

MIDTVEJSNOTAT

# EXIT PROSTITUTION

THERESA FRØKJÆR DYRVIG  
AGNETE ASLAUG KJÆR  
GUNVOR CHRISTENSEN

KØBENHAVN 2015

EXIT PROSTITUTION

Afdelingsleder: Kræn Blume Jensen  
Afdelingen for socialpolitik og velfærdsydelse

© 2015 SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd  
Herluf 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

	<b>RESUMÉ</b>	<b>5</b>
<b>1</b>	<b>INDLEDNING</b>	<b>11</b>
	Rekruttering af borgere	12
	Notatets struktur	13
<b>2</b>	<b>CTI-METODEN</b>	<b>15</b>
<b>3</b>	<b>EVALUERINGSDESIGN OG DATA</b>	<b>19</b>
	Dokumentationsredskaber	20
<b>4</b>	<b>HVEM ER I FORLØB?</b>	<b>25</b>
	Status på CTI-forløb og kontakt med målgruppen	26
	Borgere i forløb	28

<b>5</b>	<b>BORGERENS UDBYTTE AF CTI-FORLØBET</b>	<b>41</b>
	Trivsel	42
	Prostitutionsfrekvens	45
	Udvikling i borgerens egen oplevelse af livssituation	49
<b>6</b>	<b>ERFARINGER MED CTI-METODEN</b>	<b>55</b>
	<b>BILAG</b>	<b>67</b>
	Bilag 1 Forstudiet	67
	Bilag 2 Pilotstudiet	70
	<b>LITTERATUR</b>	<b>76</b>

## RESUMÉ

Dette midtvejsnotat omhandler projektet ”Exit prostitution”. Exit-projektet blev påbegyndt i april 2012 og løber til udgangen af 2015 og befinder sig i øjeblikket midtvejs i projektets afprøvningsfase. 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 er, at borgere med prostitutionserfaringer, 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 er dermed en central socialpolitisk indsats overfor borgere i prostitution i det danske samfund.

I dette notat belyser vi midtvejsresultater for, hvordan udviklingen er for de borgere, der er nået halvt igennem et CTI-forløb. I den afsluttende evaluering af projektet i 2015 vil grundlaget for at identificere resultater basere sig på flere observationer end dette midtvejsnotat, idet flere borgere vil være opstartet i et CTI-forløb, og flere vil have gennemført et helt CTI-forløb.

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, prostitutionsaktivitet og egen oplevelse af udvikling undervejs i forløbet. Endelig giver vi en sta-

tus på, om CTI-metoden anvendes i overensstemmelse med metodens grundlæggende principper (fidelitet) i de kommuner, som indgår i projektet.

## RESULTATER

De følgende afsnit opsummerer de overordnede foreløbige resultater, som præsenteres i midtvejsnotatet. Det gælder dels resultaterne af baselinemålingerne i form af borgernes baggrundskarakteristika og egne mål med at indgå i forløb, dels resultater vedrørende, hvilken udvikling borgerne oplever undervejs i CTI-forløbet i forhold til henholdsvis prostitutionsaktivitet og trivsel, samt hvorvidt anvendelsen af CTI-metoden vurderes at være i overensstemmelse med metodens principper.

### NI UD AF TI BORGERE I EXIT-PROJEKTET ER KVINDER

De fire projektkommuner har tilsammen ved udgangen af september 2014 haft 71 borgere i forløb, hvoraf 13 borgere har afsluttet deres CTI-forløb.<sup>1</sup> Hovedparten af de borgere, som er eller har været en del af et CTI-forløb, er unge kvinder under 30 år med dansk statsborgerskab. Herudover er det borgere, hvor størstedelen ikke har en erhvervskompetencegivende uddannelse, og hvor godt hver femte enten er sygemeldt eller på anden måde står uden for arbejdsmarkedet. Hertil kommer at over halvdelen er ledige eller i aktivering.

Det kendetegner endvidere målgruppen, at 3 ud af 4 borgere i forløb har haft deres prostitutionsdebut for mere end 4 år siden og for en tilsvarende andel er det mindre end et år siden, de sidst modtog betaling for seksuelle ydelser.

### FIRE UD AF TI ØNSKER AT OPHØRE MED PROSTITUTION

Der er to målsætninger med at deltage i Exit-projektet – at ophøre med salg af seksuelle ydelser og/eller at forbedre eksisterende livsvilkår. Det er borgeren selv, som angiver, hvad hans eller hendes mål med at indgå i CTI-forløbet er. 4 ud af 10 borgere i projektet ønsker ved forløbets opstart helt at ophøre med prostitution, mens den resterende andel ved opstart ønsker at forbedre deres livsvilkår. Gruppen af borgere, som har forbedrede livsvilkår som målsætning, omfatter både borgere, som er aktive i prostitution og borgere, som er ude af prostitution, men som

---

1. I tre tilfælde er der ikke registreret tilstrækkelige data for forløbet, hvorfor der i notatet inddrages data fra 68 forløb (se i øvrigt kapitel 3 om notatets datagrundlag).

deltager i projektet for at få forbedret eksisterende livsvilkår. 42 pct. af de borgere, som ved opstart af deres CTI-forløb har angivet forbedrede livsvilkår som målsætning, har således ikke solgt seksuelle ydelser inden for det seneste år op til CTI-forløbets start. Erfaringerne i de fire projektkommuner er, at borgernes målsætning kan ændre sig undervejs i CTI-forløbet.

#### SEKS UD AF TI OPLEVER FORBEDRING AF DERES MENTALE TRIVSEL

66 pct. af de borgere, der er i projektet, vurderes at være i risiko for stress og depression ved opstart i CTI-forløbet. Den andel falder til 44 pct. efter de første 6 måneder i CTI-forløbet. Ligeledes oplever 6 ud af 10 borgere en reel forbedring af deres mentale trivsel inden for de første 6 måneder af deres CTI-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 OG OVERVEJELSER OM SALG AF SEKSUELLE YDELSER

Ved opstart har hver anden borger i forløb solgt seksuelle ydelser inden for den seneste måned. Ser vi på borgere, som er halvvejs inde i CTI-forløbene, er denne andel faldet til hver tredje. Der sker således et fald i borgernes prostitutionsfrekvens. Inddrager vi de borgere, der angiver at have haft overvejelser om at få betaling for seksuelle ydelser inden for den seneste måned, ser vi et tilsvarende billede. 75 pct. af borgerne har ved opstart af deres CTI-forløb enten solgt seksuelle ydelser eller haft overvejelser herom inden for den seneste måned. Denne andel falder til 63 pct. halvvejs inde i CTI-forløbet.

#### BORGERNE VURDERER DERES LIVSSITUATION SOM FORBEDRET

Generelt oplever borgerne inden for de første 6 måneder af deres CTI-forløb en betydelig forbedring af egen livssituation målt på baggrund af ti dimensioner fx økonomi, socialt netværk, misbrug, mentalt helbred og fysisk helbred. Efter 2 måneder har 26 pct. af borgerne således oplevet en betydelig forbedring i egen livssituation, og 46 pct. har oplevet en

moderat forbedring.<sup>2</sup> Efter 6 måneders forløb stiger andelen af borgere, som har oplevet en betydelig forbedring, til 44 pct. 6 pct. har en mere negativ opfattelse af egen livssituation 6 måneder inde i deres CTI-forløb, men overordnet tegner der sig et billede af, at langt størstedelen af borgerne oplever en forbedret livssituation jo længere de kommer frem i CTI-forløbet.

#### CTI-METODEN

Der er i projektet udviklet en manual over CTI-metoden, som beskriver metodens værdigrundlag og kerneprincipper samt CTI-medarbejdernes aktiviteter og opgaver undervejs i CTI-forløbet. CTI-medarbejderne følger som udgangspunkt manualen for CTI-metoden tæt. Det kommer til udtryk ved, at omfanget af kontakten til borgerne følger vejledningen, og ved at forløbet følger metodens faseopdeling og tidsbegrænsning. Herudover viser de foreløbige resultater, at CTI-medarbejderen og borgeren samarbejder om at udarbejde en aktivitetsplan, der tilgodeser de behov og udfordringer, som borgerne individuelt gerne vil have hjælp til, samt at det i vid udstrækning er muligt at få kontakt til de tilbud, som er relevante for borgeren.

CTI-medarbejderne bruger også hen i forløbet relativt mange timer om ugen på hver enkelt borger. Det afspejler, at de borgere, der er involveret i projektet, har et relativt stort behov for hjælp til en række forskellige problemstillinger.

#### REKRUTTERING AF BORGERE TIL FORLØB

De foreløbige erfaringer i projektet er, at det kan være vanskeligt at rekruttere borgere til projektet. Kommunerne arbejder dog aktivt med flerstrengede strategier for rekruttering bl.a. i form af samarbejde med interne kommunale samarbejdspartnere fx jobcentre eller misbrugscentre samt via samarbejde med eksterne aktører såsom NGO'er og Kompetencecenter Prostitution (KC). Kommunerne arbejder desuden løbende med at informere om projektet direkte til målgruppen ved hjælp af forskelligt skriftligt materiale samt via subsites på egne hjemmesider og/eller Facebook. Endelig oplever flere kommuner, at borgere som er i

---

2. Resultaterne bygger på borgernes udfyldelse af redskabet Outcomes Star. For nærmere beskrivelse af redskabet henvises til kapitel 3 og for en beskrivelse af, hvad der definerer henholdsvis en betydelig, henholdsvis en moderat progression henvises til kapitel 5.



forløb henviser andre borgere fra målgruppen. Forventningen er derfor samlet set, at tilgangen af borgere til projektet vil stige.

#### TENDENSER

Resultaterne i dette midtvejsnotat viser tydelige tegn på, at CTI-metoden kan give borgere med prostitutionserfaringer den støtte, de har brug for i forhold til enten at ophøre med prostitution eller forbedre deres livsvilkår. Halvvejs inden i afprøvningen af CTI-metoden er de foreløbige resultater, at borgerne får det psykisk bedre, og at deres prostitutionsfrekvens mindskes og at en overvejende del oplever, at deres livssituation forbedres. Resultaterne er baseret på statusmålinger af borgernes udvikling, hvor der ses en positiv udvikling fra, de starter op i CTI-forløbet, og til de er halvvejs igennem forløbet. Dermed er der lovende resultater ved CTI-metoden i forhold til borgere med prostitutionserfaringer.

De borgere, der er involveret i CTI-projektet, har en række forskellige udfordringer og problemstillinger. Ingen borgere med prostitutionserfaringer, der har ønsket at opstarte et CTI-forløb, er blevet afvist. Dette sammenholdt med, at resultaterne halvvejs i CTI-forløbene viser positive tendenser, peger på, at CTI-metoden er i stand til at favne en bred og udfordret målgruppe, hvor der tilrettelægges individuelle forløb baseret på borgerens egne behov. I forløbene synes det muligt at støtte borgerne i at forbedre deres mentale helbred og i at reducere prostitutionsfrekvensen. De foreløbige resultater fra midtvejs-evalueringen viser desuden, at borgere i CTI-forløb modtager en hjælp og støtte, som bevirker, at de oplever en udvikling i forhold til aktuelle problemstillinger i deres liv. Der er tale om en intensiv kontakt mellem CTI-medarbejderen og borgeren, særligt i starten af forløbet, og denne intensive kontakt kan have stor betydning for, at borgerens problemkompleks bliver afdækket og en række relevante aktiviteter igangsættes.

#### DEN AFSLUTTENDE EVALUERING

I 2015 evaluerer vi det samlede projekt i sin fulde længde. Vi vil foretage kvantitative analyser af borgernes udvikling, hvor vi holder deres udvikling op imod deres baggrundsforhold og målsætninger for at deltage i CTI-forløbet (herunder om borgeren ændrer målsætning undervejs), samt hvilke tilbud og indsatser der er blevet iværksat undervejs i CTI-forløbet. I midtvejsnotatet har vi afrapporteret de foreløbige resultater

samlet for de borgere, som er i forløb på nuværende tidspunkt. Det er dog muligt, at nogle resultater knytter sig særligt til bestemte dele af målgruppen, fx specifikt til personer, som sælger seksuelle ydelser på gaden, hvilket vi ligeledes vil adressere i den afsluttende evaluering i det omfang, det er relevant og muligt.

De resultater, vi identificerer kvantitativt, vil vi perspektivere med kvalitativt interviewmateriale, således at vi opnår viden om de mekanismer, der gør, at resultater af CTI-metoden opnås. Den kvalitative empiri består af interview med borgere fra projektet, CTI-medarbejdere og projektledere. Borgerinterviewene skal belyse borgernes oplevelse med CTI-forløbet generelt og samarbejdet med CTI-medarbejderen, herunder om det har været muligt at finde de tilbud og aktiviteter, som imødekommer borgerens egen oplevelse af behov. Interview med henholdsvis CTI-medarbejdere og projektledere skal dels belyse projektkommunernes erfaringer med at arbejde med CTI-metoden i forhold til målgruppen af borgere med prostitutionserfaringer, dels undersøge, hvordan kommunerne iværksætter strategier for at forankre de processer og forandringer, der er opnået med CTI-metoden.

## INDLEDNING

Exit prostitution er en del af satspuljeaftalen for 2012. Projektet 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.<sup>3</sup>

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 (casemanager) 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).

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

---

3. En nærmere beskrivelse af målgruppen kan findes her: <http://www.socialstyrelsen.dk/udsatte/prostitution/prostitution-1/malgruppe-1>.

Formålet med SFI's evaluering er dels at undersøge de involverede borgeres udbytte af at deltage i projektet målt på henholdsvis fald i prostitutionsfrekvens og forbedret livssituation. Herudover evaluerer vi projektkommunernes brug af CTI-metoden, herunder den praktiske implementering og anvendelse af metoden. På den baggrund vurderer vi anvendeligheden af CTI-metoden i det sociale arbejde med projektets målgruppe.

Projektet er 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 løber indtil projektets afslutning i december 2015. I udviklingsfasen var det primære evalueringsmæssige formål at kvalificere valget af metode samt udvikle dokumentationsredskaberne. Som et led i dette arbejde gennemførte SFI et forstudie bestående af et litteraturstudie og en række kvalitative interview. I bilag 1 er der en kort gennemgang af forstudiet. I pilotfasen blev såvel den praktiske anvendelse af metoden som dokumentationsredskaberne testet af projektkommunerne. Erfaringerne førte til en række præciseringer, som er beskrevet i bilag 2.

Dette midtvejsnotat har til formål at give viden om, hvad der karakteriserer de borgere, der er en del af et CTI-forløb, samt hvordan det går dem midtvejs i projektets afprøvningsfase. Herudover beskriver notatet, hvordan de fire projektkommuner anvender CTI-metoden i arbejdet.

## REKRUTTERING AF BORGERE

De foreløbige erfaringer i projektet er, at det kan være vanskeligt at rekruttere borgere til projektet. Det kan bl.a. skyldes manglende tillid til det offentlige system blandt borgere fra målgruppen<sup>4</sup>. Kommunerne arbejder dog aktivt med flerstrengede strategier for rekruttering bl.a. i form af

---

4. Flere danske undersøgelser peger på en række barrierer i kontakten mellem borgere fra målgruppen og det kommunale system. Eksempelvis konkluderer forskellige undersøgelser, at borgere med prostitutionserfaringer har afholdt sig fra at søge hjælp i offentligt regi blandt andet grundet manglende tillid til det offentlige sociale system, manglende oplevelse af indflydelse på egen situation, oplevelser med skiftende sagsbehandlere og/eller frygt for repressalier (se bl.a. Bjonness, 2011; Døssing m.fl., 2011; Kofod m.fl., 2011). At manglende tillid kan være en central barriere udfoldes særligt i en af de få danske ph.d. studier på området, der beskriver, at mistillid for nogle borgere fra målgruppen er en central del af deres identitet, og derfor som udgangspunkt ofte er et gennemgående træk i borgerens relationer (Bjonness, 2013).

samarbejde med eksterne aktører, såsom NGO'er og Kompetencecenter Prostitution (KC). De eksterne samarbejdspartnere er allerede nu en væsentlig aktør i rekrutteringen, idet de ofte har den fordel, at de både har kendskab til borgeren og til projektet/CTI-medarbejderen, og derfor vil kunne medvirke til at bygge bro mellem CTI-medarbejderen og borgeren.

