

NOTAT

EXIT PROSTITUTION

STATUSNOTAT 2016

LINE MEHLSSEN
AGNETE ASLAUG KJÆR
ANNA AMILON
THERESA FRØKJÆR DYRVIG

KØBENHAVN 2016
SFI – DET NATIONALE FORSKNINGSCENTER FOR VELFÆRD

EXIT PROSTITUTION. STATUSNOTAT 2016

Afdelingsleder: Kræn Blume Jensen

Afdelingen for socialpolitik og velfærdsydelse

© 2016 SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

Hertof Trolles Gade 11

1052 København K

Tlf. 33 48 08 00

sfi@sfi.dk

www.sfi.dk

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

SFI-notater skal danne grundlag for en faglig diskussion. SFI-notater er foreløbige resultater, og læseren bør derfor være opmærksom på, at de endelige resultater og fortolkninger fra projektet vil kunne afvige fra notatet.

INDHOLD

	RESUME	5
1	INDLEDNING	9
	Notatets struktur	10
2	CTI-METODEN	11
3	ANALYSEMETODE OG DATA	15
	Dokumentationsredskaber	16
4	BESKRIVELSE AF BORGERE I EXIT-FORLØB	21
	Status på CTI-forløb og kontakt med målgruppen	22
	Afsluttede forløb	22
	Henvendelser, der ikke ender i et CTI-forløb	25

	Borgere i Exit-projektet	26
5	NÅR BORGERNE MÅLENE? TENDENSER	37
	Trivsel	38
	Prostitutionsfrekvens	42
	Udvikling i borgerens egen oplevelse af livssituation (Outcomes Star)	46
6	ERFARINGER MED CTI-METODEN	53
	LITTERATUR	63

RESUMÉ

Dette statusnotat for projektet ”Exit Prostitution” belyser de foreløbige resultater og tendenser for projektet. Exit Prostitution løb oprindeligt fra april 2012 til udgangen af 2015, men med en nylig forlængelse løber projektet til udgangen af 2016. Projektet befinder sig således i slutningen af projektets afprøvningsfase.

Det overordnede mål med projektet er at give kommunerne et redskab til at løse den sociale opgave de står overfor, når de møder borgere med prostitutionserfaring. I projektet anvendes metoden Critical Time Intervention (CTI), der er en evidensbaseret socialfaglig metode, som er afprøvet med succes i forhold til hjemløshed både nationalt og internationalt. Målet med anvendelsen af metoden i forhold til målgruppen for Exit Prostitution er, at borgere med prostitutionserfaring, som ønsker at ophøre med salg af seksuelle ydelser eller ønsker at opleve en forbedring af deres livsvilkår, får hjælp og støtte til det. Exit-projektet består dermed i udvikling og afprøvning af en recovery-orienteret metode overfor en udsat gruppe i det danske samfund. Notatet præsenterer foreløbige resultater, hvilket betyder, at konklusioner og fortolkninger i projektets afsluttende evaluering vil kunne være forskellige fra dem der fremgår af dette notat.

Notatet har til formål at belyse omfanget af borgere, der er startet i et CTI-forløb, og hvilke karakteristika disse borgere har. Derudover

er formålet at belyse borgernes mentale trivsel, prostitutionsfrekvens og egen oplevelse af udvikling undervejs i forløbet. Endelig giver vi en status på om CTI-metoden anvendes i overensstemmelse med metodens grundlæggende principper (fidelitet).

UNGE DANSKE KVINDER ER MED I EXIT-PROJEKTET

De fire projektkommuner har ved udgangen af januar 2016 tilsammen haft 132 borgere i forløb, hvoraf 23 borgere stadig er i gang med et CTI-forløb. Hovedparten af de 132 borgere er danske kvinder under 35 år, uden uddannelse.

Borgerne er endvidere kendetegnet ved at 3 ud af 4 har haft deres prostitutionsdebut for mere end 4 år siden, og for en tilsvarende andel er det mindre end ét år siden, at de sidst modtog betaling for seksuelle ydelser. Omtrent 8 ud af 10 modtager penge, mens omkring hver fjerde yder seksuelle ydelser mod betaling i form af narkotika.

ØGET MENTAL TRIVSEL

To tredjedele af borgerne i projektet var i risiko for stress eller depression ved opstart i CTI-forløbet. Denne andel falder til én tredjedel ved afslutningen af et 12 måneder langt CTI-forløb. Ligeledes oplever 7 ud af 10 borgere en reel forbedring af deres mentale trivsel ved afslutningen af et fuldført forløb.

Der er en gruppe af borgere, der, halvvejs inde i deres forløb, stadig er i risiko for stress og depression, hvilket understreger, at målgruppen for CTI-forløbene er en relativ udsat gruppe, når det kommer til den mentale trivsel.

LAVERE PROSTITUTIONSFREKVENNS

Ved opstarten i CTI-forløbet har hver anden borger solgt seksuelle ydelser inden for den seneste måned. Ser vi på borgere, som har gennemført et CTI-forløb, er denne andel faldet til hver femte. Der sker således et fald i borgernes prostitutionsfrekvens i CTI-forløbet. Inddrager vi de borgere, der angiver at have haft overvejelser om at få betaling for seksuelle ydelser inden for den seneste måned, ses et tilsvarende billede: 72 pct. af borgerne har ved opstarten af deres CTI-forløb enten solgt seksuelle ydelser eller haft overvejelser herom inden for den seneste måned. Denne andel falder til 44 pct. blandt borgerne, der har fuldført et CTI-forløb.

CTI-METODEN

CTI-medarbejderne følger som udgangspunkt manualen for CTI-metoden tæt. Dette kommer til udtryk ved, at omfanget af kontakten til borgerne følger vejledningen for CTI-metoden og ved at der undervejs i forløbet udarbejdes en relevant aktivitetsplan, der tilgodeser de individuelle behov og udfordringer, som borgerne giver udtryk for at de gerne vil have hjælp til.

PERSPEKTIVER

Resultaterne i dette statusnotat peger på, at CTI-metoden er en virkningsfuld metode til at give borgere med prostitutionserfaringer den støtte de har brug for – i forhold til enten at ophøre med prostitution eller at forbedre deres livsvilkår. To år inde i afprøvningen af CTI-metoden er tendensen, at borgerne i CTI-forløb får det mentalt bedre, og at deres prostitutionsaktivitet mindskes. Dette resultat er en tendens og er baseret på statusmålinger på borgernes udvikling – der er således ikke tale om et resultat baseret på en effektmåling. Derfor kan det ikke udelukkes at de observerede fremgange i mental trivsel og nedgangen i prostitutionsfrekvens helt eller delvis også skyldes andre faktorer end CTI-metoden.

Resultaterne i statusnotatet viser, at der er et vist frafald blandt borgere i CTI-forløb. Dette vidner om, at der er tale om en målgruppe, som det kan være svært at fastholde i et længerevarende forløb. Resultaterne tyder dog også på, at borgere i CTI-forløb modtager hjælp og støtte som bevirker, at de oplever en positiv udvikling i forhold til aktuelle problemstillinger i deres liv. Der er tale om en intensiv kontakt mellem CTI-medarbejder og borgeren i starten af forløbet, og denne intensive kontakt kan have stor betydning for, at borgerens problemkompleks bliver afdækket og en række relevante og supplerende aktiviteter igangsættes.

GRUNDLAG

- Datagrundlaget bygger på CTI-forløb med 132 borgere
- Data indeholder registreringer på borgerniveau ved opstart af forløb samt målinger flere gange undervejs i CTI-forløbet samt ved forløbets afslutning
- Data til monitorering af fidelitet i anvendelsen af metoden i det enkelte forløb.

INDLEDNING

Exit Prostitution er et udviklingsprojekt igangsat af Socialstyrelsen med det formål at skabe et kommunalt funderet tilbud til borgere med prostitutionserfaringer. Et mål med projektet er således at støtte kommunerne i at kunne give målgruppen den sociale støtte og de sociale tilbud, som kommunerne er forpligtede til at yde. Indsatsen har til formål at støtte og hjælpe udsatte borgere med prostitutionserfaringer, som enten ønsker at stoppe med at sælge seksuelle ydelser eller ønsker at forbedre deres aktuelle livssituation.¹

I projektet afprøves metoden Critical Time Intervention (CTI) i de fire projektkommuner – Aalborg, Aarhus, København og Odense. CTI-metoden er kendetegnet ved, at en CTI-medarbejder (case-manager) yder en intensiv indsats til en borger fra målgruppen i en tidsafgrænset periode. I Exit-projektet er perioden fastsat til 12 måneder (CTI-forløbet). Forløbet bliver individuelt tilpasset borgerens behov og planlægges af borger og CTI-medarbejder i fællesskab. Undervejs i forløbet skal CTI-medarbejderen både varetage en koordinerende rolle i forhold til sammensætningen af borgerens forløb og yde social og praktisk støtte til borgeren i hverdagen (Baumgartner & Herman, 2012; Herman & Mandiberg, 2010; Herman m.fl., 2011; Tormita & Herman, 2012).

¹ En nærmere beskrivelse af målgruppen kan findes her: <http://socialstyrelsen.dk/projekter-og-initiativer/voksne/projekt-exit-prostitution>

Projektet finansieres af satspuljemidler og er udviklet af SFI og Socialstyrelsen i samarbejde. Socialstyrelsen står for den overordnede projektledelse og faciliterer implementeringen i kommunerne, mens SFI evaluerer projektets resultater.

Projektet var oprindeligt inddelt i tre faser – en udviklingsfase, som løb fra april 2012 til maj 2013, en pilotfase som foregik fra juni til december 2013 og den igangværende afprøvningsfase, der løb indtil projektets planlagte afslutning i december 2015. I oktober 2015 traf Satspuljepartierne beslutning om at forlænge projektet med ét år. Således forventes projektet at løbe til udgangen af 2016. Nærværende notat opgør resultaterne af projektet frem mod januar 2016.

Dette statusnotat har til formål at give en status på, hvordan det her mod enden af projektet, går de borgere, som er en del af et CTI-forløb. Det er således tendenser og ikke resultater, vi beskriver i notatet, hvilket betyder, at de kan ændre sig, når evalueringens endelige resultater foreligger.

NOTATETS STRUKTUR

Notatet er struktureret således, at vi i kapitel 2 beskriver CTI-metoden og i kapitel 3 beskriver de anvendte metoder til dataindsamling og analyse. Kapitlerne 4-6 indeholder analyser af borgerens udbytte af CTI-forløbet og den praktiske anvendelse af CTI-metoden i kommunerne. I kapitel 4 giver vi en status på antallet af forløb, og de borgere, som kommunerne har haft kontakt med, men som ikke er startet i CTI-forløb. Herudover indeholder kapitlet deskriptive analyser af populationen af deltagende borgere, eksempelvis borgernes baggrund målt på en række socioøkonomiske faktorer samt borgernes formål med at indgå i et CTI-forløb. I kapitel 5 beskriver vi borgernes udbytte af forløbet målt på projektets centrale outcomes i form af livskvalitet, trivsel og prostitutionsfrekvens. I kapitel 6 afrapporterer vi de foreløbige resultater af kommunernes anvendelse af CTI-metoden.

CTI-METODEN

Critical Time Intervention er den første evidensbaserede metode, der anvendes i en social indsats rettet mod borgere med prostitutionserfaringer. Metoden er valgt, da den forventes at have potentiale til at håndtere en række af de udfordringer, som en borger kan opleve i forbindelse med prostitutionen og i forbindelse med borgerens relation til det offentlige sociale system (Bjønness, 2011; Døssing m.fl., 2011; Kofod m.fl., 2011; Mayhew & Mossman, 2007; McNaughton & Sanders, 2007).

CTI-metoden er oprindeligt udviklet til arbejdet med hjemløse, der står ved overgangen til egen bolig. I forbindelse med anvendelsen af CTI-metoden i Exit Prostitution er metoden blevet tilpasset til projektets målgruppe.

Kernen i CTI-metoden er, at CTI-medarbejderen yder en intensiv social indsats til en borger fra målgruppen inden for en tidsafgrænset periode; i Exit-projektet er perioden 12 måneder. Det er borgerens behov, der er omdrejningspunktet i CTI-forløbet, og det er afgørende, at forløbet er individuelt tilpasset borgeren, og at forløbet udvikles og planlægges i et samarbejde mellem borger og CTI-medarbejder. CTI-medarbejderen har en koordinerende rolle i forløbet, der skal sikre, at borgeren bliver tilknyttet de relevante tilbud og indsatser, som borgeren ønsker. CTI-medarbejderen er desuden en gennemgående støtteperson, som yder social og praktisk støtte til borgeren i hverdagen (Baumgartner

& Herman, 2012; Herman & Mandiberg, 2010; Herman m.fl., 2011; Tormita & Herman, 2012).

