

Utvärdering av samtalsbehandling med försäljare av sexuella tjänster (FAST)

Delrapport 5 ur

Prostitution i Sverige –

Kartläggning och utvärdering av prostitutionsgruppernas
insatser samt erfarenheter och attityder i befolkningen

Cecilia Kjellgren, Gisela Priebe och Carl Göran Svedin



LUNDS UNIVERSITET



Linköpings universitet
HÄLSÖUNIVERSITETET

Linköping University Electronic Press, 2012
URL: <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:liu:diva-75371>
ISBN: 978-91-7519-923-8

Förord

Regeringen fattade 2007 beslut om 'Handlingsplan mot prostitution och människohandel för sexuella ändamål' (Skr 2007/08:167). I planens åtgärd 8 ingick 'att utvärdera och utveckla arbetet inom kommunerna som rör insatser riktade till sexköpare' samt i åtgärd 9 'utvärdera och utveckla det arbete vid socialtjänstens prostitutionsgrupper som riktar sig till de som befinner sig i prostitution'. Regeringen gav Socialstyrelsen detta uppdrag och uppdragets närmare utformning planerades under våren 2009 i ett samarbete mellan Socialstyrelsen och Linköping Universitet. Uppdraget utformades till att bestå av fem stycken delprojekt där ett projekt är ett försök att utvärdera de behandlingsinsatser som görs vid prostitutionsenheterna – i form av samtalsbehandling/psykoterapi för säljare av sexuella tjänster (Försäljare Av Sexuella Tjänster de s.k. FAST-programmen). Rapporten utgör delrapport 5.

Uppdraget har genomförts av en projektgrupp under ledning av Carl Göran Svedin, professor barn- och ungdomspsykiatri med särskild inriktning mot barnmisshandel och sexuella övergrepp vid Linköpings universitet. I projektgruppen har ingått Linda Jonsson, socionom och doktorand vid Linköpings universitet, Cecilia Kjellgren, socionom, dr.med.vet. vid Lunds universitet och lektor vid Linnéuniversitetet i Växjö, Gisela Priebe, psykolog/psykoterapeut, dr.med.vet. vid Lunds Universitet samt Ingrid Åkerman, socionom och utredare.

I forskningsgruppen har dessutom ingått tre intervjuare Jonna Abellsson, kurator ungdomsmottagningen, Haninge, Anna Hulusjö, doktorand Malmö högskola samt Lina Leander, fil.dr Stockholms universitet.

Rapporten beskriver en behandlingsstudie med 34 personer med erfarenhet att ha sålt sexuella tjänster och som erhållit behandling vid något av de tre FAST-programmen i Sverige. Studien beskriver behandlingsgruppen och hur behandlingen påverkat deras liv och psykosociala hälsa. Studiedesignen har varit en för- och eftermätning med intervjuer och standardiserade intervjuformulär.

Vi vill tacka Socialstyrelsen för att vi fått möjlighet att genomföra uppdraget, och hoppas att rapporten ska bidra till en förbättrad förståelse kvinnor och män som sålt sexuella tjänster och deras behov av samhällets stöd bl.a. i form av samtalsterapi.

Vi vill framföra ett varmt tack till de intervjupersoner som medverkade i intervjuerna. Utan deras vilja att berätta om sina erfarenheter från behandlingen hade studien inte gått att genomföra. Tack också till behandlare inom de tre olika enheterna som informerat och motiverat klienter att medverka och som hjälpt till med logistiken för intervjuer.