Herudover har kommunerne informeret om projektet via subsites på egne hjemmesider og/eller Facebook samt udarbejdet forskelligt skriftligt materiale med informationer om projektet til målgruppen. Det skriftlige materiale omfatter bl.a. pjecer, kondompakker, plakater og lignende og er lagt ud på eksempelvis uddannelsesinstitutioner, hoteller, caféer og lægepraksisser. KC har desuden haft kommunernes informationsmateriale med rundt i forbindelse med deres landsdækkende opfølgende arbejde på klinikkerne. Endelig arbejder alle fire projektkommuner løbende med at udbrede kendskabet til projektet og målgruppen internt i kommunerne eksempelvis gennem oplæg i andre forvaltninger/centre, oplysningsfilm og skriftligt materiale. Herigennem styrkes og forankres viden om det sociale arbejde med projektets målgruppe i de fire projektkommuner. Forventningen er derfor, at tilgangen af borgere til projektet vil stige, hvis det formås at skabe tillid til projektet hos målgruppen.

## NOTATETS STRUKTUR

Notatet er struktureret således, at vi i kapitel 2 beskriver CTI-metoden og i kapitel 3 de anvendte metoder til dataindsamling og analysemetoder. 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 et CTI-forløb. Herudover indeholder kapitlet deskriptive analyser af populationen, fx borgerens baggrund, målt på en række socioøkonomiske faktorer samt borgerens formål med at indgå i et CTI-forløb. I kapitel 5 beskriver vi borgerens udbytte af forløbet målt på projektets centrale outcomes i form af forbedret livssituation og prostitutionsfrekvens. I kapitel 6 afrapporterer vi de foreløbige resultater af kommunernes anvendelse af CTI-metoden.



## CTI-METODEN

I projektet anvendes metoden Critical Time Intervention. Metoden er valgt, da den, på baggrund af såvel dansk som international litteratur, forventes at have potentiale til at håndtere en række af de udfordringer, som kan gøre det vanskeligt for borgeren at skabe forandringer i forhold til prostitutionen. Det er eksempelvis udfordringer knyttet til borgerens relation til det offentlige sociale system, eller at borgeren oplever udfordringer i sit liv på en række områder, fx misbrug, økonomiske problemer og manglende socialt netværk (Bjønness, 2011; Døssing m.fl., 2011; Kofod m.fl., 2011; Mayhew & Mossman, 2007; McNaughton & Sanders, 2007).<sup>5</sup>

Metoden er oprindeligt udviklet for at forhindre hjemløshed blandt personer med alvorlige psykiske lidelser, som overgår fra en institutionslignende bolig/opholdssted til egen bolig eksempelvis i forbindelse med udskrivning fra psykiatriske hospitaler, herberger og fængsler. Denne overgang fra at leve i en institutionaliseret boligform til et liv i egen bolig vurderes at være en særdeles sårbar periode, og der er evidens for, at anvendelsen af metoden har en positiv effekt i forhold til at støtte

---

5. Se evt. bilag 1 for en kort beskrivelse af projektets forstudie.

borgere i denne kritiske overgangsfase, således at risikoen for ny hjemløshed mindskes.<sup>6</sup>

I forbindelse med anvendelsen af CTI-metoden i Exit prostitution er metoden blevet tilpasset til projektets målgruppe, dog uden at der er ændret på metodens kerneelementer. Formålet med anvendelse af metoden i forhold til projekt Exit prostitution er at støtte borgeren i den forandring, de ønsker at skabe i forhold til deres liv, hvad enten der er tale om exit fra prostitution eller forbedret livssituation. Støtten består dels af at styrke borgerens støttenetværk i både professionelt og privat regi på langt sigt, dels af at give borgeren intensiv praktisk og social støtte i en tidsafgrænset periode på 12 måneder.

Det er borgerens behov, der er omdrejningspunktet i CTI-forløbet. Det er afgørende, at forløbet bliver individuelt tilpasset borgeren, og at forløbet udvikles og planlægges i samarbejde mellem borger og CTI-medarbejder. CTI-medarbejderen har en koordinerende rolle i forløbet, således at borgeren bliver tilknyttet de relevante tilbud og indsatser, som borgeren ønsker. Undervejs i forløbet vil borgeren med hjælp fra CTI-medarbejderen således blive tilknyttet aktiviteter hos forskellige offentlige eller private tilbud. Nogle aktiviteter afsluttes i løbet af det år forløbet varer, mens andre fortsætter efter CTI-forløbets ophør, og dermed er en del af det langsigtede støttenetværk. Udover at have en koordinerende rolle er CTI-medarbejderen 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.

---

6. Det gælder eksempelvis i et randomiseret amerikansk studie, som viser, at det at være en del af et 9 måneders intensivt CTI-forløb mindsker borgerens risiko for tilbagefald til hjemløshed målt ved opfølgning 18 måneder efter påbegyndt CTI-forløb (Susser m.fl., 1997). Herudover har metoden, ligeledes på baggrund af et randomiseret studie, vist sig anvendelig til at reducere antallet af genindlæggelser på psykiatriske hospitaler blandt tidligere hjemløse personer med alvorlig og vedvarende psykisk sygdom (Tormita & Herman, 2012). Det er første gang, at metoden anvendes på prostitutionsområdet, hvorfor der ikke er evidens for dens effekt i forhold til at støtte denne målgruppe.



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 selvhjulpnen i eksempelvis at søge støtte. Samtidig arbejdes der i forløbet med at etablere et netværk omkring borgeren, som kan støtte borgeren efter CTI-forløbets afslutning. Kendetegnende for de tre faser er, at:

- 1. CTI-fase har fokus på planlægning og igangsættelse af forløb.
- 2. CTI-fase har fokus på afprøvning og tilpasning af forløb.
- 3. CTI-fase har fokus på ansvarsoverdragelse og forankring af forløb.

CTI-forløbets 1. 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 indsats. Den første fase er derfor også den fase, hvor kontakten mellem CTI-medarbejderen og borgeren er mest intensiv.

I 2. fase evalueres og tilpasses den plan og den indsats, som borgeren og CTI-medarbejderen i fællesskab har udarbejdet og igangsat i den 1. 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 3. fase afsluttes CTI-forløbet. Det er afgørende at sikre, at der er et støttenetværk omkring borgeren, som kan være med til at sikre, at de opnåede resultater fastholdes. Derfor skal der i den afsluttende fase af CTI-forløbet udarbejdes en langsigtet plan for, hvordan en eventuelt fortsat støtte fra det opbyggede støttenetværk skal varetages efter CTI-forløbets ophør.

CTI-medarbejderens rolle og opgaver varierer alt efter, hvilken fase forløbet befinder sig i. I nedenstående oversigt er der en kort beskrivelse af de mest centrale aktiviteter i hver af de tre faser.<sup>7</sup>

TABEL 2.1

Beskrivelse af centrale aktiviteter i de tre CTI-faser

Fase	1. CTI-fase	2. CTI-fase	3. 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"> <li>• Afdækning af borgerens behov ved forløbets opstart og løbende igennem fasen.</li> <li>• Udarbejdelse af aktivitetsplan.</li> <li>• Igangsættelse af aktiviteter.</li> <li>• Koordinering af kontakt mellem de private og offentlige instanser, som er knyttet til forløbet.</li> <li>• Påbegyndelse af arbejdet med at skabe et støttenetværk.</li> <li>• Tæt kontakt mellem borger og CTI-medarbejder.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortsat fokus på borgerens behov.</li> <li>• Mindre intensiv kontakt afhængigt af borgerens behov.</li> <li>• Evaluering og tilpasning af aktivitetsplanen.</li> <li>• Observering af, om støttenetværket fungerer efter hensigten.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fokus på, om støttenetværket er på plads.</li> <li>• Møder med støttenetværket for at symbolisere overdragelsen af støtte.</li> <li>• Udarbejdelse af langsiget plan for evt. videre støtte.</li> <li>• Overdragelse af ansvaret for evt. videre støtte til aktør fra støttenetværket.</li> </ul>

Kilde: [www.criticaltime.org](http://www.criticaltime.org).

7. For en nærmere beskrivelse af såvel forløbets indhold samt CTI-medarbejderens opgaver henvises til projektets metodenotat, der kan findes her:  
<http://socialstyrelsen.dk/udsatte/prostitution/prostitution-1/metoden-bag>.

## EVALUERINGSDESIGN 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 midtvejsnotat beskriver vi alene de foreløbige resultater og tendenser ud fra det kvantitative datamateriale, og der indgår derfor ikke resultater fra den kvalitative del af evalueringen. I den endelige afrapportering, som vil foreligge ultimo 2015, 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 projektkommunerne løbende informationer om kontakt til borgere, der er i målgruppen, men som ikke starter i 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 forløb.

## DOKUMENTATIONSREDSKABER

I projektet indsamles 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 fidelitets-delen, 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 borgerid (ikke cpr.nr), 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 omtalt som 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 ti forskellige områder – økonomi, bolig, socialt netværk, alkohol- og stofmisbrug, motivation og ansvar, fysisk helbred, mentalt helbred, tids-

forbrug, kriminel adfærd samt egen omsorg. Resultaterne af målingerne er dermed borgerens egen vurdering af sin situation. 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 afslutningsskema

CTI-skemaerne udfyldes af CTI-medarbejderen og indeholder spørgsmål til vurdering af fidelitet i indsatsen samt spørgsmål, hvor CTI-medarbejderen på baggrund af sit kendskab til borgeren beskriver 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. Herudover beskriver CTI-medarbejderen om borgeren har udtrykt ønske om/behov for hjælp i forbindelse med problematikker relateret til den pågældende dimension, og i hvilket omfang det har været muligt at imødekomme dette.

#### UDVIKLING AF DOKUMENTATIONSREDSKABER

Som planlagt blev dokumentationsredskaberne testet i projektets pilotfase, hvilket førte til en række præciseringer. Udover en række indholdsmæssige forandringer er de primære forandringer fra pilot- til afprøvningsfasen, at:

- Dokumentation af alle CTI-forløb blev samlet i et dokumentationssystem – Star online.
- Der blev introduceret et skema til registrering af kontakt med borgere fra målgruppen, som ikke resulterede i opstart af et CTI-forløb.

- Der skete ændringer i frekvensen, hvormed dokumentationen indsamles.

I nedenstående tabel ses de dokumentationsredskaber, som er anvendt i henholdsvis pilotfase og implementerings- og afprøvningsfase.

TABEL 3.1  
Dokumentationsredskaber.

Pilotfase juni – dec. 2013		Afprøvningsfase jan. 2014 – dec. 2015		
Redskab	Frekvens	Redskab	Frekvens	Primær ændring
Outcomes Star	Hver måned	Outcomes Star	Hver 2. måned	Nye spg. om prostitution Ændring i frekvens i indsamling
Statusskema	Ved opstart og herefter hver måned	CTI-skemaer	Hver 2. måned	Tilføjelse af spg. til måling af fidelitet
Aktivitetsplan (papirversion)	Løbende	Aktivitetsplan <sup>1</sup> (elektronisk version)	Løbende	Integreret i det elektroniske dokumentationssystem
		Registreringsskema af ikke-opstartede forløb	Løbende	Nyt skema

1. Aktivitetsplanen er ikke et kvantitativt dokumentationsredskab, men fungerer som et planlægningsredskab, der anvendes løbende af CTI-medarbejderne og borgeren i fællesskab og giver indblik i de aktiviteter, som CTI-medarbejder og borgeren planlægger.

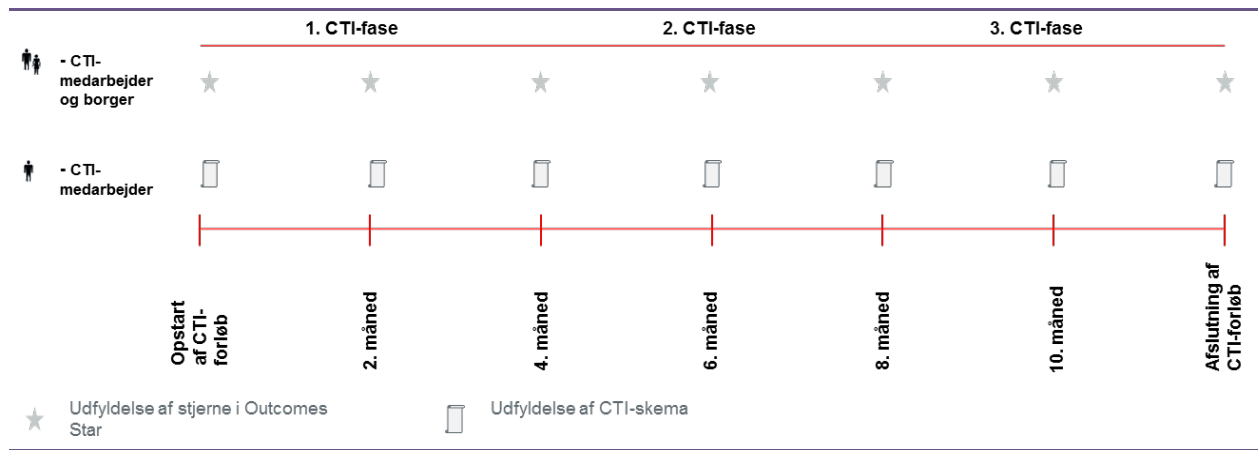
De grønne felter er de skemaer, som er udgået forud for afprøvningsfasen. For mere information om præciseringerne henvises til bilag 2, hvor der dels er en samlet beskrivelse af pilotstudiet, dels en oversigt over de enkelte præciseringer af dokumentationsredskaberne fra pilotfasen over til implementerings- og afprøvningsfasen (se bilagets tabel B2.3).

#### 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 MIDTVEJSNOTATET

Eftersom dette notat er en midtvejsevaluering, foregår der stadig et optag af borgere i projektet. Pr. 26.9.2014, som er udtræksdatoen for data anvendt i notatet, er 71 borgere i forløb og hertil kommer de borgere, der er i gang med orienteringsperioden, hvoraf flere forventes at opstarte i et CTI-forløb.

Nedenstående tabel viser datagrundlaget for analyserne. Ud af de 71 borgere, der er i forløb, er der for tre borgere ikke tilstrækkelige data til, at de indgår i notatets datagrundlag. Der indgår derfor i alt 68 forskellige borgere i datagrundlaget.<sup>8</sup> Der inddrages både data for forløb opstartet i projektets pilotfase og data for forløb opstartet 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. Da de fleste borgere på nuværende tidspunkt ikke har gennemført et fuldt CTI-forløb, har vi valgt i analyserne kun at afrapportere data fra de første fire målinger, hvilket vil sige frem til målingen i 2. fase. Begrundelsen herfor er, at der på nuværende tidspunkt kun er få borgere, som er i

8. I de tilfælde, hvor CTI-medarbejder og borger har udfyldt flere Outcomes Stars inden for den samme fase, medtager vi kun den senest udfyldte stjerne. Dette kan eksempelvis ske, hvis borgeren selv har ønsket, at der bliver udfyldt en ekstra stjerne.

den sidste del af forløbet. Det betyder, at der er få observationer i de sidste tre målinger, som falder efter henholdsvis 8, 10 og 12 måneders forløb, og det giver derfor på nuværende tidspunkt ikke mening at anvende data fra disse tre målinger i afrapporteringen. I tabel 3.2. vises, hvor mange registreringer der er for hver måling. Vi har defineret de enkelte måletidspunkter i henhold til CTI-forløbets faser, hvilket vil sige, at måletidspunktet ”opstart” er ved forløbets start, måletidspunktet ”1.fase” er efter 2 måneder og dermed midtvejs i 1. fase, ”overgang mellem 1. og 2.fase” falder efter 4 måneder, ”2. fase” efter 6 måneder etc.

TABEL 3.2

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

Skema	Opstart	1. fase	Overgang mellem 1.-2. fase	2. fase	Overgang mellem 2. og 3. fase	3. fase	Afslutning
Registrering ved oprettelse	68 *						
Outcomes Star	68	39	23	36	15	16	8
CTI, opstartsskema	52						
CTI, igangværende		40	22	40	19	15	
CTI, afsluttende							13

Anm.: \* Ved skæringsdatoen er der registreret 71 borgere i dokumentationssystemet, 3 af disse har imidlertid ingen opstartsstjerne, hvorfor data for disse tre borgere ikke indgår i afrapporteringen.



## HVEM ER I 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 for at få viden om, hvorvidt der er bestemte dele af målgruppen, som projektet primært får kontakt til. Datagrundlaget består af 68 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<sup>9</sup>. Der er dermed tale om registreringer foretaget ved forløbenes opstart (baselinemålinger).

