14 bærende principper

Tema	Bærende princip	Indikator
Rammerne omkring CTI-forløbet	1. CTI-forløbet indledes med, at borgeren får tilknyttet en gennemgående CTI-medarbejde.	Andel voldsudsatte kvinder, der er tilstrækkeligt informeret om forløbet
		Andel kvinder, der oplever kontakten med CTI medarbejderen som gennemgående
	3. CTI-forløbet er tidsbegrænset og følger de beskrevne faser	Andel af CTI-forløb, hvor tidspunkter for faseafslutning overholdes
		Andel CTI-forløb, hvor det foreskrevne forhold i tidsforbrug mellem faserne (4:2:1) overholdes
Recovery- og empowerment-tilgangen	13. CTI-medarbejderen er mobil ift. møder med borgeren, der som udgangspunkt foregår enten hjemme hos borgeren, eller hvor borgeren ønsker det	Andel af kvinder, der oplever CTI-medarbejderen som fleksibel
	2. CTI-forløbet er en individuelt tilpasset proces baseret på den enkelte borgers resurser og støttebehov	Andel af kvinder, der oplever CTI-forløbet som en individuelt tilpasset proces
		Andel af CTI-medarbejdere, der inddrager kvinden i tilpasningen af aktiviteter og indsatser
		Andel CTI-planer, der omfatter individuelt tilpassede mål
Arbejdet med planer i forløbet	4. CTI-medarbejderen understøtter borgerens fokus på egne resurser, håb og drømme og yder social og praktisk støtte til borgeren og koordinerer forløbet	Andel af CTI-medarbejdere, der yder intensiv støtte til borgeren
		Andel af CTI-medarbejdere, der yder mindre støtte til borgeren mod slutningen af en fase
		Andel CTI-medarbejdere, der behandler udvalgte temaer fra forandringskompasset
	5. CTI-medarbejderen skal ikke optræde som ekspert, men som sparringpartner og katalysator	Andel af kvinder, der oplever, at CTI medarbejderens optræder som ekspert, sparringpartner eller katalysator
Arbejdet med planer i forløbet	9. CTI-medarbejderen og borgeren skal i fællesskab	Andel af CTI-medarbejdere, der har udarbejdet en langsigtet CTI-plan i samarbejde med kvinden

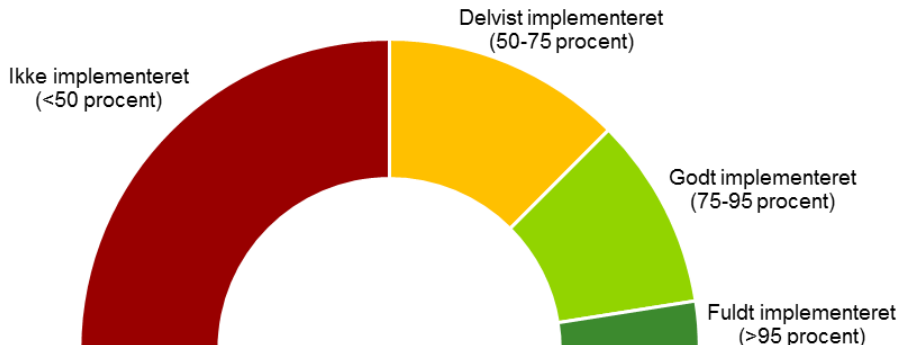
Tema	Bærende princip	Indikator
	udarbejde en plan for CTI-forløbet	
Koordination og samarbejde med andre planer/indsatser	10. CTI-medarbejderen koordinerer med andre planer, fx den kommunale § 141-handleplan	Andel af CTI-medarbejdere, der koordinerer med andre planer ved behov
	11. CTI-medarbejderen etablerer et tæt samarbejde med myndighedssagsbehandleren	Andel af CTI-medarbejdere, der oplever et godt samarbejde med relevante myndighedssagsbehandlere
Organisatorisk forankring	6. CTI-medarbejderen har et godt kendskab til den organisatoriske forankring, som indsatsen indgår i	CTI-medarbejderne har en opfattelse af, at organiseringen understøtter arbejdet med CTI CTI-medarbejderne har en opfattelse af, at der er hensigtsmæssig ledelsesopbakning til CTI-projektet
	7. CTI-medarbejderen har et indgående kendskab til lokalmiljøet	CTI-medarbejderne har mulighed for at skabe kontakt til relevante tilbud for kvinden Andel CTI-planer, der indeholder andre eksterne tilbud under aktiviteter.
	8. CTI-medarbejderen har indgående kendskab til kommunale og andre tilbud	CTI-medarbejderne har en opfattelse af, at der er god sammenhæng mellem CTI-projektet og kommunens øvrige mål og fokusområder CTI-medarbejderen koordinerer med relevante kommunale sagsbehandlere
		Andel CTI-planer, der indeholder kommunale tilbud under aktiviteter
Overdragelse af støttefunktion til netværk	12. CTI-medarbejderen skaber bånd til behandlings- og støttetilbud og eventuelt familie og venner, der kan støtte borgeren efter CTI-forløbets ophør	Andel af kvinder, der får styrket kontakt til behandlings- og støttetilbud Andel af kvinder, der får styrket kontakt til familie og venner
	14. CTI-medarbejderen udarbejder i samarbejde med borgeren en langsigtet	Andel af CTI-medarbejdere, der har udarbejdet en langsigtet overdragelsesplan i samarbejde med kvinden

Tema	Bærende princip	Indikator
	overdragelsesplan med udgangspunkt i borgerens behov for støtte	Andel CTI-medarbejdere, der har overdraget støtte til relevante støttepersoner
		Andel borgere, der har tiltro til overdragelsen af støttefunktioner til netværk

For at vurdere, i hvilket omfang CTI-metoden er implementeret i projektkommunerne, vurderes efterlevelsen af hvert bærende princip på fidelitetsskalaen. Konkret ved at placere værdien af indikatorerne for de respektive principper i en af fire kategorier²⁰:

- 1) Fuldt implementeret (indebærer en efterlevelse på over 95 procent).
- 2) Godt implementeret (indebærer en efterlevelse på mellem 75 og 95 procent).
- 3) Delvist implementeret (indebærer en efterlevelse på mellem 50 og 75 procent).
- 4) Ikke implementeret (indebærer en efterlevelse under 50 procent).

Figur 2. Fidelitetsskalaen, som de bærende principper vurderes ud fra



4.2 Evaluering af de 14 bærende principper

Som navnet antyder, udgør de 14 bærende principper i

²⁰ Barometeret og kategoriseringen er inspireret af Mueser, K.T. et al. (2003). Integrated Treatment for Dual Disorders – a guide to effective practice. Guilford Press.

tabel 2 fundamentet for CTI-metoden. I dette afsnit gennemgås resultaterne af en evaluering af, om og i hvilken grad, at projektkommunerne har efterlevet de respektive principper i implementeringen af CTI.

4.2.1 Rammerne omkring CTI-forløbet

For at belyse, om **CTI-forløbet indledes med, at kvinden får tilknyttet en gennemgående CTI-medarbejder** (princip 1), spørges kvinderne til, om de føler sig tilstrækkeligt informerede om CTI-forløbet, samt om de oplever, at der er en god tillid mellem dem og CTI-medarbejderen. CTI-medarbejderne spørges ligeledes til, om kvinden er informeret om muligheder og retningslinjer for CTI-forløbet, samt om de oplever at borgeren har tillid til dem. CTI-medarbejderens besvarelse på dette spørgsmål tillægges dog mindre vægt, idet manglende information om muligheder og retningslinjer vil indikere, at CTI-medarbejderende ikke har udfyldt sin rolle tilfredsstillende. Desuden benyttes antallet af afholdte møder i kontaktskabelsesperioden til vise, om der har været kontakt og i givet fald hvilken form for kontakt, CTI-medarbejderen har haft med kvinden, inden CTI-forløbet påbegyndes.

85 procent af kvinderne vurderer, at de i høj eller meget høj grad er tilstrækkeligt informeret om CTI-forløbet. Til sammenligning vurderer CTI-medarbejderne, at kvinden i 84 procent af tilfældene i høj eller meget høj grad er blevet informeret om de muligheder og retningslinjer CTI-forløbet indebærer.

Ligeledes oplever 85 procent af kvinderne, at der er i høj eller meget høj grad er en god tillid mellem dem og CTI-medarbejderen ved overgangen til fase 1.²¹ Tilsvarende vurderer CTI-medarbejderne, at 52 procent kvinderne har en høj eller meget høj grad af tillid til dem ved overgangen til fase 1, mens det stiger til 75 procent ved overgangen til fase 2.

CTI-medarbejderne angiver, at der for 96 procent af kvinderne er afholdt mindst ét møde under kontaktskabelsesperioden, for 46 procent af kvinderne er der afholdt tre eller flere møder. Hovedparten af møderne er afholdt over telefon (48 procent) eller ansigt til ansigt (48 procent), mens de øvrige møder er afholdt på andre måder.

I afprøvningsperioden har nogle kvinder skiftet CTI-medarbejder. Omfanget af skift er ikke opgjort. Dog har skift af CTI-medarbejdere ifølge CTI-medarbejdernes egen opfattelse, ikke givet anledning til udfordringer i de tilfælde, hvor skiftet har været planlagt og veltilrettelagt.

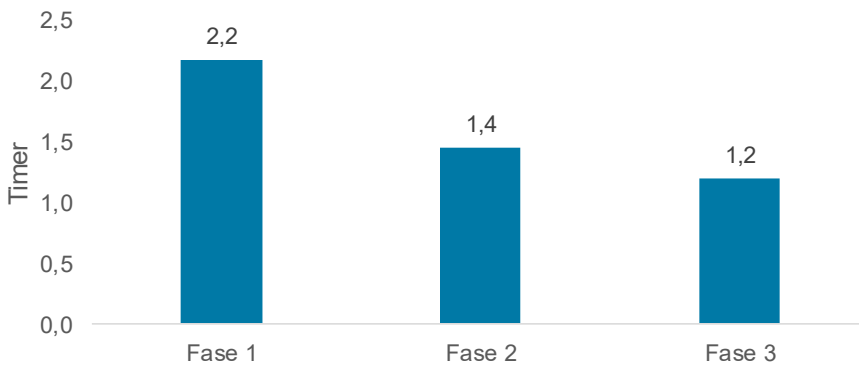
For at belyse, om **CTI-forløbet er tidsbegrænset og følger de beskrevne faser** (princip 3), undersøges tidsforbruget i faserne, samt hvor stor en andel af forløbene, der overholder tidsrammen for faseovergang efter 13 uger.

84 procent af faseovergangene sker indenfor tidsfristen. I de tilfælde, hvor tidsfristen ikke overholdes, er årsagen ferie eller sygdom og i nogle tilfælde, at kvinden har været svær at komme i kontakt med, eller at hun har aflyst møder. Tidsforbruget er faldende over de tre faser med et gennemsnit på 2,2

²¹ Der er ikke målt på tilliden til CTI-medarbejderne blandt borgerne for de efterfølgende faser i projektet.

timer per uge i fase 1, 1,4 timer per uge i fase 2 og 1,2 timer per uge i fase 3 (figur 3). Ifølge CTI-metoden skal tidsforbruget halveres ved hver fase, således at forholdet cirka er 4:2:1. For at leve op til dette, burde reduktionen, særligt fra fase 2 til fase 3, have været større. CTI-medarbejderne fortæller i interviews, at det kan være vanskeligt at reducere tidsforbruget i fase 2 og 3, da det ofte først er i disse faser, at kvinden åbner op overfor CTI-medarbejderen. Kvinden vil også typisk i disse faser begynde at reflektere over, hvad hun har været udsat for, og blive bevidst om, hvilke konsekvenser volden har haft for hende selv og eventuelle børn. Det kan medføre et øget støttebehov, som det har været vanskeligt for CTI-medarbejderne at overdrage til et støttenetværk. En særskilt udfordring i forhold til at reducere tidsforbruget er, at en del kvinder har verserende sager i Statsforvaltningen eller retten, hvor de har behov fra støtte fra en CTI-medarbejderen eller anden bisidder, der kender deres sag. Ventetiden i sådanne sager medfører, at de ofte først afgøres mod – og i nogle tilfælde først efter, afslutningen af CTI-forløbet, hvorfor CTI-medarbejderen nogle gange må øge støtten i disse tilfælde. I forlængelse heraf er det relevant at fremhæve, at forholdet mellem tidsforbruget i de tre faser er overført fra metodens anvendelse hos andre målgrupper, der fx ikke i samme omfang som nærværende målgruppe har dagligt ansvar overfor eventuelle børn. I et fremadrettet perspektiv er en central overvejelse således, om metodens anvendelse overfor kvinder, der fraflytter et krisecenter, skal justeres i forhold til det anslående tidsforbrug i de respektive faser.

Figur 3. CTI-medarbejdernes gennemsnitlige tidsforbrug per kvinde



For at belyse, om **CTI-medarbejderen er mobil i forhold til møder med kvinden** (princip 13), spørges kvinderne til, om de er enige i, at CTI-medarbejderen er fleksibel i forhold til mødesteder. 98 procent af kvinderne svarer, at de er enige eller meget enige i, at CTI-medarbejderen er været fleksibel ift. mødested.

4.2.2 Recovery- og empowermenttilgangen

CTI-metoden er baseret på et recovery- og empowerment princip, der indebærer, at metoden tager afsæt i, hvor borgeren er i sit liv, samt de styrker og resurser, som borgeren besidder. Således skal CTI-forløbet tilrettelægges ud fra kvindens egne ønsker og behov. For at vurdere, om **CTI-forløbet er en individuelt tilpasset proces baseret på den enkelte kvindes resurser og støttebehov** (princip 2), spørges kvinderne ind til deres forløb og CTI-plan, ligesom CTI-medarbejdere og evaluator vurderer CTI-planerne.

96 procent af kvinderne er enige eller helt enige i, at CTI-forløbet i høj grad er tilpasset til deres ønsker og behov, hvilket heller ikke overrasker, da et individuelt tilpasset forløb er en hjørnesteen i metoden. For CTI-planerne gælder, at 93 procent af kvinderne er enige eller helt enige i, at CTI-planen er udarbejdet med udgangspunkt i deres ønsker og behov. 63 procent af CTI-medarbejderne svarer, at CTI-planen er udarbejdet i samarbejde med kvinden. Selvom metoden indebærer, at kvinden skal deltage i udarbejdelse af CTI-planen, har dette ikke været muligt i alle tilfælde, da nogle kvinder, ifølge CTI-medarbejderne, ikke ønsker at være en aktiv deltager i udarbejdelsen af planen. Som udgangspunkt skal det dog tilstræbes, at kvinden deltager, så det sikres, at planen tager afsæt i kvindens egne ønsker og drømme, hvilket netop er omdrejningspunktet i den recovery-fokuserede måde at arbejde med kvinderne på.

En gennemgang af tilfældigt udvalgte CTI-planer for knap en fjerdedel af de kvinder, der har startet et CTI-forløb, viser, at 78 procent af planerne indeholder individuelt tilpassede mål. CTI-planen vurderes at være individuelt tilpasset, hvis den 1) indeholder mål med angivelse af eksempelvis hvor kvinden ønsker at arbejde eller konkrete ønsker til ændringer af egen – og/eller eventuelle børns, livssituation samt 2) specifikke aktiviteter, som kvinden og CTI-medarbejderen skal udføre for at opnå et givent mål.

For at vurdere, om **CTI-medarbejderen understøtter kvindens fokus på egne resurser, håb og drømme og yder social og praktisk støtte til borgeren samt koordinerer forløbet** (princip 4), undersøges tidsregistreringer og CTI-medarbejdernes svar på, hvilke temaer de arbejder med sammen med kvinderne. Resultaterne viser, at CTI-medarbejderne yder en kontinuerlig støtte til kvinderne. Således gælder, at 83 procent af kvinderne har mødtes med CTI-medarbejderen mindst fem gange i løbet af fase 1. På møderne drøftes udvalgte temaer fra forandringskompasset, som giver et visuelt overblik over kvindens oplevede situation i forhold til en række centrale udviklingsparametre.²²

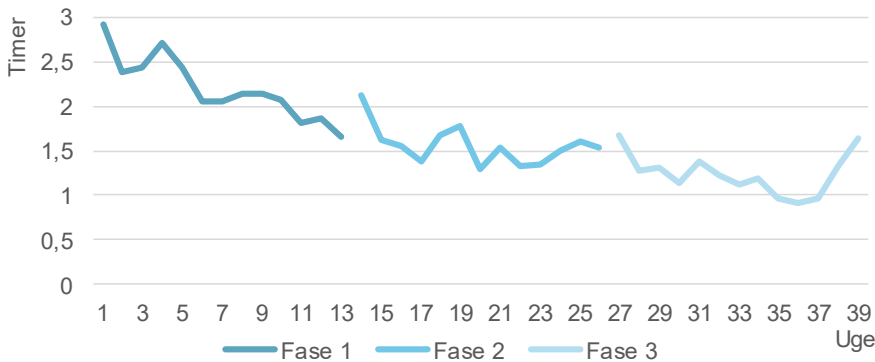
Tidsregistreringerne indikerer, om CTI-medarbejderen og kvinden har tilstrækkelig kontakt til, at det kan sandsynliggøres, at CTI-medarbejderen understøtter kvindes fokus samt yder en passende social og praktisk hjælp. Tidsregistreringerne viser, at 27 procent af kvinderne har samtaler med CTI-medarbejderen mindst ti gange i løbet af fase 1, 56 procent har mellem fem og ni samtaler, mens de resterende 17 procent har fire eller færre samtaler i løbet af fase 1. Variationen i antal samtaler skal dog også ses i lyset af, at kvinderne har forskellige støttebehov.

Selvom tidsforbruget ikke halveres fra fase til fase (figur 3), falder tidsforbruget dog i løbet af den enkelte CTI-fase, ligesom metoden foreskriver, at det bør (figur 4). Undtagelsen er de sidste to uger af fase 3. Den specifikke stigning skyldes ifølge CTI-medarbejderne, at en del kvinder mod slutningen af forløbet bliver bekymrede for, hvordan de skal klare sig uden CTI-medarbejderens støtte, og derfor er mere opsøgende i de sidste uger. En anden forklaring er, at de fleste CTI-medarbejdere markerer

²² Forandringskompassets temaer er: Sikkerhed, omsorg for sig selv, socialt netværk, fysisk helbred, psykisk helbred, boligsituation, økonomi, arbejdsmarkedstilknytning, børns trivsel og forbrug af stimulanser.

afslutningen af forløbet sammen med kvinden, som det også anbefales i metodemanualen. Derfor vil næsten alle kvinder have et møde med CTI-medarbejderen i den sidste uge, i modsætning til de øvrige uger for møderne er mere jævnt fordelt.

Figur 4. Gennemsnitligt tidsforbrug per kvinde per uge i CTI-forløbets faser



I gennemsnit arbejder CTI-medarbejderen og kvinden med seks ud af forandringskompassets i alt ti temaer i løbet af en CTI-fase. De temaer, der oftest berøres, er omsorg for sig selv (75 procent), økonomi (69 procent), arbejdsmarkedstilknytning (69 procent), børns trivsel (69 procent) og psykisk helbred (67 procent).