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

Selve CTI-forløbet er opdelt i tre lige lange faser, som hver især bidrager til at styrke borgerens livssituation og til at gøre borgeren mere selvhjulpne i forhold til eksempelvis at søge støtte. Samtidig arbejdes der i forløbet med at etablere et netværk omkring borgeren, som kan støtte borgeren efter CTI-forløbets afslutning. Ved tilpasningen af CTI-metoden til borgere med prostitutionserfaring blev det besluttet, at der skulle være et øget fokus på det kontaktskabende arbejde, der ligger forud for opstarten af et eventuelt CTI-forløb. Dette skyldes, at den eksisterende danske litteratur viser, at borgere med prostitutions erfaring er en målgruppe, som det er vanskeligt at etablere den nødvendige kontakt til. Forud for CTI-forløbets første fase er derfor en orienteringsperiode, hvori der skabes kontakt til borgere i målgruppen og afholdes møder hvor CTI-medarbejderen orienterer borgeren om CTI-forløbet. Den kontaktskabende periode kan variere fra borger til borger. Det motive-rende arbejde kan forgå hos en NGO eller en anden aktør. I den endelige evaluering vil vi have fokus på at belyse erfaringerne fra det kontaktska-bende arbejde. Kendetegnene for CTI-forløbets tre faser er:

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

CTI-forløbets første fase er karakteriseret ved en vekselvirkning mellem at planlægge og igangsætte aktiviteter med udgangspunkt i borgerens behov. Fasen indledes derfor med en umiddelbar afklaring af borgerens støttebehov, som danner grundlag for udarbejdelsen af en aktivitetsplan indeholdende relevante aktiviteter. Efterhånden som fasen skrider frem,

og tilliden mellem CTI-medarbejder og borger opbygges, kan der komme nye problematikker frem, som kræver opmærksomhed og behov for indsatser. Den første fase er derfor også den fase, hvor kontakten mellem CTI-medarbejderen og borgeren er mest intensiv.

TABEL 2.1

Beskrivelse af centrale aktiviteter i de tre CTI-faser

Fase	Første CTI-fase	Anden CTI-fase	Tredje CTI-fase
Tidspunkt i forløbet	1.-4. måned	5.-8. måned	9.-12. måned
Overordnet fokus for fasen	Planlægning og igangsættelse af forløb.	Afprøvning og tilpasning af forløb.	Ansvarsoverdragelse og forankring.
Centrale aktiviteter i forløbet	<ul style="list-style-type: none"> • Afdækning af borgerens behov ved forløbets opstart og løbende igennem fasen. • Udarbejdelse af aktivitetsplan. • Igangsættelse af aktiviteter. • Koordinering af kontakt mellem de private og offentlige instanser, som er knyttet til forløbet. • Påbegyndelse af arbejdet med at skabe et støttenetværk. • Tæt kontakt mellem borger og CTI-medarbejder. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fortsat fokus på borgerens behov. • Mindre intensiv kontakt afhængigt af borgerens behov. • Evaluering og tilpasning af aktivitetsplanen. • Observering af, om støttenetværket fungerer efter hensigten. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fokus på, om støttenetværket er på plads. • Møder med støttenetværket for at symbolisere overdragelsen af støtte. • Udarbejdelse af langsigtet plan for evt. videre støtte. • Overdragelse af ansvaret for evt. videre støtte til aktør fra støttenetværket.

Kilde: www.criticaltime.org.

I anden fase evalueres og tilpasses den plan og den indsats, som borgeren og CTI-medarbejderen i fællesskab har udarbejdet og igangsat i den første fase. CTI-medarbejderens rolle ændres, så vedkommende nu i højere grad har fokus på at gøre borgeren selvhjulpnen i forhold til at fastholde forandringsprocessen og på, at indsatsen i højere grad varetages af de forskellige tilbud, som borgeren er blevet tilknyttet.

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

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

ANALYSEMETODE OG DATA

Det samlede evalueringsdesign til evaluering af projektet Exit Prostitution bygger på et mixed methods-design, således at vi både kvantitativt og kvalitativt er i stand til at belyse borgerens udbytte af et CTI-forløb. I dette statusnotat beskriver vi alene de foreløbige resultater og tendenser ud fra det kvantitative datamateriale, og der indgår således ikke resultater fra den kvalitative del af evalueringen. I den endelig afrapportering, vil resultater fra både den kvantitative og kvalitative analyse indgå.

De kvantitative data består af følgende:

- Registrering af baggrundsoplysninger om borgeren, fx alder, køn og uddannelse, mål med CTI-forløb og erfaringer med salg af seksuelle ydelser
- Målinger af borgerens egen opfattelse af livssituation ved hjælp af redskabet Outcomes Star
- Målinger af trivsel ved hjælp af WHO-5-trivselsindeks bestående af fem spørgsmål om borgerens egen oplevelse af trivsel.
- Målinger af prostitutionsfrekvens
- Målinger af borgerens levevilkår i form af boligsituation, økonomi, helbred, misbrug etc. ved hjælp af spørgeskema.

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

DOKUMENTATIONSREDSKABER

Vi indsamler målinger både på borgerniveau og indsatsniveau. Målinger på borgerniveau har til formål at tegne et billede af borgerens oplevelse af egen situation og af borgerens økonomi, boligsituation, helbred etc. Målinger på indsatsniveau har til formål at afdække fideliteten; det vil sige, om de principper, der ligger til grund for CTI-metoden, overholdes i implementeringen af metoden i praksis. I dette midtvejsnotat berører vi kun i mindre grad fidelitetsdelen, der i stedet bliver grundigt behandlet i den endelige afrapportering. I notatet beskriver vi fideliteten i kommunernes anvendelse af CTI-metoden på baggrund af CTI-medarbejdernes registreringer af deres arbejde med borgerne inden for udvalgte forhold: tidsafgrænsning, intensitet i kontakten mellem borger og medarbejder og anvendelse af aktivitetsplan.

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

OUTCOMES STAR

Outcomes Star er både et dokumentationsredskab og et processuelt arbejdsredskab, som anvendes af CTI-medarbejder og borger i fællesskab. Outcomes Star måler borgerens egen opfattelse af sin livssituation samt oplevelse af muligheder for at håndtere eventuelle udfordringer inden for 10 forskellige områder – økonomi, bolig, socialt netværk, alkohol- og stofmisbrug, motivation og ansvar, fysisk helbred, psykisk helbred, tids-

forbrug, kriminel adfærd samt egen omsorg. I projektet anvendes en udvidet udgave af Outcomes Star, hvor vi som led i tilpasning af redskabet har tilføjet spørgsmål til måling af borgerens trivsel i form af WHO's lille standardskema, WHO-5. Herudover er der tilføjet spørgsmål vedrørende eventuelt salg af seksuelle ydelser eller overvejelser herom. Endelig indsamles der ved hver udfyldelse information om borgerens målsætning med forløbet.

CTI-SKEMAER

I evalueringen anvendes tre former for CTI-skemaer:

- Et opstartsskema
- Et skema for igangværende forløb
- Et afslutnings-skema

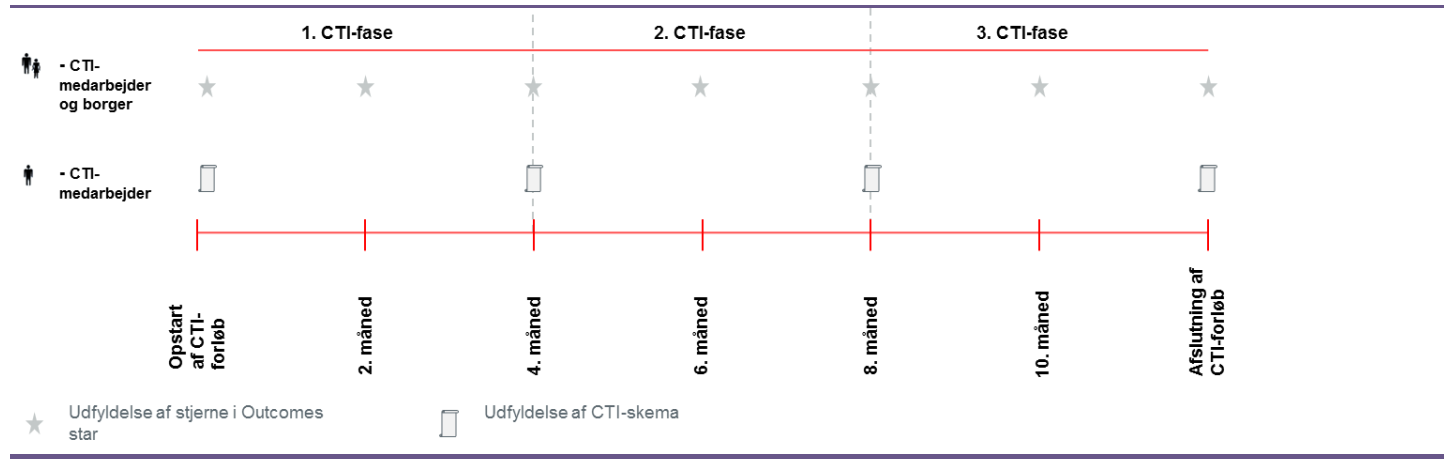
CTI-skemaerne udfyldes af CTI-medarbejderen og indeholder spørgsmål til vurdering af fidelitet i indsatsen samt spørgsmål om borgerens situation inden for otte udvalgte dimensioner: økonomi, bolig, socialt netværk, psykisk helbred, fysisk helbred, misbrug, arbejdsmarkeds- og uddannelseskompetencer samt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

INDSAMLING AF DOKUMENTATION

Indsamlingen af dokumentation i form af udfyldelse af Outcomes Star og CTI-skemaer følger det enkelte forløb. Det betyder, at tidspunktet for de enkelte målinger sker i henhold til de individuelle opstartstidspunkter for hver enkelt borgers CTI-forløb. Konkret måles der i den igangværende implementerings- og afprøvningsfase ved opstart af CTI-forløbet og herefter hver anden måned frem til afslutning af forløbet, som illustreret i nedenstående figur.

FIGUR 3.1

Tidslinje for dataindsamling.



DATAGRUNDLAG FOR STATUSNOTATET

Eftersom dette notat er et statusnotat, som falder omkring projektets ét-års forlængelse, foregår der stadig et optag af borgere i projektet. Per januar 2016, som er udtrækstidspunktet for data anvendt i notatet, er der 132 borgere, som er i gang med eller har afsluttet et forløb, og hertil kommer eventuelle borgere, der er i gang med orienteringsperioden, hvoraf nogle kan forventes at udmøntes i et CTI-forløb.

Notatet baserer sig på informationer, som er indsamlet via de før beskrevne dokumentationsredskaber. Tabel 3.1 viser datagrundlaget for analyserne. Der indgår i alt 132 forskellige borgere i datagrundlaget. Der inddrages både data for de forløb, som startede i projektets pilotfase, og data for forløb som startede i projektets afprøvningsfase.

Som tidligere beskrevet måles der ved opstart og herefter hver anden måned, hvilket betyder, at der pr. forløb ideelt vil være syv målinger. Vi har i dette statusnotat valgt at afrapportere data fra fem nedslag, hhv. ved opstart, midt i første fase, midt i anden fase, midt i tredje fase og ved afslutning. Disse nedslag er identiske med 0, 2, 6, 10 og 12 måneder. Idét det blot er omkring halvdelen af borgerne, som har afsluttet et fuldt forløb på 12 måneder, angiver vi i alle figurer, hvor mange borgere, der udgør beregningsgrundlaget for hvert af de valgte nedslagspunkter. I tabel 3.1 vises, hvor mange registreringer der er for hvert måletidspunkt.

TABEL 3.1

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

Skema	Opstart	Første fase	Anden fase	Tredje fase	Afslutning
Registrering ved oprettelse	132				
CTI, opstartsskema*	131				
CTI, igangværende		95	90	57	
CTI, afsluttende					93
Outcomes Star**	119	81	76	50	54

Anm.: Datagrundlag pr. januar 2016.

*16 borgere mangler et opstartsskema, fordi de startede i projektets pilotfase. For 15 af disse er det muligt at anvende oplysninger fra 1 første fase CTI-skema.

**2 borgere har ingen udfyldte stjerner. Af de resterende 130 borgere mangler 11 borgere en opstartsstjerne. 35 udfyldte stjerner mangler en angivelse for tidspunkt i forløbet. For disse er tidspunktet beregnet ud fra forløbets opstartsdato. I de tilfælde, hvor CTI-medarbejder og/eller borger har udfyldt flere stjerner inden for den samme fase, medtager vi kun den senest udfyldte stjerne.

I kapitel 4 ”Beskrivelse af borgere i Exit-forløb” beskriver vi borgernes sociodemografiske baggrund. Oplysningerne til kapitlet hentes fra hen-

holdsvis de oplysninger, der registreres om borgeren ved oprettelsen i dokumentationssystemet og fra CTI-opstartsskemaet.

BESKRIVELSE AF BORGERE I EXIT-FORLØB

I dette kapitel beskriver vi antallet af CTI-forløb og det samlede antal henvendelser fra borgere i målgruppen i afprøvningsfasen. Desuden giver vi en karakteristik af de borgere, som er eller har været en del af et CTI-forløb i Exit Prostitution. Datagrundlaget består af 132 borgere, og analyserne er baseret på de baggrundsoplysninger, der er registreret i forbindelse med oprettelse af borgeren i dokumentationssystemet samt på baggrund af forskellige dele af CTI-skemaerne.