Baselinemålinger viser følgende status for borgere i opstart i CTI-forløb:

- Hovedparten er kvinder under 30 år med dansk statsborgerskab.
- Størstedelen har ikke en erhvervskompetencegivende uddannelse (77 pct.)
- Få borgere (6 pct.) er i beskæftigelse på opstartstidspunktet.

---

9. Da der kun er udfyldt et CTI-opstartsskema for 52 ud af 68 borgere, hentes de relevante baggrundsoplysninger for de resterende fra borgernes CTI-igangværende skema (1. fase). Dette skyldes, at CTI-skemaerne først blev taget i brug i afprøvningsfasen, hvorfor der ikke er udfyldt et CTI-opstartsskema for de borgere, som er startet på et forløb i projektets pilotfase.

- Cirka 3 ud af 4 har deres første erfaringer med salg af seksuelle ydelser for mere end fire år før opstart i CTI-forløb og en tilsvarende andel har været aktive i forbindelse med salg af seksuelle ydelser det seneste år op til opstart i CTI-forløbet.
- Cirka hver anden borgere angiver at have et misbrug ved opstart i CTI-forløbet.
- Cirka 6 ud af 10 giver udtryk for manglende eller svagt socialt netværk.

De foreløbige resultater viser, at gruppen af borgere i projektet er kendetegnet ved relativ stor forskellighed, samt at en stor gruppe af borgerne involveret i projektet har behov for støtte på flere områder, hvilket understreger behovet for en individuel og helhedsorienteret indsats.

## STATUS PÅ CTI-FORLØB OG KONTAKT MED MÅLGRUPPEN

I tabel 4.1 fremgår antallet af CTI-forløb fordelt på de fire projektkommuner. Af de 68 borgere er halvdelen af borgerne tilknyttet projektet i København, mens henholdsvis 15 og 11 borgere er tilknyttet Odense og Aarhus, og 8 borgere er i forløb i Aalborg. Når der er flere borgere i forløb i København, er det bl.a. en afspejling af, at der er en relativ større målgruppe til projektet i København sammenlignet med de øvrige kommuner, samt at Københavns Kommune i en årrække har haft en handleplan for indsatsen på prostitutionsområdet og dermed arbejdet med målgruppen i kommunalt regi forud for projektets opstart. Det fremgår endvidere af tabellen, at 13 forløb er afsluttet, og 55 forløb er igangværende.

TABEL 4.1

Status på borgere i datagrundlaget. Antal.

Projekt	Afsluttet	Aktiv	Total
Aalborg	3	5	8
Aarhus	1	10	11
København	7	27	34
Odense	2	13	15
Total	13	55	68

Anm.: Der er pr. 26.9.2014 registreret 71 borgere i alt, men vi viser blot data for de 68 borgere, som indgår i datagrundlaget for midtvejsnotatet.

Kilde: Registrering ved oprettelse i dokumentationssystem.

Det er ikke alle borger-henvendelser til Exit-projektet, der ender i opstart af et CTI forløb. I tabel 4.2 har vi gengivet antallet af ikke-opstartede forløb. Det fremgår af tabellen, at der til og med 3. kvartal 2014 har været 38 henvendelser, som ikke resulterede i opstart af et CTI-forløb.

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

TABEL 4.2

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

	Antal
<i>Køn</i>	
Mand	2
Kvinde	36
Total	38
<i>Statsborgerskab</i>	
Dansk	31
Dansk/andet	3
Anden etnisk/ukendt	4
Total	38
<i>Sendt videre til anden indsats</i>	
Ja	20
Nej (eller ikke angivet)	18
Total	38

Anm.: Opgjort pr. 1.oktober 2014.

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 tredjepart, såsom en NGO, Kompetencecenter Prostitution (KC), Center mod Menneskehandel (CMM) eller anden kommunal aktør fx misbrugscenter eller jobcenter.

Typisk er henvendelserne ikke endt i CTI-forløb, fordi borgeren trods henvendelse alligevel ikke har ønsket at deltage, eller fordi borgerne falder uden for målgruppen fx på grund af manglende gult sundhedskort. Der er ingen borgere, som har levet op til projektets målgruppekriterier, der er blevet afvist deltagelse i et CTI-forløb, hvis de har haft ønske herom. Ud af de 38 borgere, som CTI-medarbejderne har haft kontakt til, er 21 borgere blevet henvist til en anden indsats eksempelvis en anden kommunal social indsats såsom bostøtte, eller borgeren får fortsat støtte hos den NGO eller myndighed, som oprindeligt var med til at etablere kontakten til CTI-medarbejderne. Kommunernes erfaringer er således, at nogle af henvendelserne kommer fra personer, som allerede får støtte i andet regi, idet de eksempelvis bor på en boform, hvor de har en fast kontaktperson. I sådanne tilfælde vurderes det i samarbejde med borgeren, om vedkommende ønsker yderligere støtte på det pågældende tidspunkt.

Enkelte borgere som ikke er videresendt til anden social indsats, har udelukkende henvendt sig til CTI-medarbejderne vedrørende råd og vejledning omkring enkeltstående problematikker, såsom hjælp til at få kontakt til SKAT. Efter at have modtaget vejledningen herom fra CTI-medarbejder har de pågældende borgere ikke haft ønske om yderligere social støtte.

Der er dermed forskellige årsager til, at der ikke er opstartet CTI-forløb på baggrund af de pågældende henvendelser, hvorfor det ikke skal ses som et udtryk for, hvorvidt CTI-metoden er anvendelig i en social indsats for disse borgere eller ej.

## **BORGERE I FORLØB**

Den resterende del af kapitlet omhandler udelukkende de 68 borgere, som er startet i et CTI-forløb. I de følgende afsnit beskriver vi, hvad der karakteriserer de borgere, der kommer ind i projektet, og vi giver dermed et overblik over, hvilke problemstillinger de borgere, som søger støtte i

et CTI-forløb, har. Hensigten er at få grundlæggende viden om målgruppen, da det har indflydelse på, hvad der arbejdes med i de enkelte CTI-forløb.

#### MÅLSÆTNING MED FORLØB

For de borgere, som vælger at gå i gang med et CTI-forløb, registreres målsætningen for forløbet ved opstart og undervejs i forløbet. I tabel 4.3 fremgår borgernes målsætning ved opstart.

TABEL 4.3

Borgere fordelt efter målsætning med CTI-forløb ved opstart. Procent.

Målsætning med CTI-forløb	Procent
Exit fra prostitution	43
Forbedrede livsvilkår	57

Anm.: N = 68.

Kilde: Registrering i dokumentationssystem ved oprettelse af borgeren.

Vi ser, at 43 pct. af borgerne går ind i et CTI-forløb med et eksplicit ønske om at komme ud af prostitution, mens 57 pct. har målsætning om at forbedre deres livsvilkår. I den sidstnævnte gruppe indgår der borgere, der angiver, de er stoppet i prostitution, og som ikke ønsker at genoptage dette. 42 pct. af de borgere, der svarer, at de ønsker forbedrede livsvilkår, har således ikke modtaget betaling for seksuelle ydelser inden for det seneste år. Kommunerne erfarer, at borgerens målsætning i nogle tilfælde ændrer sig undervejs i forløbet, således at borgere, som er aktive i prostitution og har forbedret livssituation som målsætning ved opstart, ændrer det til en målsætning om exit undervejs i forløbet og omvendt. Der opsamles som nævnt data herom til brug i den afsluttende evaluering.

#### BAGGRUNDSFORHOLD

I tabel 4.4 har vi opgjort borgernes baggrundsforhold i form af køn, alder, statsborgerskab og uddannelse med henblik på at få viden om, hvem det er, der søger støtte i et CTI-forløb. Som det fremgår af tabellen, har projektet på nuværende tidspunkt primært kontakt til kvinder af dansk oprindelse. Omkring halvdelen af borgerne i forløb er under 30 år på opstartstidspunktet, ca. en tredjedel er mellem 30 og 40 år, mens de resterende 20 pct. er mellem 41 og 50 år.<sup>10</sup>

10. Der er kun registreret alder for 59 ud af de 68 borgere, som er en del af datagrundlaget.

TABEL 4.4

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

	Antal	Procent
<i>Køn</i>		
Kvinde	62	91
Mand	4	6
Transseksuel	2	3
Total	68	100
<i>Statsborgerskab</i>		
Andet	7	10
Dansk	61	90
Total	68	100
<i>Alder</i>		
18-30 år	29	49
31-40 år	18	31
41-50 år	12	20
Total	59	100

Kilde: Registrering i dokumentationssystem ved oprettelse af borgeren.

I tabel 4.5 fremgår borgernes uddannelsesbaggrund. Vi ser, at borgerne i forløb gennemgående har 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.

TABEL 4.5

Borgere fordelt efter højest færdiggjorte skoleuddannelse og højest færdiggjorte kompetencegivende uddannelse. Procent.

	Procent
<i>Højest færdiggjorte skoleuddannelse</i>	
1.-6. klasse eller ingen	12
7.-10. Klasse	60
Gymnasial uddannelse	28
Total	100
<i>Højest færdiggjorte erhvervskompetencegivende uddannelse</i>	
Ingen erhvervskompetencegivende uddannelse	77
Erhvervsuddannelse	16
Gymnasial uddannelse	7
Total	100

Kilde: Registrering i dokumentationssystem ved oprettelse af borgeren.

Når vi kigger på borgernes erhvervskompetencegivende uddannelse, er der en klar overvægt af personer med ingen erhvervskompetencegivende uddannelse, 77 pct., mens 16 pct. har en erhvervsuddannelse, og 7 pct.

har en universitetsuddannelse. Der er med andre ord tale om borgere med et lavt uddannelsesniveau, hvilket selvsagt har betydning for deres muligheder for at indgå på det ordinære arbejdsmarked.

#### ERFARINGER MED PROSTITUTION

For at vurdere om projektet reelt arbejder med den tiltænkte målgruppe er det relevant at afdække borgernes erfaringer med prostitution. I tabel 4.6 fremgår borgernes prostitutionserfaringer målt på, hvornår borgeren solgte seksuelle ydelser henholdsvis første og sidste gang. Knap 3 ud af 4 har haft deres debut med salg af seksuelle ydelser for over 4 år siden, mens hver tiende har haft deres debut inden for det år, hvor de påbegynder et CTI-forløb. Ser vi på hvornår borgerne senest har solgt seksuelle ydelser har knap 3 ud af 4 borgere solgt seksuelle ydelser inden for det seneste år frem mod opstart i CTI-forløbet, mens det for 8 pct. er over to år siden. Resultaterne tyder dermed på, at projektet både har kontakt til borgere, hvis første erfaringer med salg af seksuelle ydelser lægger et stykke tilbage i tiden, samt borgere som har været aktive i forhold til at sælge seksuelle ydelser umiddelbart op til deres opstart i CTI-forløbet.

TABEL 4.6

Borgere fordelt efter prostitutionsdebut. Procent.

Borgere med prostitutionserfaring fordelt efter prostitutionsaktivitet. Procent.

	Procent
<i>Debut: Solgte første gang sex</i>	
Over fire år siden	72
Mellem 1 og 4 år siden	18
Under 1 år siden	10
Total	100
<i>Aktivitet: Solgte sex sidste gang</i>	
Over to år siden	8
1-2 år siden	21
Under 1 år siden	71
Total	100

Anm.: N = 68, N = 62.

Kilde: Registrering ved oprettelse i dokumentationssystemet.

Ser vi nærmere på, hvor borgere, som på nuværende tidspunkt er eller har været en del af et CTI-forløb, sælger de seksuelle ydelser kan vi se, at en stor del af borgerne har erfaringer med at udføre seksuelle ydelser inden for flere forskellige prostitutionsarenaer. Fordelingen fremgår af

tabel 4.7, og her ser vi bl.a., at halvdelen af borgerne har erfaringer med at sælge seksuelle ydelser på en klinik. Hver tredje borger udfører seksuelle ydelser i kundens hjem og ligeledes hver tredje på et hotelværelse. Omkring hver fjerde angiver, at salg af seksuelle ydelser har fundet sted fra gaden. Betalingen for ydelserne er som oftest penge. 80 pct. af borgerne har således ved opstart erfaringer med at tage imod penge for seksuelle ydelser, mens hver femte angiver, at de har modtaget stoffer som betaling. 12 pct. har ved opstart erfaringer med at sælge seksuelle ydelser til gengæld for en overnatningsmulighed.

TABEL 4.7

Borgere med prostitutionserfaring fordelt efter prostitutionsarena og betalingsform (seneste seksuelle ydelse). Procent.

	Procent
<i>Lokation</i>	
På klinik	48
På gaden	26
I eget hjem	20
Privat/diskret <sup>1</sup>	13
I kundens hjem	28
På hotelværelser	28
Kabiner på fx barer, sexsaunaer, toiletter eller lignende	15
<i>Betalingsform</i>	
Penge	82
Stoffer	20
Alkohol	3
Overnatningsmulighed	12
Mad	7
Beskyttelse	5

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

Anm.: N = 61, N = 61. Det er muligt at angive flere svarkategorier, tallene summer derfor ikke til 100.

Kilde: Registrering ved oprettelse i dokumentationssystemet.

Ovenstående indikerer, at projektet og CTI-forløbene som udgangspunkt formår at nå ud til personer fra forskellige dele af prostitutionsmiljøet.

#### BEHOV VED OPSTART

CTI-forløbet skal som nævnt være en individuel baseret indsats, der tager udgangspunkt i borgerens behov. Borgerne vil dermed have en række forskellige behov, der skal tilgodeses i CTI-forløbet. I forbindelse med tilpasningen af metoden til Exit-projektets målgruppe, er der dog udvalgt



otte forskellige fokusområder, som på baggrund af forstudiet og den eksisterende viden på området er blevet identificeret som væsentlige i forhold til at skabe forandringer for målgruppen. I de følgende afsnit kigger vi på, hvilke behov borgerne har ved opstart inden for disse otte områder, som er økonomi, bolig, netværk, psykisk helbred, fysisk helbred, misbrug, beskæftigelse/uddannelse og daglige aktiviteter. De fremlagte resultater er baseret på data fra CTI-skemaerne, hvor CTI-medarbejderne registrerer oplysninger om borgerens situation samt hvilke ønsker/behov borgeren har givet udtryk for i de indledende samtaler op til opstart af CTI-forløbet. Nogle af borgere vil allerede ved opstart være tilknyttet forskellige tilbud i privat, kommunalt eller regionalt regi, og i sådanne tilfælde er det væsentligt, at CTI-medarbejderen efter samråd med borgeren koordinerer indsatsen med de involverede aktører. I nedenstående tabel 4.8 viser vi, de tre tilbud/indsatser som borgere oftest er tilknyttet ved opstart i forløbet, og som det fremgår af tabellen, er dette især misbrugsbehandling, psykiatrisk behandling og netværksgrupper. 14 pct. er ikke tilknyttet nogen former for tilbud eller indsatser ved forløbets opstart.

TABEL 4.8

Andel af borgere, som er tilknyttet henholdsvis medicinsk stofmisbrugsbehandling, psykiatrisk behandling og netværksgrupper eller lign. ved opstart af CTI-forløb. Antal og procent.

	Procent
Medicinsk stofmisbrugsbehandling – substitutionsbehandling	21
Psykiatrisk behandling	16
Netværksgrupper, samtalegrupper eller lign.	16
Ingen tilbud	14

Anm.: N = 43. Det er muligt at have flere tilbud på samme tid.  
Kilde: CTI-opstartsskema.

I tabel 4.9 fremgår det, hvad borgerne som udgangspunkt ønsker støtte til, når de starter i et CTI-forløb.

Vi ser af tabellen, at 3 ud af 4 borgere har tilkendegivet overfor CTI-medarbejderen, at de henholdsvis har behov for støtte til økonomi og til at komme i gang med beskæftigelse eller uddannelse. En tilsvarende andel har oplyst til CTI-medarbejderen, at de har brug for hjælp til psykisk helbred, mens omtrent halvdelen har ytret ønske om støtte målrettet deres boligsituation. Resultaterne indikerer dermed, at de borgere

som søger støtte i projekt Exit prostitution oplever problemstillinger inden for flere områder, hvilket bidrager til et samlet billede af, at der er tale om en udsat målgruppe.

TABEL 4.9

Andel af borgerne, der ønsker tilbud, fordelt efter projektets otte fokusområder. Procent.