CTI-medarbejderen skal ikke optræde som ekspert, men som sparringpartner og katalysator (princip 5). For at belyse, om dette princip overholdes, benyttes kvinderne svar på, om CTI-medarbejderen giver dem sparring i forhold til at opnå håb og drømme. 94 procent af kvinderne angiver, at de er enige eller meget enige i, at dette er tilfældet.

4.2.3 Arbejdet med planer i forløbet

Arbejdet med planer i forløbet belyses ved bærende princip 9, der siger, at **CTI-medarbejderen og kvinden i fællesskab skal udarbejde en plan for CTI-forløbet**.

93 procent af kvinderne vurderer, at CTI-planen er udarbejdet med udgangspunkt i deres ønsker og behov. Imidlertid svarer dog kun 63 pct. af CTI-medarbejderne, at planen er udviklet i samarbejde med kvinden. Dette afspejler, at kvinderne godt kan føle, at planen tager udgangspunkt i deres ønsker og behov, selvom de ikke har været med til at udarbejde den. Nogle kvinder er dog med til at tilpasse CTI-planen i løbet af fase 1, selvom de ikke har været med til at udarbejde den. Således angiver CTI-medarbejderne, at 77 procent af kvinderne i fase 1, 55 procent i fase 2 og 60 procent i fase 3, at CTI-planerne i høj eller meget høj grad vurderes og tilpasses i samarbejde med kvinden.

4.2.4 Koordination og samarbejde med andre planer/indsatser

For at belyse, om **CTI-medarbejderen koordinerer med andre planer, fx den kommunale § 141-handleplan** (princip 10), spørges CTI-medarbejderen ind til sammenhæng mellem den langsigtede CTI-plan og øvrige kommunale planer samt til deres samarbejde med relevante

myndighedssagsbehandlere. Kvinderne spørges til deres vurdering af, om CTI-medarbejderen koordinerer sagen i kommunen.

Kvinderne oplever, at CTI-medarbejderne i 65 procent af tilfældene koordinerer deres sag med kommunen. Det svarer nogenlunde til de 58 procent af sagerne, hvor CTI-medarbejderen svarer, at der i høj eller meget høj grad er et tæt samarbejde med myndighedssagsbehandleren. For lidt flere kvinder, nemlig 78 procent, vurderer CTI-medarbejderen, at der er en god sammenhæng mellem CTI-planen og eventuelle andre planer.

Spørgsmålet til CTI-medarbejderne om samarbejde med myndighedssagsbehandleren belyser også det 11 bærende princip, **CTI-medarbejderen etablerer et tæt samarbejde med myndighedssagsbehandleren**. I 58 procent af de sager, hvor samarbejde med myndighederne er relevant, vurderer CTI-medarbejderne, at der er et godt samarbejde med den relevante myndighedssagsbehandler.

4.2.5 Organisatorisk forankring

For at CTI-medarbejderen kan udfylde den koordinerende rolle, skal CTI-medarbejderen have et godt kendskab til de kommunale rammer og tilbud, som CTI-metoden er en del af. Yderligere skal CTI-medarbejderen have et bredt kendskab lokalmiljøet samt de private og frivillige tilbud, der findes i kommunen.

For at belyse, **om CTI-medarbejderen har et godt kendskab til de organisatoriske rammer for indsatsen** (princip 6), spørges CTI-medarbejdere og projektledere i selvevalueringer ind til, hvordan deres organisation sikrer, at arbejdet med CTI kan gennemføres efter hensigten, og om der er hensigtsmæssig ledelsesopbakning i kommunen.

I begyndelsen af afprøvningsperioden vurderer alle fire kommuner at deres organisation i høj grad sikrer, at CTI-metoden kan gennemføres efter hensigten. I anden halvdel af afprøvningsperioden vurderer kun to kommuner, at dette er tilfældet. Kommunerne vurderer, at gennemførelse af faglig sparring er et vigtigt parameter for, om organisationen støtter CTI-medarbejderne.

Den ledelsesmæssige opbakning i form af adgang til sparring, når CTI-medarbejderne har behov for dette, er ligeledes evalueret af projektkommunerne i selvevalueringerne. Projektlederne i tre ud af fire kommuner vurderer ved projektets afslutning, at der er hensigtsmæssig ledelsesopbakning til CTI-projektet. I løbet af projektet har alle kommuner oplevet udskiftning i ledelsen. Kommunerne vurderer i perioden efter udskiftningen, at der er en lavere ledelsesmæssig opbakning. Manglende daglig sparring og møder i CTI-gruppen angives af CTI-medarbejderne i én kommune som årsag til, at implementeringen ikke er fuldstændig på dette område.

Desuden kræves det, at **CTI-medarbejderen har et indgående kendskab til lokalmiljøet** (princip 7). Om dette opfyldes, belyses fra kommunernes vurdering af, om de har mulighed for at henvise kvinderne til relevante støttetilbud, samt om det er muligt at skabe en kontakt til behandlings- og støttetilbud i løbet af fase 1.

I selvevalueringerne giver CTI-medarbejderne udtryk for, at der findes relevante frivillige støttetilbud i alle kommuner. CTI-medarbejderne vurderer dog samtidigt, at der mangler professionelle tilbud, herunder særligt psykologhjælp, til kvinderne, eller at de har begrænsede muligheder for at benytte sig af disse grundet brugerbetaling. Desuden fremhæves det som et problem i to kommuner, at der mangler tilbud til kvinder, der ikke taler og forstår dansk. Opgaven med at identificere og holde sig ajour med tilbuddene i kommunen er tidskrævende. Af de kvalitative interviews med CTI-medarbejderne fremgår, at en relativt stor del af den tid, som medarbejderne bruger på CTI udover møder med kvinderne, går med at søge og holde sig opdateret på tilbud i lokalområdet.

Af de gennemgåede CTI-planer indeholder 56 procent eksterne tilbud i form af psykologbistand, gældsrådgivning eller ungerådgivning samt netværk i frivillige organisationer, herunder Q-net. Spørgeskemabesvareelserne viser, at det i høj eller meget høj grad er lykkedes, at skabe kontakt til behandlings- og støttetilbud for 27 procent af kvinderne i fase 1.

Yderligere skal **CTI-medarbejderen have indgående kendskab til kommunale og andre tilbud** (princip 8). Med afsæt i selvevalueringer, spørgeskemabesvareelser fra CTI-medarbejdere og borgere såvel som CTI-planer belyses det, om CTI passer ind i kommunens øvrige aktiviteter, og hvordan CTI-medarbejderne samarbejder med de relevante myndighedssagsbehandlere, og i hvilket omfang kommunale tilbud indarbejdes i kvindernes CTI-planer.

I selvevalueringerne vurderer alle fire kommuner, at CTI-projektet passer ind i kommunens mål og fokusområder. Tre ud af fire kommuner vurderer ved midtvejsevalueringen i september 2016 samt selvevalueringen i juni 2018, at der i høj grad er en god sammenhæng mellem CTI-projektet og kommunernes øvrige mål og fokusområder. Et fald i opbakningen til dette synspunkt i en mellemliggende måling i september 2017 kan primært forklares med, at en af kommunerne på dette tidspunkt gennemgik en omstruktureringsproces, som var u hensigtsmæssig i forhold til at sikre kontinuitet i implementeringen af CTI.

Tre ud af fire kommuner har i projektets opstartsfasen afholdt møder med relevante samarbejdspartnere og informeret om CTI-forløbet. Desuden har CTI-medarbejdere i alle fire kommuner haft løbende kontakt til relevante samarbejdspartnere i forbindelse med de enkelte kvinders sager. I spørgeskemabesvareelserne angiver CTI-medarbejderne i 58 procent af sagerne, at der er et godt samarbejde med de relevante myndighedssagsbehandlere. 65 procent af kvinderne vurderer, at CTI-medarbejderne koordinerer deres sag i kommunen, hvis det er relevant. Gennemgangen af CTI-planer viser yderligere, at der i 14 procent af planerne indgår kommunale tilbud i form af blandt andet netværksfamilie eller uddannelsesmentor som en del af de planlagte aktiviteter.

4.2.6 Overdragelse af støttefunktion til netværk

En væsentlig opgave i forbindelse med støtteoverdragelse til kvindernes netværk samt private og kommunale tilbud er, at **CTI-medarbejderen skaber bånd til behandlings- og støttetilbud og eventuelt familie og**

venner, der kan støtte kvinden efter CTI-forløbets ophør (princip 12). Om dette mål opnås, belyses fra kvindernes og CTI-medarbejders svar på spørgeskemaspørgsmål vedrørende netværk og støttetilbud.

For 46 procent af kvinderne har det i nogen, høj eller meget høj grad været muligt at skabe kontakt til relevante støttetilbud i løbet af fase 1. Kontakten til relevante støttetilbud styrkes generelt i løbet af CTI-forløbet, og i fase 3 gælder således, at det for 62 procent af kvindernes vedkommende er lykkedes at etablere kontakt til relevante tilbud. CTI-medarbejderne vurderer yderligere, at 57 procent af kvinderne tager imod de støttetilbud, de har brug for, i fase 1. Dette betyder omvendt, at der også er en relativt stor andel (43 procent) af kvinder, der enten ikke har brug for eller ikke er parat til at tage i mod yderligere støtte på dette tidspunkt i forløbet, eller som har et støttebehov, der ikke kan imødekommes af de eksisterende tilbud.

83 procent af kvinderne har, ved CTI-forløbets start, én eller flere personer at tale med udover CTI-medarbejderen. Selvom mange af kvinderne har et relativt lille netværk, har omkring halvdelen daglig eller næsten daglig kontakt til venner og familie, mens yderligere en tredjedel har kontakt til venner og familie én til to gange om ugen. Der skabes kun i begrænset omfang nye kontakter til venner og familie i løbet af fase 1, men over hele CTI-forløbet får kvinderne flere at tale med om deres problemer.

Det skal i forlængelse heraf nævnes, at kommunerne på en erfaringsopsamlingsworkshop i afprøvningsperioden påpegede, at det ikke er størrelsen på netværket og antallet af relationer, der er afgørende. Det vigtigste er, at netværket afspejler kvindens behov for kontakt med andre mennesker. Nogle kvinder har kun behov for en eller to nære relationer, mens andre kvinder har et større socialt behov. CTI-medarbejderen skal sammen med kvinden vurdere, hvilke ønsker kvinden har i den forbindelse.

Til at belyse, om **CTI-medarbejderen i samarbejde med kvinden udarbejder en langsigtet overdragelsesplan med udgangspunkt i borgerens behov for støtte** (princip 14), vurderes de indsamlede overdragelsesplaner, ligesom både kvinden og CTI-medarbejderen spørges ind til, hvordan de vurderer støtteoverdragelsen.

Der er indsamlet overdragelsesplaner for 90 procent af de kvinder, der har afsluttet et CTI-forløb. Detaljeringsgraden af disse – fx i forhold til, hvad den fremtidige støtte skal indeholde, og hvem der har ansvaret for denne, er dog meget varierende. Af de afsluttede forløb vurderer CTI-medarbejderen, at støtten er overdraget til en relevant støtteperson i 59 procent af tilfældene. 21 procent af kvinderne er udeblevet fra aftaler, ønsker ikke at samarbejde med andre støttepersoner eller har ikke tid og overskud på tidspunktet for afslutningen af CTI-forløbet til at samarbejde med et støttenetværk. De resterende 20 procent af kvinderne har ikke brug for yderligere støtte. Dette stemmer overens med kvindernes egen vurdering, hvor 60 procent angiver, at de i høj eller meget høj grad har et netværk af støttepersoner, mens yderligere 29 procent vurderer, at dette i nogen grad er tilfældet.

4.2.7 Konklusioner om CTI-metodens implementering.

Dette afsnit samler op på resultaterne vedrørende projektkommunernes efterlevelse af de 14 principper i afprøvningsperioden og vurderer med afsæt i fidelitetsskalaen, i hvilken grad, at CTI-metoden er implementeret.

Indledningsvist præsenterer tabel 3 en oversigt over resultaterne, der er beskrevet i afsnit 4.2 ovenfor. Af tabellen fremgår, at projektkommunerne i overvejende grad har implementeret CTI i overensstemmelse med de bærende principper. Det er særligt i forhold til de principper, der vedrører rammerne for CTI-forløbene samt empowerment- og recovery-tilgangen og medarbejdernes mobilitet, at efterlevelsesheden er relativt høj. Derimod har der været udfordringer med efterlevelsen af principperne vedrørende arbejdet med planer, koordinering og samarbejde samt organisatorisk forankring.

Tabel 3. Implementering af CTI-metodens 14 bærende principper

Tema	Bærende princip	Efterlevelsesheden på fidelitetsskalaen
Rammerne omkring CTI-forløbet	1. CTI-forløbet indledes med, at borgeren får tilknyttet en gennemgående CTI-medarbejder.	Godt implementeret
	3. CTI-forløbet er tidsbegrænset og følger de beskrevne faser.	Godt implementeret
	13. CTI-medarbejderen er mobil ift. møder med borgeren, der som udgangspunkt foregår enten hjemme hos borgeren, eller hvor borgeren ønsker det	Fuldt implementeret
Recovery- og empowerment-tilgangen	2. CTI-forløbet er en individuelt tilpasset proces baseret på den enkelte borgers resurser og støttebehov.	Godt implementeret
	4. CTI-medarbejderen understøtter borgerens fokus på egne resurser, håb og drømme og yder social og praktisk støtte til borgeren og koordinerer forløbet.	Godt implementeret
	5. CTI-medarbejderen skal ikke optræde som ekspert, men som sparringpartner og katalysator.	Godt implementeret
Arbejdet med planer i forløbet	9. CTI-medarbejderen og borgeren skal i fællesskab udarbejde en plan for CTI-forløbet.	Delvist implementeret
Koordination og samarbejde	10. CTI-medarbejderen koordinerer med andre planer, fx den kommunale § 141-handleplan.	Delvist implementeret

Tema	Bærende princip	Efterlevelsgrad på fidelitetsskalaen
med andre planer/indsatser	11. CTI-medarbejderen etablerer et tæt samarbejde med myndighedssagsbehandleren.	Delvist implementeret
Organisatorisk forankring	6. CTI-medarbejderen har et godt kendskab til den organisatoriske forankring, som indsatsen indgår i.	Delvist implementeret
	7. CTI-medarbejderen har et indgående kendskab til lokalmiljøet.	Delvist implementeret
	8. CTI-medarbejderen har indgående kendskab til kommunale og andre tilbud.	Delvist implementeret
Overdragelse af støttefunktion til netværk	12. CTI-medarbejderen skaber bånd til behandlings- og støttetilbud og eventuelt familie og venner, der kan støtte borgeren efter CTI-forløbets ophør.	Delvist implementeret
	14. CTI-medarbejderen udarbejder i samarbejde med borgeren en langsigtet overdragelsesplan med udgangspunkt i borgerens behov for støtte	Godt implementeret

Resultaterne af evalueringen af implementeringen skal ses i lyset af, at efterlevelsen af de bærende principper i høj grad beror på CTI-medarbejdernes evne til at udfylde og balancere mellem den koordinerende og støttende rolle. De relativt store frihedsgrader, som metoden giver CTI-medarbejderen i arbejdet med kvinden, er i den forbindelse både en styrke og en udfordring. På den ene side er det positivt, at metoden er så fleksibel, at den giver medarbejderen mulighed for at iværksætte aktiviteter, der er målrettet kvindens behov. På den anden side medfører fleksibiliteten, at det i høj grad bliver op til den enkelte medarbejder at sikre, at metoden efterleveres. Dermed bliver den enkelte medarbejders motivation og tro på metoden – på lige fod med den helt nødvendige ledelsesmæssige opbakning og metodesparring - afgørende for, hvor godt den efterleveres. Som sådan er CTI-metoden lige så modtagelig for individuel og kommunal fortolkning som den sædvanlige koordinerende rådgivning, hvorfor det kræver et konstant fokus fra både medarbejdere og ledere at arbejde indenfor de rammer, som metoden opstiller.

Resultaterne af fidelitetsmålingerne afspejler således, at implementeringen af metoden har fungeret bedst målt på de principper, hvor CTI-medarbejderne har skullet indtræde i en støttende rolle. Dette understøttes af interviewene med CTI-medarbejderne, som netop fremhæver, at det fra et socialfagligt perspektiv har været tilfredsstillende at have mulighed for at tilrettelægge et forløb i samarbejde med kvinden, der i vid udstrækning er skræddersyet til kvindens særlige behov. Fokus har i den forbindelse primært været på kvindens behov i nuet, hvilket medarbejderne forklarer som

hovedårsagerne til udfordringer med overholdelse af metodens tidsmæssige rammer samt udarbejdelse af planer for samarbejdet.

Derimod har det været mere udfordrende for CTI-medarbejderne at udfylde den koordinerende rolle i arbejdet med kvinderne. Det skyldes eksempelvis, at det kan være vanskeligt eller tidskrævende at koordinere kvindens forløb med medarbejdere i statsforvaltningen og advokater, men også, at det kan tage relativt lang tid at orientere sig om relevante tilbud til kvinderne og samarbejdspartnere i kommunen, der kan afhjælpe kvindernes konkrete behov. Nogle, særligt nye, CTI-medarbejdere kan derfor mangle viden om eksisterende tilbud, hvilket kræver ekstra resurser for at udfylde den koordinerende rolle.

Desuden påvirker utilstrækkelig ledelsesmæssig opbakning til metoden – ikke kun hos deres nærmeste leder, men også blandt ledere i andre dele af kommunen, implementeringsgraden negativt. Selv om CTI-medarbejderen spiller en nøglerolle i forbindelse med implementeringen af metoden er det således vigtigt at påpege, at mulighederne for at udfylde rollen i høj grad afhænger af de organisatoriske rammer samt den ledelsesmæssige opbakning og støtte.

4.3 Rammevilkår for implementering af CTI

En høj grad af metodeefterlevelse, og dermed en høj fidelitet, kræver, at rammerne omkring indsatsen er på plads og understøtter medarbejderne og metoden. Med udgangspunkt i selvevalueringerne, som kommunerne har udfyldt løbende i projektperioden, er det undersøgt, om forudsætningerne for en god fidelitet har været på plads i projektkommunerne under afprøvningen af CTI for kvinder på krisecenter. Analysen er struktureret omkring de fem drivende kræfter for implementering: Indsats, organisation, ledelse, mennesker og kontekst. Disse temaer er også delvist afspejlet i den ovenstående analyse af metodens bærende principper.

4.3.1 Indsats

Indsatsen defineres som den samlede palette af tilbud og aktiviteter, der igangsættes som en del af CTI-forløbet, og som dermed også får betydning for implementeringen af CTI. Aktiviteter inkluderer eksempelvis hverdagsopgaver, som kvinden ønsker at blive bedre til at varetage, det kan være at tage kontakt til egen læge og relevante myndigheder eller at lære at bruge e-Boks. Aktiviteter dækker også længerevarende forløb som deltagelse i et mentorforløb eller opbygning af en tættere relation til for eksempel en nabo. I selvevalueringerne angiver tre ud af fire kommuner, at implementeringen af CTI-metoden i høj grad er lykkedes efter hensigten, mens én kommune ikke har besvaret spørgsmålet.