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

- Siden Exit-projektets opstart, er 132 borgere startet i et CTI-forløb
- Af de 109 forløb, der ved udgangen af januar 2016 er afsluttet, har 59 borgere gennemført et fuldendt CTI-forløb på 12 måneder
- Størstedelen af borgerne i projektet er unge danske kvinder med en kort uddannelsesmæssig baggrund og ingen erhvervsuddannelse
- Tre fjerdedele af borgerne havde deres prostitutionsdebut for mere end 4 år siden og en tilsvarende andel var stadig aktive i prostitution inden for det seneste år før opstart i CTI-forløbet
- Flere end 8 ud af 10 borgere har økonomisk gæld ved opstart af forløbet

- Halvdelen af borgerne har ved opstart i CTI-forløbet et misbrug af alkohol eller stoffer, og mere end halvdelen giver udtryk for psykiske problemer.

STATUS PÅ CTI-FORLØB OG KONTAKT MED MÅLGRUPPEN

Antallet af CTI-forløb fordelt på de fire projektkommuner fremgår af tabel 4.1. Siden projektets opstart og frem til udgangen af januar 2016 har 132 borgere startet et forløb i Exit-projektet. Heraf er 109 forløb afsluttet, mens 23 borgere stadig er i gang med et forløb. Det var i en periode uvist om Exit-projektet ville blive forlænget efter 2015, hvilket forventes at have påvirket antallet af aktive forløb i starten af 2016. Af de 132 forløb er 53 borgere startet op i København, 29 i Odense, 27 i Aarhus og 23 i Aalborg. Når der har været flere borgere i forløb i København end i de øvrige kommuner, er det en afspejling af, at der er en relativ større målgruppe til projektet i København sammenlignet med de øvrige kommuner.

TABEL 4.1

Status på borgere i datagrundlaget. Antal.

Projekt	Afsluttet	Aktiv	Total
Aalborg	15	8	23
Aarhus	22	5	27
København	53	0	53
Odense	19	10	29
Total	109	23	132

Anm.: Data er for de 132 borgere, som indgår i datagrundlaget for nærværende rapport (opgjort pr. januar 2016).

Kilde: Registrering ved oprettelse i dokumentationssystem.

AFSLUTTEDE FORLØB

Ud af de 132 opstartede forløb er 109 forløb afsluttet og 23 forløb stadigvæk igangværende. For 93 af de 109 borgere, der har afsluttet et CTI-forløb, har vi modtaget et udfyldt afslutningsskema, som angiver tidspunkt for forløbets afslutning og årsagen hertil. Det fremgår af tabel 4.2, at 59 ud af de 93 forløb afsluttes med et CTI-forløb på 12 måneder eller mere. For 8 af disse borgere er forløbet forlænget til 13 eller 14 måneder. Forlængelsen af forløbet kan skyldes, at det har været nødvendigt at sæt-

te en borgers forløb på pause undervejs i forløbet. For de resterende borgere, som ikke gennemfører et CTI-forløb på 12 måneder, gælder det for 10 borgere, at de slutter forløbet efter 9 måneder. 8 borgere slutter forløbet 7-9 måneder inde i forløbet, mens 16 borgere afbryder forløbet inden for det første halve år.

TABEL 4.2

Afsluttede CTI-forløb opdelt efter forløbets længde. Antal.

	Antal
Afsluttet indenfor de første 6 mdr.	16
Afsluttet fra 7 til 9 mdr.	8
Afsluttet fra 10 til 11 mdr.	10
Afsluttet ved 12 mdr. (planlagt)	51
Afsluttet fra 13 til 14 mdr.	8
Afsluttet, i alt	93

Anm.: N=93

Kilde: Afslutningsskemaer

Årsagerne til, at nogle forløb afbrydes før de 12 måneder, som forløbet varer, fremgår af tabel 4.3. Der kan være flere årsager i spil.

TABEL 4.3

Kendte årsager til afsluttede forløb før 12 måneder. Antal.

Årsag	Antal
Der er ikke længere kontakt til borgeren	8
Borgeren har ikke længere behov for CTI-støtte	7
Borgeren ønsker at afbryde forløbet	7
Borgeren har behov for en anden form for støtte	7
CTI-medarbejder stoppet, eller afsluttes pga. projektstop el. andet	6
Borgeren er bortrejst, indlagt flyttet el. lign	2

Anm.: N=34.

Der kan angives flere end én årsag. Antallet summer derfor ikke til 34.

Kilde: Afslutningsskema

Vi har kun oplysninger om årsagen til afbrudte forløb for 34 af de afsluttede borgere. Det fremgår af tabel 4.3., at én årsag til, at forløb afbrydes, er, at CTI-medarbejderen har mistet kontakt til borgeren (8 forløb) eller at borgeren selv ønsker at afbryde forløbet (7 forløb). En anden årsag er, at borgeren ikke længere har behov for støtte, hvorfor forløbet afsluttes tidligere end de planlagte 12 måneder (7 forløb), eller at borgere har behov for en anden form for støtte end CTI-forløbet (syv borgere). Endelig er en årsag, at CTI-medarbejderen er stoppet (7 borgere), og at borge-

ren i den forbindelse ikke har ønsket at fortsætte forløbet med en ny CTI-medarbejder eller at det i den forbindelse er blevet vurderet, at borgeren har behov for en anden slags støtte end CTI-forløbet. Der kan også være andre end de nævnte årsager til at et forløb er blevet afbrudt, eksempelvis komplikationer knyttet til borgerens misbrug. Ifølge CTI-medarbejdere i projektet, kan et forløb også afsluttes inden de planlagte 12 måneder, fordi det i samarbejde med borgeren vurderes, at der er opnået det der var planlagt i forløbet efter 10 eller 11 måneder.

Vi har undersøgt, om de 24 borgere, som har afbrudt CTI-forløbet før forløbets tiende måned, adskiller sig fra de borgere, som fuldfører et forløb. Dette er vanskeligt at udtale sig om med sikkerhed, idet det er et beskedent antal borgere, der afbryder forløbet før tiende måned. Tabel 4.4 indeholder en karakteristik af de 24 borgere, som har afbrudt CTI-forløbet før forløbets tiende måned.

TABEL 4.4

Karakteristik af borgere, der har afsluttet CTI-forløbet før tiende måned. Antal.

	Antal
<i>Køn</i>	
Kvinde	24
<i>Statsborgerskab</i>	
Dansk	16
Andet statsborgerskab	8
<i>Målsætning med forløbet</i>	
Exit fra prostitution	12
Forbedrede livsvilkår	12
<i>Uddannelse</i>	
Grundskole eller tiende klasse	20
Almen gymnasial uddannelse	4
Primære forsørgelsesgrundlag	
Salg af seksuelle ydelser	9
Kontanthjælp	8
Andet	5

Kilde: Karakteristikken er baseret på opstartsskemaer for de 24 borgere, som har afsluttet CTI-forløbet før tiende måned.

Borgerne i denne gruppe minder på mange områder om borgerne, der gennemfører et fuldt forløb. Borgerne med afbrudte forløb adskiller sig kun på enkelte områder fra borgerne, der fuldfører. En tredjedel (8 borgere) af borgerne med afbrudte forløb har et andet statsborgerskab end dansk. Blandt borgere, der fuldfører et forløb, er det færre end en tiendedel, der ikke har dansk statsborgerskab. Derudover er det flere end en tredjedel af borgere med afbrudte forløb, der ved starten af forløbet angiver salg af seksuelle ydelser som deres primære forsørgelsesgrundlag (9

borgere). Blandt borgere, der gennemfører et fuldt forløb er dette blot en femtedel. Selvom vi kun har få observationer til rådighed, indikerer resultatet, at borgere som ikke har dansk statsborgerskab og som er i en svær økonomisk situation, er svære at fastholde i et forløb.

HENVENDELSER, DER IKKE ENDER I ET CTI-FORLØB

Det er ikke alle borgerhenvendelser til Exit-Projektet, der ender ud i en opstart i et CTI forløb. Antallet af ikke-opstartede forløb fremgår af tabel 4.5. Det fremgår af tabellen, at der til og med 4. kvartal 2015 har været 73 henvendelser, som i sidste ende ikke resulterede i opstart af et CTI-forløb.

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

TABEL 4.5

Kontakter med borgere, som ikke er resulteret i CTI-forløb, fordelt efter køn, statsborgerskab og "videresendt til anden indsats". Antal.

Køn	Antal	Statsborgerskab	Antal	Sendt videre til anden indsats	Antal
Mand	6	Dansk	61	Ja (eller borger kan henvende sig)	34
		Dansk/andet	5	Nej (eller ikke angivet) Kan skyldes, at borgeren ikke er i målgruppen eller ikke ønsker at starte i forløb	
Kvinde	67	Andet/ukendt	7		39
Total	73	Total	73	Total	73

Anm.: Opgjort 1. januar 2016. * Kan skyldes at borgeren ikke er i målgruppen eller ikke ønsker at starte i forløb.
Kilde: Registreringsskema for ikke-opstartede forløb.

Det er forskelligt, hvordan de pågældende borgere har fået kendskab til projektet. Borgeren kan have henvendt sig på eget initiativ, eller kontakten kan være blevet etableret ved hjælp af en tredjepart, såsom en NGO, Kompetencecenter Prostitution (KC), Center mod Menneskehandel (CMM) eller kommunale aktør, eksempelvis et misbrugscenter eller jobcenter. Typisk er henvendelserne ikke endt i CTI-forløb, fordi borgerne falder uden for målgruppen, eksempelvis på grund af manglende gult sygesikringskort. Der er også borgere, der trods henvendelse alligevel ikke har ønsket at deltage. Borgere, der har henvendt sig, eller som har

haft kontakt til projektet, er ikke blevet afvist. Ud af de 73 borgere, som CTI-medarbejderne har haft kontakt til, er 34 borgere blevet henvist til en anden indsats, eksempelvis hos en NGO, Kompetencecenter Prostitution (KC) eller en kommunal social indsats.

BORGERE I EXIT-PROJEKTET

Den resterende del af dette kapitel omhandler de 132 borgere, som er startet i et CTI-forløb. Både de 109 borgere, som har afsluttet deres forløb, og de 23 borgere, som er i gang med et forløb, indgår i analyserne. Borgerne optræder i datamaterialet, så længe vi har registreringer på borgeren – hvis en borger afbryder forløbet umiddelbart efter forløbets fjerde måned, vil vi således have vedkommende med i datagrundlaget til og med anden fase.

For de borgere, som vælger at gå i gang med et CTI-forløb, registreres målsætningen for forløbet ved opstart. I tabel 4.6 fremgår borgeres målsætning med deres CTI-forløb.

TABEL 4.6

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

Målsætning med CTI-forløb	Antal	Procent
Forbedrede livsvilkår	67	51
Exit fra prostitution	65	49

Anm.: N = 132

Kilde: Registrering i dokumentationssystem ved oprettelse af borgeren.

Halvdelen af borgerne angiver ved opstart i deres CTI-forløb, at deres mål med CTI-forløbet er et ønske om at komme ud af prostitution, mens den resterende halvdel angiver en målsætning om at forbedre deres livsvilkår.² I den sidstnævnte gruppe indgår der borgere, der angiver, at de er stoppet i prostitution, men som ikke ønsker at genoptage prostitution. 40 pct. af de borgere, der svarer, at de ønsker at forbedre deres livsvilkår, har således ikke modtaget betaling for seksuelle ydelser inden for det seneste år.

² Det er kun muligt for borgeren at angive én af de to muligheder: exit fra prostitution eller forbedrede livsvilkår.

Borgernes baggrundsforhold fremgår af tabel 4.7. 94 pct. af borgerne i projektet er kvinder, mens den resterende del er mænd og transeksuelle. Ligeledes er hovedparten borgere med dansk statsborgerskab (89 pct.), mens de resterende 11 pct. ikke har dansk statsborgerskab.³ Overvægten af borgere med dansk statsborgerskab i projektet hænger sammen med, at målgruppen for Exit-projektet er borgere med et gult sygesikringskort. Endelig fremgår det af tabellen, at omkring halvdelen af borgerne er under 30 år på opstartstidspunktet.

TABEL 4.7

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

	Antal	Procent
<i>Køn</i>		
Kvinde	124	94
Mand	6	4,5
Transseksuel	2	1,5
Total	132	100
<i>Statsborgerskab</i>		
Dansk	117	89
Andet	15	11
Total	132	100
<i>Alder</i>		
18-25 år	33	29
26-30 år	21	18
31-35 år	16	14
36-40 år	26	23
41-50 år	18	16
Total	114	100

Anm.: N = 132, N = 132, N=114.

Kilde: Registrering i dokumentationssystem ved oprettelse af borgeren.

Borgernes uddannelsesbaggrund fremgår af tabel 4.8. Borgerne i forløb er kendetegnet ved at have en lav uddannelsesmæssig baggrund. Godt hver tiende har enten ingen eller 1.-6.klasse, 6 ud af 10 har 7.-10. klasse som højest fuldførte uddannelse, mens hver fjerde har en gymnasial uddannelse som højest fuldførte uddannelse.

³ Herunder har ti borgere statsborgerskab fra et europæisk land, mens de resterende fem er fra hhv. afrikanske, asiatiske og mellemøstlige lande.

TABEL 4.8

Borgere fordelt efter højest færdiggjorte skoleuddannelse og højest færdiggjorte kompetencegivende uddannelse. Antal og procent.