Ønsker tilbud målrettet sine vanskeligheder med følgende:	Procent
Økonomi	74
Bolig	55
Netværk	47
Psykisk helbred	75
Fysisk helbred	43
Misbrug	31
Beskæftigelse	77
Dagligdag	56

Anm.: N = 49, N = 47, N = 45, N = 48, N = 44, N = 45, N = 48, N = 45. Det er muligt at angive flere svarkategorier, tallene summer derfor ikke til 100.

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

#### ØKONOMI, JOB OG BOLIG

I tabel 4.10 fremgår borgernes primære forsørgelsesgrundlag og beskæftigelsessituation. De to adskiller sig, idet forsørgelsesgrundlag inkluderer salg af seksuelle ydelser, mens beskæftigelsessituation kun dækker over anerkendte erhverv.

Det fremgår af tabel 4.10, at over halvdelen af borgerne i et CTI forløb har kontanthjælp som deres primære forsørgelsesgrundlag, mens en fjerdedel angiver salg af seksuelle ydelser. Det fremgår desuden af tabellen, at omkring hver femte borger er sygemeldt eller helt uden for arbejdsmarkedet, mens 57 pct. enten er ledige eller i aktivering. Kun 6 pct. er i beskæftigelse, og 14 pct. er under uddannelse. At så få er i beskæftigelse kan, som beskrevet tidligere, være et udtryk for, at kun få af borgerne i forløb har en erhvervskompetencegivende uddannelse.

Det fremgår af tabel 4.10, at over halvdelen af borgerne i et CTI forløb har kontanthjælp som deres primære forsørgelsesgrundlag, mens en fjerdedel angiver salg af seksuelle ydelser. Det fremgår desuden af tabellen, at omkring hver femte borger er sygemeldt eller helt uden for arbejdsmarkedet, mens 57 pct. enten er ledige eller i aktivering. Kun 6 pct. er i beskæftigelse, og 14 pct. er under uddannelse. At så få er i beskæftigelse kan, som beskrevet tidligere, være et udtryk for, at kun få af borgerne i forløb har en erhvervskompetencegivende uddannelse.

TABEL 4.10

Borgere fordelt efter primære forsørgelsesgrundlag og beskæftigelse. Procent.

	Procent
<i>Primære forsørgelsesgrundlag</i>	
Salg af sex	25
Løn	4
SU	10
Kontanthjælp	55
Førtidspension	14
Folkepension	2
<i>Beskæftigelse (salg af seksuelle ydelser medtages ikke)</i>	
Aktivering eller særlige vilkår	14
Beskæftiget	6
Ledig	43
Sygemeldt eller uden for arbejdsmarkedet	22
Under uddannelse	14
Total	100

Anm.: N = 49, N = 49. Det er muligt at angive flere svarkategorier til forsørgelsesgrundlag – denne summer derfor ikke til 100.

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

I tabel 4.11 fremgår, om borgerne har gæld ved forløbets opstart, og som det ses af tabellen gør det sig gældende for 86 pct. af borgerne. Heraf er der for 61 pct. tale om forbrugsgæld, og 55 pct. har gæld til et pengeinstitut. 89 pct. har gæld til det offentlige fx til SKAT. Endelig viser tabellen, at flere borgere synes at have flere forskellige former for gæld. Der er således tale om borgere, som for en stor dels vedkommende vurderes at have et relativt lavt forsørgelsesgrundlag i form af kontanthjælp, og hvor næsten alle har gæld, hvilket dels understøtter betydningen af at have økonomi som et fokusområde i arbejdet med målgruppen, dels forklarer, hvorfor 3 ud af 4 borgere i forløb ønsker støtte målrettet økonomiske vanskeligheder.

TABEL 4.11

Andel af borgerne, der har gæld ved opstart. Procent.

Andel af borgere, der har gæld ved opstart, fordelt efter gældstype. Procent.

	Procent.
Borgeren har gæld ved opstart	86
<i>Gæld til</i>	
Pengeinstitut	55
Forbrugsgæld	61
Gæld til kæreste/samlever/ægtefælle	4
Gæld til venner/familie	32
Gæld til det offentlige fx SKAT	89
Gæld til personer inden for prostitutionsmiljøet	13
Gæld til personer inden for misbrugsmiljøet	19
Gæld til andre	35

Anm.: N = 42, N = 36. Det er muligt at svare flere kategorier, tallene summer derfor ikke til 100.

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

Ser vi på borgerens boligsituation bekræftes billedet af en udsat målgruppe. Hver tredje af borgerne i forløb er at betragte som hjemløse eller funktionelt hjemløse, idet de bor/overnatter på eksempelvis herberg, krisecenter eller hos bekendte.

TABEL 4.12

Borgerne fordelt efter boligsituation. Procent.

	Procent
Hjemløs eller funktionelt hjemløs	33
I egen ejerbolig	8
I lejebolig	58
Total	100

Anm.: N = 48.

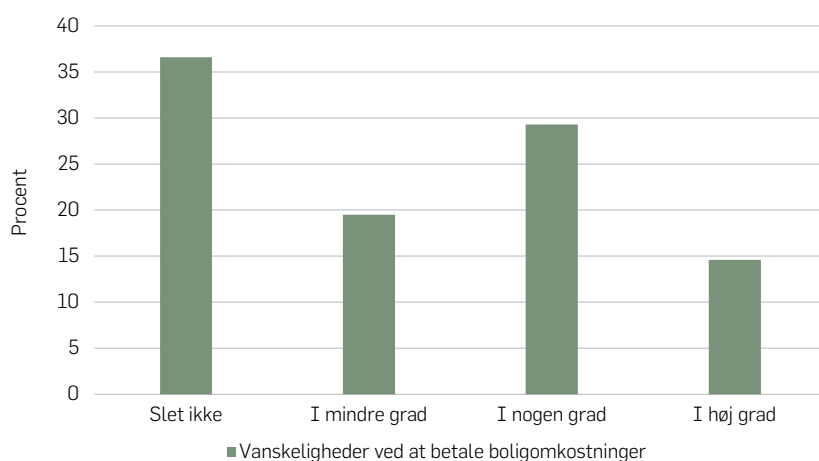
Kilde: CTI-opstartsskema (CTI-igangværende skema).

At der er tale om borgere med økonomiske vanskeligheder understøttes af figur 4.1, der viser om, borgerne har tilkendegivet over for CTI-medarbejderen, at de har vanskeligt ved at klare deres boligomkostninger. Vi ser af figuren, at 44 pct. i nogen grad eller i høj grad har 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-opstartsskema (CTI-igangværende skema).

Af figuren fremgår det, at godt 35 pct. af borgerne ”slet ikke” har vanskeligheder ved betaling af boligomkostninger. I nogle tilfælde er grunden hertil dog, at borgeren allerede ved opstart i forløbet er sat under administration af kommunen.

#### FYSISK OG MENTALT HELBRED SAMT MISBRUG

Som beskrevet tidligere ønsker 3 ud af 4 borgere støtte målrettet psykiske vanskeligheder, mens lidt under halvdelen ønsker støtte til fysiske problemstillinger. I tabel 4.13 fremgår borgernes psykiske og fysiske helbredsprofil ved opstart i CTI-forløbet.

TABEL 4.13

Andel af borgerne, der udtrykker psykiske vanskeligheder fordelt efter psykiske lidelser. Procent. Andel af borgerne, der er i behandling målrettet det psykiske helbred. Procent. Andel af borgerne, der har et længerevarende fysisk helbredsproblem. Procent.

	Procent
<i>Udtrykker vanskeligheder med følgende:</i>	
Depression, mani og biopolar lidelse	51
Stress, fobier, forskellige former for angst, OCD og posttraumatisk stresssyndrom	69
Personlighedsforstyrrelse, herunder Borderline	14
Søvnløshed	43
Stemmehøring, skizofreni og psykose	6
Lidelser grundet brug af alkohol eller stoffer	10
ADHD, ADD eller lignende	14
Spiseforstyrrelser	16
Dobbeltliv	27
Er i behandling målrettet sit psykiske helbred (Ja)	43
Har et længerevarende fysisk helbredsproblem eller handicap	37

Anm.: N = 49, N = 49, N = 46. Det er muligt at sætte flere kryds, tallene summer derfor ikke til 100.  
 Kilde: CTI-opstartsskema (CTI-igangværende skema).

Vi ser af tabellen, at omkring 7 ud af 10 borgere har tilkendegivet over for CTI-medarbejderen, at de har stress, angst, posttraumatisk stresssyndrom mv. Hver anden borger har givet udtryk for at have depression, mani eller bipolar lidelse, mens søvnløshed er et problem for omkring 40 pct. 43 pct. af borgerne er allerede i behandling målrettet psykisk helbred. I forhold til borgernes fysiske helbred, så har 37 pct. et længerevarende fysisk helbredsproblem eller handicap.

I tabel 4.14 fremgår eventuelt alkohol- og stofmisbrug hos borgerne i forløb.

Som beskrevet tidligere ønsker ca. hver tredje støtte målrettet misbrug af alkohol eller stoffer. Som det ses af tabellen, er andelen af borgere, som overfor CTI-medarbejderne ved opstart har tilkendegivet at have et misbrug, dog ca. hver anden. Heraf er der for 64 pct. tale om et misbrug af hårdere stoffer (heroin, kokain, amfetamin eller lignende).

TABEL 4.14

Andel af borgerne, der har et misbrug. Procent. Andel af borgere med misbrug fordelt efter alkoholmisbrug, heroin/kokain/amfetamin misbrug og hashmisbrug. Procent.

Misbrug	Procent
Har et misbrug af alkohol eller stoffer (ja)	55
Alkoholmisbrug	35
Heroin, kokain, amfetamin eller lignende misbrug	64
Hashmisbrug eller lignende	57

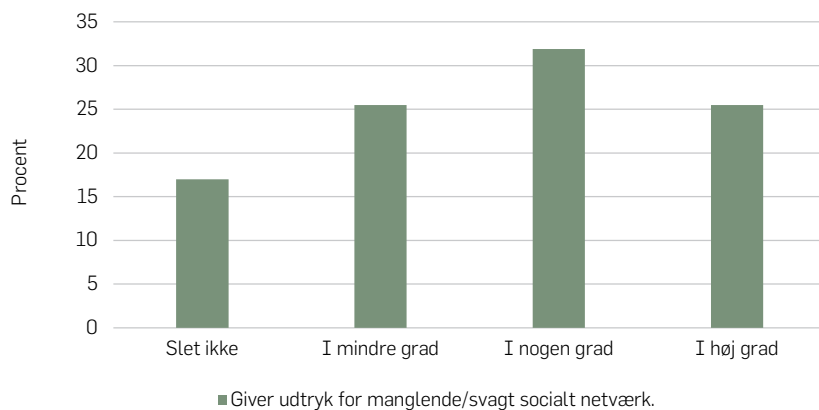
Anm.: N = 47, N = 23, N = 25, N = 23. Det er muligt at sætte flere kryds, procenter summer derfor ikke til 100.  
Kilde: CTI-opstartsskema (CTI-igangværende skema).

## NETVÆRK

I figur 4.2 fremgår det, at over halvdelen af borgerne har givet udtryk for manglende eller svagt socialt netværk over for CTI-medarbejderen ved forløbets opstart.

FIGUR 4.2

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



Anm.: N=47

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

Ser vi nærmere på borgernes familierelationer, kan vi, som det fremgår af tabel 4.15, se, at 27 pct. har en ægtefælle eller kæreste, og 44 pct. har børn. Herudover viser tabellen, hvorvidt forskellige dele af borgerens netværk har kendskab til borgerens erfaringer med salg af seksuelle ydel-

ser. Blandt de, der har en ægtefælle eller kæreste, har ca. 3 ud af 4 (74 pct.) kendskab til borgerens salg af seksuelle ydelser. For ca. hver anden (47 pct.) har forældrene kendskab til borgerens salg af seksuelle ydelser, mens godt hver tredje borger (37 pct.) har søskende, som er bekendte hermed. Herudover er der 40 pct. af de borgere, som har børn, hvor børnene kender til borgerens salg af seksuelle ydelser. Endelig er der en større andel, 62 pct., hvor venner uden for prostitutionsmiljøet har kendskab til borgerens prostitution.

TABEL 4.15

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

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

	Procent
<i>Familieforhold</i>	
Har en ægtefælle eller kæreste	27
Har børn	44
<i>Har kendskab til borgerens erfaringer med/overvejelser om salg af seksuelle ydelser</i>	
Kæreste/samlever/ægtefælle	74
Søskende	37
Forældre	47
Børn	40
Anden familie	40
Venner uden for prostitutionsmiljøet	62

Anm.: N = 48. Det er muligt at svare ja til begge kategorier, tallene summer derfor ikke til 100.

N = 19, N = 27, N = 32, N = 20, N = 25, N = 29. Det er muligt at svare ja til flere kategorier, tallene summer derfor ikke til 100. Registreringer, hvor der er svaret "irrelevant" (fordi borgere fx ikke har en kæreste) eller "ved ikke" indgår ikke i resultaterne.

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

Ser vi på det samlede billede af, hvad der karakteriserer borgerne ved opstart af deres CTI-forløb, viser de foreløbige resultater, at der generelt er tale om en udsat målgruppe, som oplever udfordringer på en række områder. Resultaterne vedrørende borgernes erfaringer med prostitution indikerer desuden, at borgerne i forløb har erfaringer fra flere prostitutionsarenaer, og at projektet ikke er begrænset til kun at beskæftige sig med en bestemt del af prostitutionsmiljøet.



## BORGERENS UDBYTTE AF CTI-FORLØBET

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

- Trivsel
- Prostitutionsfrekvens
- Udvikling i borgerens egen oplevelse af sin livssituation

Borgerens trivsel måles ud fra WHO-5-trivselsindeks. Prostitutionsfrekvens belyses ud fra borgernes egne angivelser, og borgernes udvikling belyses ud fra de ti 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.

Resultaterne efter 6 måneders CTI-forløb viser på nuværende tidspunkt:

- At borgerne i projektet generelt oplever en forbedring i deres mentale trivsel.
- At andelen af borgere, som er aktive i prostitution, falder.

- At borgerne oplever egen livssituation mere positiv, jo længere de kommer frem i CTI-forløbet.

## TRIVSEL

Et formål med indsatsen er at styrke borgernes trivsel. For at følge borgernes udvikling på dette område anvender vi WHO's trivselsindeks (WHO-5 – se boks 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 2 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.

---

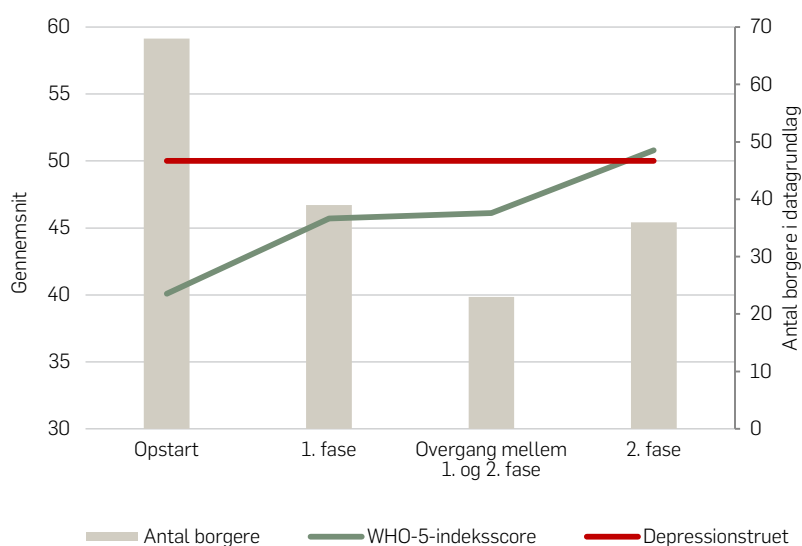
Kilde: <http://www.psykiatri-regionh.dk/who5/menu/WHO-5+Questionnaire/>.

De følgende grafer illustrerer borgernes udvikling ud fra deres egen 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 mørkegrønne linje er ud-

tryk for borgernes mentale trivsel, mens den røde linje viser, om borgerne ligger i eller uden for risikozonen for stress og/eller depression.

FIGUR 5.1

Gennemsnit for mentalt trivselsniveau (WHO-5) blandt borgere i datagrundlaget ved opstart og undervejs i CTI-forløbets 1. og 2. fase.