Kommunerne angiver, at en høj grad af tillid mellem kvinder og CTI-medarbejdere er en vigtig forudsætning for, at indsatsen kan gennemføres efter hensigten. Det høje tillidsniveau muliggør ifølge CTI-medarbejderne, at den praktiske støtte kan gennemføres fra forløbets start, og at der, for de fleste af kvindernes vedkommende, er overskud til den menneskelige støtte, som kræver en længere forudgående tillidsopbygning, når de praktiske forhold omkring kvinden er på plads. Samtidig har CTI-medarbejderne god mulighed for at yde fleksibel støtte til borgeren, både hvad angår indholdet af støtten og i forhold til, hvornår det passer kvinden at mødes. Kommunerne understreger, at medarbejdernes fleksibilitet i forhold til arbejdstider og -

steder samt et lavt case-load er en forudsætning for at imødekomme kvindernes behov.

Et vigtigt mål med CTI-forløbet er at opbygge et støttenetværk til kvinderne. CIT-medarbejdere og projektledere vurderer, at der et tilstrækkeligt antal relevante frivillige tilbud, som støtten kan overdrages til efter CTI-forløbets afslutning, til at opfylde målsætningen. Kommunerne fremhæver tilbuddene hos mødrehjælpen, Q-net og mentorordninger som særligt velfungerende, da de er specifikt målrettet henholdsvis kvinder med børn og kvinder, der har været udsat for vold. Dog vurderer kommunerne, at der mangler tilbud til kvinder, der ikke taler og forstår dansk, ligesom der også mangler professionelle tilbud som psykologhjælp uden brugerbetaling. Udbuddet af støttetilbud ændrer sig hele tiden, hvorfor det er afgørende, at CTI-medarbejderne holder sig informeret om nye tilbud, så de løbende er bekendte med mulighederne i kommunen. At tilbuddene findes, er således ikke altid ensbetydende med, at CTI-medarbejderne kender dem. Derfor er det relevant at understøtte at særlig at nye CTI-medarbejdere introduceres til relevante tilbud i kommunen, samt at alle CTI medarbejdere har tid til at holde sig opdateret om og pleje relationen til de frivillige tilbud. Desuden er det forskelligt fra kvinde til kvinde hvilke tilbud, hun efterlyser. Nogle kvinder ønsker tilbud særligt målrettet voldsramte, mens andre ønsker andre fritids- og sportsaktiviteter. Det kræver således ofte et stykke opsøgende arbejde, før kvinden og CTI-medarbejderen finder ud af, om det ønskede tilbud eksisterer.

Det skal i forlængelse heraf fremhæves, at kommunerne har taget stilling til udbuddet af tilbud *under* CTI-forløbet. I forhold til tilbud, der kan opfylde kvindernes behov for støtte *efter* CTI-forløbets afslutning, påpeger flere kommuner, at udbuddet er begrænset. For kvinder, der har brug for støtte efter CTI-forløbets afslutning, oplever kommunerne således udfordringer med at finde relevante tilbud, som de kan overdrage kvinderne til. Særligt har det været en udfordring at finde en person til at udfylde den støttende og koordinerende rolle, som CTI-medarbejderen har haft under CTI-forløbet.

4.3.2 Organisation

Organisation defineres som de forskellige måder, opgaver med målgruppen varetages på, herunder kommunikation, koordination, målsætninger og ejerskab til indsatsen.

Projektledere og CTI-medarbejdere fra to ud af fire projektkommuner vurderer, at organiseringen i høj grad sikrer, at CTI-metoden kan gennemføres efter hensigten. Ligeledes har to kommuner angivet, at dette i nogen grad er tilfældet.

De to kommuner, hvor alle CTI-medarbejderne er placeret på krisecentret, vurderer, at de har opnået en højere grad af organisatorisk implementering end de øvrige kommuner. Det kan dog ikke entydigt siges, om dette er den bedste måde at organisere CTI-metoden på, da der er fordele og ulemper ved begge organiseringsformer. Kommunerne vurderer, at den primære fordel ved organisering af indsatsen på et krisecenter er CTI-medarbejdernes bedre forudsætninger for at opbygge en god relation til kvinderne, allerede inden CTI-forløbet påbegyndes. Den primære fordel ved en organisering sammen med en udførerenshed er lettere adgang til sparring og samarbejde med øvrige kollegaer i kommunen omkring kvindens sag. Organisering sammen med andre medarbejdere, der arbejder med samme tilgang og/eller

målgruppe, uanset om CTI-medarbejderne er organiseret på krisecentret eller i fx forvaltningen, øger sandsynligheden for, at nogle af elementer fra CTI-metoden fastholdes, selvom CTI ikke videreføres som et standardtilbud i kommunerne.

4.3.3 Ledelse

Ledelse defineres som ledelse på alle relevante niveauer i organisationen – fra team- og institutionsledelse til den politiske og administrative topledelse.

Tre ud af fire projektkommuner vurderer, at der i høj grad er hensigtsmæssig ledelsesopbakning til CTI-projektet. Én kommune angiver, at dette i nogen grad er tilfældet, hvilket her har skabt lidt usikkerhed om rammerne for metoden og været kilde til en anelse frustration blandt særligt CTI-medarbejderne i den pågældende kommune. Overordnet set vurderer alle kommuner dog, at der er god opbakning til projektet fra den nærmeste ledelse med mulighed for sparring, når CTI-medarbejderne har behov herfor. Der er ligeledes opbakning til projektet fra den overordnede ledelse, selvom denne er mindre synlig.

Alle kommuner har i afprøvningsperioden i større eller mindre grad oplevet udskiftning i ledelsen, hvilket særligt i to kommuner har givet udfordringer i forhold til den overordnede implementering af projektet. Kommunerne vurderer dog i den afsluttende selvevaluering, at disse udfordringer er løst efter en periode uden udskiftning i samtlige kommuner.

4.3.4 Mennesker

Mennesker defineres som både CTI-medarbejdere og kvinder, der indgår som en del af indsatsen, og som påvirker indsatsen. Alle fire kommuner vurderer, at CTI-tilgangen i høj grad er implementeret hos de medarbejdere, der arbejder med den og at borgernes behov imødekommes.

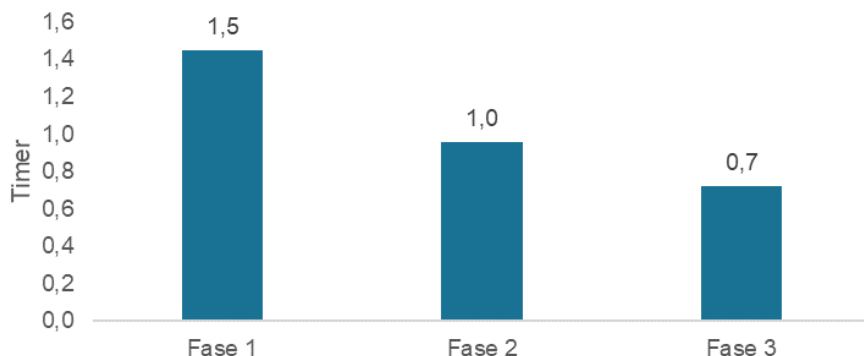
CTI-medarbejderne oplever, at de kan udfylde rollerne som koordinator og støtteperson, hvilket er helt centralt i CTI-metoden. Den støttende rolle forekommer dog mere naturlig for CTI-medarbejderne at udfylde. Det skyldes ifølge CTI-medarbejderne selv især deres socialfaglige baggrund, men også, at hovedparten af medarbejderne har erfaring med at arbejde med målgruppen, hvilket medarbejderne såvel som projektlederne understreger som afgørende for at kunne udfylde den støttende rolle. Desuden har en del medarbejdere anden relevant erfaring fra beskæftigelses- eller socialområdet, hvilket har gjort det lettere for dem at sparre med kvinderne på disse områder og lettere at udfylde den koordinerende rolle, ligesom de er vant til at arbejde med planer. Yderligere har hovedparten af medarbejderne erfaring med recovery og empowerment, hvorfor de har følt sig trygge ved arbejdsmetoderne gennem hele afprøvningsperioden.

CTI-medarbejderne vurderer, at arbejdet med CTI-planer og fokusområder fungerer godt som dialogredskab med kvinderne. Temaerne fra forandringskompasset er i de fleste forløb omdrejningspunkt for relevante dialoger mellem kvinden og CTI-medarbejderen vedrørende kvindens trivsel.

CTI-medarbejderne i alle fire kommuner har mulighed for supervision, hvilket de vurderer som væsentligt for at efterleve metoden. Den faglige sagssparring prioriteres, da det har været vigtigere end metodesparring. I alle kommuner orienteres ledere om projektet, ligesom der er en løbende, og overvejende positiv, dialog med samarbejdspartnere.

Det vurderes ud fra tidsregistreringer og kvalitative interviews, at CTI-metoden skaber en ramme for arbejdet med kvinderne og understøtter et struktureret forløb. Der er dog nuancer i måden, hvorpå CTI-metoden er implementeret i de fire projektkommuner, særligt i forhold til hvor meget rådgivning den enkelte kvinde får og karakteren heraf.

Figur 5. Gennemsnitligt tidsforbrug på direkte rådgivning (samtaler og kommunikation via telefon og mail) per kvinde per uge i projektkommunerne



I forlængelse heraf kan nævnes, at variationen i tidsforbruget også gælder indenfor den enkelte kommune på tværs af kvinder i CTI-forløb. I CTI-metoden ligger en målretning af støttebehovet til den enkelte kvinde. Da kvindernes situationer og støttebehov er meget forskellige, er nogle kvinder mere resursekrævende end andre. I alle tilfælde fremhæver CTI-medarbejderne dog, at et vellykket CTI-forløb først og fremmest kræver, at kvinden finder modet og styrken til forandring i sit liv. I afprøvningsperioden har kommunerne særligt fremhævet kvinder, der ikke taler og forstår dansk, samt unge kvinder uden børn, som to undergrupper, der kræver ekstra opmærksomhed og resurser.

Det ekstra resurseforbrug i forhold til de unge kvinder bunder i en manglende modenhed i form af blandt andet manglende ansvarsbevidsthed, som gør, at støttebehovet er mere konstant og i nogle tilfælde stigende i takt med, at den unge kvinde bliver fortrolig med CTI-medarbejderen og den empowerment- og recovery-orienterede måde at arbejde med sig selv på. Herefter er det CTI-medarbejdernes vurdering, at også mange unge kvinder har udbytte af CTI-metoden. CTI-medarbejderne udtrykker dog lidt større tvivl om metodens anvendelse overfor kvinder, som ikke taler og forstår dansk, hvor den manglende mulighed for fortrolig dialog uden tilstedeværelsen af en tolk ifølge CTI-medarbejderne selv er en vedblivende udfordring i samarbejdet mellem CTI-medarbejderen og kvinden. Dermed ikke være sagt, at metoden ikke kan fungere overfor denne gruppe kvinder, men implementeringen er vanskeliggjort.

4.3.5 Kontekst

Kontekst defineres som de forskellige, særligt politiske og økonomiske dagsordener, som eksisterer omkring indsatsen, og som kan påvirke og have betydning for indsatsen.

Alle fire kommuner vurderer, at CTI-projektet passer ind i kommunens mål og fokusområder. Der er dog også udfordringer, da projektet hurtigt kan drukne i kommunens øvrige aktiviteter eller blive nedprioriteret, hvis man ikke fra kommunens side forventer at videreføre projektet efter afslutningen

af forsøgsperioden. Således har usikkerhed omkring den fremtidige forankring påvirket implementeringen i en negativ retning særligt i slutningen af afprøvningsperioden, hvilket eksempelvis kommer til udtryk ved, at ikke alle kvinder kan tilbydes et fuldt CTI-forløb med en fast CTI-medarbejder. Derudover har omstruktureringer i en enkelt kommune påvirket implementeringsgraden u hensigtsmæssigt i dele af afprøvningsperioden.

4.3.6 Konklusioner om rammevilkår

Opsamlende kan det konkluderes, at de grundlæggende betingelser for implementering af CTI for kvinder på krisecenter i projektkommunerne i afprøvningsperioden i overvejende grad har været til stede. En række udfordringer i forhold til organisation og ledelse har givet udfordringer, ligesom der under samtlige temaer er identificeret læringspunkter i forhold til en fremadrettet implementering af indsatsen. Denne viden har dannet grundlag for indholdet i en implementeringsguide målrettet kommunale ledere og beslutningstagere samt udviklingskonsulenter, som også er en del af afprøvningsprojektets samlede produkter.

5 Indsatsens resultater

Hovedparten af kvinderne oplever en positiv udvikling på centrale parametre, hvilket udgør et afgørende skridt på kvindernes vej mod en tryk og selvstændig tilværelse i egen bolig og dermed opfyldelsen af målsætningerne for indsatsen generelt.

I dette kapitel belyses resultaterne af CTI for kvinder, der fraflytter et krisecenter. Med resultater skal forstås de umiddelbare virkninger af deltagelse i forløbet og udviklingen heri – også undervejs i forløbet. Således er det forventningen, at CTI understøtter de voldsudsatte kvinder i en vellykket overgang fra krisecenteropholdet til et liv uden vold med en styrket livssituation og en selvstændig livsførelse.

I et CTI-forløb arbejdes der med at styrke 1) kvindernes personlige og sociale kompetencer samt resurser, 2) kvindernes sociale og familiære netværk og støttenetværk og 3) kvindernes integration i lokalmiljøet. En positiv forandring på disse punkter forventes desuden at resultere i øget trivsel og sundhed hos kvinderne.

I det følgende præsenteres en række resultater, der viser, at kvinderne har flyttet sig på en række centrale parametre i løbet af CTI-forløbet, og at indsatsen dermed synes at bringe kvinderne tættere på en selvstændig tilværelse i egen bolig. Konkret drejer det sig om, i hvilken grad:

- Volden reduceres i kvindernes liv (afsnit 5.1)
- Kvinderne bliver bedre i stand til at tage vare på sig selv og ansvar for deres situation (afsnit 5.2)
- Kvinderne får det bedre både psykisk og fysisk (afsnit 5.3)
- Kvinderne trives bedre (afsnit 5.4)
- Kvinderne oplever mindre ensomhed (afsnit 5.5)
- Kvinderne oplever mere tryghed i hverdagen (afsnit 5.6)
- Kvinderne mestrer forælderrollen og relationen til barnets/børnenes far bedre (afsnit 5.7)
- Risikoen for stress og traumer reduceres (afsnit 5.8)
- Kvinderne genoptager, vedligeholder og/eller udbygger deres netværk (afsnit 5.9).

Resultaterne bygger på spørgeskemaer til kvinderne og CTI-medarbejderne ved overgangen til fase 1, fase 2 og fase 3 og ved CTI-forløbets afslutning. Desuden er der inddraget viden fra kvalitative interview med CTI-medarbejderne i sidste del af projektet. Der er i alt indsamlet data fra 167

unikke CTI-forløb. Heraf har 95 kvinder afsluttet et fuldt CTI-forløb, mens de resterende 54 stadig er i gang, og 18 har afbrudt forløbet undervejs.

Det skal indledningsvist bemærkes, at resultaterne er af beskrivende karakter og derfor ikke siger noget om, om kvinderne havde gennemgået samme udvikling, hvis de havde modtaget den sædvanlige koordinerende rådgivning.

5.1 Den forudgående og gentagne vold

Kvinderne i CTI-projektet oplever, at de i løbet af forløbet i ni måneder i markant mindre grad end før deres krisecenterophold udsættes for vold. En central forklaring på, at den fysiske vold stort set er væk, skal også findes i den fysiske adskillelse, der sker, når kvinden har ophold på krisecentret eller flytter i egen bolig uden voldsudøveren. Dette skærmer kvinden fra kontakt med den voldsudøvende part og har stor betydning for, om hun udsættes for vold af fysisk karakter.

Før deres ophold på krisecentret blev alle kvinderne udsat for vold. 41 procent af kvinderne var dagligt udsat for vold, 32 procent var udsat for vold mere end en gang ugentligt, og de resterende 27 procent var udsat for vold op til tre gange om måneden. Andelen, der udsættes for vold, falder til 30 procent i fase 1, til 26 procent i fase 2 og til 12 procent i fase 3 (figur ikke vist).

Af

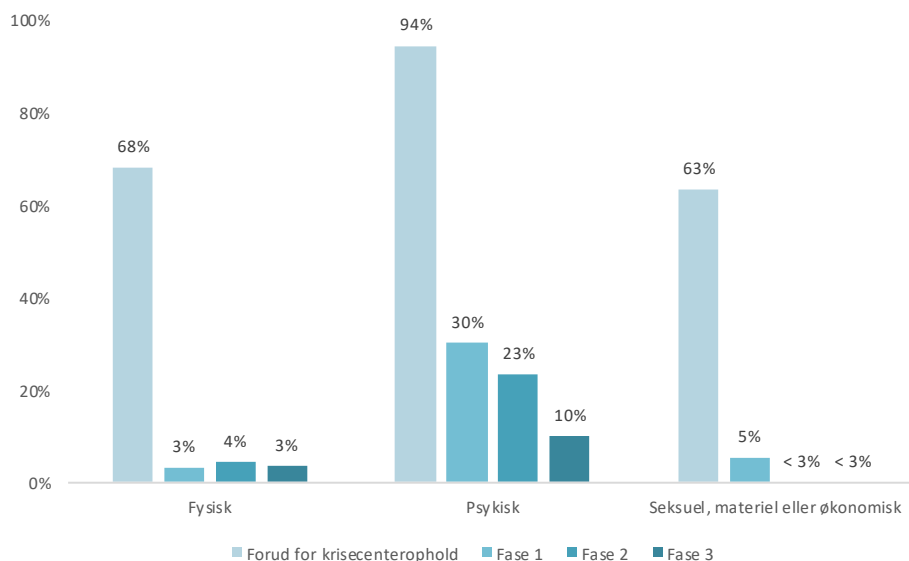
figur 6 fremgår andelen af kvinder, der har været udsat for de enkelte voldstyper tre måneder forud for opholdet på krisecenter og under henholdsvis fase 1, 2 og 3 af CTI-forløbet.

Af figuren fremgår det blandt andet, at 94 procent af kvinderne har været udsat for psykisk vold i de tre måneder forud for opholdet på krisecentret. I samme periode blev 68 procent af kvinderne udsat for fysisk vold. 47 procent har været udsat for økonomisk vold, mens 29 procent har været udsat for henholdsvis seksuel eller materiel vold (ikke alle tal er vist i figuren). Således svarer voldsbilledet for kvinderne, der har deltaget i et CTI-forløb, til det overordnede billede for kvinder, der har haft ophold på et krisecenter.²³

Figuren viser yderligere, at andelen af kvinder, der udsættes for vold, er markant lavere efter opstarten i et CTI-forløb i forhold til perioden før. Faktisk reduceres andelen af kvinder, der udsættes for vold, med mellem 68 og 95 procent afhængigt af voldstype.