Højest færdiggjorte skoleuddannelse	Antal	Procent	Højest færdiggjorte erhvervskompetencegivende uddannelse	Antal	Procent
1.-6. klasse eller ingen	14	11	Ingen erhvervskompetencegivende uddannelse	87	69
7.-10. klasse	84	63	Erhvervsuddannelse	29	23
Gymnasial uddannelse	34	26	Universitetsuddannelse eller lign.	10	8
Total	132	100	Total	126	100

Anm.: N = 132, N = 126.

Kilde: Registrering i dokumentationssystem ved oprettelse af borgeren.

I forhold til borgernes erhvervskompetencegivende uddannelse er der en klar overvægt af personer med ingen erhvervskompetencegivende uddannelse. 69 pct. har ingen erhvervskompetencegivende uddannelse, mens 23 pct. har en erhvervsuddannelse, og 8 pct. har en universitetsuddannelse.

ERFARINGER MED PROSTITUTION

Borgernes prostitutionserfaringer, målt på, hvornår borgeren solgte seksuelle ydelser henholdsvis første og sidste gang, fremgår af tabel 4.9. Knap 3 ud af 4 borgere har haft deres debut med salg af seksuelle ydelser for over 4 år siden, mens hver tiende har haft deres debut inden for det seneste år.

TABEL 4.9

Borgere fordelt efter prostitutionsdebut. Antal og procent.

Borgere med prostitutionserfaring fordelt efter prostitutionsaktivitet. Antal og procent.

	Antal	Procent
<i>Debut: Solgte første gang sex</i>		
Over fire år siden	95	72
Mellem 1 og 4 år siden	23	17
Under 1 år siden	14	11
Total	132	100
<i>Aktivitet: Solgte sex sidste gang</i>		
Over to år siden	16	13
1-2 år siden	14	11
Under 1 år siden	97	76
Total	127	100

Anm.: N = 132, N = 127.

Kilde: Registrering ved oprettelse i dokumentationssystemet.

Borgernes erfaringer med, hvor de sælger seksuelle ydelser og betalingsformen for disse ydelser, fremgår af tabel 4.10. Næsten halvdelen (45 pct.) af borgerne udfører seksuelle ydelser på en klinik. Omkring hver tredje (29 pct.) angiver, at salg af seksuelle ydelser har fundet sted på gaden. Hver fjerde borger udfører seksuelle ydelser i kundens hjem. Hver femte udfører seksuelle ydelser på et hotelværelse, og ligeledes hver femte borger udfører seksuelle ydelser i deres eget hjem. Desuden angiver en stor andel af borgerne, at de har erfaringer med at udføre seksuelle ydelser inden for flere forskellige prostitutionsarenaer. Mange borgere har erfaring med at modtage flere forskellige former for betaling for seksuelle ydelser. Betalingen for ydelserne er som oftest penge. 80 pct. af borgerne har således erfaringer med at tage imod penge for seksuelle ydelser, mens hver fjerde angiver, at de har modtaget stoffer som betaling. 17 pct. af borgerne har solgt seksuelle ydelser til gengæld for en overnatningsmulighed.

TABEL 4.10

Borgere med prostitutionserfaring fordelt efter lokation og betalingsform (seneste seksuelle ydelse). Antal og procent.

	Antal	Procent
<i>Lokation</i>		
På klinik	57	45
På gaden	36	29
I kundens hjem	34	27
I eget hjem	25	20
På hotelværelser	27	21
Privat/diskret ¹	22	18
Kabiner på fx barer, sexsaunaer, toiletter eller lignende	22	18
<i>Betalingsform</i>		
Penge	101	80
Stoffer	32	25
Overnatningsmulighed	21	17
Mad	15	12
Beskyttelse	9	7
Alkohol	8	6

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

Anm.: N = 126, N = 126. Det er muligt at angive flere svarkategorier, tallene summer derfor ikke til 100.

Kilde: Registrering ved oprettelse i dokumentationssystemet.

Borgerne har en række forskellige behov, der skal tilgodeses i CTI-forløbet. I de følgende afsnit kigger vi på, hvilke behov borgerne har i forhold til økonomi, bolig, netværk, psykisk helbred, fysisk helbred, misbrug, beskæftigelse/uddannelse og daglige aktiviteter ved opstart af deres CTI-forløb.

Borgernes ønsker i forhold til indsats fremgår af tabel 4.11. 3 ud af 4 borgere har tilkendegivet, at de har behov for støtte til at komme i gang med beskæftigelse eller uddannelse eller har brug for hjælp i forhold til deres psykiske helbred. Næsten lige så mange borgere (70 pct.) har ytrret behov for hjælp til økonomi. Mere end halvdelen af de deltagende borgere (57 pct.) har ytrret ønske om støtte målrettet deres boligsituation.

TABEL 4.11

Andel af borgerne, der ønsker tilbud, fordelt efter projektets otte fokusområder.
Antal og procent.

Ønsker tilbud målrettet sine vanskeligheder med følgende:	Antal	Procent
Psykisk helbred	81	76
Beskæftigelse eller uddannelse	81	74
Økonomi	78	70
Bolig	63	57
Dagligdag	61	60
Netværk	44	43
Fysisk helbred	42	42
Misbrug	34	35

Anm.: N = 107, N = 110, N = 111, N=110, N=102, N=103, N=99, N=97.

Det er muligt at angive flere svarkategorier, tallene summer derfor ikke til 100.

Kilde: CTI-skema.

ØKONOMI, JOB OG BOLIG

Borgernes primære forsørgelsesgrundlag og beskæftigelsessituation fremgår af tabel 4.12. Forsørgelsesgrundlag og beskæftigelsessituation adskiller sig, idet forsørgelsesgrundlag inkluderer salg af sex, mens beskæftigelsessituation kun dækker over anerkendte erhverv.

TABEL 4.12

Borgere fordelt efter primære forsørgelsesgrundlag og beskæftigelse. Antal og procent.

	Antal	Procent
<i>Primære forsørgelsesgrundlag</i>		
Kontanthjælp	55	49
Salg af sex	27	24
Førtidspension	17	15
SU	7	6
Løn	4	4
Arbejdsløshedsdagpenge eller sygedagpenge	2	2
Folkepension	1	1
<i>Beskæftigelse (salg af sex medtages ikke)</i>		
Ledig	48	45
Sygemeldt eller uden for arbejdsmarkedet	27	25
Aktivering el. særlige vilkår	14	13
Under uddannelse	13	12
Beskæftiget	5	5
Total	107	100

Anm.: N = 113, N = 107. Det er muligt at angive flere svarkategorier til forsørgelsesgrundlag – denne summer derfor ikke til 100.

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

Knap halvdelen af borgerne i et CTI forløb har kontanthjælp som deres primære forsørgelsesgrundlag, mens knap en fjerdedel angiver salg af

seksuelle ydelser. Det fremgår desuden af tabel 4.12, at omkring hver fjerde borger er sygemeldt eller er helt uden for arbejdsmarkedet, mens 59 pct. enten er ledige eller i aktivering. Kun 5 pct. af borgerne er i beskæftigelse, og 12 pct. er under uddannelse. Enkelte forsørger sig ved andre grundlag, eksempelvis ressourceforløbsydelse, eller af ægtefælle eller partner.

I hvilket omfang borgerne har gæld ved forløbets opstart fremgår af tabel 4.13. 86 pct. af borgerne har gæld ved forløbets start. Heraf er der for 64 pct. tale om forbrugsgæld, og 61 pct. har gæld til et pengeinstitut. 82 pct. har gæld til det offentlige, eksempelvis til SKAT. Endelig har flere borgere forskellige former for gæld samtidig, eksempelvis både gæld til pengeinstitut og forbrugsgæld.

TABEL 4.13

Andel af borgerne, der har gæld ved opstart. Antal og procent.

Andel af borgere, der har gæld ved opstart, fordelt efter gældstype. Antal og procent.

	Antal	Procent
Borgeren har gæld ved opstart	81	86
<i>Gæld til</i>		
Gæld til det offentlige fx SKAT	49	82
Forbrugsgæld	37	64
Pengeinstitut	36	61
Gæld til andre	9	22
Gæld til venner/familie	9	18
Gæld til personer inden for misbrugsmiljøet	8	14
Gæld til kæreste/samlever/ægtefælle	2	4

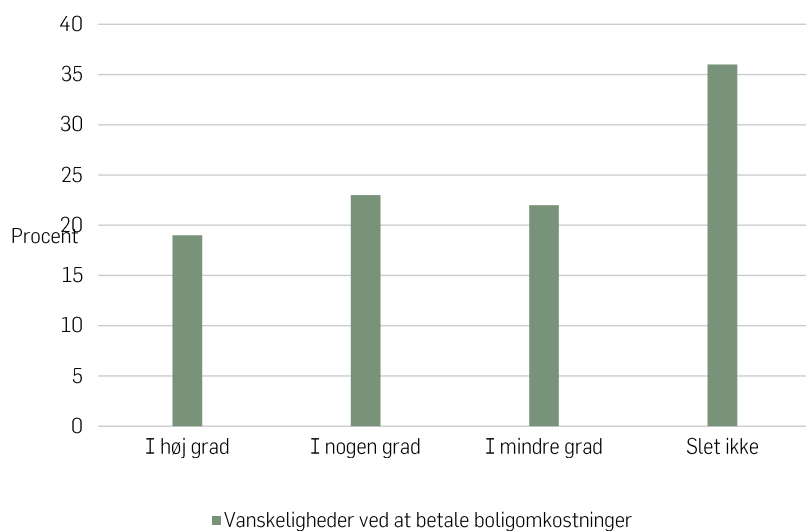
Anm.: N = 94, N = 60, N=58, N=59, N=41, N=49, N=59, N=55. Det er muligt at svare flere kategorier, tallene summer derfor ikke til 100.

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

I hvilken grad borgerne har vanskeligt ved at klare deres boligomkostninger fremgår af figur 4.1. 42 pct. har 'i nogen grad' eller 'i høj grad' vanskeligt ved at betale deres boligomkostninger, mens ca. 36 pct. ikke vurderes at have problemer med at klare udgifter til deres bolig.

FIGUR 4.1

Borgere fordelt efter grad af vanskelighed ved betaling af boligomkostninger.
Procent.



Anm.: N = 41.

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

FYSISK OG MENTALT HELBRED SAMT MISBRUG

Borgernes psykiske og fysiske helbredsprofil fremgår af tabel 4.14. Omkring 6 ud af 10 borgere udtrykker, at de har stress, angst, posttraumatisk stresssyndrom mv. 4 ud af 10 giver udtryk for, at de har depression, mani eller bipolar lidelse. Søvnløshed er et problem for 4 ud af 10 borgere. 4 ud af 10 borgere er i behandling målrettet deres psykiske helbred. Også 4 ud af 10 borgere har et længerevarende fysisk helbredsproblem eller handicap.

TABEL 4.14

Andel af borgerne, der udtrykker psykiske vanskeligheder fordelt efter psykiske lidelser. Antal og procent.

Andel af borgerne, der er i behandling målrettet det psykiske helbred. Antal og procent.

Andel af borgerne, der har et længerevarende fysisk helbredsproblem. Antal og procent.

	Antal	Procent
<i>Udtrykker vanskeligheder med følgende:</i>		
Stress, fobier, forskellige former for angst, OCD og posttraumatisk stresssyndrom	66	58
Depression, mani og bipolar lidelse	47	42
Søvnløshed	46	41
Personlighedsforstyrrelse, herunder Borderline	22	20
Dobbeltliv	34	30
ADHD, ADD eller lignende	17	15
Spiseforstyrrelser	15	13
Lidelser grundet brug af alkohol eller stoffer	8	7
Stemmehøring, skizofreni og psykose	6	5
Er i behandling målrettet sit psykiske helbred (Ja)	44	39
Har et længerevarende fysisk helbredsproblem eller handicap	40	39

Anm.: N = 113, N = 113, N = 102. Det er muligt at sætte flere kryds, tallene summer derfor ikke til 100.

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

Alkohol- og stofmisbrug blandt borgerne i forløb fremgår af tabel 4.15. 48 pct. af borgerne vurderes af CTI-medarbejderen at have et misbrug af alkohol eller stoffer, og heraf er der for 63 pct. tale om et misbrug af hårdere stoffer (heroin, kokain, amfetamin eller lignende). 72 pct. af de borgere, der vurderes at have et misbrug, vurderes at have et misbrug af hash eller lignende.

TABEL 4.15

Andel af borgerne, der vurderes at have et misbrug. Antal og procent.

Andel af borgere med misbrug fordelt efter alkoholmisbrug, hero-
in/kokain/amfetamin misbrug og hashmisbrug. Antal og procent.

Misbrug	Antal	Procent
Har et misbrug af alkohol eller stoffer (ja)	51	48
Hashmisbrug eller lignende	33	72
Heroin, kokain, amfetamin eller lignende misbrug	31	63
Alkoholmisbrug	20	43

Anm.: N = 106, N = 46, N = 49, N = 47. Det er muligt at sætte flere kryds, procenter summer derfor ikke til 100.