Linköping 1 mars 2012

Cecilia Kjellgren

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

FÖRORD	2
1. SAMMANFATTNING	5
2. BAKGRUND OCH SYFTE	8
3. METOD	10
3.1 Studiedesign	10
3.2 Intervention – samtalsbehandling	10
3.3 Undersökningsgrupp	11
3.4 Undersökningens upplägg	13
3.5 Intervjuerna	13
3.5 Frågeformulär	13
3.5.1 Bruk av alkohol	13
3.5.2 Bruk av droger	14
3.5.3 Psykisk hälsa	14
3.5.4 Självkänsla	14
3.5.5 Traumatiska upplevelser	14
3.5.6 Behandlingstillfredsställelse, upplevelse av behandlingen och att medverka i utvärderingen	15
3.6 Etik	15
3.7 Dataanalys	15
4. RESULTAT BASLINJEUNDERSÖKNINGEN – FÖRE BEHANDLING	17
4.1 Ålder vid intervjutillfällena	17
4.2 Information om prostitutionsenheterna	17
4.3 Kontaktorsak	18
4.4 Social situation	18
4.5 Prostitutionserfarenhet	20
4.5.1 Debutålder och duration	20
4.5.2 Omfattning	20
4.5.2 Typ av sex	21
4.5.3 Motiv för att sälja sex	21
4.5.4 Synen på att sälja sex	21
4.5.5 Kontakt med sexköparen	21
4.5.6 Kön och ålder	22
4.5.7 Gräns och kontroll i förhållande till kunden	22
4.5.8 Att sluta sälja sex	22
4.5.9 Förväntningar på behandlingskontakten	23
4.6 Frågeformulär vid baslinjeundersökningen	23
4.6.1 Bruk av alkohol och droger	23
4.6.2 Självkänsla	24
4.6.3 Traumatiska upplevelser	24
4.6.4 Psykisk hälsa	27
4.7 Sammanfattning	28

5. RESULTAT UPPFÖLJNINGSUUNDERSÖKNINGEN –	
EFTER BEHANDLING	29
5.1 Bortfallsanalys	29
5.2 Uppföljningsintervju	29
5.3 Frågeformulär vid uppföljningen	30
5.3.1 Bruk av alkohol och droger	30
5.3.2 Självkänsla	31
5.3.3 Psykisk hälsa	31
5.3.4 De tre olika enheterna	32
5.4 Uppföljningsintervjuerna	34
5.4.1 Viktiga förändringar	34
5.4.2 Behandlingskontakten	34
5.4.3 Familj & barn	34
5.4.4 Boende	36
5.4.5 Vänner	36
5.4.6 Arbete/studier	36
5.4.7 Fritid	36
5.4.8 Sex	37
5.4.9 Samtal om att sälja sex	37
5.4.10 Intervjupersoner som sålde sex vid uppföljningen	38
5.4.11 Andra förändringar genom behandlingen	39
5.4.12 TSS-2	39
5.4.13 Upplevelse av behandlingskontakten	40
5.4.14 Upplevelse av att delta i utvärderingen	41
5.5 Intervjupersonernas skriftliga kommentarer	42
5.6 Sammanfattning uppföljning	45
 6. DISKUSSION	 47
6.1 Resultat	47
6.2 Metod	47
6.3 Behov av framtida utveckling och forskning	48
 REFERENSER	 50

1. SAMMANFATTNING

Syftet med undersökningen var att utvärdera effekterna av det behandlingsarbete i form av samtalsterapi som bedrivs vid de tre prostitutionsenheterna i Stockholm, Göteborg och Malmö riktat till Säljare Av Sexuella Tjänster (FAST).

Metod. Undersökningen genomfördes 2009-2011 genom att nya klienter vid de tre FAST-enheterna inbjöds att medverka i studien. Av 47 personer som var aktuella för samtalskontakt under perioden tillfrågades 36 personer med erfarenheter av prostitution av behandlare om deltagande och 34 accepterade medverkan. Respondenterna intervjuades och besvarade självsvarsformulär (rörande psykisk hälsa, självkänsla, alkohol- och drogmisbruk, traumatiska upplevelser i barndomen) i början av samtalsbehandlingen (baslinjeintervjun) och vid behandlingens slut eller efter ett års behandling ($m=12,2$ månad).