²³ Socialstyrelsen (2018), Årsstatistik 2017 Kvinder og børn på krisecenter

Figur 6. Vold forud for krisecenterophold og i fase 1, 2 og 3 af CTI-forløbet



Den fysiske vold er stort set væk

Reduktionen er mest udtalt for fysisk vold. Således har 68 procent af kvinderne i de tre måneder op til krisecenteropholdet været udsat for fysisk vold, hvorimod det kun er 3-4 procent af kvinderne, der udsættes for fysisk vold efter CTI-forløbets begyndelse. Dette er en reduktion på 94-95 procent.

For seksuel, materiel og økonomisk vold er reduktionen ligeledes markant. I de tre måneder forud for opholdet på krisecentret blev 63 procent udsat for seksuel, materiel eller økonomisk vold. Under CTI-forløbet udsættes mindre end 3 procent af kvinderne for disse voldstyper, svarende til en reduktion på mindst 91 procent. Faldet i den fysiske vold kan dog ikke alene tolkes som et direkte udbytte af CTI-metoden, idet der naturligt vil ske et fald i den fysiske vold, når kvinden flytter på krisecenter og væk fra voldsudøveren.

Den psykiske vold er sværere at skærme sig mod

Før opholdet på krisecentret har 94 procent af kvinderne været udsat for psykisk vold, mens henholdsvis 30, 23 og 10 procent har været udsat for psykisk vold i fase 1, 2 og 3 af CTI-forløbet. Således er volden reduceret med henholdsvis 68, 75 og 89 procent i perioden efter CTI-forløbets start i forhold til situationen før krisecenteropholdet. Andelen af kvinder, der udsættes for psykisk vold, falder dermed i løbet af CTI-forløbet.

Den psykiske vold er markant anderledes end den fysiske vold, da den kan udøves på mange måder: både ansigt til ansigt og over sms, mail og på sociale medier. Det kan således være meget svært, endsige umuligt, at undgå de situationer, hvor den psykiske vold opstår. CTI-medarbejdernes erfaring fra arbejdet med kvinderne er, at den psykiske vold ofte opstår i forbindelse med udlevering af børn til samvær, men at den også kan foregå på sms og sociale medier såvel som gennem rygtespredning om den voldsudsatte i både private og professionelle netværk. Et andet eksempel på psykisk vold er trusler om, at kvinden kan miste sin opholdstilladelse i Danmark eller forældremyndigheden over sine børn, hvis hun bryder relationen til den voldsudøvende endegyldigt.

At andelen af kvinder, der udsættes for psykisk vold, falder indikerer, at arbejdet med kvindernes sikkerhed i forløbet hjælper dem til at skærme sig mod den psykiske vold. Dette bakkes op af CTI-medarbejderne, der udtrykker, at kvinderne bliver bedre til at sætte grænser og lærer metoder til at beskytte sig selv i løbet af CTI-forløbet. Det kan være strategier for, hvordan den enkelte kvinde bedst håndterer overlevering af børn ved samvær eller i form af simple tiltag som viden om, hvornår det er godt at undlade at tage telefonen, hvis voldsudøveren ringer.

CTI-medarbejderne understreger dog også, at så længe den voldsudøvende part ikke får hjælp til at ændre sin adfærd, er det svært at stoppe den psykiske vold helt, da mulighederne for at udøve denne form for vold er så mange.

5.2 Kvindernes håndtering af deres livssituation

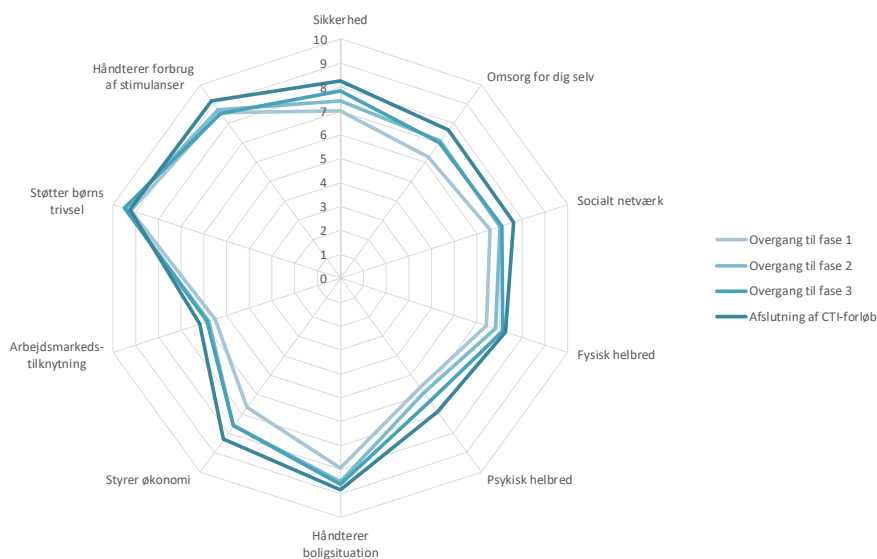
I forbindelse med alle faseovergangene i CTI-forløbet og ved forløbets afslutning besvarer både kvinder og CTI-medarbejdere spørgsmål vedrørende kvindernes udvikling på ti centrale parametre, der tilsammen udgør forandringskompasset. Både kvinden og CTI-medarbejderen angiver på en skala fra et til ti, hvor ti er bedst, hvordan de vurderer kvindens situation på det givne parameter, for eksempel hvordan hun håndterer sin boligsituation. De ti parametre vedrører kvindernes sikkerhed, omsorg for sig selv, netværk, fysiske og psykiske helbred, boligsituation, økonomi, tilknytning til arbejdsmarkedet, varetagelse af børns trivsel og håndtering af eget forbrug af stimulanser.

Forandringskompasset er tiltænkt en rolle i arbejdet med at målrette CTI-planerne, men bruges også som dialogredskab og – som her – til at måle kvindens progression i forløbet.

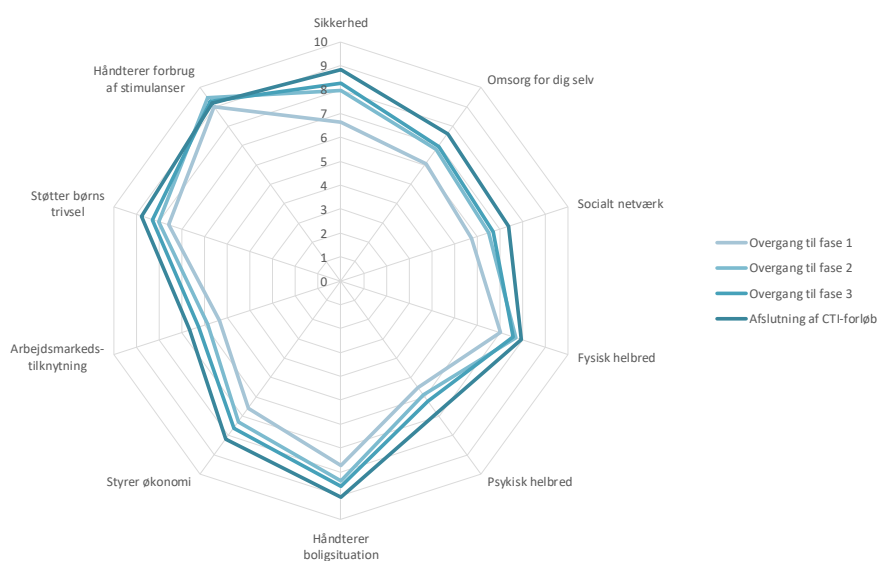
Generelt vurderer både kvinder og CTI-medarbejdere, at kvinderne i løbet af CTI-forløbet bliver bedre i stand til at tage vare på sig selv og ansvar for deres situation.

Figur 7 og figur 8 viser den gennemsnitlige udvikling i henholdsvis kvindernes og CTI-medarbejdernes besvarelser vedrørende forandringskompassets ti temaer ved overgangen til fase 1, fase 2 og fase 3 og ved CTI-forløbets afslutning.

Figur 7. Udvikling i kvindernes besvarelser på forandringskompassets ti temaer



Figur 8. Udvikling i medarbejdernes besvarelser på forandringskompassets ti temaer



En sammenligning af figurerne viser, at kvinderne og CTI-medarbejderne har et relativt ens billede af, hvordan kvinderne tager vare på sig selv og håndterer deres situation. Således vurderer både kvinder og medarbejdere, at kvinderne udvikler sig positivt på stort set alle parametre i løbet af CTI-forløbet og dermed i højere og højere grad bliver i stand til at tage vare på sig selv og deres børn – og endda fra et relativt højt udgangsniveau. Kvindernes udgangspunkt ligger generelt lidt højere end CTI-medarbejdernes. Til gengæld er progressionen i kvindernes vurderinger mere moderate end medarbejdernes.

Sammenligner man kvindernes situation ved afslutningen af CTI-forløbet med opstarten, fremgår det, at 22 procent af kvinderne oplever, at deres 50

sikkerhed er forbedret, hvorimod 77 procent af CTI-medarbejderne vurderer, at dette er tilfældet. 44 procent af kvinderne oplever en forværret sikkerhedssituation, mens CTI-medarbejderne vurderer, at sikkerheden kun er forværret for 7 procent af kvinderne. Kvinderne har således slet ikke det samme positive billede af ændringen i deres sikkerhedssituation, som CTI-medarbejderne har (figur 9).

Vedrørende udviklingen i egenomsorg er der stor overensstemmelse mellem kvindernes og CTI-medarbejdernes besvarelser. Omkring to tredjedele af kvinderne er blevet bedre til at drage omsorg for sig selv i løbet af CTI-forløbet, mens cirka hver femte kvinde er blevet dårligere (figur 9).

Over halvdelen af kvinderne har forbedret deres sociale netværk. Således vurderer 54 procent af kvinderne, at dette er tilfældet, mens CTI-medarbejderne vurderer, at 69 procent af kvinderne har fået et bedre socialt netværk. 26 procent af kvinderne vurderer, at deres sociale netværk er forringet, mens CTI-medarbejderne vurderer, at dette gælder for 14 procent af kvinderne (figur 9).

Der ses en stor forbedring i kvindernes fysiske og psykiske helbredstilstand. Godt halvdelen af kvinderne oplever, at de har et forbedret fysisk helbred ved CTI-forløbets afslutning, mens over 60 procent har forbedret deres psykiske helbredstilstand. Omvendt oplever hver femte kvinde ved afslutningen af CTI-forløbet en forværret fysisk sundhedstilstand mens hver fjerde kvinde oplever, at hendes psykiske sundhed forværres i løbet af CTI-forløbet. CTI-medarbejderne vurderer, ligesom kvinderne selv, at den fysiske helbredstilstand forbedres for seks ud af ti kvinder. Desuden vurderer medarbejderne, at den forværres for hver femte kvinde. CTI-medarbejderne ser lidt mere positivt på kvindernes psykiske helbredsudvikling end kvinderne gør. CTI-medarbejderne vurderer, at syv ud af ti kvinder forbedrer deres psykiske helbred, mens det psykiske helbred forværres for hver sjette kvinde (figur 9).

Både kvinder og CTI-medarbejdere vurderer, at godt halvdelen af kvinderne bliver bedre til at håndtere deres boligsituation, mens mindre end hver sjette kvinde bliver dårligere til dette i løbet af CTI-forløbet (figur 9).

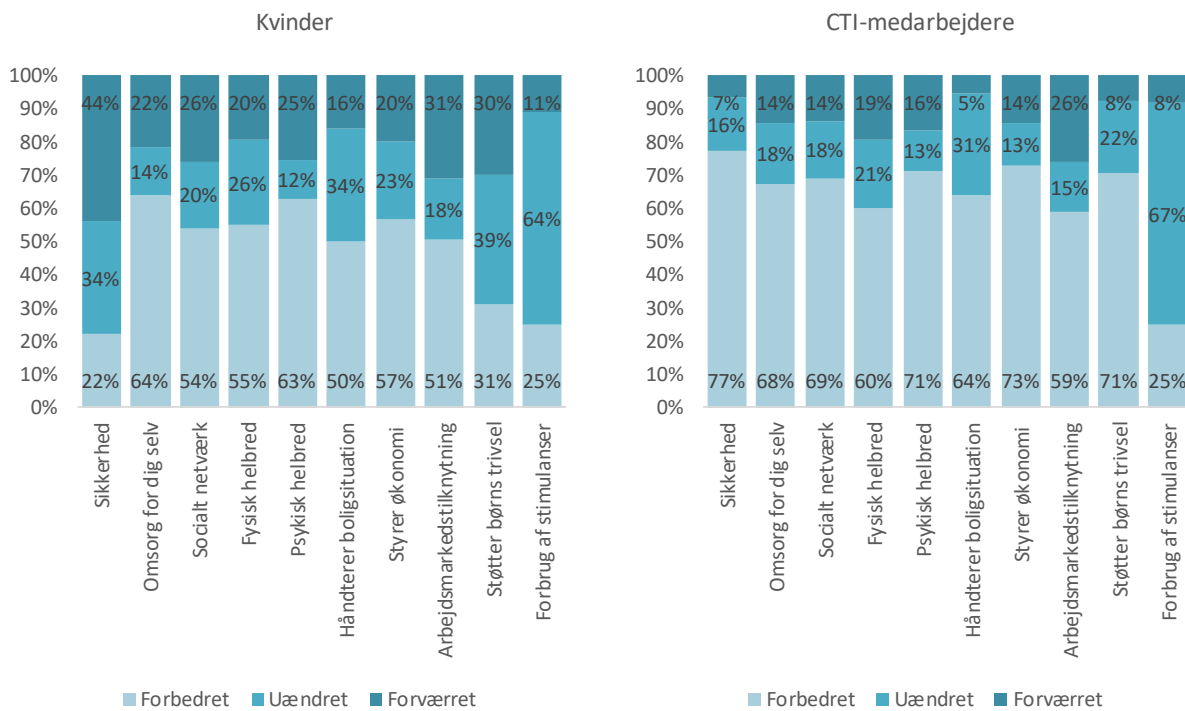
57 procent af kvinderne vurderer, at de bliver bedre til at styre deres økonomi, mens CTI-medarbejderne vurderer, at 73 procent af kvinderne bliver bedre til at styre deres økonomi. Knap hver femte kvinde får mindre styr på sin økonomi i løbet af CTI-forløbet (figur 9).

Halvdelen af kvinderne forbedrer deres arbejdsmarkedstilknytning, mens den forværres for knap en tredjedel af kvinderne ifølge kvindernes selv. CTI-medarbejderne vurderer kvindernes arbejdsmarkedstilknytning en smule mere positiv (figur 9).

Hver tredje kvinde vurderer, at hun bliver bedre til at støtte sine børns trivsel, hvorimod en tredjedel af kvinderne vurderer, at de er blevet dårligere til at støtte deres børns trivsel. CTI-medarbejderne har en helt anden vurdering. De vurderer, at mere end to tredjedele af kvinderne bliver bedre til at støtte deres børns trivsel, mens kun 8 procent bliver dårligere til dette (figur 9).

En mindre gruppe af kvinderne har problemer med forbrug af stimulanser. Af disse kvinder bliver hver fjerde bedre til at håndtere sit forbrug, mens cirka hver tiende bliver dårligere. Hovedparten (cirka to tredjedele) oplever ingen ændringer i forhold til, hvor gode de er til at håndtere deres forbrug af stimulanser (figur 9).

Figur 9. Andel kvinder og CTI-medarbejdere, der oplever henholdsvis fremgang, stilstand eller forværring på forandringskompassets temaer fra overgangen til fase 1 til afslutningen af CTI-forløbet



Med udgangspunkt i kvindernes og CTI-medarbejdernes vurderinger på forandringskompasset er særligt to ting værd at bemærke. Disse er beskrevet nedenfor

Nuancer i vurdering af støtte til børns trivsel

Kvindernes vurdering af, hvor godt de støtter deres børns trivsel er generelt lavere end CTI-medarbejdernes. I starten af CTI-forløbet er kvindernes vurdering dog mere positiv. CTI-medarbejderne vurderer, at en forklaring på forskellen kan være, at kvinden i starten af CTI-forløbet endnu ikke har opbygget en tillidsfuld relation til CTI-medarbejderen og derfor er bekymret for, om medarbejderen laver en underretning, hvis kvinden svarer, at hun kun i ringe grad er i stand til at støtte sine børns trivsel. Samtidig ses et fald i kvindens vurdering på dette målepunkt i slutningen af CTI-forløbet. CTI-medarbejderne vurderer, at dette kan skyldes, at kvinderne på dette tidspunkt i forløbet er nået så langt i deres egen erkendelsesproces, at de indser, at deres børn har brug for mere støtte, end de oprindeligt troede, samtidig med at relationen til CTI-medarbejderen er styrket, så kvinden også tør give udtryk herfor. Faldet fra overgangen mellem fase 2 og fase 3 til afslutningen af CTI-forløbet er dog så lille, at ændringen ikke er signifikant. Den større selvbevidsthed hos kvinderne, der opbygges i CTI-forløbet, er

blandt de positive resultater, der også fremhæves af CTI-medarbejderne i interviewene.

Øget beskæftigelse kræver indsats og tid

Kvindernes tilknytning til arbejdsmarkedet er det punkt, hvor både kvinder og CTI-medarbejdere vurderer, at kvinderne ligger lavest, omend der også på dette parameter spores en positiv udvikling undervejs i forløbet. Det fremgår af CTI-planerne, at job og/eller uddannelse er et fokusområde for en stor del af kvinderne. Det er her relevant at fremhæve, at CTI-medarbejderne i interview angiver, at kvindens indtræden på, eller tilbagevenden til, arbejdsmarkedet er et område, som nogle kvinder nedprioriterer i begyndelsen af CTI-forløbet, indtil de er kommet sig over volden og har fået en hverdag til at hænge sammen. Dertil lægges, at mange af kvinderne er fra målgrupper, der generelt har lavere beskæftigelse end befolkningen som helhed, herunder etniske minoriteter og unge uden uddannelse, hvorfor disse kvinder kan have vanskeligt ved at finde et arbejde, selvom de gør en stor indsats.²⁴ Det er derfor forventeligt, at der går et stykke tid, før kvinderne forbedrer deres arbejdsmarkedstilknytning.

I forlængelse heraf skal det også bemærkes, at en øget tilknytning til arbejdsmarkedet ikke nødvendigvis betyder, at kvinderne kommer i job, men eksempelvis også at de påbegynder en uddannelse eller kommer i målrettede praktikforløb, hvilket på længere sigt øger sandsynligheden for en permanent arbejdsmarkedstilknytning.

Der er dog også en betydelig gruppe blandt kvinderne i CTI-forløb, der er i job og har fastholdt dette gennem hele forløbet. Her er det således vigtigt at være opmærksom på, at tallene bag figurene er udtryk for et gennemsnit for indsatspopulationen som helhed.