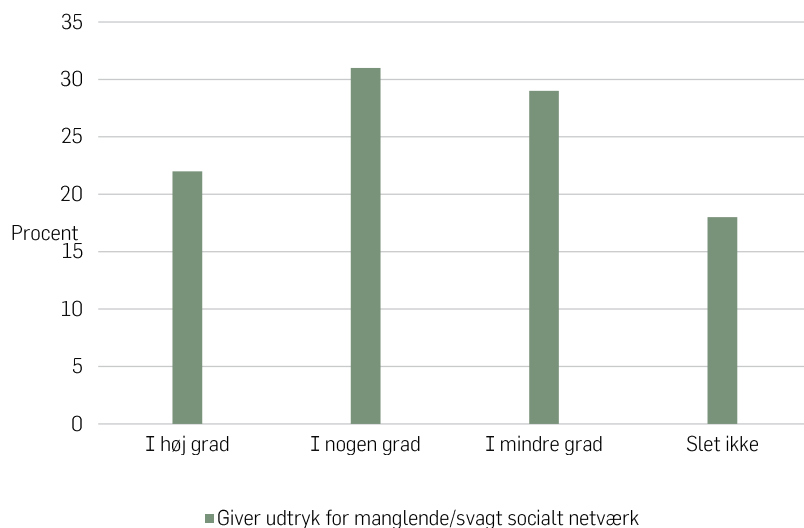
Kilde: CTI-opstartsskema (CTI-igangværende skema).

NETVÆRK

Over halvdelen af borgerne har ved forløbets opstart givet udtryk for at de har et manglende eller svagt socialt netværk. Figur 4.2 viser, i hvor høj grad borgerne har givet udtryk for manglende/svagt netværk.

FIGUR 4.2

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



Anm.: N=107

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

Udvalgte resultater om borgernes familierelationer fremgår af tabel 4.16. Det fremgår af tabellen, at hver tredje borger har en ægtefælle eller kæreste, og 43 pct. af borgerne har børn. Herudover viser tabellen, hvorvidt forskellige dele af borgerens netværk har kendskab til borgerens erfaringer med salg af seksuelle ydelser. Blandt de, der har en ægtefælle eller kæreste, har 6 ud af 10 (59 pct.) kendskab til borgerens salg af seksuelle ydelser. For ca. hver anden (48 pct.) har forældrene kendskab til borgerens salg af seksuelle ydelser, mens 4 ud af 10 (40 pct.) har søskende, som er bekendte med deres salg af seksuelle ydelser. Herudover er der en tredjedel af de borgere, som har børn, hvor børnene er kender til borgerens salg af seksuelle ydelser. Over halvdelen af borgerne (55 pct.) har venner uden for prostitutionsmiljøet, der har kendskab til deres salg af seksuelle ydelser. Enkelte borgere (8) har erfaringer med salgs af seksuelle ydelser, uden at hverken kæreste, søskende, forældre, børn, anden familie eller venner uden for prostitutionsmiljøet har kendskab hertil.

TABEL 4.16

Andel af borgerne, der har ægtefælle/kæreste og børn. Antal og procent.

Andel af borgerne, hvor kæreste, søskende, forældre, børn, anden familie og venner uden for prostitutionsmiljøet har kendskab til borgerens salg af seksuelle ydelser. Antal og procent.

	Antal	Procent
<i>Familieforhold</i>		
Har børn	48	43
Har en ægtefælle eller kæreste	35	33
<i>Har kendskab til borgerens erfaringer med/overvejelser om salg af seksuelle ydelser</i>		
Venner uden for prostitutionsmiljøet	37	55
Kæreste/samlever/ægtefælle	27	59
Forældre	37	48
Søskende	27	40
Børn	13	32
Anden familie	18	31

Anm.: N = 107. Det er muligt at svare ja til begge kategorier, tallene summer derfor ikke til 100.

N = 67, N = 46, N = 77, N = 67, N = 41, N = 58. Det er muligt at svare ja til flere kategorier, tallene summer derfor ikke til 100. Registreringer, hvor spørgsmålet er besvaret "irrelevant" (fordi borgere fx ikke har en kæreste), eller "ved ikke" indgår ikke i resultaterne.

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

NÅR BORGERNE MÅLENE? TENDENSER

I dette kapitel afdækker vi dels borgernes baseline (borgerens udgangspunkt, når de starter i forløb), dels tendenser vedrørende borgerens udbytte af CTI-forløbet. Vi fokuserer på tre forhold, som relaterer sig til målsætninger for projektet. Henholdsvis borgernes:

- Trivsel
- Prostitutionsfrekvens
- Udvikling i egen oplevelse af livssituation.

Borgerens trivsel måles ud fra WHO-5 trivselsindeks. Prostitutionsfrekvens belyses ud fra borgernes egne angivelser, og borgernes udvikling i egen oplevelse af livssituation belyses ud fra de 10 dimensioner i Outcomes Star. Målingerne er i alle tre tilfælde foretaget af borger og CTI-medarbejder i fællesskab ved forløbets opstart og herefter ca. hver anden måned frem til forløbets afslutning.

Følgende resultater, angående borgernes progression gennem CTI-forløbene kan fremhæves:

Mental trivsel:

- Der er en tendens til en øget mental trivsel blandt borgerne, jo længere de når i CTI-forløbet
- Ved baseline er to tredjedele af borgerne i risikozonen for stress og depression (målt ved WHO-5). Ved afslutning af et fuldt forløb gælder dette for en tredjedel af borgerne.

Prostitutionsfrekvens:

- Der er en tendens til en faldende prostitutionsfrekvens blandt borgerne, jo længere de når i CTI-forløbet
- Ved baseline har halvdelen af borgerne modtaget betaling for seksuelle ydelser indenfor den seneste måned. Ved afslutning af et fuldt forløb er dette tilfældet for omkring en femtedel af borgerne.

Oplevelse af livssituation:

- Der er en tendens til en progression i oplevelsen af egen livssituation blandt borgerne, jo længere de når i CTI-forløbet. Dette gælder for en række dimensioner, herunder motivation og ansvar, psykisk helbred m.m.
- Fra baseline til afslutning af et fuldt forløb har 91 pct. af borgerne oplevet en moderat eller stor progression på tværs af de 10 dimensioner i outcomes star.

TRIVSEL

Et formål med indsatsen er at styrke borgernes trivsel. For at følge borgernes udvikling på dette område anvender vi WHO's trivselsindeks (WHO-5 – se boks 5.1 for nærmere beskrivelse af indekset).

BOKS 5.1

WHO-5-trivselsindeks.

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

WHO-5 måler trivsel på fem dimensioner:

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

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

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

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

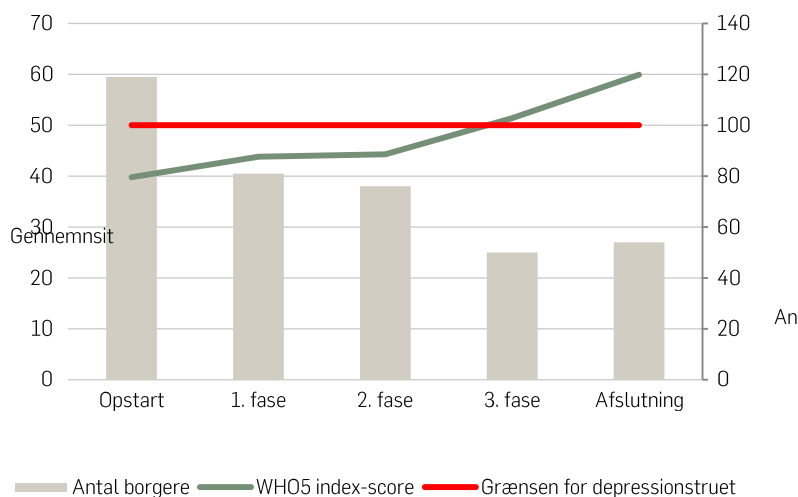
Indsamling af data: Borgeren har udfyldt trivselsindekset samtidig med udfyldelsen af Outcomes Star, hvilket vil sige ved opstart og herefter hver 2. måned.

Kilde: <http://www.psykiatri-regionh.dk/who5/menu/WHO-5+Questionnaire/>.

De følgende grafer illustrerer borgernes udvikling ud fra deres angivelse af, hvor de befinder sig på WHO-5 skalaens fem dimensioner. Figur 5.1 viser den gennemsnitlige WHO-5-indeksscore blandt borgere, der er i forskellige faser af CTI-forløbet. Den grønne linje er udtryk for borgerenes mentale trivsel, mens den røde linje viser grænsen for stress og/eller depression. Befinder den grønne linje sig under den røde linje, er borgeren i risiko for stress og/eller depression, mens borgeren ikke vurderes at være i risiko for stress og/eller depression når den grønne linje er over den røde.

FIGUR 5.1

Gennemsnit for mentalt trivselsniveau (WHO5) blandt borgerene ved opstart og undervejs i CTI-forløbet. Gennemsnit og antal.



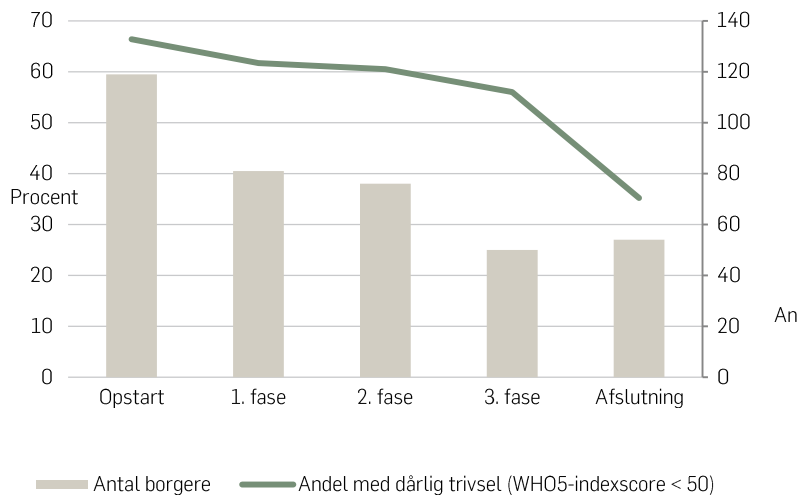
Anm.: WHO-5-indekset er beregnet på baggrund af de fem underliggende dimensioner, der afspejler mental trivsel. Den samlede indeksscore kan tage værdier fra 0 til 100, hvor en høj score er udtryk for en god mental trivsel. Ved et niveau på under 50 point er der risiko for stress eller depression.
 Venstre akse: Gennemsnit. Højre akse: Antal.
 Kilde: Målinger ved hjælp af WHO-5 trivselsindeks.

Det fremgår af figur 5.1, at der er en tendens til øget mental trivsel blandt borgerne, jo længere de når i CTI-forløbet. Ved opstart i forløbet er der blandt de 119 borgere en gennemsnitlig score på 40 point. Det vil sige, at for borgere, som er opstartet i et CTI-forløb, er der en tendens til, at de ikke trives mentalt. Blandt de 54 borgere, der har afsluttet CTI-forløbet 12 måneder, er den gennemsnitlige indeksscore 60, altså over risikozonen for stress og depression. Tendensen er således, at borgernes mentale trivsel ser ud til at øges. Forløbet tredje fase ser ud til at være den periode, hvor borgerne krydser den røde linje og ikke længere vurderes at være depressionstruet. Eftersom der ikke tale om en egentlig effektmåling, kan vi ikke med sikkerhed sige, at forbedringen alene skyldes CTI-forløbet.

Figur 5.2, viser, hvor stor en andel af borgerne der kan siges at være i risiko-zonen for stress eller depression ved opstart og undervejs i CTI-forløbet. Udviklingen aflæses af den grønne linje.

FIGUR 5.2

Andel af borgerne med dårlig mental trivsel (stress/depressionstruet) ved opstart og undervejs i CTI-forløbet. Procent og antal.



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

Venstre akse: Procent. Højre akse: Antal.

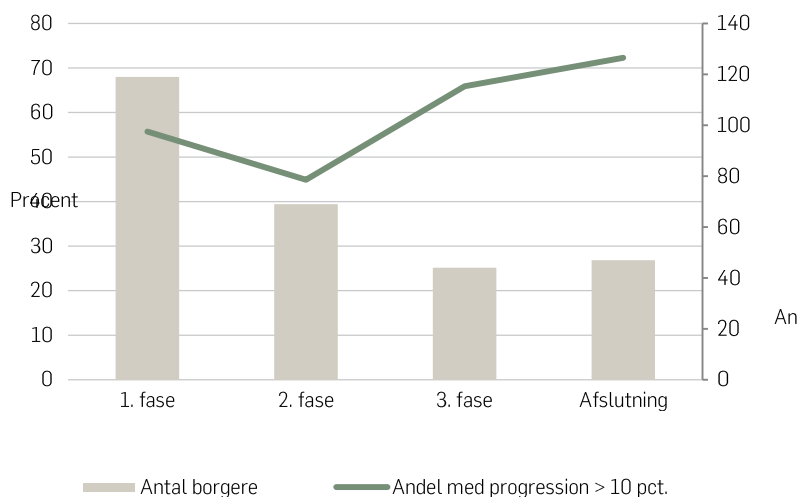
Kilde: Målinger ved hjælp af WHO-5 trivselsindeks.