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.

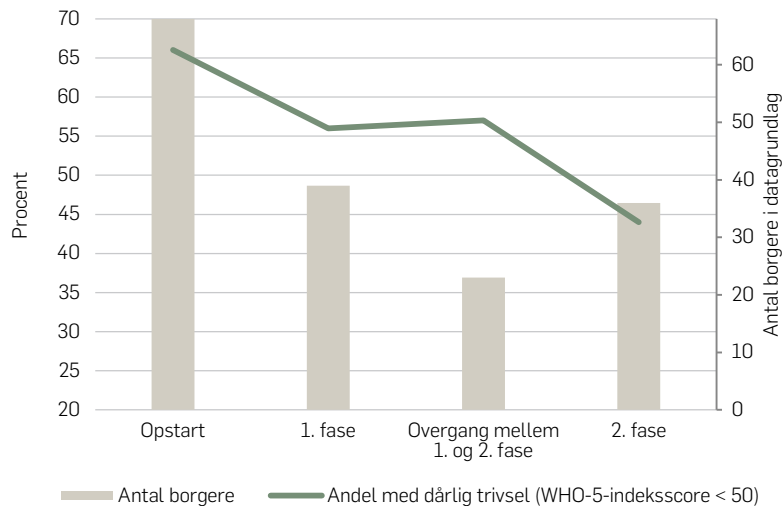
Kilde: Målinger ved hjælp af WHO-5-trivselsindeks.

Det fremgår af figur 5.2, at der er en tendens til øget mental trivsel blandt borgerne, jo længere de når i CTI-forløbet. Ved opstart er der blandt de 68 borgere en gennemsnitlig score på 40 point. Det vil sige, at der er en tendens til, at borgerne ikke trives mentalt ved opstart og er risiko for stress og/eller depression. Blandt de 36 borgere, der er i gang med CTI-forløbets 2. fase, er den gennemsnitlige indeksscore 51, altså lige over risikozonen for stress og depression. De foreløbige resultater viser således, at borgernes mentale trivsel ser ud til at øges i løbet af de første 6 måneder af deres CTI-forløb.

For den gruppe, der scorer lavt på mental trivsel ved opstart af CTI-forløb, viser vi i figur 5.2, hvordan denne gruppes udvikling er undervejs i CTI-forløbet.

FIGUR 5.2

Andel af borgerne med dårlig mental trivsel (stress/depressionstruet) ved opstart og undervejs i CTI-forløbets 1. og 2. fase.



Anm.: WHO-5-indeksscore 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.

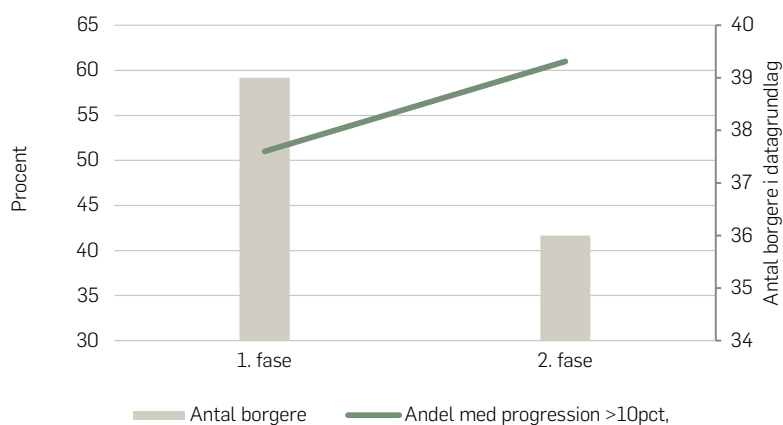
Kilde: Målinger ved hjælp af WHO-5-trivselsindeks.

Ved opstart i CTI-forløbet er 66 pct. af målgruppen i risiko for stress eller depression, og ved målingen i 2. fase er denne andel faldet til 44 pct. Der er således i løbet af de første 6 måneder af CTI-forløbet sket en øget trivsel for denne gruppe, men 4 ud 10 borgere er dog stadig i risiko for stress og depression.

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

FIGUR 5.3

Andel af borgerne, som har minimum en 10-procents-forbedring i mental trivsel (WHO-5) siden baseline fordelt på CTI-forløbets 1. og 2. fase.



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.

Kilde: Målinger ved hjælp af WHO-5 trivselsindeks.

Af de borgere, som er i gang med CTI-forløbets 1. fase – det vil sige borgere, som har været i gang med deres CTI-forløb i 2 måneder – har 51 pct. oplevet en reel forbedring på med mindst 10 pct. i løbet af de første 2 måneder. Efter 6 måneders forløb stiger denne andel til 61 pct. For et flertal af borgerne i forløb synes CTI-indsatsen således at være forbundet med en positiv udvikling i deres mentale trivsel.

## PROSTITUTIONSFREKVENS

En anden målsætning med CTI-forløbet kan jf. kapitel 4 være ophør med salg af seksuelle ydelser, hvilket måles på baggrund af ændringer i borgerens prostitutionsfrekvens defineret som, at de har modtaget betaling for seksuelle ydelser inden for den seneste måned (se Boks 5.2).

---

## BOKS 5.2

Anvendte mål for henholdsvis prostitutionsfrekvens og -omfang 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.

---

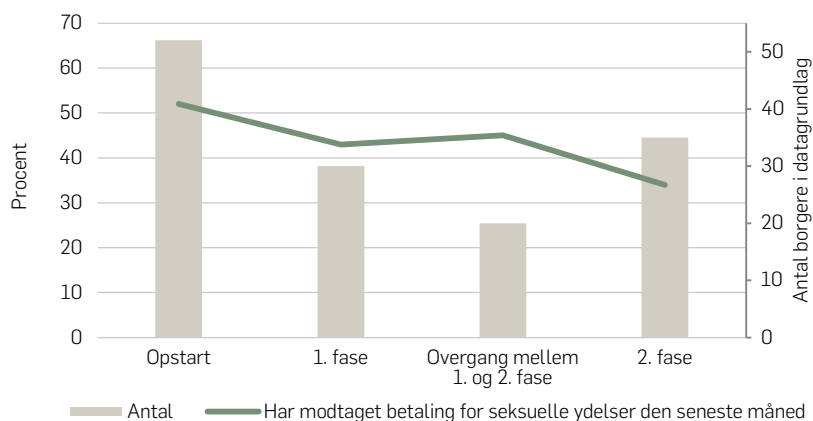
Kilde: Projektets metodenotat. Notatet kan rekvireres på Socialstyrelsens hjemmeside for projektet:  
<http://www.socialstyrelsen.dk/udsatte/prostitution/prostitution-1>.

43 pct. af borgerne i forløb har ophør fra prostitution som målsætning med CTI-forløbet, mens det for de øvrige borgere er en 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 52 pct. af borgerne ved opstart af CTI-forløbet har solgt seksuelle ydelser inden for den seneste måned, mens det gælder for 34 pct. af borgerne, der er i 2. fase af CTI-forløbet. De foreløbige resultater viser således, at en mindre andel af borgerne i forløb er aktive i prostitution i forløbets 2. fase end ved opstarten.

FIGUR 5.4

Andel af borgerne, som har modtaget betaling for seksuelle ydelser den seneste måned ved opstart og undervejs i CTI-forløbets 1. og 2. fase.

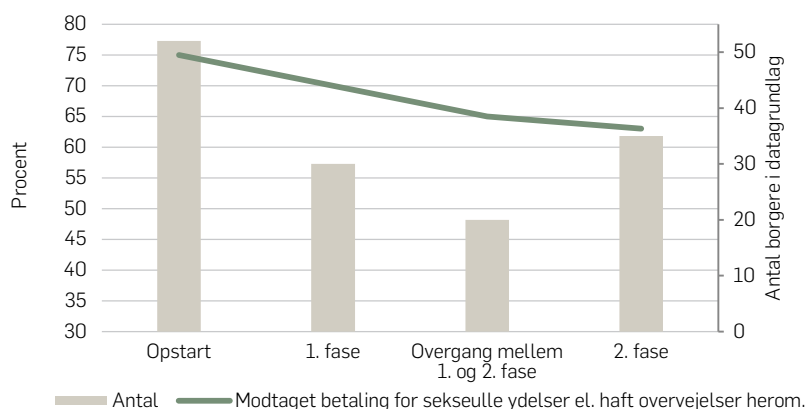


Anm.: Venstre akse: Procent. Højre akse: Antal  
Kilde: Spørgsmål om borgerens prostitutionsfrekvens.

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 75 pct. af borgerne i forløb enten har solgt seksuelle ydelser eller haft overvejelser herom inden for den seneste måned op til CTI-forløbets opstart. I 2. fase udgør denne andel 63 pct.

FIGUR 5.5

Andel af borgerne, som har modtaget betaling for seksuelle ydelser eller haft overvejelser herom ved opstart og undervejs i CTI-forløbets 1. og 2. fase.



Kilde: Spørgsmål om borgerens prostitutionsfrekvens.

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

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 seksuelle ydelser	Procent
Det er almindeligt i det sociale miljø	33
Jeg mangler penge til basale leveomkostninger	59
Jeg mangler penge til at dække gæld	12
Jeg mangler penge til at kunne dække et misbrug	24
For at skaffe penge til forbrugsgoder	11
Jeg bliver presset til det af andre	3
For at skaffe penge til uddannelse	1
Jeg kan ikke se et alternativ	15
Jeg kan lide at få betaling for seksuelle ydelser	13

Anm.: N = 40. Det er muligt at svare ja til flere kategorier, andele summer derfor ikke til 100pct.

Kilde: Spørgsmål om borgerens prostitutionsfrekvens.

Den primære årsag til prostitutionsaktivitet er ”Jeg mangler penge til basale leveomkostninger”, som angives af 59 pct. af de borgere, som har



modtaget betaling for seksuelle ydelser inden for den seneste måned. 33 pct. angiver, at deres prostitutionsaktivitet skyldes, at ”Det er almindeligt i det sociale miljø”. 24 pct. fortæller, at ”Jeg mangler penge til at dække et misbrug”, mens 15 pct. svarer ”Jeg kan ikke se et alternativ”. I de enkelte CTI-forløb samarbejder CTI-medarbejderen og borgeren om at afdække, hvad borgeren har brug for hjælp til og finde aktiviteter, der modsvarer dette. Ønsker borgeren at stoppe med at sælge seksuelle ydelser, men oplever vanskeligheder ved at opnå dette grundet en anden uløst problemstilling, som eksempelvis et misbrug af alkohol eller stoffer, vil det være relevant for CTI-medarbejderen og borgeren at diskutere mulighederne for misbrugsbehandling.

## UDVIKLING I BORGERENS EGEN OPLEVELSE AF LIVSSITUATION

Et formål med projektet er at støtte borgeren i at styrke sin livssituation på længere sigt jf. CTI-metodens recovery-baserede værdigrundlag<sup>11</sup>. 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).

De følgende grafer illustrerer resultaterne af målingerne ved hjælp af Outcomes Star for borgerne ved opstart og undervejs i CTI-forløbets 1. og 2. fase, hvilket vil sige efter 2, 4 og 6 måneder i forløb. Figur 5.6 illustrerer den gennemsnitlige score på tværs af Outcomes Stars 10 dimensioner.

Det fremgår af figuren, at de 68 borgere ved opstart havde en gennemsnitlig score på 6,3 for alle 10 dimensioner. Blandt de borgere, der er i gang med 2. fase af forløbet var gennemsnittet på 7,4. 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). Tabel 5.2

---

11. Der kan læses mere om CTI-metodens værdigrundlag i projektets metodenotat, som kan rekvireres på Socialstyrelsens hjemmeside for projektet:  
<http://www.socialstyrelsen.dk/udsatte/prostitution/prostitution-1>.

viser, hvor stor en andel af borgerne der har oplevet en betydelig progression ved målingerne foretaget i forløbets 1. og 2. fase.

---

## 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:  $0,25-1$

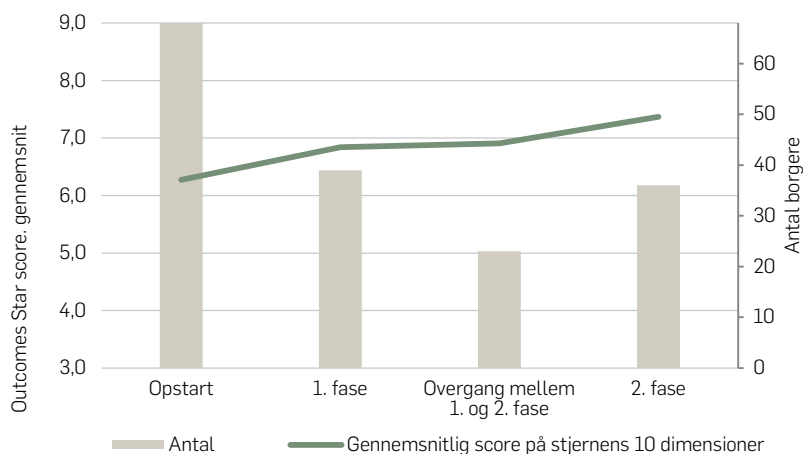
Betydelig progression:  $> 1$

---

Kilde: Manual for anvendelse af Outcomes Star.

FIGUR 5.6

Gennemsnitsscore i Outcomes Star ved opstart og undervejs i CTI-forløbets 1. og 2. fase.



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.

Kilde: Outcomes Star.

For at man kan tale om en betydelig progression, skal der være sket en stigning på minimum 1 point siden baseline (opstart). Tabel 5.2 viser, hvor stor en andel af borgerne der har oplevet en betydelig progression ved målingerne foretaget i forløbets 1. og 2. fase.

TABEL 5.2

Borgere fordelt efter udvikling i Outcomes Star ved opstart og undervejs i CTI-forløbets 1. og 2. fase. Procent.

Fase	Regression (-0,25<)	Ingen ændring (-0,25-0,25)	Moderat progression (0,25-1)	Betydelig progression (>1)	Total
1. fase	13	15	46	26	100
2. fase	6	22	28	44	100

Anm.: N = 39, N = 36. 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.

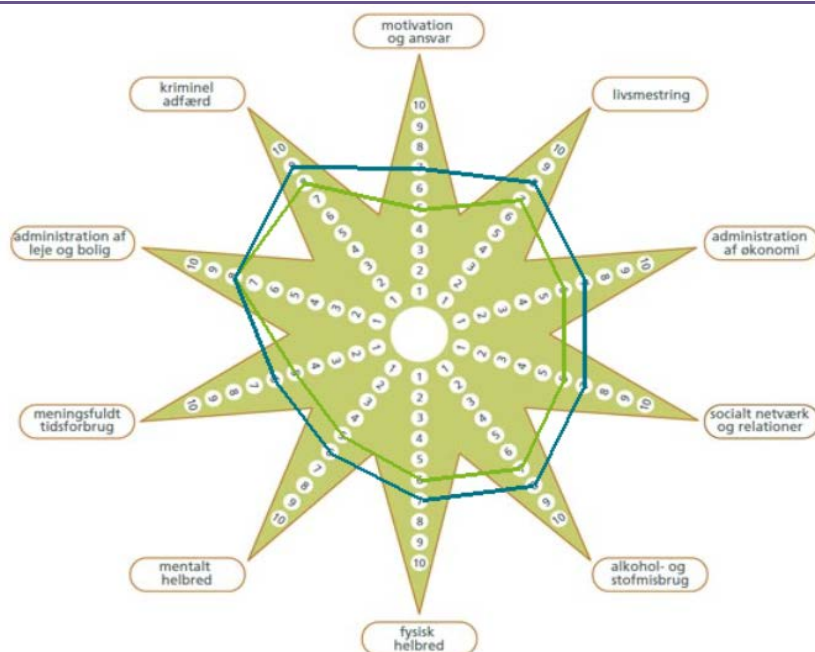
Kilde: Outcomes Star.

Af tabel 5.2 fremgår det, at 26 pct. af borgerne ved målingen i 1. fase (efter 2 måneder) har oplevet en betydelig progression på mere end 1 point på tværs af stjernens 10 dimensioner siden opstart, mens 46 pct. har oplevet moderat progression efter 2 måneders forløb, og 13 pct. har oplevet regression. Efter 6 måneders forløb er andelen der oplever regression faldet til 6 pct., andelen med moderat progression 28 pct., mens andelen med betydelig progression er steget til 44 pct. Overordnet tegner der sig derfor et billede af, at borgerne oplever egen livssituation mere positiv, jo længere de kommer frem i CTI-forløbet. I det følgende ser vi nærmere på, hvordan billedet tegner sig for hver af de 10 dimensioner.