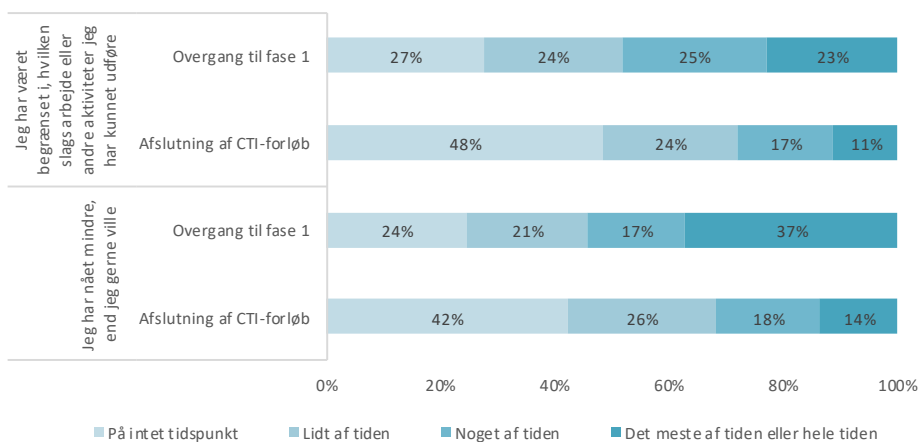
5.3 Fysisk og psykisk helbred

Set over hele CTI-forløbet forbedres kvindernes oplevede helbred markant. Således føler kvinderne sig i mindre grad begrænsede i forhold til arbejde og hverdagsgøremål og kan overskue flere aktiviteter ved afslutningen af forløbet sammenlignet med overgangen til fase 1. Dette gælder både det fysiske og det psykiske helbred.

Figur 10 viser andelen af kvinder, der i løbet af de sidste fire uger har haft problemer med arbejde eller daglige aktiviteter på grund af deres fysiske helbred. Heraf fremgår det, at andelen af kvinder, der på intet tidspunkt i perioden har følt sig begrænsede af deres fysiske helbred i forhold til at udføre daglige aktiviteter eller arbejde, stiger fra 27 til 48 procent, det vil sige næsten en fordobling. Ligeledes stiger andelen af kvinder, der på intet tidspunkt når mindre, end de gerne vil, på grund af deres fysiske helbred, fra 24 til 42 procent. Ved afslutningen af CTI-forløbet er det således blot 11 procent af kvinderne, der hele tiden eller det meste af tiden føler sig begrænsede af deres fysiske helbred, mens 14 procent når mindre, end de gerne vil.

²⁴ Danmark Statistik, Statistikbanken, tabel RAS200 og RAS209.

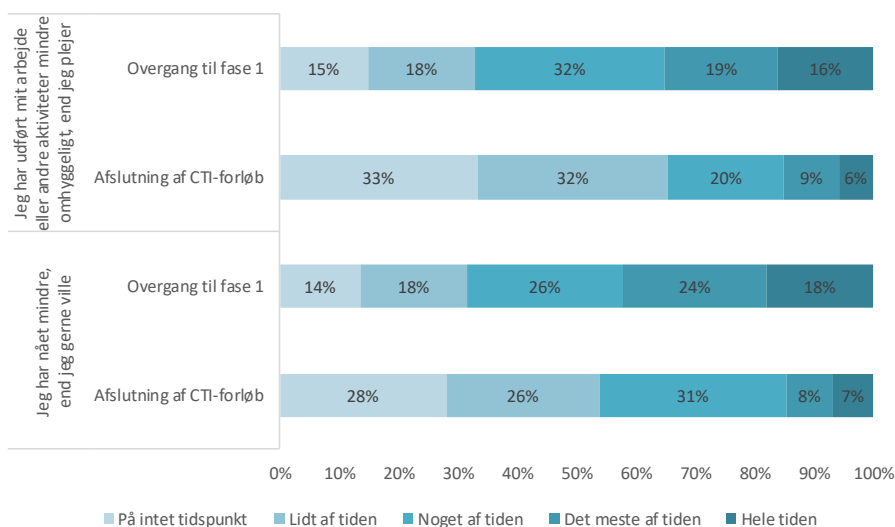
Figur 10. Kvindernes muligheder for at udføre arbejde eller andre daglige aktiviteter på baggrund af deres fysiske helbred



Kvinderne oplever også en forbedring af deres psykiske helbred i løbet af CTI-forløbets faser, hvilket resulterer i, at de i højere grad når de ting, de gerne vil, og bliver i stand til at udføre deres arbejde og aktiviteter bedre.

Figur 11 viser andelen af kvinder, der i løbet af de sidste fire uger har haft problemer med arbejde eller daglige aktiviteter på grund af deres psykiske helbred. Heraf fremgår det, at andelen af kvinder, der på intet tidspunkt i perioden føler sig begrænsede af deres psykiske helbred, stiger fra 15 til 33 procent. Derudover stiger andelen, der på intet tidspunkt når mindre, end de gerne vil, fra 14 til 28 procent. Altså en fordobling på begge parametre. Samtidig falder andelen af kvinder, der det meste af tiden eller hele tiden har haft problemer med arbejde eller daglige aktiviteter på grund af deres psykiske helbred, fra 39 til 15 procent. Andelen, der det meste af tiden eller hele tiden når mindre end de gerne vil, falder fra 32 til 15 procent.

Figur 11. Kvindernes muligheder for at udføre arbejde eller andre daglige aktiviteter på baggrund af deres psykiske helbred



Kvinderne er altså ved CTI-forløbets afslutning i væsentlig mindre grad begrænsede af deres fysiske og psykiske helbred i forhold til at nå det, de gerne vil, og udføre deres arbejde og aktiviteter på en tilfredsstillende måde.

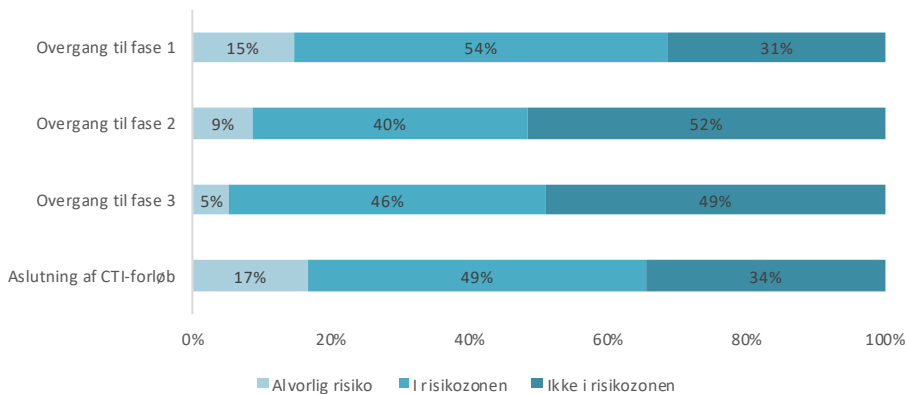
5.4 Trivsel

Trivsel måles på WHO-5-trivelsesindekset, der er et resultat af fem spørgsmål om, hvordan respondenterne (her kvinderne) har følt sig tilpas i de seneste uger. Baseret på disse fem spørgsmål udregnes en score for hver kvinde, der indikerer, om hun er i risikozonen for stress eller depression. Scoren går fra 0 til 100, hvor en score på 50 eller derunder indikerer, at kvinden er i risikozonen for stress og depression. Er scoren 13 eller derunder, er der tale om alvorlig risiko for stress eller depression.

Kvinderne scorer i gennemsnit 40 ved overgangen til fase 1, 51 ved overgangen til fase 2, 46 ved overgangen til fase 3 og 41 ved afslutningen af CTI-forløbet. Således har kvinderne i alle målingerne en væsentlig lavere trivsel end den danske befolkning som helhed, der i gennemsnit scorer 70.^{25,25}

Figur 12 viser udviklingen i kvindernes trivsel baseret på WHO-5-indekset. Ud fra dette trivselsindeks konkluderes det, at risikoen for stress og depression er relativt høj og relativt uændret for kvinderne fra starten til afslutningen af CTI-forløbet, mens der i den mellemliggende periode observeres en mindre forbedring.

Figur 12. Kvindernes risiko for stress eller depression



Overordnet set oplever kvinderne ikke en forbedring i forhold til, om de er i risikozonen for stress eller depression i løbet af CTI-forløbet. 69 procent af kvinderne er ved overgangen til fase 1 i risikozonen for stress eller depression. Ved overgangen til fase 2 og 3 er henholdsvis 49 og 51 procent af kvinderne i risikozonen, mens 66 procent er i risikozonen ved afslutningen af CTI-forløbet. Således er gruppen af kvinder samlet set stort set tilbage til udgangspunktet ved afslutningen af CTI-forløbet.

Resultatet skal ses i lyset af, at der er flere årsager til stress. Således peger interviewene på, at bekymring for egen og børnenes sikkerhed fylder meget i starten af CTI-forløbet, mens denne bekymring er afløst af usikkerhed vedrørende det at skulle stå på egne ben ved afslutningen af forløbet. Mod

²⁵ Topp, Østergaard, Søndergaard and Bech (2015), The WHO-5 Well-Being Index: A Systematic Review of the Literature
55

afslutningen opstår typisk også en større selvbevidsthed, der medfører, at kvinderne begynder at opleve følgevirkninger af volden, og gennem bearbejdning af oplevelserne rammes kvinderne af følelser, der udløser øget risiko for stress og depression, herunder skyldfølelse overfor deres børn. Dertil kommer, at personer, der har været udsat for vold, har forhøjet risiko for stress og depression.²⁶

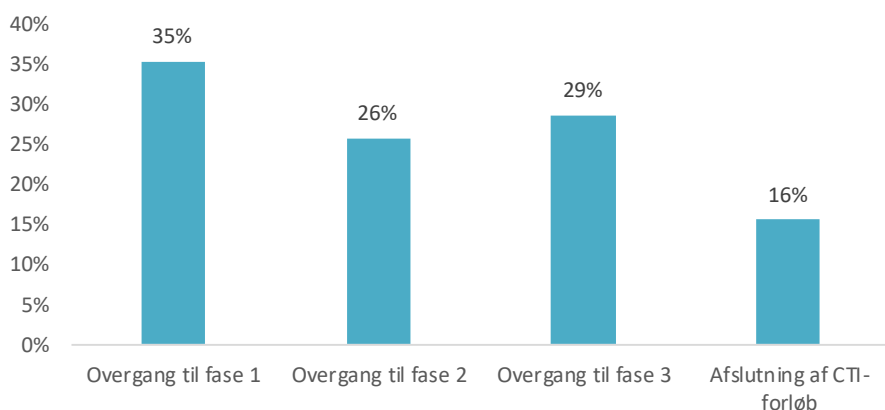
5.5 Ensomhed

Ensomhed måles på et ensomhedsindeks baseret på Three-Item Loneliness Scale (T-ILS), der indeholder tre spørgsmål vedrørende følelsen af isolation, manglende samvær med andre og det at føle sig udenfor.²⁷ Indekset kan antage værdier mellem 3 og 9, hvor en lav score indikerer en lav grad af ensomhed. Kvinder med en score på 7-9 klassificeres som ensomme.

Kvinderne føler sig i starten af CTI-forløbet relativt ensomme, hvilket også skal ses i lyset af bruddet i deres parforhold, hvor mange føler sig alene, uanset om der har været vold i relationen eller ej. I løbet af CTI-forløbet falder kvindernes oplevelse af ensomhed.

Andelen af kvinder, der føler sig ensomme ved overgangen til fase 1, er 35 procent. Således er kvinderne i væsentlig højere grad ensomme sammenlignet med fraskilte kvinder mellem 30 og 44 år i Danmark, hvor 10 procent er ensomme målt på samme skala.²⁸ Andelen af ensomme kvinder falder lidt ved overgangen til fase 2 og 3, hvor henholdsvis 26 og 29 procent af kvinderne er ensomme. Denne andel reduceres markant ved afslutningen af CTI-forløbet, hvor andelen af ensomme kvinder falder til 16 procent. Således er kvinderne fortsat mere ensomme end sammenlignelige fraskilte kvinder, dog i væsentlig mindre omfang end ved opstarten af CTI-forløbet (figur 13).

Figur 13. Andelen af ensomme kvinder



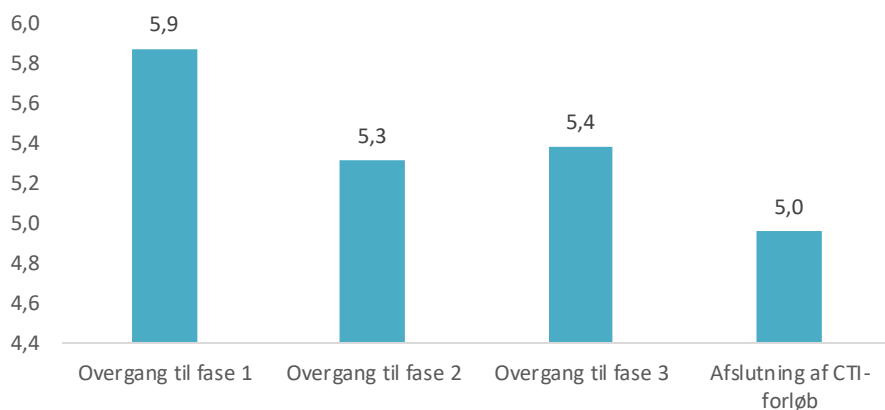
²⁶ socialstyrelsen.dk/voksne/vold-i-naere-relationer/viden-om-vold/voldens-konsekvenser samt eksempelvis moedrehjaelpen.dk/holdpunkt/viden-og-raad/psykiske-problemer-efter-vold-raadgivning/ eller sygeforsikring.dk/nytsundt/psykisk-vold-giver-ar-paa-sjaelen

²⁷ Hughes, Waite, Hawkley and Cacioppo (2004), A short scale for measuring loneliness in large surveys: Results from two population-based studies, Research on Aging

²⁸ Lasgaard og Friis (2015), Ensomhed i befolkningen – forekomst og metodiske overvejelser. Temaanalyse, vol. 3, Hvordan har du det?, Aarhus: CFK, Folkesundhed og kvalitetsudvikling

Figur 14 viser udviklingen i det gennemsnitlige ensomhedsindeks for kvinderne i CTI-forløbet. Kvinderne scorer samlet set 5,8 ved overgangen til fase 1. Dermed ligger følelsen af ensomhed hos kvinderne i starten af CTI-forløbet væsentlig højere end gennemsnitsscoren blandt et repræsentativt udsnit af kvinder i 2015²⁶, hvor scoren var blot 3,8. Følelsen af ensomhed falder for gruppen af kvinder i indsatspopulationen i de efterfølgende målinger, så kvinderne ved afslutningen af CTI-forløbet i gennemsnit scorer 5,0, hvilket stadig er en del over niveauet for kvinder generelt. Man skal dog huske, at mange af kvinderne ved CTI-forløbets afslutning stadig lever alene og relativt afskåret fra deres tidligere netværk, som de har brudt med. En højere ensomhedsscore end gennemsnittet er derfor forventeligt, da ensomheden blandt enlige generelt er større end blandt personer i parforhold.²⁶

Figur 14. Kvindernes ensomhed på T-ILS-skalaen



5.6 Tryghed i hverdagen

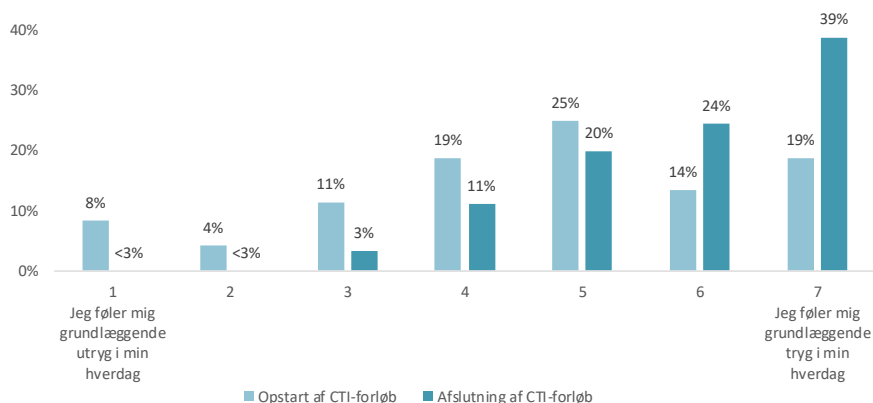
Tryghed måles på en skala fra 1 til 7, hvor 1 er grundlæggende utryghed, og 7 er grundlæggende tryghedsfølelse.²⁹ Tryghed og sikkerhed er et fokusområde under krisecenteropholdet såvel som i CTI-forløbet.

Kvindernes oplevede tryghed forbedres gennem CTI-forløbet (figur 15). Ved overgangen til fase 1 føler 23 procent af kvinderne sig således utrygge (1, 2 eller 3 på skalaen), mens dette er reduceret til 6 procent ved CTI-forløbets afslutning. Ved opstarten er 58 procent af kvinderne grundlæggende trygge (5, 6 eller 7 på skalaen), mens denne andel øges til 83 procent ved forløbets afslutning. Blandt danskere generelt føler 85-90 procent sig grundlæggende trygge i deres nabolag.³⁰ Således går kvinderne fra at være markant mindre trygge end befolkningen som helhed til at nå op på et tryghedsniveau, der næsten svarer til landsgennemsnittet.

²⁹ Skalaen kendes fra politiets tryghedsundersøgelser, Københavns Kommunes tryghedsundersøgelse, Justitsministeriets offerundersøgelser og TrygFondens tryghedsmåling.

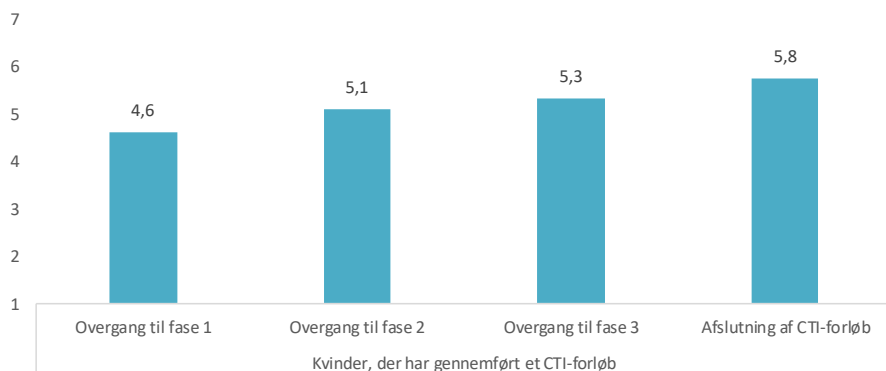
³⁰ Rigspolitiet (2018), Politiets tryghedsundersøgelse

Figur 15. Kvindernes oplevede tryghed



Figur 16 viser udviklingen i den gennemsnitlige tryghed for kvinder i CTI-forløb på skalaen fra 1 til 7, hvor 7 er bedst. Figuren illustrerer en forbedret gennemsnitlig tryghedsfølelse, idet scoren stiger fra 4,6 ved overgangen til fase 1 til 5,8 ved CTI-forløbets afslutning.

Figur 16. Den gennemsnitlige tryghed for kvinder i CTI-forløb



En sandsynlig forklaring på den positive udvikling er, at der arbejdes kontinuerligt med kvindernes sikkerhed igennem hele CTI-forløbet. Faktisk arbejdes der med sikkerhed i høj eller meget høj grad for mindst 40 procent af kvinderne gennem hele forløbet. Af interviewene med CTI-medarbejderne fremgår det ligeledes, at sikkerhed er et væsentligt opmærksomhedspunkt og ofte indebærer samarbejde med politiet.