Ved opstart af CTI-forløbet er det 65 pct. af målgruppen, som er i risiko for stress eller depression. Af borgerne, som har afsluttet et 12 måneder langt forløb, er andelen i risikozonen faldet til 35 pct. Ved afslutning af forløbet af har to tredjedele af borgerne således en trivsel over risikozonen for depression og stress.

For at der for den enkelte borger er tale om en reel øget trivsel, skal der være en mindst 10-procents-stigning i indeksscoren fra baseline. Figur 5.3 viser andelen af borgere i målgruppen, der har oplevet reel forbedring i deres mentale trivsel siden opstartsfasen. Udviklingen aflæses af den grønne linje.

FIGUR 5.3

Andel af borgerne, som har minimum en 10-procents-forbedring i mental trivsel (WHO5) siden baseline fordelt på CTI-forløbet. Procent og antal.



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

Venstre akse: Procent. Højre akse: Antal

Kilde: Målinger ved hjælp af WHO-5 trivselsindeks.

Af de borgere, som har afsluttet et CTI-forløb på 12 måneder, har 72 pct. oplevet en reel stigning i deres mentale trivsel. For et flertal i målgruppen synes CTI-indsatsen således at være forbundet med en positiv udvikling i borgerens mentale trivsel.

PROSTITUTIONSFREKVENS

En anden målsætning med CTI-forløbet kan være ophør med salg af seksuelle ydelser, hvilket måles på baggrund af ændringer i borgerens prostitutionsfrekvens defineret ved, at borgerne har modtaget betaling for seksuelle ydelser inden for den seneste måned (se boks 5.2).

BOKS 5.2

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

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

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

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

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

Indsamling af data: Borgeren har udfyldt spørgsmål om prostitutionsfrekvens, overvejelser om salg af seksuelle ydelser samt motivation i forbindelse med udfyldelsen af Outcomes Star, hvilket vil sige ved opstart og herefter hver 2. måned.

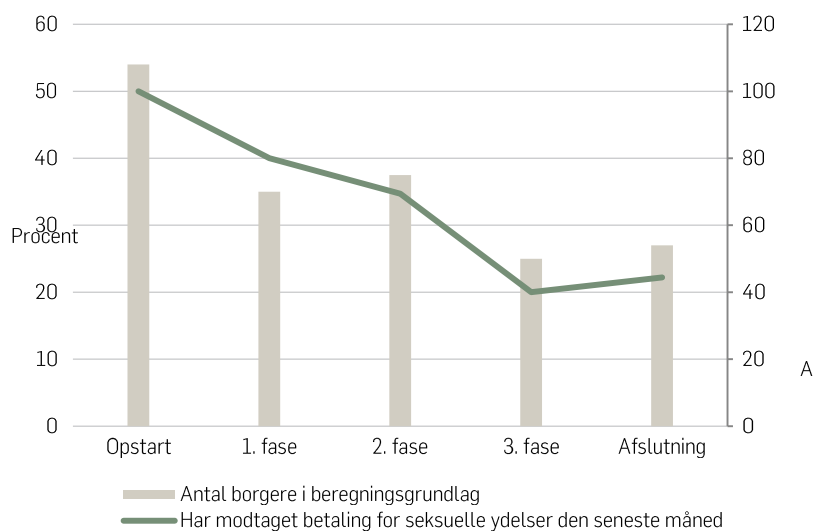
Kilde: Projektets metodenotat. Notatet kan rekvireres på Socialstyrelsens hjemmeside for projektet:
<http://www.socialstyrelsen.dk/udsatte/prostitution/prostitution-1>.

Halvdelen af borgerne i CTI-forløb har ophør fra prostitution som målsætning med deres CTI-forløb, mens målet for de øvrige borgere er forbedret livssituation. De følgende grafer viser udviklingen i prostitutionsfrekvens og omfatter både borgere, der har exit som målsætning og borgere, der har en forbedret livssituation som målsætning.

Figur 5.4 viser udviklingen i borgernes prostitutionsfrekvens. Det fremgår, at halvdelen af borgerne ved opstart af CTI-forløbet har solgt seksuelle ydelser inden for den seneste måned, mens det gælder for under en fjerdedel af borgerne, der har gennemført et 12 måneder langt CTI-forløb. Der er således en tendens til, at en mindre andel af borgerne er aktive i prostitution efter et fuldt CTI-forløb end ved opstarten af forløbet.

FIGUR 5.4

Andel af borgerne, som har modtaget betaling for seksuelle ydelser den seneste måned ved opstart og undervejs i CTI-forløbet. Procent og antal.



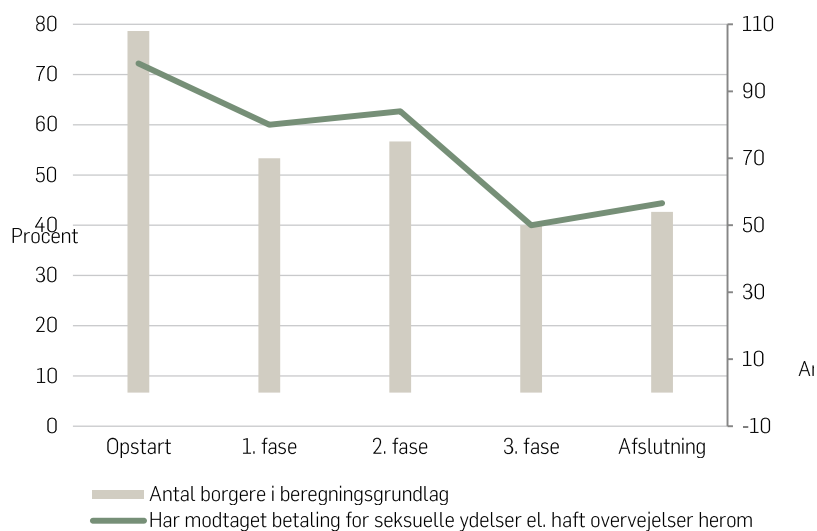
Anm.: Venstre akse: Procent. Højre akse: Antal
Kilde: Spørgsmål om borgerens prostitutionsfrekvens.

I figur 5.5 inddrager vi også gruppen af borgere, der angiver at ve ”haft overvejelser om at få betaling for seksuelle ydelser inden for den seneste måned”. Vi inddrager denne gruppe for at få en indikation af, hvor stor en andel af borgere i projektet, som ser salg af seksuelle ydelser som en mulighed for dem.

Når vi betragter både faktisk prostitutionsaktivitet og overvejelser om prostitution inden for den seneste måned, ser vi, at 72 pct. af borgerne i forløb enten har solgt seksuelle ydelser eller haft overvejelser herom inden for den seneste måned op til CTI-forløbets opstart. Blandt borgere, der har fuldført et 12 mdr. CTI-forløb udgør denne andel 44 pct.

FIGUR 5.5

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



Anm.: Venstre akse: Procent. Højre akse: Antal
 Kilde: Spørgsmål om borgerens prostitutionsfrekvens.

Blandt de borgere, der angiver at have modtaget betaling for seksuelle ydelser inden for den seneste måned, er der forskellige årsager til dette. Tabel 5.1 viser nogle af de grunde, som borgeren selv har angivet som motivation for prostitution.

Den primære årsag til prostitutionsaktivitet er ifølge ne: ”Jeg mangler penge til basale leveomkostninger”, som angives af 63 pct. af de borgere, som har modtaget betaling for sex inden for den seneste måned. 28 pct. angiver, at deres prostitutionsaktivitet skyldes, at ”Det er almindeligt i det sociale miljø”. 24 pct. angiver, at ”Jeg mangler penge til at dække et misbrug”, mens 20 pct. angiver ”Jeg kan ikke se et alternativ”.

TABEL 5.1

Andel borgere, der har modtaget betaling for seksuelle ydelser inden for den seneste måned, fordelt efter motivation for at modtage betaling. Procent.

Motivation for at modtage betaling for sex	Procent
Det er almindeligt i det sociale miljø	28
Jeg mangler penge til basale leveomkostninger	63
Jeg mangler penge til at dække gæld	14
Jeg mangler penge til at kunne dække et misbrug	24
For at skaffe penge til forbrugsgoder	9
Jeg bliver presset til det af andre	1
For at skaffe penge til uddannelse	3
Jeg kan ikke se et alternativ	20
Jeg kan lide at få betaling for seksuelle ydelser.	12

Anm.: N = 73. Det er muligt at svare ja til flere kategorier, andele summer derfor ikke til 100pct.

Kilde: Spørgsmål om borgerens prostitutionsfrekvens.

UDVIKLING I BORGERENS EGEN OPLEVELSE AF LIVSSITUATION (OUTCOMES STAR)

Et formål med projektet er at støtte borgeren i at styrke sin livssituation på længere sigt jf. CTI-metodens recovery-baserede værdigrundlag. Udviklingen i borgerens egen oplevelse af sin livssituation og mulighed for at håndtere udfordringer inden for 10 forskellige områder måles ved hjælp af redskabet Outcomes Star (se boks 5.3).

BOKS 5.3

Outcomes Star

Outcomes Star fokuserer på 10 dimensioner, der er afgørende for borgerens udvikling:

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

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

Ved at foretage gentagne målinger over tid er det muligt at følge borgerens udvikling enten på tværs af de 10 dimensioner eller for hver enkelt dimension.

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

Regression: $-0,25 <$

Ingen ændring: $-0,25-0,25$

Moderat progression: $0,25-1$

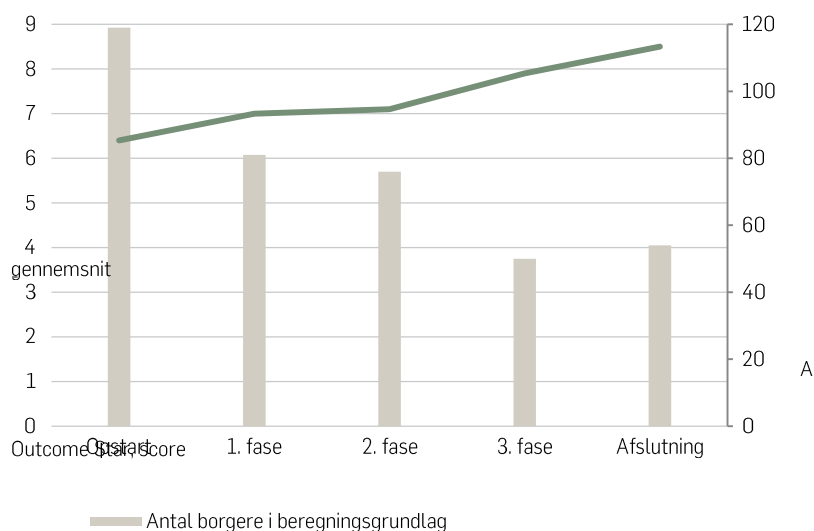
Betydelig progression: > 1

Kilde: Manual for anvendelse af Outcomes Star.

De følgende grafer illustrerer resultaterne af målingerne ved hjælp af Outcomes Star for borgerne ved opstart og undervejs i CTI-forløbet. Figur 5.6 illustrerer den gennemsnitlige score på tværs af Outcomes Stars 10 dimensioner.

FIGUR 5.6

Gennemsnitsscore i Outcomes Star ved opstart og undervejs i CTI-forløbet. Score-gennemsnit og antal.



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

Venstre akse: Gennemsnit. Højre akse: Antal

Kilde: Outcomes Star.

Det fremgår af figur 5.6, at de 119 borgere ved opstart havde en gennemsnitlig score på 6,4 for alle 10 dimensioner. Blandt de 54 borgere, der har afsluttet et 12 måneder langt CTI-forløb, er den gennemsnitlige score 8,5. Der er således en tendens til, at jo længere borgerne er i forløbet, jo bedre vurderer de selv, at de klarer sig på tværs af de 10 dimensioner i Outcomes Star.

For at man kan tale om en betydelig progression, skal der være sket en stigning på minimum 1 point siden baseline (opstart i forløbet). Tabel 5.2 viser, hvor stor en andel af borgerne, der har oplevet en betydelig progression ved målingerne foretaget i forløbets første, anden og tredje fase, samt ved afslutning.

TABEL 5.2

Borgere fordelt efter udvikling i Outcomes Star ved opstart og undervejs i CTI-forløbet. Procent.

	Regression (-0,25<)	Ingen ændring (-0,25-0,25)	Moderat progression (0,25-1)	Stor progression (>1)	Total
Første fase	16	13	40	31	100
Anden fase	17	13	38	32	100
Tredje fase	5	7	16	73	100
Afslutning	0	9	6	85	100

Anm.: N = 70, N = 69, N=44, N=47. Baseline er den gennemsnitlige score på tværs af Outcomes Star ved opstart. Udviklingen betegnes som "regression", når borgeren har oplevet et fald i den gennemsnitlige score på over 0,25 point (på 10-point-skalaen). Udviklingen betegnes som "moderat progression", når borgeren har oplevet en stigning i den gennemsnitlige score på mellem 0,25 og 1 point. Udviklingen betegnes som "betydelig progression", når borgeren har oplevet en stigning i den gennemsnitlige score på over 1 point.

Kilde: Outcomes Star.

Af tabel 5.2 fremgår det, at 31 pct. af borgerne ved målingen i første fase havde oplevet en betydelig progression på mere end 1 point siden opstart på tværs af stjernens 10 dimensioner, mens det gjorde sig gældende for 85 pct. ved afslutningen af et 12 måneders CTI-forløb. Overordnet tegner der sig et billede af, at borgerne oplever egen livssituation mere positivt jo længere de kommer frem i CTI-forløbet.