Figur 5.7 viser den gennemsnitlige udvikling for hver af de 10 dimensioner.

FIGUR 5.7

Outcomes Star blandt borgerne ved henholdsvis opstart (den grønne linje) og ved målingen i 2. fase (den blå linje). Gennemsnit.



Anm.: Stjernen er konstrueret på baggrund af gennemsnitsscoren for hver af stjernens 10 dimensioner for borgere ved henholdsvis opstart (N = 68) og ved 2. fase (N = 36). Der er afrundet til hele point.

Den grønne linje illustrerer billedet for borgere ved opstart, mens den blå linje tegner billedet for borgere, der er i 2. fase af CTI-forløbet.

Figuren viser, at der gennemgående er udvikling på samtlige 10 dimensioner, når man sammenligner borgerne ved henholdsvis opstart og i 2. fase. For dimensionerne ”motivation og ansvar”, ”mentalt helbred”, ”socialt netværk og relationer” og ”meningsfuldt tidsforbrug” er der tale om betydelig udvikling, da progressionen er større end 1 point. For de resterende dimensioner ”kriminell adfærd”, ”fysisk helbred”, ”alkohol og stofmisbrug”, ”kriminell adfærd” samt ”administration af leje og bolig” er der tale om progressioner på under 1 point, hvilket betyder, at progressionen inden for disse dimensioner anses for at være moderat.

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 8,4. Derudover er det hensigten med CTI-metoden at arbejde på et afgrænset antal af områder af gangen ud fra, hvor borgeren selv ser et behov, hvorfor der ikke arbejdes inden for alle dimensioner samtidig. På samme måde ses en større udvikling på dimensioner, hvor borgerne ved opstart placerer sig lavt, eksempelvis mentalt helbred, som har et gennemsnit ved opstart på 4,9.

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. Som det ses af tabellen er en af de største progressioner inden for dimensionen ”mentalt helbred”, hvor der opleves en betydelig progression allerede i løbet af første fase. Som vi kan se af det følgende kapitel, er problemstillinger om mentalt helbred da også den dimension, som indgår i langt de fleste CTI-forløb i den første fase.

TABEL 5.3

Borgernes gennemsnitlige score fordelt på Outcomes Star's 10 dimensioner ved opstart og undervejs i CTI-forløbets 1. og 2. fase. Gennemsnit.

	Motivation og ansvar	Livsmestring og egenomsorg	Administration af økonomi	Socialt netværk og relationer	Alkohol- og stofmisbrug	Fysisk helbred	Mentalt helbred	Meningsfuldt tidsforbrug	Administration af leje og bolig	Kriminel adfærd
Opstart	5,3	7,3	5,6	5,6	6,8	6,4	4,9	5,1	7,5	8,4
1. fase	6,1	8	5,9	6,3	7,2	6,7	5,8	6,2	7,9	8,3
Overgang 1. til 2. fase	6,1	7,7	6,6	6,3	7,3	7	5,7	5,8	8,3	8,2
2. fase	6,8	8,3	6,8	7,3	7,6	6,9	6,4	6,3	8,4	9
Forskel (opstart-2.fase)	1,5	1	1,2	1,7	0,8	0,5	1,5	1,2	0,9	0,6

Anm.: N = 68, N = 39, N = 23, N = 36. Forskel: Opstart N = 68, anden fase N = 36.

Kilde: Outcomes Star.

## ERFARINGER MED CTI-METODEN

I dette kapitel belyser vi de foreløbige erfaringer med kommunernes anvendelse af CTI-metoden i forhold til at opfylde projektets formål. CTI-metoden er evidensbaseret i forhold til arbejdet med andre målgrupper, hvor der foreligger evidens for, at brugen af metoden medfører en positiv udvikling for borgerne. I projekt Exit prostitution afprøver vi, hvorvidt lignende tendenser kan findes i arbejdet med borgere med prostitutionserfaringer. I projektet defineres en positiv udvikling i forhold til de mål, som borgeren selv opstiller for forløbet. 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.<sup>12</sup> De foreløbige resultater peger på, at medarbejderne anvender metoden i henhold til metodens principper.

### TIDSBEGRÆNSNING OG FASEOPDELING

Et centralt element i CTI-metoden er, at forløbet er tidsbegrænset og bygget op omkring tre specifikt beskrevne faser. Overgangene imellem

---

12. De kvantitative data suppleres med interview med borgere, CTI-medarbejdere og projektledere. Denne empiri inddrages i den afsluttende rapport.

disse faser er ligeledes centrale. Forløbene skal jf. projektets metodebeskrivelse være af 12 måneders varighed fordelt over tre lige lange faser.

Om forløbene generelt 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 1. og 2. fase sker efter 4 måneder, alt imens overgangen mellem den 2. og den 3. fase er efter 8 måneder.

TABEL 6.1

Antal måneder i CTI-forløb ved faseovergange. Gennemsnit.

	Antal måneder i forløb (gennemsnit)
Overgang mellem 1. og 2. Fase	4,1
Overgang mellem 2. og 3. Fase	8,1

Anm.: N = 19, N = 18. Hvis flere skemaer er udfyldt i én fase, er tidspunktet for det seneste skema anvendt.

Kilde: Igangværende CTI-skemaer.

For at belyse om forløbene afgrænses til de 12 måneder, ser vi på de afsluttede forløb, herunder om de er afsluttet før tid, hvilket er illustreret i tabel 6.2.

TABEL 6.2

Afsluttede borgerforløb fordelt på afsluttede og afbrudte forløb. Antal.

Afbrudte borgerforløb fordelt på tidspunkt for afsluttet forløb. Antal.

	Antal
Afsluttede borgerforløb	13
Afsluttet efter endt forløb (12 måneder*):	7
Afbrudte forløb	6
<i>Afbrudt før tid, efter antal måneder</i>	
10 måneder	1
5-6 måneder	4
3 måneder	1

Anm.: \*En enkelt borger er dog afsluttet ved 13 mdr.

Kilde: CTI afslutningsskema.

Det fremgår af tabellen, at 7 af de 13 afsluttede borgerforløb er afsluttet efter 12 måneder, mens 6 er afsluttet før tid. I evalueringen indsamles viden om, hvorfor forløbene er afsluttet før tid, og herudfra kan vi bl.a. se, at afslutningen af de pågældende forløb ikke er relateret til manglende eller forkert implementering af metoden i kommunerne, men skyldes andre forhold. To af de forløb, som er stoppet, før de 12 måneder er



gået, er afsluttet, fordi borgeren og CTI-medarbejderen i fællesskab har vurderet, at borgeren ikke længere har behov for støtte. Yderligere to forløb er afsluttet på opfordring fra borgeren, og fordi borgeren ikke længere ønsker støtten fra CTI-medarbejderen, og endelig er de resterende to forløb afsluttet før tid, fordi CTI-medarbejderen har mistet kontakten til borgeren. I et af de sidstnævnte tilfælde er borgeren flyttet, og afstanden har betydet, at det ikke er muligt at bibeholde den kontakt, som CTI-metoden foreskriver. At forløbene er afsluttet før tid, giver derfor i disse tilfælde ikke anledning til bekymring om fideliteten i anvendelsen af metoden.

Et afgørende element i CTI-metoden er, at borgeren tilknyttes private eller offentlige tilbud undervejs i forløbet, som kan støtte borgeren efter forløbets afslutning i det omfang, det er nødvendigt. På baggrund af registreringerne ved afslutning af forløb, ved vi, at 11 ud af de 13 borgere er tilknyttet tilbud efter endt forløb. I de to tilfælde hvor det ikke er registreret, at borgeren er tilknyttet andre tilbud, er der tale om borgere, som er stoppet i forløb efter hhv. fem og seks måneder på grund af manglende kontakt, og den manglende tilknytning til tilbud skyldes derfor ikke, at metoden er anvendt forkert af CTI-medarbejderne i forbindelse med afslutningen af forløbene.

Ser vi nærmere på de resterende 11 afsluttede borgere, kan vi se, at flere er tilknyttet mere end et tilbud ved afslutning af forløb, men at typen af tilbud varierer. I tabel 6.3 viser vi, hvor mange borgere, der er tilknyttet de forskellige typer af tilbud. 4 ud af de 11 borgere er tilknyttet uddannelses- og beskæftigelsesrettede tilbud i form af uddannelsesvejledning, jobcoaching, aktivering og lignende. Herudover kan vi se, at fire borgere er tilknyttet tilbud målrettet mentalt helbred, idet en borger er tilknyttet psykiatrisk behandling og tre borgere er tilknyttet individuel behandling ved afslutning. Ligeledes indgår borgerne i forskellige tilbud målrettet fysisk helbred og misbrug – to borgere er således en del af et tilbud med fokus på somatisk behandling, to indgår i motionstilbud og en enkelt i social stofmisbrugsbehandling. Endelig fremgår det af tabellen, at to borgere får støtte efter § 85 og en borger indgår i et tilbud specifikt målrettet økonomisk rådgivning. Syv borgere er tilknyttet ”andre tilbud”, hvilket bl.a. betyder, at de efter endt CTI-forløb har kontakt til medarbejdere fra eksempelvis Kompetencecenter Prostitution eller fra en NGO med henblik på at kunne få støtte, hvis de ønsker det.

TABEL 6.3

Tilbud som borgeren er tilknyttet ved afslutning af CTI-forløb. Antal.

	Antal
Bostøtte, hjemmevejleder e.l. efter Servicelovens § 85	2
Økonomisk rådgivning	1
Social stofmisbrugsbehandling fx gruppeterapi	1
Psykiatrisk behandling	1
Individuel psykologbehandling	3
Somatisk behandling/pleje af fysiske sygdomme	2
Motionstilbud	2
Uddannelsesvejledning	2
Jobcoaching	1
Aktiveringstilbud herunder løntilskud, virksomhedspraktik e.l.	1
Andre tilbud	7

Anm.: N = 13. Det er muligt at være tilknyttet flere tilbud på samme tid. Der er både tale om offentlige og private tilbud fx hos en NGO.

Kilde: CTI afslutningsskema.

#### OMFANG AF KONTAKT

Omfang af kontakt er ligeledes en central markør i forhold til at vurdere om, CTI-metoden er anvendt korrekt, idet kontakten skal være mest intensiv i starten af forløbet. I figur 6.1 fremgår hyppigheden i medarbejderens kontakt i form af fysiske møder med borgeren.

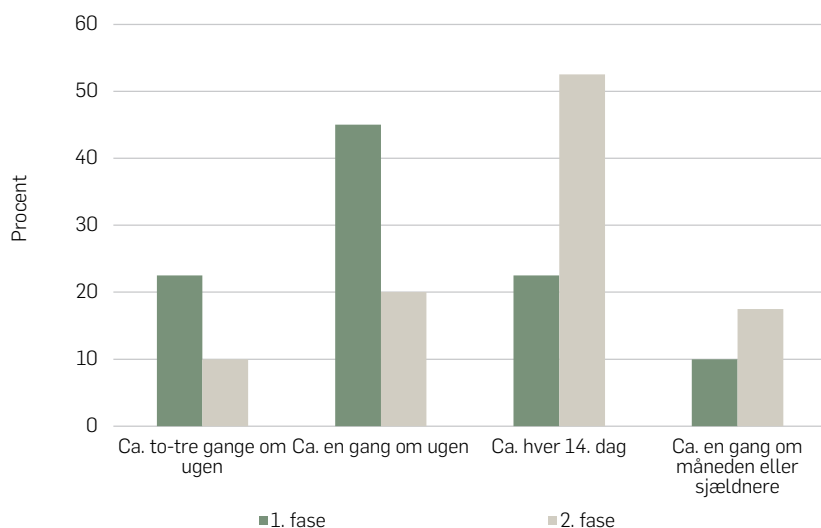
Det fremgår af figuren, at kontakten med borgeren er mest intensiv i 1. fase, og at hyppigheden af fysiske møder aftager i 2. fase. I 1. fase er det ca. 68 pct. af borgerne, der har fysiske møder med CTI-medarbejderen ca. en gang om ugen eller oftere. Ved målingen i 2. fase gælder det for ca. 30 pct. af borgerne. Udover de fysiske møder registrerer CTI-medarbejderne ligeledes, hvor ofte de har været i kontakt med borgeren over telefon, sms, mail og lignende i løbet af de seneste 2 måneder. De foreløbige erfaringer i projektet er, at telefonisk og skriftlig kontakt er meget anvendelig i forhold til at holde løbende kontakt med borgere, som evt. ikke har mulighed for at mødes så ofte, eksempelvis fordi de kommer fra en anden kommune.

Som det ses i figur 6.2, har ca. 90 pct. af borgerne telefonisk eller skriftlig kontakt med deres CTI-medarbejder minimum en gang om ugen i 1. fase. Det falder i 2. fase til ca. 70 pct.

Intensiteten af såvel fysisk som anden kontakt aftager således over tid, hvilket svarer til retningslinjerne i metodemanualen, hvorfor vi på nuværende tidspunkt vurderer, at metoden anvendes korrekt i henhold til dette parameter.<sup>13</sup>

FIGUR 6.1

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



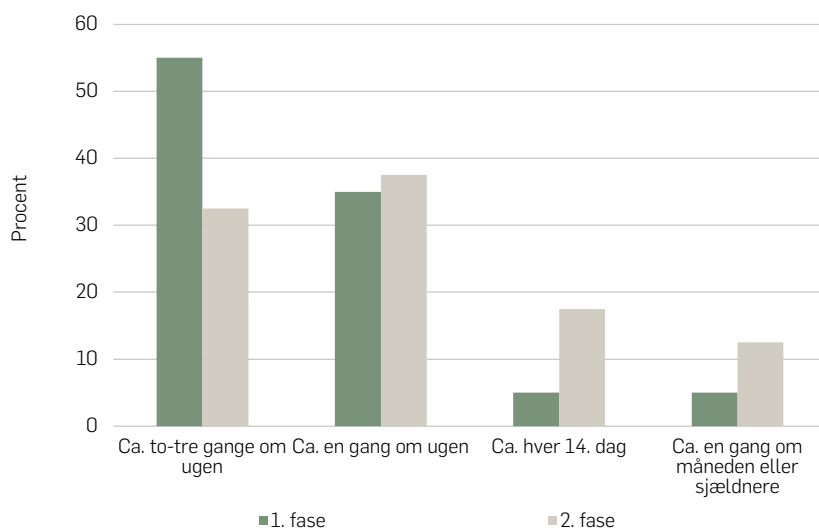
Anm.: N = 40.

Kilde: Igangværende CTI-skema.

13. Hvor intensiv kontakten mellem borger og CTI-medarbejder er i 2.fase, bør dog bero på en individuel vurdering af borgerens situation, og som vi kan se af figur 6.3., er der stadig borgere, som har fysiske møder med en CTI-medarbejder flere gange om ugen i 2. fase.

FIGUR 6.2

CTI-medarbejderens kontakt med borgeren fordelt på hyppigheden af anden kontakt<sup>1</sup>, særligt for CTI-forløbets 1. og 2. fase.



Anm.: N = 40

1. Med "anden kontakt" menes kontakt med borgeren over telefon, sms, mail eller lignende.

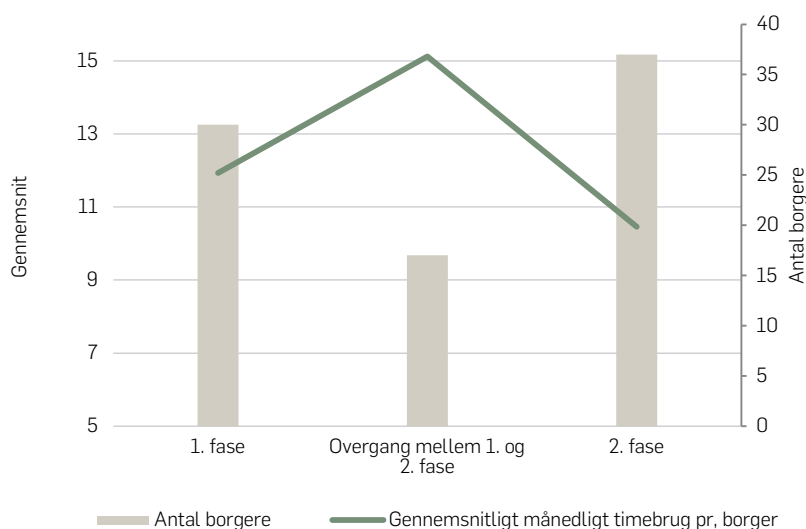
Kilde: Igangværende CTI-skema

I figur 6.3 viser vi medarbejdernes samlede tidsforbrug på borgerens sag pr. måned. Timetallet er ikke kun møder med borgeren, men ligeledes tid brugt på koordinering med andre aktører, dokumentation etc.