Et andet parameter, der kan påvirke kvindernes tryghedsfølelse, er netværk. De kvinder, der er lykkedes med at få opbygget et netværk af støttepersoner, har en gennemsnitlig tryghedsscore på 6,1 ved forløbets afslutning, mens de kvinder, der i ringere grad har et netværk ved forløbets afslutning, har en gennemsnitlig score på 5,4. Ved forløbets opstart ses der ingen sammenhæng mellem, hvor mange personer kvinden har at tale med, når hun har problemer eller brug for støtte, og hendes tryghedsfølelse. Der er en markant højere stigning i tryghed for de kvinder, der ved CTI-forløbets afslutning har et støttenetværk, end for de kvinder, der ikke får opbygget et støttenetværk i CTI-forløbet.

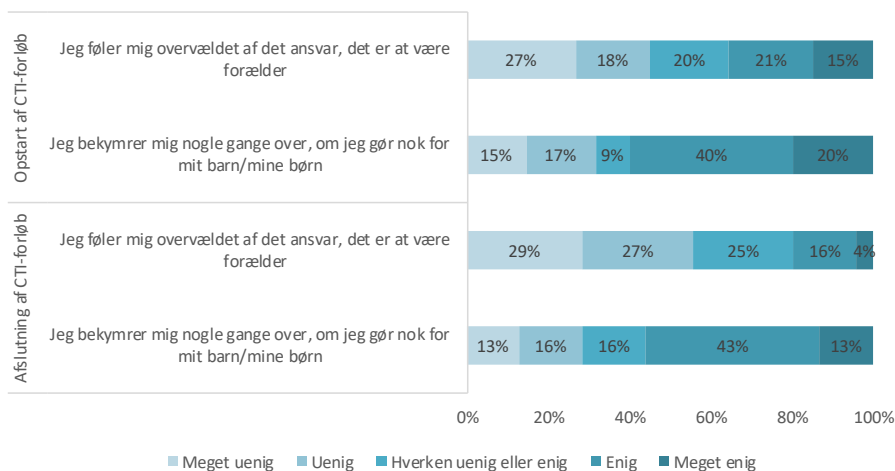
5.7 Forælderrollen og forholdet til barnets/børnenes far

Kvinderne sætter stor pris på deres rolle som forælder og har gennem hele CTI-forløbet et tæt bånd til deres børn (figur ikke vist). Livet med børn er dog ikke bekymringsfrit, og således oplever en relativt stor andel af kvinderne ved både forløbets opstart og afslutning at føle sig bekymret for, om de gør det godt nok for deres børn. Grundlæggende er det CTI-medarbejdernes opfattelse, at kvinderne bliver bedre til at mestre forælderrollen i løbet af forløbet. Dog er samarbejdet med børnenes far en fortsat udfordring, hvilket hænger sammen med, at barnets far i 85 procent af tilfældene er den voldsudøvende person.

Kvinderne styrkes i forælderrollen

Figur 17 viser udviklingen i kvindernes oplevelse af forælderrollen ved opstarten og afslutningen af CTI-forløbet. Heraf fremgår det, at godt hver tredje kvinde er enig eller meget enig i, at hun føler sig overvældet af forældreansvaret, et tal der ved afslutningen af CTI-forløbet er faldet til 20 procent. Andelen af kvinder, der bekymrer sig over, om de gør nok for deres børn, er næsten uændret igennem CTI-forløbet. Der ses dog et lille fald fra 60 procent ved starten af CTI-forløbet til 56 procent ved forløbets afslutning.

Figur 17. Kvindernes oplevelse af forælderrollen



Resultaterne vedrørende forælderrollen kan forklares med, at mange kvinder i løbet af CTI-forløbet får mere overskud til at reflektere over deres situation og dermed også bliver mere opmærksomme på deres børns behov. Dette følges for nogle kvinder op af en bekymring for, om deres evner som forælder er tilstrækkelige.

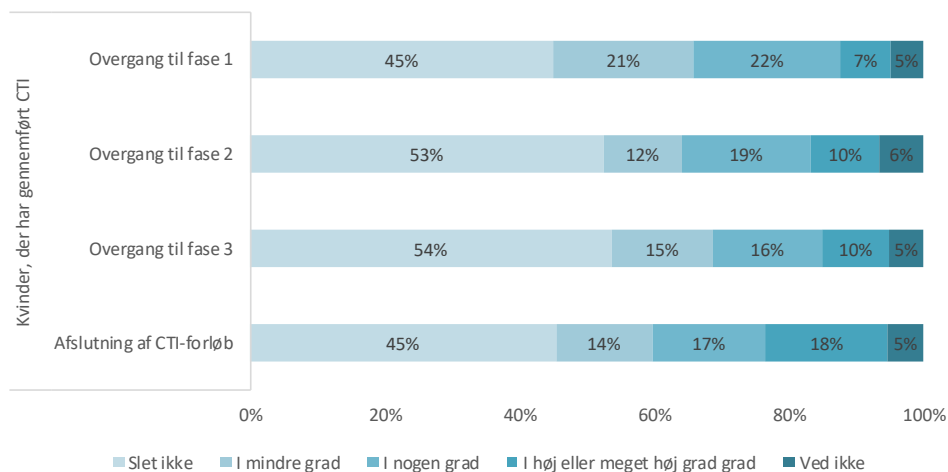
Samarbejdet med børnenes far er en udfordring

For 85 procent af kvinderne med børn er barnets/børnenes far den voldsudøvende person. Særligt de kvinder, hvor barnets far er voldsudøver, oplever et problematisk forældresamarbejde.

Hovedparten af kvinderne oplever, at samarbejdet med børnenes far er problematisk og ikke forbedres nævneværdigt i CTI-forløbet.

Figur 18 viser fordelingen af kvindernes svar på, hvor godt et samarbejde de har med deres børns far. Heraf fremgår det, at 66 procent af kvinderne ved overgangen til fase 1 oplever, at samarbejdet med barnets/børnernes far slet ikke eller i mindre grad er positivt. Ved afslutningen af CTI-forløbet er tallet næsten det samme, nemlig 59 procent. For de tilfælde, hvor børnernes far er den voldsudøvende, er tallet ved overgang til fase 1 71 procent, mens det ved afslutningen af CTI-forløbet er 61 procent. Således har hovedparten fortsat et problematisk forældresamarbejde ved afslutningen af CTI-forløbet. En første og meget naturlig forklaring er, at man ikke har lyst til at samarbejde med en person, der har udsat en for vold, og frygter kontakt med vedkommende. Derudover kan det nævnes, at mange af kvinderne har uafsluttede sager i Statsforvaltningen vedrørende samvær eller forældremyndighed, hvilket kan vanskeliggøre samarbejdet yderligere. Desuden kan manglende tilbud og behandling til den voldsudøvende person være en udfordring i forhold til at opretholde et samarbejde om børnene.

Figur 18. Kvindernes samarbejde med barnets/børnernes far



I forlængelse heraf kan det nævnes, at netop igangværende sager i Statsforvaltningen eller ved domstolene ifølge CTI-medarbejderne er en af de største udfordringer i forhold til at arbejde målrettet med CTI-metoden indenfor de fastsatte rammer. For eksempel medfører lange sagsbehandlingstider, at mange udfordringer i hverdagen forbliver uafklarede, og kvinden har en usikkerhed om fremtiden langt ind i CTI-forløbet. Således fremhæver medarbejderne også langstrakte sagsforløb som begrundelse i mange af de tilfælde, hvor de vurderer, at et længere CTI-forløb havde været ønskværdigt.

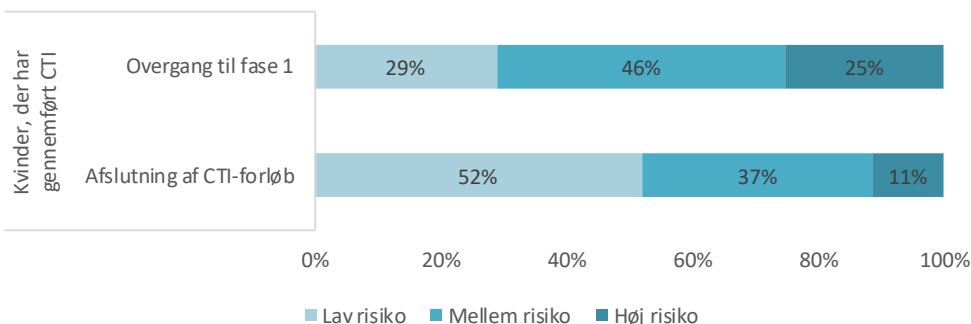
5.8 Risiko for traumereaktioner

Andelen af kvinder i risiko for traume reduceres markant i løbet af CTI-forløbet. Om en kvinde er i risiko for traume belyses via PQ-traumeindekset³¹. Indekset beregnes ud fra svar på ti spørgsmål. Svarene placerer kvinden i en af tre risikogrupper: lav risiko, mellem risiko eller høj risiko.

³¹ Loewy, Bearden, Johnson, Raine and Cannon (2005), The prodromal questionnaire (PQ): preliminary validation of a self-report screening measure for prodromal and psychotic syndromes, Schizophr Res

Figur 19 viser udviklingen i andelen af kvinder i de forskellige risikogrupper ved starten af CTI-forløbet og ved forløbets afslutning. Heraf fremgår det, at kvindernes risiko for traume reduceres markant i løbet af CTI-forløbet. Således øges andelen af kvinder i lav risiko for traume fra 29 til 52 procent set i løbet af CTI-forløbet, mens andelen af kvinder i højrisikogruppen reduceres fra 25 til 11 procent.

Figur 19. Andel kvinder i risiko for traumereaktioner

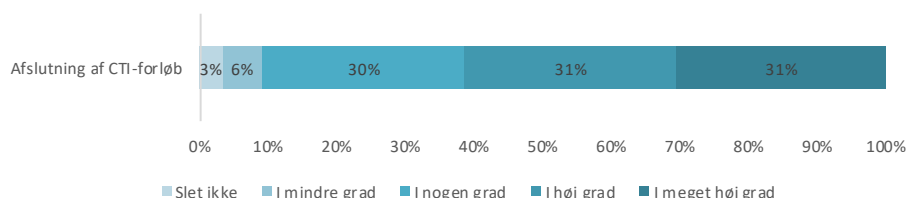


5.9 Etablering af netværk

Kvinderne skaber i løbet af CTI-forløbet en bedre kontakt til deres eksisterende netværk og lykkes i nogen grad også med at skabe kontakt til et nyt netværk, der kan støtte dem efter CTI-forløbets afslutning. Opbygning af et støttenetværk er et af hovedformålene med CTI-forløbet. Det kan dog være en udfordring for nogle af kvinderne, særligt hvis de har svært ved at opbygge tillid til andre efter deres oplevelser med vold.

Som det fremgår af figur 20, oplever 61 procent (afrundet) af kvinderne, at de i høj eller meget høj grad har et netværk af støttepersoner, der kan hjælpe dem efter endt CTI-forløb. Dette efterlader 36 procent, der kun i nogen eller mindre grad oplever at have et støttenetværk, og 3 procent, der slet ikke oplever at have et støttenetværk. Selvom ikke alle kvinderne har et støttenetværk efter CTI-forløbet, oplever de fleste kvinder alligevel en positiv udvikling i deres relationer til venner og familie.

Figur 20. Andel kvinder, der oplever at have et netværk af støttepersoner, der kan hjælpe dem efter endt CTI-forløb

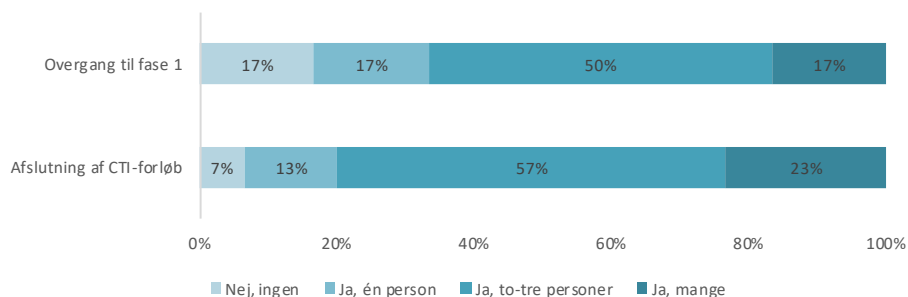


Flere at tale med

Figur 21 viser antallet af personer, som kvinderne har at tale med ved overgangen til fase 1 og ved CTI-forløbets afslutning. Heraf fremgår det, at 67 procent af kvinderne angiver at have to eller flere personer at tale med, udover CTI-medarbejderen, ved overgangen til fase 1. Ved afslutningen af 61

CTI-forløbet er andelen steget til 80 procent. Således lykkes en stor del af kvinderne med at opbygge kontakt til et netværk.

Figur 21. Fordelingen af, hvor mange personer kvinderne har at tale med, udover CTI-medarbejderen, hvis de har problemer eller brug for støtte

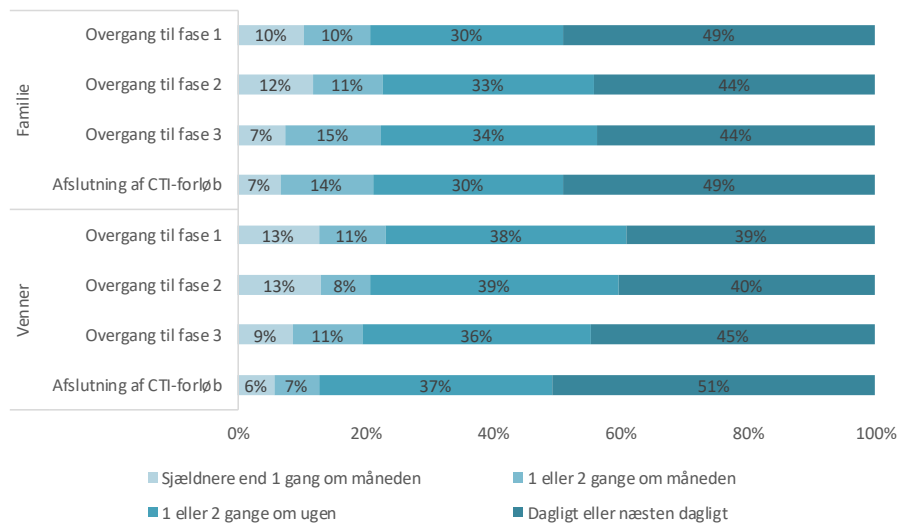


For mange af kvinderne er isolation en del af voldsbilledet. Derfor er det en udfordring for kvinden at genoptage en relation til familie og venner, som hun ofte ikke har talt med længe eller kun har haft sporadisk kontakt til. I mange tilfælde har kvinden set sig nødsaget til at bryde kontakten, hvis en sådan har givet udfordringer med for eksempel jalousi. Kvindens venner eller familiemedlemmer kan ligeledes have trukket sig, for eksempel af afmagt over, at kvinden ikke bryder relationen til den voldsudøvende, eller fordi de ikke kan lide at omgås den voldsudøvende. Det kan efterfølgende være en stor overvindelse at genoptage kontakten til personer, som kvinden enten selv har brudt kontakten til eller er blevet valgt fra af. Derudover er det en udfordring blandt kvinder med ikkevestlig baggrund, at indflytning på krisecenter og efterfølgende skilsmisse kan betyde, at familien bryder relationen til kvinden.

Figur 22 viser fordelingen af, hvor ofte kvinderne har kontakt til familie og venner ved hver faseovergang og ved CTI-forløbets afslutning. Heraf fremgår det, at knap halvdelen af kvinderne daglig eller næsten daglig har kontakt til deres familie. Et billede, der gentages ved afslutningen af CTI-forløbet.

Kvindernes kontakt til venner intensiveres i løbet af CTI-forløbet. Således har 39 procent af kvinderne daglig eller næsten daglig kontakt med venner ved overgangen til fase 1. Denne andel øges til 51 procent ved afslutningen af CTI-forløbet. Udover den øgede kontakt oplever kvinderne desuden, at den kontakt, de har til både familie og venner, får en mere positiv karakter.

Figur 22. Kvindernes kontakt til venner og familie



Af interviewene fremgår det, at CTI-medarbejderne har meget fokus på at etablere netværk. Meget af den tid, som CTI-medarbejderne bruger på andre aktiviteter end møder med kvinderne, går således med at lede efter relevante tilbud til de kvinder, de arbejder med. Etablering af netværk kan være en udfordring, særligt for nogle ikkevestlige kvinder, hvor sproglige og kulturelle barrierer begrænser udvalget.

6 Indsatsens effekter

Der kan endnu ikke tegnes et fyldestgørende billede af effekterne af CTI-metoden. Der er dog indikationer på positive effekter af metoden i form af en styrket arbejdsmarkedstilknnytning.

Forandringsteorien for afprøvningen af CTI for kvinder på krisecenter (figur 1, side 17) beskriver blandt andet, hvordan et positivt udbytte for kvinderne i form af for eksempel en stabil boligsituation, øget trivsel eller et styrket netværk forventes at føre til effekter i et samfundsøkonomisk perspektiv. Blandt andet er det forventningen, at resultaterne af indsatsen fører til, at kvindernes tilknytning til arbejdsmarkedet fastholdes eller styrkes. En øget tilknytning til arbejdsmarkedet kan være gennem ordinær beskæftigelse eller uddannelse, men kan også omfatte kvinder, der går fra eksempelvis kontanthjælp til et løntilskudsjob, eller kvinder, der starter på danskkurser. Sådanne samfundsøkonomiske konsekvenser er dog karakteriseret ved, at de først kan måles med sikkerhed relativt lang tid efter, indsatsen er afsluttet. Dermed er det endnu for tidligt at undersøge de samlede konsekvenser af CTI for kvinder på krisecenter i et samfundsøkonomisk perspektiv.

Imidlertid er det muligt at gennemføre et mindre effektstudie på baggrund af registerdataoplysninger om uddannelse og beskæftigelse. Effekterne undersøges udelukkende på den gruppe af kvinder fra indsats- og kontrolpopulationen, som det er muligt at følge via registeroplysninger fra udflytningsdatoen fra krisecenter og 18 måneder frem. Det betyder, at kvinderne skal have afsluttet deres krisecenterophold senest 31. december 2016. Indsatspopulationen udgøres af 48 kvinder, og kontrolpopulationen udgøres af 272 kvinder.³² Fra kontrolpopulationen er der udvalgt en kontrolgruppe bestående af de kvinder, der i forhold til en række observerbare karakteristika minder om kvinderne i indsatspopulationen. Konkret anvendes propensity score matching, hvor der er kontrolleret for kvindernes etniske oprindelse, arbejdsmarkedstilknnytning, højest fuldførte uddannelse, antal børn, kontakter med det somatiske og psykiatriske sundhedsvæsen såvel som straffelovsovertrædelser.