Resultat. Respondenterna (31 kvinnor och 3 män) var i genomsnitt 29,1 år ($sd=7,5$) vid baslinjeintervjun och samtliga hade sålt sex. Majoriteten hade fått information om verksamheten genom andra myndigheter eller internet. Majoriteten uppgav att de sökt kontakt med enheten för att bearbeta negativa erfarenheter från prostitutionen. Majoriteten (65 %) hade inte vid baslinjeintervjun någon relation med partner, men majoriteten hade någon gång tidigare haft ett längre förhållande. Majoriteten (88 %) hade upplevt våld i en partnerrelation. Mindre än hälften (41 %) av intervjupersonerna hade barn. Barnet/barnen var oftast boende hos respondenten. Hälften arbetade eller studerade vid baslinjeintervjun. Respondenterna var vid första prostitutionstillfället i genomsnitt 21,3 år ($sd=7,2$) och en tredjedel var yngre än 18 år. Personerna hade i genomsnitt sålt sex i närmare sju år och majoriteten (73 %) varje vecka när prostitutionen varit som intensivast. Intervjupersonerna hade oftast fått kontakt med sexköparen via internet eller på gatan. Personerna hade oftast börjat sälja sex för att finansiera ett missbruk.

Hälften av intervjupersonerna rapporterade vid baslinjeundersökningen riskbruk eller missbruk av alkohol och majoriteten drogmisbruk. Majoriteten rapporterade låg självkänsla och i genomsnitt 12 potentiellt traumatiska upplevelser under uppväxten. Intervjupersonerna självrapporterade hög psykisk ohälsa, en ohälsa som dessutom var sämre än i flera tidigare svenska kliniska studier.

Vid uppföljningen medverkade 26 av 34 respondenter (24 kvinnor och två män). Bortfallsgruppen skilde sig signifikant från den uppföljda gruppen vad gäller drogmisbruk, med signifikant högre drogvändning i bortfallsgruppen än hos de uppföljda.

Majoriteten hade vid uppföljningen avslutat sin behandlingskontakt med enheten. Respondenterna hade i genomsnitt gått i 29 samtal på enheten. Fler levde ensamma, utan partner, vid uppföljningsintervjun. Majoriteten av intervjupersoner uppgav att de fått hjälp i samtalen att avsluta destruktiva relationer och förbättra relationer till det övriga nätverket. Intervjupersonerna skattade att de var signifikant mer nöjda med sina nära relationer vid uppföljningen. Fler arbetade eller studerade vid uppföljningen och majoriteten uppgav att samtalen på enheten påverkat detta område. Respondenterna var signifikant mer nöjda vad gäller området sysselsättning vid uppföljningsintervjun.

Sammanlagt 17 (68 %) av de deltagande hade antingen slutat sälja sex inför starten av behandlingen eller under densamma. Tre personer (12 %) hade ett år innan behandlingsstart

slutat sälja sex. Majoriteten (80 %) sålde inte sex vid uppföljningen. De som fortsatte sälja sex gjorde det mer sällan. Mer än 90 procent hade i behandlingen talat om erfarenheter av att sälja sex och upplevt att samtalen varit till stöd för att hålla fast vid sitt beslut i att sluta sälja sex. Majoriteten ansåg att de fått bättre självkänsla och förbättrad livskvalitet.

De som vid uppföljningen uppgav att de fortsatt sälja sex var signifikant äldre än övriga respondenter och hade sålt sex signifikant längre. De flesta intervjupersoner som tillhörde denna grupp uttryckte att de vid uppföljningen sålde sex mer sällan och uttryckte en önskan om vidare förändring. Hur lång tid man befunnit sig i prostitution kan ha betydelse för hur tidskrävande en sådan förändring är.

Vid jämförelse mellan resultaten på de upprepade självsvarsformulären från baslinje och uppföljning identifierades en rad förändringar. En icke-signifikant minskning av antalet personer med alkoholmissbruk och tungt drogberoende vid uppföljningen. Respondenterna rapporterade signifikant bättre självkänsla vid uppföljningen. Signifikanta skillnader vad gäller psykisk hälsa rapporterades på samtliga delskalor och totalskala.