Det fremgår af figur 6.3, at det gennemsnitlige timeforbrug midtvejs i 1. fase ligger på ca. 12 timer pr. måned, mens det midtvejs i 2. fase er faldet til ca. 10 timer pr. måned. Timeforbruget målt ved overgangen mellem 1. og 2. fase er lidt højere i form af ca. 15 timer pr. måned, hvilket kan skyldes, at CTI-medarbejderen og borgeren på dette tidspunkt i forløbet jf. metoden må forventes både at være i gang med at sætte aktiviteter i gang, samtidig med at borgeren stadig får praktisk og social støtte fra CTI-medarbejderen.

FIGUR 6.3

CTI-medarbejderens gennemsnitlige månedlige timeforbrug pr. borger fordelt på CTI-forløbets 1. og 2. fase samt ved faseovergang.



Anm.: Data er kun for borgere, hvor CTI-medarbejderen har udfyldt månedens timeforbrug. Timeforbruget dækker over følgende aktiviteter: Praktiske gøremål, social støtte, koordinering med andre aktører, transport, sparring, andre aktiviteter. Ekstreme observationer/fejllregistreringer (<1 time og >39-timer) er slettet.

Kilde: Igangværende CTI-skemaer

## AKTIVITETSPLAN

Metodemanualen foreskriver, at borger og CTI-medarbejder sammen skal udarbejde en aktivitetsplan for borgerens forløb, som opdateres løbende. I tabel 6.4 fremgår det, at dette også er tilfældet i langt de fleste borgerforløb.

Der er enkelte borgere, der ikke har en aktivitetsplan. Som begrundelser for, at det ikke har været muligt at udfylde en aktivitetsplan, angives bl.a., at ”borgeren er ambivalent i forhold til, hvad der skal sættes i værk”, at ”det ikke har været muligt at udarbejde planen med borgeren pga. manglende kontakt og hasteopgaver, når der har været kontakt,” samt at en borger ”har været igennem et hospitalsforløb”, hvorfor CTI-medarbejderen har afventet dette forløb, før borgeren var klar til at udarbejde en plan.

TABEL 6.4

Andel af borgerforløb, hvor..

... aktivitetsplan er udarbejdet (1. fase).

... borgeren har været med til at udarbejde planen.

... der er lavet de nødvendige aftaler med aktører (1. og 2. fase).

... der er foretaget evaluering (2. fase).

... der er foretaget tilretninger (2. fase).

Procent.

	Procent
Der er en aktivitetsplan for borgerens forløb (1. fase)	97
Borgeren har været med til at udarbejde planen	99
Der er lavet de nødvendige aftaler med aktører (1. fase)	82
Der er lavet de nødvendige aftaler med aktører (2. fase)	95
Der er foretaget evaluering (2. fase)	79
Der er foretaget tilretninger (2. fase)	60

Anm.: Aktivitetsplan N = 35, N = 39, Aftaler med aktører N = 34, N = 37. Evaluering N = 34. Tilretninger N = 37.

Kilde: Igangværende CTI-skemaer

Det fremgår ligeledes af tabel 6.4, at borgerne i 99 pct. af tilfældene har været med til at udarbejde aktivitetsplanen. Som en begrundelse for, at en enkelt borger ikke har været med til at udarbejde aktivitetsplanen angives manglende overskud hos borgeren, hvorfor CTI-medarbejderen udarbejder borgerens aktivitetsplan på baggrund af sin viden om borgeren.

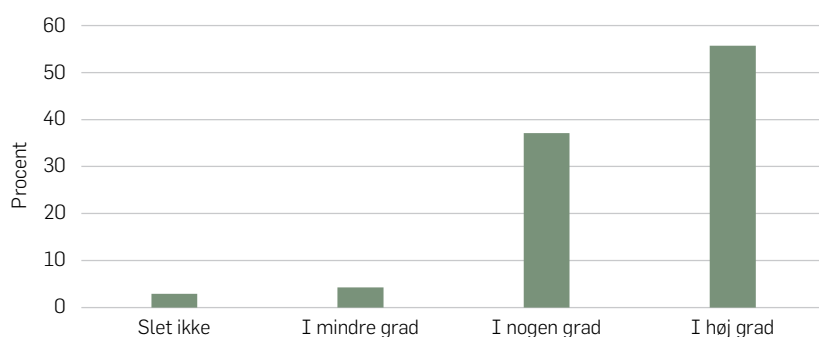
Jævnfør metoden indebærer 1. fase en vekselvirkning mellem afklaring af behov og igangsættelse af aktiviteter. Det betyder, at CTI-medarbejderen ideelt set skal begynde at lave aftaler med andre aktører i 1. fase, hvilket midtvejs i fasen er sket i 82 pct. af forløbene. At der for knap hver femte borger ikke er lavet de nødvendige aftaler med andre aktører i løbet af de første 2 måneder, skyldes forskellige forhold. Som vi har beskrevet tidligere, er der tale om en udsat målgruppe, og de foreløbige erfaringer i projektet er, at der i starten af forløbene er stort fokus på at arbejde med akutte problemer, når borgeren og CTI-medarbejderen mødes, hvorefter man kan begynde at arbejde med at etablere kontakt til tilbud etc. Andelen af forløb, hvor der er lavet aftaler med relevante aktører, stiger da også til 95 pct. ved målingen i 2. fase, hvilket er i tråd med metodens anvisninger for denne fase, hvor der er fokus på fortsat igangsættelse af aktiviteter. Metodemanualen foreskriver ligeledes, at der i 2. fase skal være en evaluering af de igangværende aktiviteter, og at aktivitetsplanen skal tilrettes, såfremt det er nødvendigt. Ved målingen midt-

vejs i 2. fase er der for omkring 80 pct. af borgerne foretaget en evaluering af planen, og for 60 pct. er der foretaget tilretninger af planen.

CTI-metoden foreskriver endvidere, at de aktiviteter, som igangsættes i CTI-forløbet, skal bygge på borgerens behov. I figur 6.4 fremgår, i hvilket omfang borgernes behov imødekommes i udarbejdelsen af aktivitetsplanen.

FIGUR 6.4

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



Anm.: N = 39.

Kilde: Igangværende CTI-skemaer.

Generelt tegner der sig et billede af, at de behov, som borgerne har, bliver imødekommet. Vi ser, at over halvdelen af borgere i høj grad får deres behov opfyldt, og ca. hver tredje i nogen grad får deres behov opfyldt.<sup>14</sup> Kun i ganske få tilfælde er det i mindre grad eller slet ikke muligt at imødekomme borgerens behov, hvilket kan skyldes strukturelle forhold, såsom ventetider på de ønskede tilbud eller ydelser. I sådanne tilfælde arbejdes der stadig videre med den praktiske og sociale støtte, som ligeledes er en stor del af et CTI-forløb.

14. I den endelige evaluering anvender vi det kvalitative materiale til at uddybe indholdet af aktivitetsplanerne, samt klarlægge hvilke udfordringer der er i forhold til dels at imødekomme borgernes behov, dels at finde de rette tilbud sammen med borgeren og skabe kontakt til disse.

## FOKUSOMRÅDER

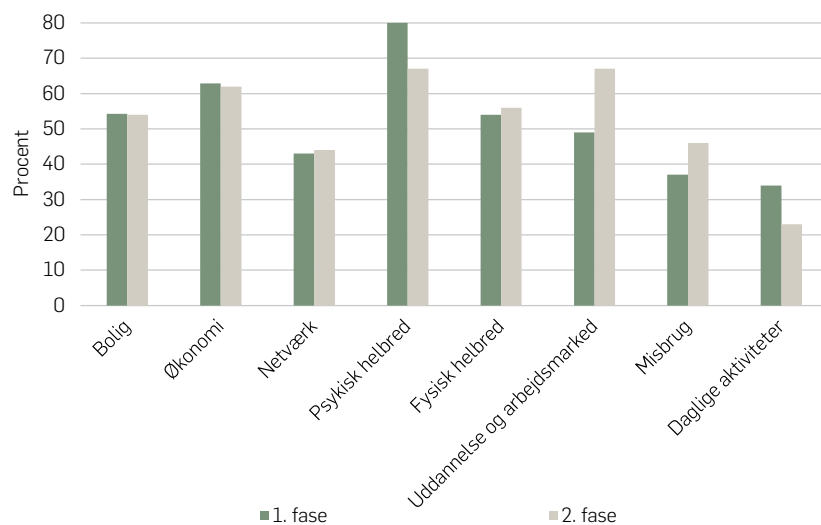
I forbindelse med tilretningen af CTI-metoden til dette projekt er der udpeget otte fokusområder, som skal sikre, at indsatsen tager udgangspunkt i en helhedsorienteret vurdering, mens der dog er fokuseret på få områder af gangen. I figur 6.5 fremgår det, at der er forskel på, hvilke dimensioner der arbejdes med på de forskellige tidspunkter i forløbet. I første fase arbejdes der i højere grad med psykisk helbred end i anden fase, mens der i anden fase i højere grad arbejdes med uddannelse og arbejdsmarkedskompetencer. Dette kan være udtryk for at det i takt med, at forskellige problemer eller behov bliver løst, bliver det muligt at arbejde videre med andre fokusområder.

I figur 6.6 har vi vist, hvilke aktiviteter der typisk er en del af CTI-forløbet i 1. og 2. fase. Helt overvejende kan vi sige, at der i begge faser igangsættes aktiviteter, der er målrettet social støtte og samtaler, hvilket er en central del af metoden. Stort set alle borgere 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. Det tyder dermed på, at såvel praktisk og social støtte som det 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 det på, at projektets CTI-medarbejdere formår både at varetage en støttende og en koordinerende rolle i forhold til borgeren. Det er vigtigt, at de koordinerende aktiviteter prioriteres hele vejen igennem forløbet, således at der bliver opbygget et støttenetværk omkring borgeren undervejs i forløbet, som kan tage over, når CTI-forløbet sluttet i det omfang det er nødvendigt.



FIGUR 6.5

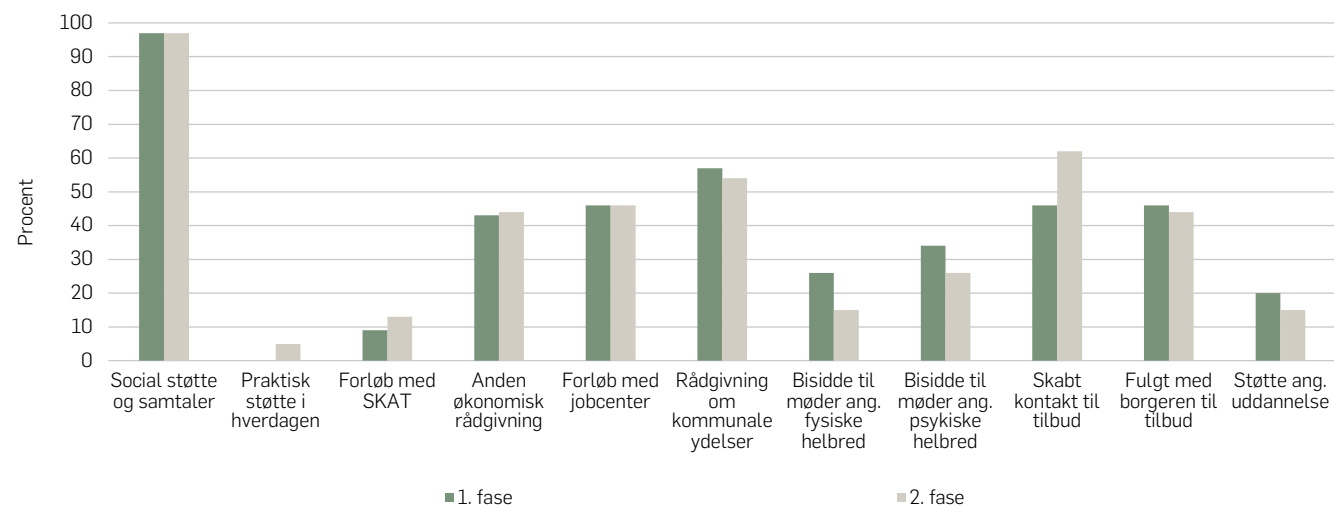
Andelen af borgerforløb, hvor der i indsatsen er blevet arbejdet med henholdsvis bolig, økonomi, netværk, psykisk helbred, fysisk helbred, uddannelse og arbejdsmarked, misbrug og daglige aktiviteter fordelt på 1. og 2. fase i CTI-forløbet. Procent.



Anm.: N = 35, N = 39.  
Kilde: Igangværende CTI-skemaer.

FIGUR 6.6

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



Anm.: N = 35, N = 39.

Kilde: Igangværende CTI-skemaer.

# BILAG

## BILAG 1 FORSTUDIET

I dette bilag gives en kort beskrivelse af det forstudie<sup>15</sup>, som SFI gennemførte i projektets første fase – Planlægnings- og udviklingsfasen – som løb fra projektets opstart i april 2012 til og med maj 2013. Fasen havde overordnet til hensigt at få sat rammerne for projektet i form af samarbejdsaftaler mv. med projektkommunerne samt til hensigt at kvalificere valget af projektets metode. For at understøtte særligt den sidstnævnte del gennemførte SFI et forstudie bestående af dels et litteraturstudie og dels en række kvalitative interview. Litteraturstudiet viste overordnet set, at det kan være vanskeligt for borgeren at skabe forandringer i forhold til prostitutionen (se bl.a. Kofod m.fl., 2011; Døssing m.fl., 2011; Mayhew & Mossman, 2007; McNaughton & Sanders, 2007). I den inddragede litteratur viste det sig, at det særligt er processen omkring at forlade prostitution, der er i centrum, hvor en række undersøgelser beskriver, hvordan forskellige uløste sociale, helbredsmæssige eller økonomiske problemstillinger kan medvirke til, at det mislykkes for borgeren at fastholde exit. Sådanne grunde kan fx være økonomiske problemer, behov for finansiering af et ikke-ophørt misbrug af stoffer, fristelsen ved

---

15 .For yderligere viden om forstudiet se Delrapport 1. Delrapporten kan findes på <http://www.sfi.dk/s%C3%B8geresultat-4067.aspx?Action=1&NewsId=3954&PID=9285>.

at tjene såkaldte hurtige penge, manglende evne eller mulighed for at fungere i sammenhæng med de eksisterende hjælpetilbud, psykisk sygdom, manglende støtte fra det sociale netværk og/eller negativ indflydelse fra andre (se bl.a. Benoit & Millar, 2001; Dalla, 2006; Kofod m.fl., 2011; McNaughton & Sanders, 2007; Williamson & Folaron, 2003). Også strukturelle faktorer såsom mulighed for bolig, misbrugsbehandling og at få et arbejde tildeles stor betydning i forhold til at understøtte borgerens mulighed for exit, hvis dette ønskes (se bl.a. Baker, Dalla & Williamson, 2010; Benoit & Millar, 2001; Dalla, 2006; Hester & Westermarland, 2004; Sanders, 2007).

I henhold til litteraturstudiets formål om at kvalificere udviklingen af en metode, som kan anvendes i kommunernes sociale arbejde, var det ligeledes relevant at inddrage eksisterende dansk litteratur vedrørende forholdet mellem borgere fra målgruppen og det offentlige sociale system. Her peger forskellige undersøgelser på, at nogle prostituerede borgere har afholdt sig fra at søge hjælp i offentligt regi blandt andet grundet manglende tillid til det offentlige sociale system, manglende oplevelse af indflydelse på egen situation, oplevelser med skiftende sagsbehandlere og/eller frygt for repressalier (se bl.a. Bjonness, 2011; Døssing m.fl., 2011; Kofod m.fl., 2011).