Effekterne belyses ud fra registerdataoplysninger om kvindernes uddannelses- og beskæftigelsessituation, inklusive eventuelle efter- og videreuddannelsesaktiviteter. Ved at sammenligne disse indikatorer for indsatspopulationen med tilsvarende indikatorer for gruppen af sammenlignelige kvinder i kontrolpopulationen belyser analyserne, om der på nuværende tidspunkt kan dokumenteres positive effekter af indsatsen.

³² I indsatsgruppen indgår udelukkede kvinder, der har gennemført et helt CTI-forløb. Kontrolpopulationen udgøres af de kvinder, der er fraflyttet et krisecenter i 2015 eller 2016.

6.1 Effekter på beskæftigelse og uddannelse

Der er små indikationer på positive effekter af CTI-metoden i form af en styrket arbejdsmarkedstilknytning på længere sigt. Således kan der spores en signifikant forskel mellem indsatspopulationen og kontrolgruppen i forhold til beskæftigelse 18 måneder efter udflytning fra krisecentret, jf. tabel 4. Ser man på beskæftigelse ni måneder efter udflytning og uddannelse henholdsvis ni og 18 måneder efter udflytning, er der ikke signifikante forskelle mellem de to grupper.

Tabel 4. Andel i beskæftigelse og uddannelse henholdsvis 9 og 18 måneder efter udflytning fra krisecentret

	Beskæftigelse		Uddannelse	
	9 mdr.	18 mdr.*	9 mdr.	18 mdr.
Indsatspopulation	21 %	31 %	21 %	21 %
Kontrolgruppe (matchet)	19 %	17 %	17 %	29 %

Note: En stjerne i overskriften indikerer, at den såkaldte average treatment effect of the treated (ATT) er signifikant. Det vil sige, at forskellen mellem indsatspopulationen og kontrolgruppen ikke kan tilskrives tilfældighed.

7 Økonomiske konsekvenser

Meromkostningerne ved et CTI-forløb er 4.000-10.000 kr. sammenlignet med det sædvanlige tilbud. Disse meromkostninger dækkes, hvis kvinden kommer mellem en og fire uger tidligere i beskæftigelse med CTI-forløbet end med den koordinerende rådgivning, eller hvis metoden sparer tre til fem dages indskrivning på et krisecenter.

Dette kapitel undersøger omkostningerne ved et gennemsnitligt CTI-forløb sammenlignet med almindelig koordinerende rådgivning. Som det fremgår af kapitel 6, er det alene muligt at undersøge udvalgte gevinster (konsekvenser) i et budgetøkonomisk perspektiv. Derfor sammenholdes omkostningsforskellene mellem de to tilbud i stedet med scenarieberegninger, der belyser, hvor store gevinsterne ved et CTI-forløb mindst skal være for at dække meromkostningerne og sikre et positivt afkast af investeringen for det offentlige.

7.1 Omkostningsvurdering

I forbindelse med afprøvningen af CTI-metoden for kvinder på krisecenter har projektkommunerne dokumenteret deres omkostninger til indsatsen. I det følgende opgøres omkostningerne til at drive koordinerende rådgivning efter CTI-metoden. Efterfølgende sammenlignes omkostningerne til koordinerende rådgivning efter CTI-metoden med omkostninger til almindelig koordinerende rådgivning.

Tabel 5 opsummerer de gennemsnitlige omkostninger for et forløb for de to tilbud.

CTI-metoden er dyrere end almindelig koordinerende rådgivning, men CTI-metoden omfatter også oftest et længere forløb med mere målrettet støtte end koordinerende rådgivning. Omkostningerne til CTI-metoden er opgjort på to forskellige måder med henholdsvis et højt og et lavt omkostningsestimat til følge. Det lave estimat, som er beregnet ud fra medarbejdernes direkte timeforbrug ved CTI-metoden, vurderes at være mest brugbart til sammenligning af omkostningerne til indsatserne, da omkostningerne til almindelig koordinerende rådgivning ligeledes er opgjort ud fra timeforbrug.

Det estimat, der er beregnet ud fra de samlede omkostninger til CTI-forløb i afprøvningsperioden, afspejler de gennemsnitlige totale omkostninger i afprøvningsperioden delt med antallet af CTI-forløb. Estimatet vurderes at

være væsentlig højere end de reelle driftsomkostninger til CTI-forløbene, da medarbejdere i projektperioden bruger meget tid på møder og dokumentation, som ikke vil forekomme i normal drift.

Estimatet for omkostningen til koordinerende rådgivning er beregnet ud fra et skønnet gennemsnitligt tidsforbrug for koordinerende rådgivning på tværs af landets kommuner.³³

Tabel 5. Omkostninger for CTI-forløb og koordinerende rådgivning

	Kvinder med børn	Kvinder uden børn
Koordinerende rådgivning	22.400 kr.	17.200 kr.
CTI: estimat ud fra timeforbrug	26.600 kr.	26.600 kr.
CTI: estimat ud fra omkostninger i afprøvningsperioden	53.000 kr.	53.000 kr.

7.1.1 Omkostninger til etablering og drift af en CTI-enhed

Omkostningerne til CTI har i afprøvningsperioden i gennemsnit været omkring 1,1 mio. kr. per projektkommune per år i årene 2016 og 2017. Omkostningerne varierer fra 877.000 kr. til 1.230.000 kr. for de kommuner, der har brugt henholdsvis færrest og flest penge på projektet per år. Der er en sammenhæng mellem kommunens omkostninger og antallet af kvinder, der har fået et CTI-forløb. Dog er omkostningen per forløb væsentlig højere i kommuner med færre CTI-forløb.

Figur 23. Omkostninger til etablering og drift af CTI-indsatsen

	2015	2016	2017	Gennemsnit
Etableringsomkostninger	Op til 120.000 kr.			
Driftsomkostninger	1.015.000 kr.	1.116.000 kr.	1.066.000 kr.	
Heraf lønomkostninger	947.000 kr.	1.044.000 kr.	995.000 kr.	
Heraf øvrig drift	68.000 kr.	63.000 kr.	66.000 kr.	
Heraf andre omkostninger	0 kr.	9.000 kr.	5.000 kr.	

I opgørelsen af omkostninger er det væsentligt at bemærke, at omkostningerne til et metodeafprøvningsforløb er højere end ved almindelig drift, da medarbejdere og ledelse bruger ekstra tid på møder og dokumentation i forbindelse med afprøvningen.

Etableringsomkostninger

Kun én kommune har rapporteret etableringsomkostninger i forbindelse med opstarten af CTI for kvinder på krisecenter. Det skyldes, at de øvrige

³³ Ministeriet for børn, ligestilling, integration og sociale forhold (2014), DUT-notat om lovforslag vedr. udvidet og styrket indsats for kvinder på krisecentre og orienteringspligt for kvindekrisecentre og forsorgshjem, herberger mv.

kommuner har medregnet omkostninger til indledende opkvalificering i driftsomkostningerne for det første projektår. Det kan ikke ud fra ét eksempel udledes, hvad det koster at etablere et CTI-tilbud. Et bud er dog, at omkostningerne er i omegnen af 120.000 kr., hvoraf cirka 75 procent udgøres af lønomkostninger, og 25 procent er omkostninger til etablering af fysiske rammer for rådgivning samt materialer som eksempelvis iPads.

Driftsomkostninger

Den primære omkostning ved CTI-metoden er løn, hvilket udgør 93 procent af de samlede omkostninger i projektet, svarende til 995.000 kr. i gennemsnit per år. Af lønomkostningerne går hovedparten (over 90 procent) til aflønning af CTI-medarbejdere, 5-10 procent til aflønning af ledelsen, mens under 5 procent går til administration.

Desuden er det kommunernes erfaring, at de bruger mange resurser på tolkebistand. Denne udgift fremgår dog kun af økonomidokumentationen for én kommune, og denne kommune bruger årligt cirka 5.500 kr. på tolkebistand, svarende til 0,6 procent af de samlede omkostninger. Dette niveau vurderes at ligge væsentlig under udgifterne til tolkebistand i de øvrige kommuner, der i højere grad har haft kvinder, som ikke taler dansk, i CTI-forløb.

Omkostninger til øvrig drift udgør i gennemsnit 66.000 kr. per år per kommune, svarende til 6 procent af de samlede omkostninger. Heraf går 51 procent til aktivitetsrettede udgifter til CTI-medarbejdere, eksempelvis kompetenceudvikling og supervision, 8 procent går til aktivitetsrettede udgifter, primært forplejning, til kvinderne, 29 procent af de øvrige omkostninger går til materialer, og de resterende 12 procent udgøres af transportudgifter som eksempelvis køb af elcykel eller udbetaling af kørselspenge. Kommunerne har yderligere haft andre omkostninger, primært til revision af regnskab på omkring 5.000 kr. årligt, der udgør under 1 procent af omkostningerne.

Ingen kommuner har opgivet omkostninger til ejendomsdrift. Således har alle kommuner benyttet eksisterende lokaler, enten på et krisecenter eller i forvaltningen, som base for CTI-medarbejdere, ledere og administration. Hvis kommunen kan benytte eksisterende lokaler, er der ingen ekstra ejendomsomkostninger forbundet med at tilbyde CTI.

7.1.2 Sammenligning af omkostninger til CTI og koordinerende rådgivning

Omkostningerne til CTI og almindelig koordinerende rådgivning skal sammen med resultaterne og effekterne af de to metoder for rådgivning være med til at danne et samlet billede af, hvilken metode der er mest omkostningseffektiv.

Estimaterne viser, at omkostningen til et CTI-forløb er 4.000-10.000 kr. højere end et forløb med koordinerende rådgivning. Estimaterne er baseret på gennemsnitsbetragtninger, men dækker over stor variation i timeforbruget for de enkelte forløb, da kvinderne har vidt forskellige behov. Desuden er der for koordinerende rådgivning også stor variation mellem kommuner.

Det er en forudsætning for sammenligningen, at øvrige omkostninger til eksempelvis lokaler, kurser, opkvalificering og supervision mv. er relativt ens for de to tilbud. Dette kan med rimelighed antages, selvom omkostningerne til supervision forventes at være lidt højere for CTI-forløb.

Omkostninger per CTI-forløb

Opgøres omkostningerne per CTI-forløb med udgangspunkt i de indrapporterede omkostninger til fagpersonale er den estimerede omkostning til et CTI-forløb cirka 53.000 kr. Dette beløb afspejler omkostningen per CTI-forløb i en afprøvningsperiode og vurderes at være væsentlig højere end de faktiske driftsomkostninger, da et metodeafprøvningsforløb kræver ekstra resurser. Derfor beregnes omkostningerne til CTI ud fra timeforbruget per kvinde.

Timeforbruget ved CTI-metoden er i gennemsnit 62,5 timer per kvinde fordelt over 39 uger, svarende til 1,6 timer per uge per kvinde i hele CTI-forløbet. Intensiteten i CTI-medarbejderens møder med kvinden falder i løbet af de tre faser, der hver varer 13 uger. Således bruger CTI-medarbejderne i gennemsnit 2,2 timer per uge per kvinde i fase 1, 1,4 timer per uge i fase 2 og 1,2 timer per uge i fase 3. Yderligere anslås det ud fra antallet af afholdte møder mellem CTI-medarbejdere og kvinderne, at der bruges 4 timer per kvinde i kontaktskabelsesperioden. Det betyder, at det samlede timeforbrug i et gennemsnitligt CTI-forløb er 66,5 timer, svarende til en omkostning på 26.600 kr. og en timepris på 400 kr.³⁴

Omkostningerne beregnet ud fra timeforbruget er således cirka det halve af omkostningerne beregnet ud fra de samlede omkostninger i afprøvningsperioden. Den store forskel skyldes, at CTI-medarbejderne bruger deres tid på meget andet end opgaver, der er direkte relaterede til den enkelte kvinde. Det må dog antages, at også de koordinerende rådgivere har andre arbejdsopgaver udover rådgivningstimer med kvinderne, hvorfor en sammenligning på baggrund af timeforbrug giver det bedste billede af forskellen. Desuden kræver et metodeafprøvningsforløb ekstra resurser, hvilket også fordyrer CTI-indsatsen, i forhold til hvad det vil koste i drift, når omkostningerne opgøres med udgangspunkt i de samlede omkostninger for projektet.

Omkostninger per forløb i almindelig koordinerende rådgivning

Omkostningsestimatet for almindelig koordinerende rådgivning tager udgangspunkt i et gennemsnitligt forløb på 6 måneder (26 uger), hvor der er afsat fire timer til indledende kontakt per kvinde. Derudover er der afsat to timers ugentlig rådgivning per kvinde til kvinder med børn og 1,5 timers rådgivning per uge til kvinder uden børn.³⁵ Baseret på interview med koordinerende rådgivere, og set i forhold til den store variation i den eksisterende støtte, er det dog formodningen, at timeforbruget til et forløb med almindelig koordinerende rådgivning i mange tilfælde er væsentlig mindre.

³⁴ Timeprisen er et skøn, der inkluderer løn til en erfaren socialrådgiver, inklusive tillæg og pension, samt 30 procent overhead-omkostninger. Skønnet tager udgangspunkt i data indsamlet i afprøvningsperioden samt den kommunale overenskomst for socialrådgivere fra 2018.

³⁵ Ministeriet for børn, ligestilling, integration og sociale forhold (2014), DUT-notat om lovforslag vedr. udvidet og styrket indsats for kvinder på krisecentre og orienteringspligt for kvindekrisecentre og forsorgshjem, herberger mv.

Med udgangspunkt i timeprisen på 400 kr. giver det en omkostning på 22.400 kr. per forløb for kvinder med børn og 17.200 kr. per forløb for kvinder uden børn. Omkostningen afspejler de timer, der bruges direkte på rådgivning af kvinderne, inklusive administration og forberedelse.

7.2 Break-even-beregning

Break-even-tidspunktet er et udtryk for det punkt, hvor den ekstra omkostning til CTI-forløbet modsvares af de ekstra økonomiske gevinster, som forløbet har medført. Det er altså tidspunktet for, hvornår de samlede omkostninger til et CTI-forløb og et forløb med almindelig koordinerende rådgivning er ens.

Som nævnt er det endnu for tidligt at tegne et dækkende billede af konsekvenserne af CTI-metoden i et samfundsøkonomisk perspektiv. Det er dog muligt at vurdere, hvor store gevinsterne mindst skal være, for at meromkostningerne ved et CTI-forløb i forhold til den almindelige koordinerende rådgivning er dækket, og valget mellem et CTI-forløb og den almindelige koordinerende rådgivning dermed bliver udgiftsneutralt.

Meromkostningen kan udlignes, hvis CTI-metoden sparer samfundet for udgifter, det ville have haft, hvis kvinden i stedet havde fået almindelig koordinerende rådgivning. Dette sker primært, hvis kvinden kommer hurtigere i beskæftigelse, eller hvis hun undgår genindskrivning på et krisecenter.

Grundlæggende viser resultatet af break-even-beregningsen, at meromkostningerne ved et CTI-forløb er dækket, hvis indsatsen formår at få en kvinde i beskæftigelse mellem én og fire uger hurtigere end den almindelige koordinerende rådgivning (5-17 dage). I disse tilfælde er de ekstra omkostninger til CTI-metoden tjent ind i form af mindre udbetalt overførselsindkomst samt øgede skatteindtægter. Resultaterne varierer afhængigt af kvindens eksisterende forsørgelsesgrundlag, og om kvinden har børn. Desuden er CTI-metoden omkostningsneutral i forhold til almindelig koordinerende rådgivning, hvis metoden forhindrer tre til fem dages indskrivning på et krisecenter, hvilket skyldes de sparede udgifter til krisecentre. Resultatet er uafhængigt af kvindens beskæftigelsesstatus.

Break-even-beregningerne er lavet for en række overgangsscenerier fra offentlig forsørgelse til beskæftigelse og tager udgangspunkt i satser for overførselsindkomster i 2018, samt at kvinden kommer i et job, der giver en månedlig løn på 24.000 kr.³⁶ For genindskrivning på krisecenter forudsættes, at et døgn indskrivning på et krisecenter koster 2.000 kr. uafhængigt af, om kvinden har børn eller ej.³⁷

³⁶ Lønnen er angivet før skat og eksklusive pension. Ligningsmæssige fradrag antages at udgøre 8.000 kr. Dette giver kvinden 17.000 kr. udbetalt per måned og en skattebetaling på 7.000 kr. svarende til knap 2.000 kr. per uge. Påvirkninger gennem ændringer i andre ydelser som eksempelvis boligstøtte eller fripladser i daginstitutioner er ikke medtaget.

³⁷ Beregnet som et simpelt gennemsnit af minimumdøgnpriser på 49 krisecentre, der har pladser efter servicelovens § 109 på tilbudsportalen (tilbud billigere end 500 kr. per døgn (fire stk.) er ikke medregnet, da prisen ikke afspejler de reelle omkostninger).

Resultaterne af break-even-beregningerne for en række scenarier er vist i tabel 6. Det skal understreges, at beregningerne er lavet på baggrund af gennemsnitsbetragtninger for omkostninger til CTI-forløb og forløb med almindelig koordinerende rådgivning. Derfor er omkostningen til rådgivningsforløbet i beregningen uafhængigt af kvindens arbejdsmarkedstilknøytning samt andre personlige forhold.

Den relativt store forskel på, hvor mange dage det tager, før CTI-indsatsen er omkostningsneutral i forhold til almindelig koordinerende rådgivning, skyldes dels forskellen i omkostninger til forløb med koordinerende rådgivning og dels de relativt store forskelle i overførselsydelse afhængigt af, om kvinden har børn eller ej.

Tabel 6. Antal dage til break-even mellem CTI og koordinerende rådgivning

	Kvinder med børn	Kvinder uden børn
Fra passiv forsørgelse til arbejde		
Uddannelseshjælp	6	17
Integrationsydelse	6	17
Kontanthjælp: kvinder under 30 år	6	16
Kontanthjælp: kvinder over 30 år	6	13
Dagpenge/sygedagpenge	5	11
Fra krisecenter til egen bolig		
Kvinder på § 109	3	5

Note: For overgang fra ledighedsydelse er antallet af dage opgjort i antal hverdage, mens det for overgangen fra krisecenter til egen bolig er opgjort i faktiske dage.

Et af hovedformålene med CTI-metoden er at forebygge, at kvinden udsættes for ny vold, samt at hun undgår gentagne ophold på krisecenter. Netop ophold på krisecenter er en faktor, der driver en stor del af udgifterne i forbindelse med vold. Hvis CTI-metoden forhindrer genindskrivning på krisecentre, er dette således en stor gevinst både menneskeligt for kvinden, men også økonomisk for samfundet.

Det kan ikke på nuværende tidspunkt afdækkes, om kvinderne i indsatspopulationen i mindre grad end kontrolpopulationen genindskrives på krisecenter efter indsatsen. I alt har omkring hver fjerde kvinde på landets krisecentre haft mere end ét ophold på krisecenter.³⁸ Det er erfaringen fra afprøvningen af CTI, at kun tre procent af kvinderne genindskrives på krisecenter under CTI-forløbet. CTI-medarbejderne har ikke kendskab til kvinder, der er blevet genindskrevet på et krisecenter efter CTI-forløbet afslutning. Der er således indikationer på, at CTI-metoden forhindrer gentagne ophold på krisecentre. Det er dog endnu for tidligt at drage konklusioner på området, da der kan være kvinder, som efterfølgende er kommet på krisecenter, uden at CTI-medarbejderen har fået kendskab til det; eksempelvis i en anden kommune. Desuden kan der gå år mellem kvindernes ophold på krisecenter, hvorfor den endelige effekt først kan opgøres, når der foreligger registerdata på området.