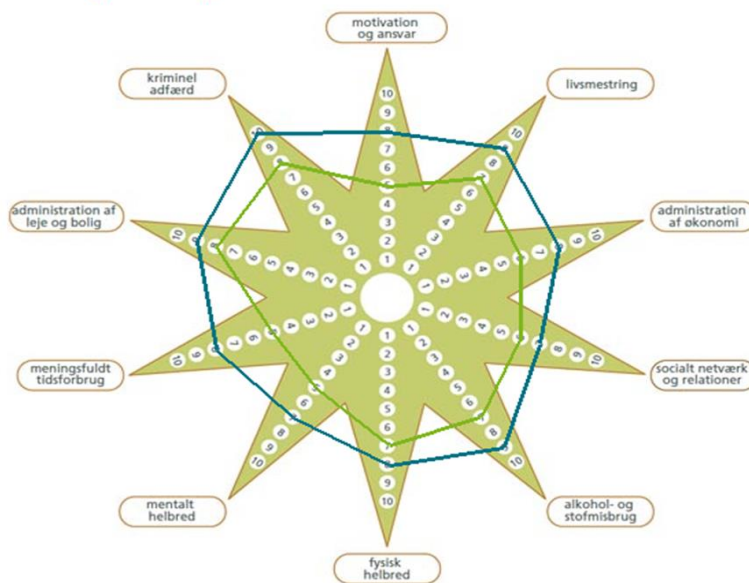
Figur 5.7 viser den gennemsnitlige udvikling for hver af de 10 dimensioner. Den grønne linje illustrerer billedet for borgere ved opstart, mens den blå linje tegner billedet for borgere, der har afsluttet et 12 måneders CTI-forløb. Figuren tegner et billede af, at der gennemgående er udvikling på samtlige 10 dimensioner, når man sammenligner borgerne ved henholdsvis opstart og afslutning. Der er dog nogle dimensioner, hvor der er mere betydelig udvikling. Det gælder "motivation og ansvar", "administration af økonomi" og "socialt netværk". På andre dimensioner er der derimod mindre udvikling. Det skal dog bemærkes, at en mindre grad af udvikling også kan skyldes, at borgerne allerede ved opstart klarer sig godt. Det gælder eksempelvis "kriminell adfærd", hvor borgerne allerede ved opstart i gennemsnit scorer 8,3. På samme måde ses en større udvikling på dimensioner, hvor borgerne ved opstart placerer sig lavt, eksempelvis motivation og ansvar, som har et gennemsnit ved opstart på 5,3.

FIGUR 5.7

Outcomes Star blandt borgerne ved hhv. opstart og ved afslutning (efter 12 måneder). Gennemsnit.

s

Se borgerens stjerner



Anm.: Stjernen er konstrueret på baggrund af gennemsnitsscoren for hver af stjernens 10 dimensioner for borgere ved henholdsvis opstart (N=119) og ved afslutning (N=54). Der er afrundet til hele point. Den grønne linje indikerer opstart, mens den blå linje indikerer anden fase.

Tabel 5.3 giver et samlet overblik over borgernes score inden for hver af de 10 dimensioner på de 4 målinger, som er medtaget i notatet.

TABEL 5.3

Borgernes gennemsnitlige score fordelt på Outcomes Star's ti dimensioner ved opstart og undervejs i CTI-forløbet. Gennemsnit.

	Motiva- tion og ansvar	Livsme- string og egen- omsorg	Administra- tion af økonomi	Socialt net- værk og re- latio- ner	Alkohol- og stof- stof- misbrug	Fysisk hel- bred	Psykiskhel- bred	Menings- fuldt tidsfor- brug	Administra- tion af leje og bolig	Krimine
Opstart	5,3	7,4	5,6	5,7	7,1	6,5	5,1	5,3	7,5	8,3
Første fase	6	7,9	6,5	6,5	7,6	6,8	5,6	5,8	8,2	8,7
Anden fase	6,3	8	6,7	6,6	7,6	6,7	6,1	6,3	8	8,9
Tredje fase	7,2	8,4	7,6	7,5	8,4	7,6	6,7	7,1	8,9	9,3
Afslutning	8	9	8,4	8,6	8,9	8,3	7,4	7,9	9,4	9,6
Forskel (afslutning - opstart)	2,7	1,6	2,8	2,9	1,8	1,8	2,3	2,6	1,9	1,3

Anm.: N=119, N=81, N=76, N=50 N=54 Forskel: Opstart N=119, afslutning N=54.

Kilde: Outcomes Star.

ERFARINGER MED CTI-METODEN

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

Følgende resultater i forhold til CTI-medarbejdernes erfaringer med CTI-metoden kan fremhæves:

- CTI-medarbejderne følger som udgangspunkt manualen for CTI-metoden og dens tre faser tæt
- Omfanget af CTI-medarbejderens kontakt til borgerne følger vejledningen til de tre faser

- Der udarbejdes relevante aktivitetsplaner for størstedelen af borgerne, og planerne tilgodeser de behov og udfordringer, som borgerne giver udtryk for, at de gerne vil have hjælp til.

TDSBEGRÆNSNING OG FASEOPDELING

Et centralt element i CTI-metoden er, at forløbet er bygget op omkring tre specifikt beskrevne faser. Overgangene imellem disse faser er ligeledes centrale. Af metodemanualen for CTI-metoden fremgår det, at ”CTI-forløbet skal være tidsbegrænset og følge de beskrevne faser”, hvilket for Exit-projektet betyder, at forløbene skal være af 12 måneders varighed fordelt over tre lige lange faser. Om forløbene overholder tidsbegrænsningen for de tre faser illustreres i tabel 6.1. Som det fremgår af tabellen, følger forløbene det rette tidsmønster, således at overgangen mellem første og anden fase typisk sker efter 4 måneder, alt imens overgangen mellem den anden og den tredje fase typisk er efter 8 måneder.

TABEL 6.1

Antal måneder i CTI-forløb ved faseovergange. Gennemsnit.

	Antal måneder i forløb (gennemsnit)
Overgang mellem første og anden fase	4,3
Overgang mellem anden og tredje fase	8,4

Anm.: N=53, N=61.

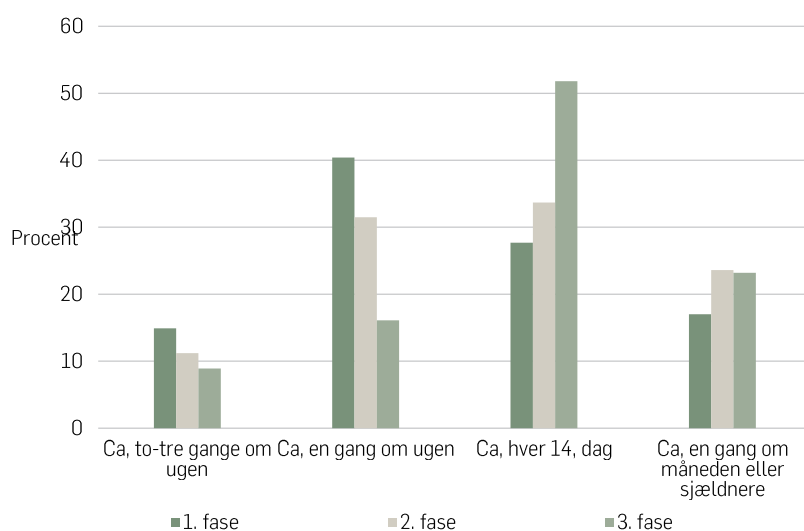
Kilde: Igangværende CTI-skemaer.

OMFANG AF KONTAKT

Et andet centralt element i CTI-metoden er omfanget af kontakten mellem CTI-medarbejder og borgeren, som skal være mest intensiv i starten af forløbet. I figur 6.1 fremgår hyppigheden af medarbejderens kontakt i form af fysiske møder med borgeren.

FIGUR 6.1

CTI-medarbejderens kontakt med borgeren fordelt på hyppigheden af kontakt, særskilt for CTI-forløbets faser.



Anm.: N = 94, N = 89, N = 56.
Kilde: Igangværende CTI-skema.

Det fremgår af figuren, at kontakten med borgeren er mest intensiv i første fase, og at hyppigheden af fysiske møder aftager i anden og tredje fase. I første fase er det ca. 55 pct. af borgerne, der har fysiske møder med CTI-medarbejderen ca. en gang om ugen eller oftere. Ved målingen i anden fase gælder det for ca. 43 pct. af borgerne og ved målingen i tredje fase er det ca. 25 pct. af borgerne, der har fysiske møder med CTI-medarbejderen ca. en gang om ugen eller oftere. Intensiteten af den fysiske kontakt aftager således over tid, hvilket svarer til retningslinjerne i metodemanualen.⁴

AKTIVITETSPLAN

Metodemanualen foreskriver, at borger og CTI-medarbejder sammen skal udarbejde en aktivitetsplan for borgerens forløb, som opdateres løbende. I tabel 6.2 fremgår det, at dette også er tilfældet i langt de fleste

4. Hvor intensiv kontakten mellem borger og CTI-medarbejder er i anden fase, bør dog bero på en individuel vurdering af borgerens situation, og som vi kan se af figur 6.2., er der stadig borgere, som har fysiske møder med en CTI-medarbejder flere gange om ugen i anden fase.

borgerforløb. Det fremgår ligeledes af tabel 6.2, at borgerne i 96 pct. af tilfældene har været med til at udarbejde aktivitetsplanen.

TABEL 6.2

Andel af borgerforløb, hvor..

.. aktivitetsplan er udarbejdet (første fase).

.. borgeren har været med til at udarbejde planen.

.. der er lavet de nødvendige aftaler med aktører (første og anden fase).

.. der er foretaget evaluering (anden fase).

.. der er foretaget tilretninger (anden fase).

Procent.

De er en aktivitetsplan for borgerens forløb (første fase)	92
Borgeren har været med til at udarbejde planen (første fase)	96
Der er lavet de nødvendige aftaler med aktører (første fase og anden fase)	90
Der er foretaget evaluering (anden fase)	75
Der er foretaget tilretninger (anden fase)	67

Anm.: Aktivitetsplan N = 90, N = 83, Aftaler med aktører N = 83, Evaluering N = 79, Tilretninger N = 82.

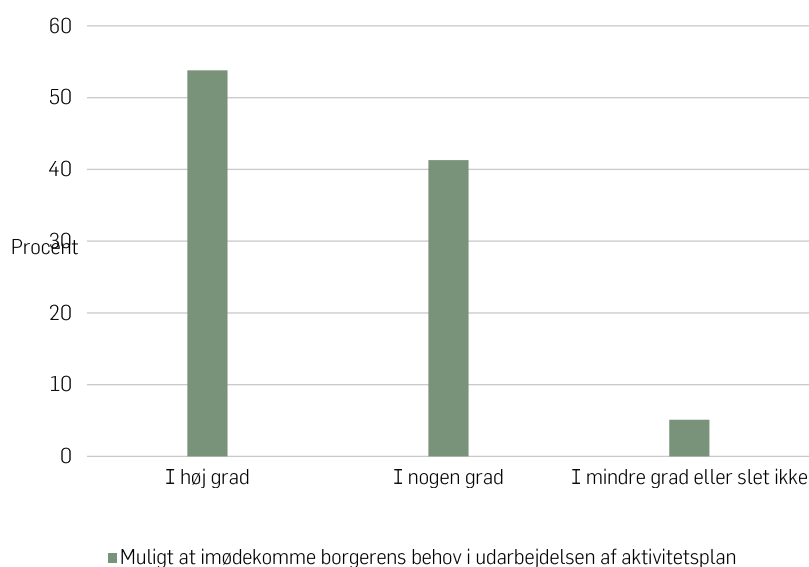
Kilde: Igangværende CTI-skemaer

Ifølge CTI-metoden indebærer første fase en vekselvirkning mellem afklaring af behov og igangsættelse af aktiviteter. Det betyder, at CTI-medarbejderen ideelt set skal begynde at lave aftaler med andre aktører i første fase, hvilket sker i 90 pct. af forløbene. Metodemanualen foreskriver også, at der i anden fase skal være en evaluering af de igangværende aktiviteter, og at aktivitetsplanen skal tilrettes, såfremt det er nødvendigt. Ved målingen midtvejs i anden fase er der for omkring 75 pct. af borgerne foretaget en evaluering af planen, og for 67 pct. er der foretaget tilretninger af planen.

CTI-metoden foreskriver ligeledes, at de aktiviteter, som igangsættes i CTI-forløbet, skal bygge på borgerens individuelle behov. I figur 6.2 fremgår, i hvilket omfang borgernes behov imødekommes i udarbejdelsen af aktivitetsplanen. Generelt tegner der sig et billede af, at de behov, som borgerne har, også bliver imødekommet. Vi ser, at i 95 pct. af borgerforløbene er det muligt for CTI-medarbejderen, at sammensætte en aktivitetsplan, som i høj grad eller i nogen grad imødekommer borgernes behov.

FIGUR 6.2

Borgerforløb fordelt på, i hvor høj grad det er muligt at imødekomme borgerens behov i udarbejdelsen af aktivitetsplanen. Procent.