Som supplement til litteraturstudiet blev der ligeledes gennemført en række interview som sammen med eksisterende empiri fra SFI's kortlægning "Prostitution i Danmark" havde til formål at give en dybere forståelse af målgruppens heterogenitet og udfordringer i forhold til det sociale arbejde med målgruppen. Konkret blev der indsamlet 34 interview med udenlandske videnspersoner, danske fagpersoner hos henholdsvis kommuner, Kompetencecenter Prostitution og NGO'er samt blandt personer fra projektets målgruppe.<sup>16</sup> Interviewene understøttede i høj grad konklusioner fra litteraturen om behovet for en holistisk indsats baseret på den enkeltes behov og ikke mindst behovet for at skabe tillid mellem målgruppen og det offentlige sociale system.

På baggrund af forstudiet samt drøftelser med projektkommunerne og Socialstyrelsen udformede SFI et pilot-metodenotat, der beskrev CTI-metoden samt de dokumentationsredskaber, som ligeledes

---

16. Fordelingen af interview er følgende: 12 interview med borgere fra målgruppen; 6 interview med udenlandske videnspersoner fra henholdsvis Norge, Sverige og Holland i form af repræsentanter fra staten eller fagpersoner, som har daglig kontakt med prostituerede borgere; 16 interview med danske fagpersoner i form af repræsentanter fra projektkommunerne samt fra NGO'er og offentlige myndigheder

skulle testes i pilotfasen. Notatet udgjorde det metodiske grundlag for kommunernes arbejde med målgruppen i pilotfasen.

## BILAG 2 PILOTSTUDIET

I dette bilag gives en kort beskrivelse af SFI's pilotstudie gennemført i projektet anden fase – Pilotfasen – som løb fra juni 2013 til og med december 2013. For en nærmere beskrivelse henvises til et selvstændigt arbejdsrapport vedrørende pilotstudiet.<sup>17</sup>

Pilotfasens primære formål var at videreudvikle projektets metode og dokumentationsredskaber forud for den endelige implementering og afprøvning. For at understøtte dette arbejde indsamlede SFI i pilotfasen dels viden om kommunernes indledende erfaringer med den praktiske anvendelse af metoden, dels erfaringer med at dokumentere metodens effekt på baggrund af de udviklede redskaber. Undervejs i pilotfasen blev der desuden gennemført en række aktiviteter med henblik på at sikre korrekt anvendelse af dokumentationsredskaberne samt understøtte kompetenceudviklingen af de kommunale medarbejdere dels i arbejdet med CTI-metoden, og dels i arbejdet med målgruppen.<sup>18</sup> Derudover blev der gennemført en række møder med projektkommunerne samt to møder med henholdsvis projektets nationalfaglige følgegruppe og projektgruppe, som alle ligeledes bidrog til videreudvikling af projektets metode og dokumentationsredskaber.

Empirien til SFI's pilotstudie bestod af henholdsvis observationsstudier af en dags varighed i hver kommune, interview med projektledere og to CTI-medarbejdere i hver kommune (med undtagelse af Odense, hvor der på interviewtidspunktet kun var ansat en CTI-medarbejder). Nedenstående tabel viser, hvordan de forskellige dele af pilotstudiets empiri har bidraget til studiet.

---

17. Arbejdsrapporten kan findes her på Socialstyrelsens hjemmeside for projektet: <http://www.socialstyrelsen.dk/udsatte/prostitution/prostitution-1>.

18. Pilotfasens kompetenceudviklingsaktiviteter omfatter dels en undervisningsdag i projektets dokumentationsredskab "Outcomes Star" og dels to metodeinternater af todages varighed ved pilotfasens opstart og afslutning. På begge internater har der været fokus på at undervise kommunerne i anvendelsen af metoden. På internatet afholdt ved pilotfasens afslutning var der særligt fokus på de præciseringer, som pilotfasen havde givet anledning til både i forhold til metoden og i forhold til dokumentationsredskaber. På begge internater var der ligeledes fokus på arbejdet med målgruppen, herunder erfaringsudveksling eksempelvis i forhold til, hvordan man som CTI-medarbejder skaber en tillidsfuld dialog med borgeren og sikrer, at forløbet tager udgangspunkt i borgerens behov og ønsker.

---

## BILAGSTABEL B2.1

### Empiriske bidrag til pilotstudiet.

---

Empiri	Bidrag
Observationsstudier	Observationsstudierne har bidraget med viden om projektet og CTI-metodens implementering i de fire kommuner, og hvordan CTI-medarbejderen i praksis arbejder i henhold til CTI-principperne og CTI-metodens værdigrundlag.
Interview med CTI-medarbejdere	Interviewene har bidraget med viden om den praktiske anvendelse af CTI-metoden, herunder rollen som CTI-medarbejder, erfaringer med arbejdet med målgruppen, herunder rekruttering og relationskabelse samt anvendelsen af dokumentationsredskaberne.
Interview med kommunale projektledere	Interviewene har omhandlet kommunens tidligere erfaringer med CTI eller lignende metoder, projektets forankring og implementering i kommunen samt samarbejdet mellem kommunen og eksterne parter i projektet fx NGO'er.

---

Som forventet gav pilotstudiet anledning til at præcisere en række elementer i henhold til beskrivelsen af metoden og udformningen af dokumentationsredskaberne.

#### ANVENDELSE AF CTI-METODEN

Overordnet set var de udfordringer, som CTI-medarbejderne oplevede i pilotfasen, relateret til:

- Uklarhed om, hvad der igangsætter et CTI-forløb, herunder hvilke handlemuligheder CTI-medarbejderen har forud for opstarten af et CTI-forløb.
- Uklarhed om CTI-medarbejderens rolle og opgaver i hver af de tre CTI-faser.
- Uklarhed om organiseringen af indsatsen.

Uklarhederne omkring de to første forhold skyldtes primært, at CTI-medarbejderens rolle og opgaver i orienteringsperioden og i den enkelte CTI-fase ikke var tilstrækkeligt beskrevet i det metodenotat, som var blevet udformet forud for pilotfasens opstart. Sidstnævnte forhold relaterede sig især til manglende opsætning af caseload (det vil sige antal borgerforløb pr. medarbejderårsværk). På baggrund af kommunernes erfaringer blev de tre forhold præciseret inden igangsættelse af projektets ”implementerings- og afprøvningsfase”. Nedenstående tabel giver et samlet

overblik over de vigtigste præciseringer, der er sket i beskrivelsen af projektets metode, og hvad baggrunden herfor har været.

## BILAGSTABEL B2.2

### Præciseringer til metodenotat.

Emne	Kommunernes erfaring fra pilotfasen	Præcisering
Orienterende samtaler	Det var meget forskelligt, hvor mange samtaler borgeren havde behov for inden opstart af et eventuelt CTI-forløb.	I pilot-metodenotatet var der indsat maksimalt tre orienterende samtaler. I forbindelse med revideringen af metoden blev dette maksimumsantal fjernet.
Orienterende samtaler	Det kan være vanskeligt at fastholde kontakten til borgeren til trods for, at det/de første møde(r) har været positive.	I metodenotatet til afprøvningsfasen er indhold og form af den indledende kontakt blevet præciseret, herunder hvordan CTI-medarbejderne kan have en dialog med borgeren, som kan understøtte kontakten til borgeren.
CTI-medarbejderens opgaver i orienteringsperioden	Flere medarbejdere oplevede i pilotfasen, at det var uklart, hvornår orienteringsperioden sluttede, og det reelle CTI-forløb gik i gang. Særligt var der forvirring omkring, hvilke handlemuligheder man havde som CTI-medarbejder i forhold til at hjælpe borgeren i orienteringsperioden, eller om sådanne aktiviteter krævede opstart af et CTI-forløb.	Det er blevet præciseret, at CTI-medarbejderen i orienteringsperioden skal tage hånd om eventuelle akutte problemstillinger, som borgeren måtte komme med. Har borgeren derimod behov for, at der arbejdes med langsigtede problemstillinger, kræver det imidlertid, at der igangsættes et CTI-forløb, eller hvis dette ikke er muligt, at borgeren visiteres til hjælp i andet regi.
CTI-metodens faser	Der har været uklarhed omkring, hvad der definerede overgangen mellem faserne.	Det kan være vanskeligt at vurdere, hvornår borgeren reelt overgår fra en fase til den næste, hvorfor det er blevet præciseret, at overgangene sker efter ca. 4 og 8 måneder. Herudover er der i det reviderede metodenotat opstillet en række forhold, som skal være opfyldt ved de to overgange mellem faser.
CTI-metodens faser	Der har været uklarhed omkring indholdet i den enkelte CTI-fase, særligt i forhold til 1. CTI-fase, hvor der pga. beskrivelsen i pilot-metodenotatet herskede tvivl om, hvorvidt der måtte igangsættes aktiviteter i 1. CTI-fase, eller om der udelukkende måtte arbejdes med planlægningen af forløbet.	Indholdet i de enkelte CTI-faser, og hvad CTI-medarbejderens opgaver er i forbindelse hermed, er blevet præciseret. Eksempelvis er det blevet præciseret, at planlægning og igangsættelse af aktiviteter sker løbende henover de første to CTI-faser <sup>19</sup> . Den afgørende forskel de to faser imellem er, at der i 2. CTI-fase skal indgå evalueringer af borgerens aktivitetsplan, hvilket kræver, at borgeren er i gang med de aktiviteter, som er defineret i aktivitetsplanen.

19. I visse tilfælde også i 3. CTI-fase, se det reviderede metodenotat for en nærmere beskrivelse.



---

## BILAGSTABEL B2.2 FORTSAT

### Præciseringer til metodenotat.

Emne	Kommunernes erfaring fra pilotfasen	Præcisering
CTI-medarbejderens rolle og opgaver i orienteringsperioden og de enkelte faser i CTI-forløbet	Der har været et behov for en mere fyldestgørende beskrivelse af, hvad det vil sige at være CTI-medarbejder, samt hvilke opgaver CTI-medarbejderen forventes at varetage.	Beskrivelsen af CTI-metodens værdigrundlag, og hvilken betydning det har for CTI-medarbejderens rolle, er blevet uddybet. Derudover er medarbejderens rolle i den enkelte fase blevet adresseret i beskrivelsen af hver enkelt fase. Herudover har CTI-medarbejderne selv indgået i arbejdet med at udforme en liste over opgaver knyttet til orienteringsperioden og de enkelte CTI-faser. Opgaverne er ligeledes skrevet ind i det reviderede metodenotats beskrivelse af hver fase og er ligeledes vedhæftet i samlet form som bilag til notatet.
Caseload	CTI-medarbejderne oplevede generelt, at de kunne udvise den fleksibilitet, som CTI-metoden foreskriver. Dog var der fra flere sider et ønske om at få defineret et caseload pr. CTI-medarbejder.	I det reviderede metodenotat er der anbefalet et caseload på 10 CTI-forløb pr. fuldtids CTI-medarbejder. Det blev endvidere anbefalet, at de kommunale projektgrupper løbende diskuterer caseload for at sikre, at medarbejdernes ressourcer udnyttes bedst muligt.

---

## UDVIKLING AF DOKUMENTATIONSVÆRKTØJER

I udviklingen af dokumentationsværktøjer var der såvel før som undervejs i pilotfasen fokus på så vidt muligt at integrere dokumentationsarbejdet med det sociale arbejde. Erfaringerne fra pilotfasen viste, at Outcomes Star overordnet set betragtes af CTI-medarbejderne som et godt dialogværktøj i deres arbejde med at få et helhedsorienteret overblik over borgerens situation. Derudover fortalte flere CTI-medarbejdere, at borgerne var positive overfor brugen af redskabet. Dette blev også bekræftet af pilotfasens observationsstudier. For at lette indsamlingen af dokumentationen samt understøtte anvendelsen af de øvrige redskaber – aktivitetsplan og CTI-skemaer – blev alt dokumentation samlet i det system, hvor Outcomes Star indsamles. I systemet samles alle registreringer lavet for det enkelte forløb under en særskilt borgerprofil. I systemet er der indarbejdet en påmindelses-funktion, som giver CTI-medarbejderne besked om, hvornår det er tid til at udfylde henholdsvis et CTI-skema eller en Outcomes Star i forbindelse med et givent forløb.

Udover en række indholdsmæssige forandringer er de primære forandringer fra pilot- til afprøvningsfasen, at:

- Dokumentation af alle CTI-forløb er blevet samlet i et dokumentationssystem – Star Online – hvor alle registreringer sker på borgerniveau.
- Der er blevet introduceret et skema til registrering af ikke-opstartede forløb.
- Der er sket ændringer i frekvensen, hvormed dokumentationen indsamles.

Nedenstående tabel giver et samlet overblik over de vigtigste præciseringer i forhold til dokumentationsredskaberne og baggrunden herfor.

### BILAGSTABEL B2.3

Præciseringer til dokumentationsredskaber.

Redskab/emne	Erfaring fra pilotfasen	Præcisering
Generelt	Behov for at få koblet de forskellige dokumentationsredskaber samt lette dokumentationen.	Der er udviklet et dokumentationssystem, som samler alt dokumentation af igangværende forløb – Outcomes Star, CTI-skemaer og aktivitetsplan.
Generelt	I pilotfasen skulle Outcomes Star udfyldes hver måned, og det daværende statusskema skulle udfyldes en gang i hver CTI-fase. Den hyppige udfyldelse af Outcomes Star blev af flere oplevet som en stressfaktor i relationen til borgeren. Herudover var der en bekymring om, at de forskellige indsamlingsfrekvenser for henholdsvis Outcomes Star og det daværende statusskema kunne blive forvirrende, og at dette ville føre til manglende registreringer.	Såvel Outcomes Star som CTI-skemaer udfyldes ved opstart og herefter hver 2.måned.  Der er udviklet en påmindelsesfunktion i systemet.
Outcomes Star	Spørgsmålet omkring antal kunder var problematisk af flere årsager, og der blev stillet spørgsmålstegn ved, om det gav et retvisende billede af udviklingen i prostitutionsfrekvens.	Ændringer i spørgsmål til måling af prostitutionsfrekvens. Udover spørgsmål om eventuelt salg af seksuelle ydelser er der ligeledes tilføjet spørgsmål, som afdækker motivation.
Outcomes Star	Enkelte CTI-medarbejdere har borgere, som de kommunikerer med på engelsk og har derfor efterspurgt engelske versioner af de dokumentationsredskaber, som de anvender sammen med borgeren.	Der er blevet en engelsk version af Outcomes Star tilgængelig i dokumenteringssystemet. Herudover er de spørgsmål, som stilles ved oprettelsen af borgeren i systemet samt spørgsmålene omkring prostitutionsfrekvens og WHO-5's trivselsindeks alle oversat til engelsk.

(Fortsættes)

---

## BILAGSTABEL B2.3 FORTSAT

### Præciseringer til dokumentationsredskaber.

Redskab/emne	Erfaring fra pilotfasen	Præcisering
Statusskema/CTI-skema	Manglende måling på indikatorer til vurdering af fidelitet samt dokumentering af, hvilke tilbud borgeren modtager.	Statusskemaet har dannet grundlag for udviklingen af CTI-skemaerne. CTI-skemaerne indeholder udover spørgsmål om borgerens situation spørgsmål, der måler på CTI-metodens principper og monitorerer igangsatte tilbud.
Aktivitetsplan	Opsætningen af mål på tre niveauer i den oprindelige aktivitetsplan var for kompliceret til, at planen fungerede efter hensigten.	Indholdet af aktivitetsplanen er blevet revideret, og planen er blevet integreret i dokumentationssystemet med henblik på at lette den praktiske anvendelse og indsamlingen af aktivitetsplanerne.
Registrering af ikke-opstartede forløb	CTI-medarbejderne oplevede at få kontakt til borgere, som af den ene eller anden grund ikke endte med at starte i et CTI-forløb.	Der er udviklet et fælles registreringsskema, som CTI-medarbejderne i de fire kommuner udfylder for de borgere, som ikke starter i et CTI-forløb. I skemaet beskrives eksempelvis årsag til manglende opstart.

---

## 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.
- Bjønness, J. (2013): *At vælge det nødvendige. Prostitution, stofbrug og kampen for anerkendelse blandt marginaliserede danske kvinder*. Århus Universitet.
- 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.
- Susser, E., E. Valencia, S. Conover, A. Felix, T. Wei-Yann & R.J. Wyatt (1997): "Preventing Recurrent Homelessness among Mentally Ill Men: A "Critical Time" Intervention after Discharge from a Shelter". *American Journal of Public Health*, 87(2), s. 256-262.
- Sørensen, M.H. (2014): *Prostitutionens omfang og former*. København: Socialstyrelsen.
- Tormita, 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.