³⁸ Socialstyrelsen (2018): *Årsstatistik 2017 Kvinder og børn på krisecenter*

CTI-metoden er ligeledes omkostningseffektiv i forhold til almindelig koordinerende rådgivning, hvis tilbuddet bevirker, at kvinden fraflytter krisecentret tre dage tidligere, end hun havde gjort, hvis hun ikke efterfølgende skulle i gang med et CTI-forløb. Det er CTI-medarbejdernes oplevelse, at nogle kvinder, på grund af tillidsopbygningen i kontaktskabelsesperioden, har overskuddet til at fraflytte krisecentret tidligere, end de ellers ville have gjort, da de føler sig trygge ved den indsats, de tilbydes efter udflytning.

Bilag 1. Datakilder, -indsamling og metode

Evalueringen af CTI for kvinder på krisecenter inddrager både kvantitativt og kvalitativt data, der sikrer en bred afdækning af resultater, erfaringer og perspektiver.

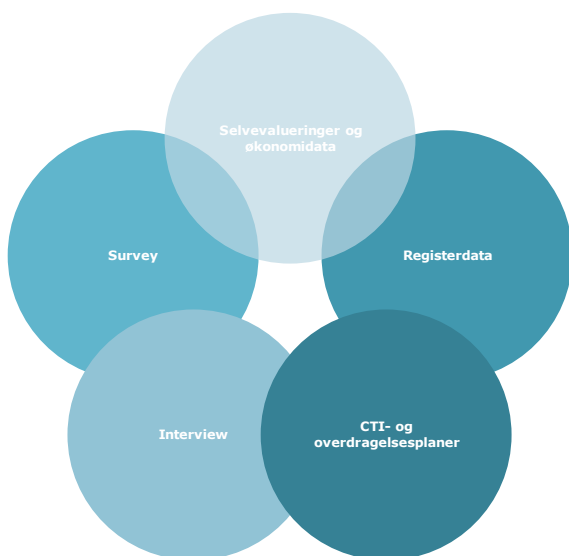
Evalueringen af CTI for kvinder på krisecenter bygger på datakilder, der tjener hver deres specifikke formål, men data benyttes også i datatriangulering, hvor viden indsamlet primært til et analyseformål beriger de øvrige analyser.

Kvinderne, der har modtaget CTI, er, sammen med CTI-medarbejderne, de væsentligste kilder til viden i projektet. Hovedparten af det data, der nyttiggøres i analysen, er genereret af deres arbejde med indsatsen i projektperioden. Det øvrige data er indsamlet for at belyse specifikke aspekter af implementeringen, omkostningsstrukturen eller til at kvalificere og nuancere det kvantitative data der indsamles gennem primærrespondenterne/informanterne.

Dataindsamling

Analysens primære data er indsamlet i perioden januar 2016 til juni 2018, mens registerdata er indsamlet i oktober 2018. Det meste data er indsamlet løbende over projektperioden, for at følge progressionen i implementeringen og resultaterne. De primære datakilder fremgår af figur 24

Figur 24. Anvendte datakilder



Spørgeskemadata

Der er indsamlet spørgeskemadata på samtlige kvinder, der har modtaget et CTI-forløb. Spørgeskemaerne omhandler den enkelte kvinde i CTI-forløb og belyser forhold vedrørende voldoplevelser før og under CTI-forløbet samt progression på en lang række parametre hvilket belyser kvindernes udvikling og resultaterne af indsatsen. Desuden stilles en række spørgsmål vedrørende selve forløbet eksempelvis forholdet mellem kvinden og CTI-medarbejderen og organiseringen af forløbet. Disse belyser, sammen med selvevalueringer og interviews med projektledere og CTI-medarbejdere, implementeringsgraden i projektkommunerne.

Til evalueringen er der udviklet i alt otte spørgeskemaer, de otte skemaer dækker over fire til kvinden i CTI-forløb og fire til CTI-medarbejderen. Spørgeskemaerne besvares ved overgangen til fase 1, altså når CTI-forløbet netop er opstartet og kvinden er flyttet i egen bolig. Det næste besvares ved overgangen til fase 2, altså tre måneder inde i CTI-forløbet. Det tredje skema besvares ved overgangen til fase 3, som ligger seks måneder inde i CTI-forløbet. Det sidste spørgeskemabesvares ved afslutningen af CTI-forløbet, som er 9 måneder efter den første besvarelse. Hvis kvinden vælger at afbryde CTI-forløbet undervejs udfyldes så vidt muligt det afsluttende spørgeskema.

I evalueringen indgår i alt 992 fuldførte spørgeskemabesvarelser for 165 kvinder. Af tabel 7 fremgår antallet af besvarelser fordelt på respondenter og hvilken faseovergang spørgeskemaet tilhører. For de kvinder, der har afsluttet et CTI-forløb, er andelen, der har besvaret spørgeskemaer for hver enkelt faseovergang på mindst 94 procent (figur ikke vist). Den høje svarandel øger sandsynligheden for, at lignende resultater vil kunne forventes hos tilsvarende målgrupper i andre kommuner.

Tabel 7. Oversigt over spørgeskemabesvarelser

	Kvinder	CTI-medarbejdere	I alt
Overgang til fase 1	161	162	323
Overgang til fase 2	129	130	259
Overgang til fase 3	104	105	209
Afslutning af CTI-forløb	91	95	186
Afsluttende skema for afbrudt CTI-forløb	3	12	15
I alt	488	504	992

CTI-planer

Deloitte har indsamlet CTI-planer for samtlige kvinder i CTI-forløb. CTI-planerne er indsamlet ved hver faseovergang, således at der for hver kvinde er indsamlet tre CTI-planer. I alt indgår 244 CTI-planer i datagrundlaget.

Overdragelsesplaner

Ved CTI-forløbets afslutning udarbejdes en overdragelsesplan for hver kvinde. Deloitte har indsamlet overdragelsesplaner på 88 kvinder, der enten har afsluttet et helt CTI-forløb og kvinder eller har afbrudt forløbet undervejs.

Registerdata

Ud fra cpr-numre på kvinderne i projektet, samt en kontrolpopulation af kvinder, der har været indskrevet på et krisecenter i år 2015, 2016 eller 2017, er der blevet indhentet en række data, der belyser karakteristika som alder, etnicitet, højest fuldførte uddannelse og børn for indsats- og kontrolpopulationen. Desuden er der i dataudtrækket data om arbejdsmarkedetsstatus, der belyser indsatsens effekt. Indsatsens effekt dokumenteres primært med uddannelses- og arbejdsmarkedsdata. Der er ligeledes indhentet data om eksempelvis lægekonsultationer, sygehusindlæggelser, domme og børns anbringelser, som kan opdateres og anvendes af Socialstyrelsen i senere analyser, når der findes tilstrækkeligt data.

Økonomimodeller

Data på opstarts- og driftsomkostninger i de fire projektkommuner er indsamlet via en økonomimodel, som projektlederne har udfyldt løbende i projektperioden. Den endelige version, som evalueringen bygger på er indsamlet i foråret 2018.

Selvevalueringer

Projektkommunerne har fire gange i projektføreløbet besvaret spørgeskemaer om den aktuelle implementeringsstatus for kommunen.

Interviews med projektledere og CTI-medarbejdere

Der er gennemført fem interviews af én til to timers varighed, hvilket afspejler to timers interview i hver projektkommune. Interviewene er gennemført som semistrukturerede interview med afsæt i en spørgeguide, hvor der har været mulighed for at gå i dybden med emner, der har været centrale for kommunen i projektperioden.

Interviews med koordinerende rådgivere

Der er gennemført fem telefoninterview af cirka 45 minutters varighed med udvalgte koordinerende rådgivere, der i besvarelsen af socialstyrelsens spørgeskema i forbindelse med Socialstyrelsens spørgeskemaundersøgelse om den koordinerende rådgivning³⁹ har angivet, at de måtte kontaktes med yderligere spørgsmål. Interviewene er gennemført som semistrukturerede interview med afsæt i en spørgeguide, hvor der har været mulighed for at uddybe særlig interessante emner. De koordinerende rådgivere er udvalgt, så de repræsenterer både kommuner med og uden et krisecenter. Koordinerende rådgivere fra større kommuner er prioriteret, så praksis bedst muligt kan sammenlignes med projektkommunernes.

³⁹ Undersøgelsen kan rekvireres ved at skrive til cuv-udgivelser@socialstyrelsen.dk

Bilag 2. Bærende principper og indikatorer

Bærende princip	Indikator	Datakilde	Spørgsmål
1. CTI-forløbet indledes med, at borgeren får tilknyttet en gennemgående CTI-medarbejder.	Andel voldsudsatte der er tilstrækkeligt informeret om forløbet	Spørgeskema	B1: Føler du dig tilstrækkeligt informeret om CTI-forløbet? M1: Er borgeren blevet informeret om de muligheder og retningslinjer CTI-forløbet indebærer jf. Socialstyrelsens informationsfolder?
	Andel borgere der oplever kontakten med CTI medarbejderen som gennemgående	Spørgeskema	B1: Oplever du en god tillid mellem dig og CTI-medarbejderen?
			M1+2: Oplever du, at borgeren har god tillid til dig?
			Hvor mange møder er der afholdt under kontaktskabelsesperioden (angiv antal for hver form)
2. CTI-forløbet er en individuelt tilpasset proces baseret på den enkelte borgers resurser og støttebehov.	Andel af borgere der oplever CTI-forløbet som en individuelt tilpasset proces	Spørgeskema	B2: CTI-forløbet er tilpasset mine ønsker og behov
	Andel af CTI-medarbejdere der inddrager borgeren i tilpasningen af aktiviteter og indsatser	Spørgeskema	B2: CTI-forløbet er tilpasset mine ønsker og behov
			B2: Den langsigtede CTI-plan er udarbejdet med udgangspunkt i mine ønsker og behov
			M2: Er den langsigtede CTI-plan udarbejdet i samarbejde med borgeren?
Andel CTI-planer, der omfatter individuelt tilpassede mål	Stikprøve af CTI-planer	-	
3. CTI-forløbet er tidsbegrænset og følger de beskrevne faser.	Andel af CTI-forløb hvor tidspunkter for faseafslutning overholdes	Spørgeskema	M2: Hvilken dato blev 1(2). fase afsluttet? Udfyld venligst som DD.MM.ÅÅ M2: Ved overskridelse af fasetidspunkter, hvorfor har fasen varet mere end 3 måneder?
	Andel CTI-forløb, hvor det foreskrevne forhold i tidsforbrug mellem faserne (4:2:1) overholdes	Tidsregistreringer for hvert enkelt CTI-forløb	(Opgørelse af, om tidsforbruget falder i løbet af de tre faser)
4. CTI-medarbejderen understøtter borgerens fokus på egne resurser, håb og	Andel af CTI-medarbejdere der yder intensiv støtte til borgeren	Tidsregistreringer for hvert enkelt CTI-forløb	(Opgørelse af tidsforbruget særligt i fase 1 - mødes man hver uge osv.)

Bærende princip	Indikator	Datakilde	
drømme og yder social og praktisk støtte til borgeren og koordinerer forløbet.	Andel af CTI-medarbejdere der yder mindre støtte til borgeren mod slutningen af en fase	Tidsregistreringer for hvert enkelt CTI-forløb	(Opgørelse af, om tidsforbruget falder i løbet af de tre faser samt i løbet af hver enkelt fase)
	Andel CTI-medarbejdere der behandler udvalgte temaer fra forandringskompasset	Spørgeskema	M2: Hvad var temaerne i dine møder med borgeren? (Angiv eventuelt flere svar)
5. CTI-medarbejderen skal ikke optræde som ekspert, men som sparringpartner og katalysator.	Andel af borgere der oplever, at CTI medarbejderens optræder som ekspert, sparringpartner eller katalysator	Spørgeskema	B2: CTI-medarbejderen giver mig sparring ift. opnåelse af mine håb og drømme.
6. CTI-medarbejderen har et godt kendskab til den organisatoriske forankring, som indsatsen indgår i.	CTI-medarbejderne har en opfattelse af, at organiseringen understøtter arbejdet med CTI.	Selv-evaluering	2.1: Hvordan understøtter jeres organisering arbejdet med CTI? 2.3: I hvilken grad vurderer I, at organisationen sikrer, at CTI-metoden kan gennemføres efter hensigten?
	CTI-medarbejderne har en opfattelse af, at der er hensigtsmæssig ledelsesopbakning til CTI-projektet.	Selv-evaluering	3.3: I hvilken grad vurderer I, at der er en hensigtsmæssig ledelsesopbakning til CTI-projektet?
7. CTI-medarbejderen har et indgående kendskab til lokalmiljøet.	CTI-medarbejderne har mulighed for at skabe kontakt til relevante tilbud for borgeren.	Selv-evaluering	1.2: Har CTI-medarbejderen mulighed for at henvise CTI-borgere til støttetilbud eller mangler der relevante tilbud?
		Spørgeskema	M2: Det har været muligt at skabe kontakt til behandlings- og støttetilbud for borgeren?
	Andel CTI-planer, der indeholder andre eksterne tilbud under aktiviteter.	CTI-planer	
8. CTI-medarbejderen har indgående kendskab til kommunale og andre tilbud.	CTI-medarbejderne har en opfattelse af, at der er god sammenhæng mellem CTI-projektet og kommunens øvrige mål og fokusområder	Selv-evaluering	5.1: Hvordan er sammenhængen mellem CTI-projektet og kommunens øvrige politikker, initiativer og fokusområder? 5.3: I hvilken grad vurderer I, at der er en god sammenhæng mellem CTI-projektet og kommunens øvrige mål og fokusområder?
	CTI-medarbejderen koordinerer med relevante kommunale sagsbehandlere.	Selv-evaluering	4.7: Hvordan er interne kolleger og samarbejdsparter i kommunen blevet informeret og involveret i CTI-metoden?
		Spørgeskema	M2: "Der har været et tæt samarbejde med relevante myndighedssagsbehandlere"
		Spørgeskema	B2: "CTI-medarbejderen koordinerer min sag i kommunen (hvis relevant)"
	Andel CTI-planer, der indeholder kommunale tilbud under aktiviteter	CTI-planer	

Bærende princip	Indikator	Datakilde	Spørgsmål
9. CTI-medarbejderen og borgeren skal i fællesskab udarbejde en plan for CTI-forløbet.	Andel af CTI-medarbejdere der har udarbejdet en langsigtet CTI-plan i samarbejde med borgeren	Spørgeskema	B2: Den langsigtede CTI-plan er udarbejdet med udgangspunkt i mine ønsker og behov.
			M2: Er den langsigtede CTI-plan udarbejdet i samarbejde med borgeren?
10. CTI-medarbejderen koordinerer med andre planer, fx den kommunale § 141-handleplan.	Andel af CTI-medarbejdere der koordinerer med andre planer ved behov	Spørgeskema	M2: Er der god sammenhæng mellem den langsigtede CTI-plan og eventuelle andre planer?
			B2: CTI-medarbejderen koordinerer min sag i kommunen (hvis relevant)
			M2: Der har været et tæt samarbejde med relevante myndighedssagsbehandlere
11. CTI-medarbejderen etablerer et tæt samarbejde med myndighedssagsbehandleren.	Andel af CTI-medarbejdere der oplever et godt samarbejde med relevante myndighedssagsbehandlere	Spørgeskema	M2: Der har været et tæt samarbejde med relevante myndighedssagsbehandlere
12. CTI-medarbejderen skaber bånd til behandlings- og støttetilbud og eventuelt familie og venner, der kan støtte borgeren efter CTI-forløbets ophør.	Andel af borgere der får styrket kontakt til behandlings- og støttetilbud	Spørgeskema	M2: Tager borgeren imod de støtteforanstaltninger, hun har behov for?
			M2: Det har været muligt at skabe kontakt til behandlings- og støttetilbud for borgeren?
	Andel af borgere der får styrket kontakt til familie og venner	Spørgeskema	B1+2: Hvor ofte er du i kontakt med venner, bekendte og familie, som du ikke bor sammen med? (med kontakt menes der, at I er sammen, taler i telefon sammen, skriver til hinanden mv.)
			B1+2: Hvordan oplever du kontakten til venner, bekendte og familie, som du ikke bor sammen med?
			M2: Det har været muligt at skabe kontakt til borgerens familie og venner?
			B1: Har du nogen at tale med, udover CTI-medarbejderen, hvis du har problemer eller brug for støtte?
13. CTI-medarbejderen er mobil ift. møder med borgeren, der som udgangspunkt foregår enten hjemme hos borgeren, eller hvor borgeren ønsker det	Andel af borgere der oplever CTI-medarbejderen som fleksibel.	Spørgeskema	B4: I hvilken grad er du enig i følgende udsagn: CTI-medarbejderen er fleksibel ift. mødesteder?
14. CTI-medarbejderen udarbejder i samarbejde med borgeren en langsigtet overdragelsesplan med udgangspunkt i borgerens behov for støtte	Andel af CTI-medarbejdere der har udarbejdet en langsigtet overdragelsesplan i samarbejde med borgeren.	Indsamlede overdragelsesplaner	-
	Andel CTI-medarbejdere der har overdraget støtte til relevante støttepersoner.	Spørgeskema + overdragelsesplaner	M4: Er støtten overdraget til relevante støttepersoner?

Bærende princip	Indikator	Datakilde	Spørgsmål
	Andel borgere der har tiltro til overdragelsen af støttefunktioner til netværk.	Spørgeskema	B4: Har du et netværk af støttepersoner, der kan hjælpe dig med at arbejde videre med dine målsætninger? (Med netværk af støttepersoner menes både rivate relationer som fx familie og venner, og professionelle relationer som fx en kommunal sagsbehandler)



Om Deloitte

Deloitte leverer ydelser indenfor revision, consulting, financial advisory, risikostyring, skat og dertil knyttede ydelser til både offentlige og private kunder i en lang række brancher. Deloitte betjener fire ud af fem virksomheder på listen over verdens største selskaber, Fortune Global 500®, gennem et globalt forbundet netværk af medlemsfirmaer i over 150 lande, der leverer kompetencer og viden i verdensklasse og service af høj kvalitet til at håndtere kundernes mest komplekse forretningsmæssige udfordringer. Vil du vide mere om, hvordan Deloitte omkring 264.000 medarbejdere gør en forskel, der betyder noget, så besøg os på Facebook, LinkedIn eller Twitter.

Deloitte er en betegnelse for Deloitte Touche Tohmatsu Limited, der er et britisk selskab med begrænset ansvar, og dets netværk af medlemsfirmaer og deres tilknyttede virksomheder. Hvert medlemsfirma udgør en separat og uafhængig juridisk enhed. Vi henviser til www.deloitte.com/about for en udførlig beskrivelse af den juridiske struktur i Deloitte Touche Tohmatsu Limited og dets medlemsfirmaer.