Anm.: N = 80.

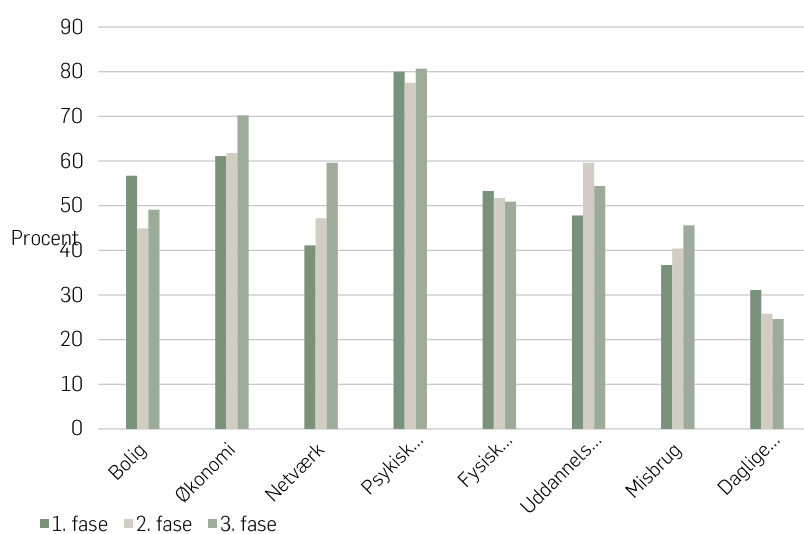
Kilde: Igangværende CTI-skemaer.

FOKUSOMRÅDER

I forbindelse med tilretningen af CTI-metoden til dette projekt er der udpeget otte fokusområder, der skal sikre, at indsatsen tager udgangspunkt i en helhedsorienteret vurdering. I det enkelte forløbs faser er der fokus på de af de otte fokusområder, som borgeren oplever som de vigtigste at arbejde med. I figur 6.3 fremgår det, at der er forskel på, hvilke dimensioner der arbejdes med på de forskellige tidspunkter i forløbet. Eksempelvis arbejdes der i første fase med bolig i en større andel af forløbene end i anden og tredje fase. Omvendt arbejdes der i anden og tredje fase med henholdsvis økonomi og uddannelse i en højere andel af forløbene end der gøres i første fase.

FIGUR 6.3

Andelen af borgerforløb, hvor der i indsatsen er blevet arbejdet med hhv. bolig, økonomi, netværk, psykisk helbred, fysisk helbred, uddannelse og arbejdsmarked, misbrug og daglige aktiviteter fordelt på første, anden og tredje fase i CTI-forløbet. Procent.



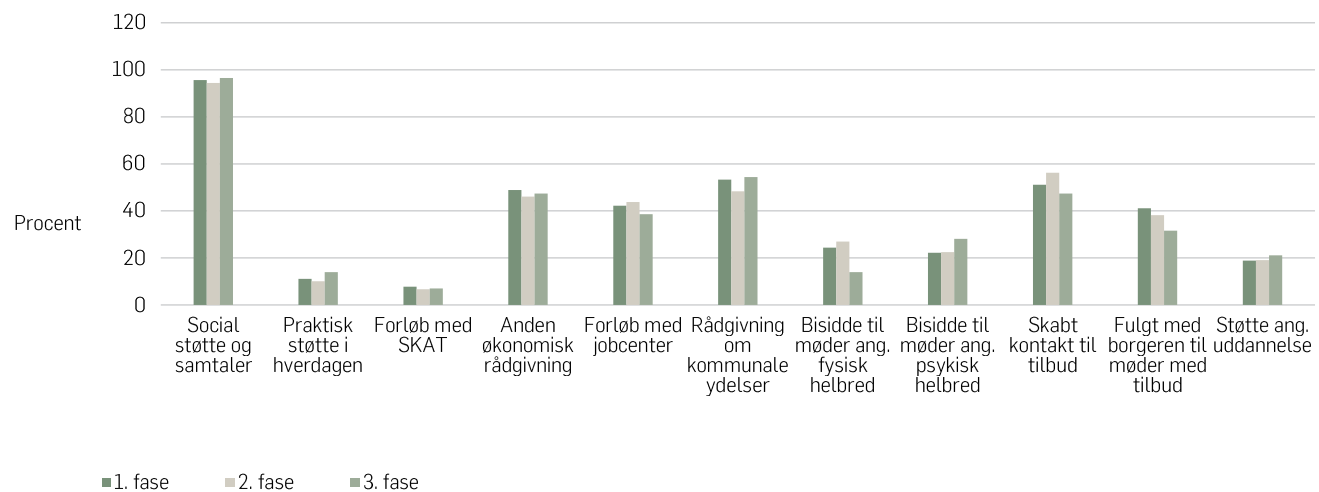
Anm.: N = 90, N = 89, N=57
 Kilde: Igangværende CTI-skemaer.

Figur 6.4 viser hvilke aktiviteter der typisk er en del af CTI-forløbet i første, anden og tredje fase. Helt overordnet kan vi sige, at der i alle tre faser igangsættes aktiviteter, der er målrettet social støtte og samtaler, hvilket er en central del af metoden. Stort set alle borgere i CTI-forløb har aktiviteter af denne karakter. Dernæst kan vi se, at aktiviteter målrettet rådgivning om kommunale ydelser og aktiviteter rettet mod at skabe kontakt og følge med borgeren til tilbud ligeledes fylder en del. Omtrent halvdelen af borgerne har disse former for aktiviteter. Dette tyder på, at såvel praktisk og social støtte, som eksempelvis at skabe kontakt og koordinere til andre kommunale og private tilbud, er centrale aktiviteter i de fleste CTI-forløb, og at forløbene dermed gennemføres i overensstemmelse med metodens principper om, at indsatsen både skal have elementer af støttende og koordinerende karakter. Herudover tyder resultaterne på, at CTI-medarbejdere formår både at varetage en støttende og en koordinerende rolle i forhold til borgeren. Det er vigtigt, at de koordinerende ak-

tiviteter prioriteres hele vejen igennem forløbet, således at der bliver opbygget et støttenetværk omkring borgeren undervejs i forløbet som kan tage over, når CTI-forløbet slutter – i det omfang det er nødvendigt.

FIGUR 6.4

Andelen af borgerforløb, hvor der er blevet arbejdet med forskellige aktiviteter. Procent.



Anm.: N = 90, N = 89, N = 57.

Kilde: Igangværende CTI-skemaer.

HVILKE TILBUD OPNAR BORGERNE?

Det er centralt for CTI-indsatsen, at der er tale om en recovery-orienteret indsats, hvor borgeren er i centrum, og som bygger på borgeregens egne ønsker og behov. Det betyder bl.a., at forløbet vil være individuelt og dermed forskelligt fra borger til borger. Borgerne kan modtage forskellige tilbud i forløbets tre faser. Tabel 6.3 viser, hvilke forskellige typer af tilbud, borgerne modtager i CTI-forløbets tredje fase. Det er i løbet af CTI-forløbets tredje fase, at de indsatser og tilbud, som borgeren ønsker skal forankres. Det fremgår af tabel 6.3, at borgerne modtager en bred vifte af tilbud. En tredjedel af borgerne modtager individuel psykologbehandling, en fjerdedel af borgerne modtager medicinsk stofmisbrugsbehandling, og en fjerdedel modtager psykiatrisk behandling. Omkring en femtedel af borgerne går i netværksgrupper. En femtedel af borgerne har en mentor eller modtager en form for uddannelsesstøtte og mere end en tiendedel er i et aktiveringstilbud.

TABEL 6.3

Konkrete tilbud, blandt borger i forløbets tredje fase. Antal og procent.

Tilbud	Antal	Pct.
Individuel psykologbehandling	19	33
Medicinsk stofmisbrugsbehandling - substitutionsbehandling	14	25
Psykiatrisk behandling	14	25
Netværksgrupper samtalegrupper e.l.	13	23
Somatisk behandling/pleje af fysiske sygdomme	13	23
Mentor eller anden form for uddannelsesstøtte	11	19
Motionstilbud	9	16
Aktiveringstilbud herunder løntilskud virksomhedspraktik e.l.	7	12
Uddannelsesvejledning	5	9
Økonomisk rådgivning	4	7
Alkoholbehandling	4	7
Bostøtte hjemmevejleder e.l. efter Servicelovens § 85	3	5
Selvudviklingskurser	2	4
Kreative tilbud	2	4

Anm.: Det er muligt, at modtage flere tilbud. Procenter summer derfor ikke til 100 pct.

USIKKERHED OM FORLÆNGELSE AF PROJEKTPERIODEN

Exit-Prostitution er finansieret af Satspuljemidler. Ved udgangen af 2015 besluttede satspuljepartierne at forlænge Exit-Prostitution med ét år. Forud for denne beslutning var der flere måneder, hvor de fire projekt-

kommuner ikke vidste, om projektet ville stoppe ved udgangen af 2015 eller om det ville blive forlænget med et år. Ifølge CTI-medarbejderne i de fire kommuner havde usikkerheden om projektets forlængelse den konsekvens, at CTI-medarbejderne mere eller mindre stoppede med at optage borgere i projektet, da de frygtede, at de ikke ville kunne give borgerne et 12 måneders CTI-forløb. Derudover betød usikkerheden om projektets forlængelse, at der var CTI-medarbejdere, der nåede at søge andet arbejde, inden beslutningen om forlængelsen blev truffet. Efter beslutningen om at forlænge projektet blev truffet, har 3 af projektkommunerne igen åbent for optag af borgere i CTI-forløb og der hvor det var nødvendigt er der ansat nye CTI-medarbejdere. I forlængelsen af projektet er der samtidig et større fokus på forankring af Exit-Projektet, og som følge heraf har alle fire projektkommuner organiseret sig anderledes i 2016. I den endelige evaluering af projektet, vil vi have blik for, hvad denne periode med uvished om projektets forlængelse og den anderledes organisering i 2016 kan have haft for projektet og de resultater vi finder af projektet, dvs. hvilken betydning dette har haft for metodeafprøvningen.

LITTERATUR

- Baker, M.L., L.R. Dalla & C. Williamson (2010): "Exiting Prostitution: An Integral Model". *Violence Against Women*, 16(5), s. 579-600.
- Benoit, C. & A. Millar (2001): *Dispelling Myths and Understanding Realities: Working Conditions, Health Status, and Exiting Experiences of Sex Workers*. Victoria: Prostitutes Empowerment, Education and Resource Society.
- Baumgartner, J.N. & D.B. Herman (2012): "Community Integration of Formerly Homeless Men and Women With Severe Mental Illness After Hospital Discharge". *Psychiatric Services*, 63(5), s. 435-437.
- Bjønness, J. (2011): *Jeg siger jo ikke, at jeg vil være astronaut, vel ...: en antropologisk undersøgelse af relationen mellem kvinder med erfaring med salg af seksuelle ydelser og det sociale system*. København: Rådet for Socialt Udsatte.
- Dalla, R.L. (2006): "'You can't hustle all your life': An exploratory investigation of the exit process among street-level prostituted women". *Psychology of Women Quarterly*, 30(3), s. 276-290.
- Døssing, L., M.H. Sørensen, J. Kofod, T. Dyrvig, M. Vilshammer & R. Bille (2011): *Vejen ud. En interviewundersøgelse med tidligere prostituerede*. Odense: Servicestyrelsen.

- Herman, D.B. & J.M. Mandiberg (2010): "Critical Time Intervention: Model Description and Implications for the Significance of Timing in Social Work Interventions". *Research on Social Work Practice*, 20(5), s. 502-508.
- Herman, D.B., S. Conover, P. Gorroochurn, K. Hinterland, L. Hoepner & E. Susser (2011): "Randomized Trial of Critical Time Intervention to Prevent Homelessness After Hospital Discharge" *Psychiatric services*, 62(7), s. 713-719.
- Hester, M. & N. Westermarland (2004): *Tackling Street Prostitution: Towards a holistic approach*. London: Home Office.
- Kofod, J., T. Dyrvig, K. Markwardt, N. Lagoni, R. Bille, T. Termansen, L. Christiansen, E.J. Toldam & M. Vilshammer (2011): *Prostitution i Danmark*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Mayhew, P. & E. Mossman (2007): *Exiting Prostitution: Models of Best Practice*. Wellington: Ministry of Justice.
- Mcnaughton, C.C. & T. Sanders (2007): "Housing and Transitional Phases Out of 'Disordered' Lives: The Case of Leaving Homelessness and Street Sex Work". *Housing Studies*, 22(6), s. 885-900.
- Sanders, T. (2007): "Becoming an Ex Sex Worker: Making Transitions Out of a Deviant Career". *Feminist Criminology*, 2(1), s. 74-95.
- Sørensen, M.H. (2014): *Prostitutionens omfang og former*. København: Socialstyrelsen.
- Tomita, A. & D.B. Herman (2012): "The Impact of Critical Time Intervention in Reducing Psychiatric Rehospitalization After Hospital Discharge". *Psychiatric services*, 63(9), s. 935-937.
- Williamson, C. & G. Folaron (2003): "Understanding the Experiences of Street Level Prostitutes". *Qualitative Social Work*, 2(3), s. 271-287.