Förändringar vad gäller respondenternas livssituation och hälsa kan iakttas med viss variation på alla enheter. Behandling vid de tre enheterna skilde sig åt vad gäller teoretiska utgångspunkter. Ingen av enheterna följde en strikt behandlingsmodell. Det går inte utifrån den begränsade undersökningsgruppen att dra slutsatser om en enhet bedriver en mer framgångsrik behandling än en annan. Det som är gemensamt för enheterna är att man tydligt riktar sig till målgruppen personer som sålt sex och att man erbjuder hjälp som inkluderar konsekvenser av prostitution. Respondenterna var lika nöjda med den behandling och det bemötande de fått från de tre enheterna.

Konklusion. Då behandlingsstudier på området i stort sett saknas, nationellt och internationellt, kan föreliggande studie ses som ett av de första försöken att med en s.k. före- och eftermätning utvärdera behandling riktad till säljare av sexuella tjänster. Resultaten är lovande men man måste dock vara försiktig med tolkningen av dessa då undersökningsgruppen är liten och studien inte en randomiserad kontrollerad studie som anses vara mest optimalt för behandlingsstudier. Man kan dock i detta avseende tala om en evidensbaserad praktik (EBP) som bygger på för närvarande bästa tillgängliga kunskap dvs. bästa vetenskapliga kunskapen om insatsers effekter, brukarens erfarenheter och förväntningar, den lokala situationen och omständigheter samt de professionellas expertis.

Metodvalet påverkades av klientgruppens sårbarhet och att de praktiska förutsättningarna inte förelegat för en randomiserad studie där någon sådan för det första inte var tillgänglig och för det andra ansågs en design med ett lottningsförfarande medföra en risk för att svårmotiverade klienter skulle kunna avskräckas från att delta om man riskerade att bli lottad till annan behandling än den specialiserade.

Rekommendationer. Med utgångspunkt i resultaten från denna delstudie vill vi lyfta följande frågor av betydelse för det framtida arbetet med att förebygga och reducera säljande av sexuella tjänster.

- Det finns behov av ett förstärkt arbete regionalt och nationellt riktat till personer som har sålt sex. De tre enheterna är nationella kunskapsbärare utan ett formellt nationellt uppdrag. För den fortsatta kunskapsutvecklingen och metodutvecklingen inom området krävs strukturell förändring.

- Det finns inte någon intern eller gemensam utbildning av terapeuter som ska arbeta med kvinnor och män som säljer sex vilket innebär både en sårbarhet vid personalförändringar och kompetenstapp. Detta är något som behöver utvecklas.
- De behandlingsmodeller som enheterna arbetar efter behöver utvecklas och tydliggöras för att det ska vara möjligt att både replikera och göra meningsfulla jämförande studier.
- För att ytterligare undersöka styrkan i det arbete som utförs bör man i det framtida utvecklingsarbetet på området verka för att tillförsäkra förutsättningar för en randomiserad design. Ett annat sätt vore att samla behandlingsdata under en längre tid för att kunna göra en studie med matchade klienter vid de olika enheterna antingen genom ett renodlat forskningsprojekt eller genom utvecklingen av ett kvalitetsregister.
- Effekter av andra insatser utöver samtalsbehandling som ges vid enheterna som psykosocialt stöd och medicinsk behandling behöver också undersökas. De som erhåller alternativa interventioner kan i framtida forskning utgöra kontrollgrupp till de som erhåller mer strukturerad samtalsbehandling.
- Det pionjärbete som bedrivs vid enheterna behöver förstärkas och utvecklas. Verksamheterna har byggts upp och drivs av ett antal eldsjälar. Ett fåtal professionella arbetar inom detta specialiserade område vilket också innebär en stor sårbarhet vad gäller kunskapsbärande och metodik i arbetet. De tre kommunala enheterna står för den nationella kunskapen men har inte ett nationellt ansvar för området. Det saknas ett sådant uppdrag.
- De tre enheterna vänder sig till personer i storstadsregionerna som sålt sex. Personer bosatta i andra kommuner i landet har inte tillgång till ett specialiserat samhälleligt stöd när man har erfarenheter av prostitution. I studien framgår det samstämmigt att respondenter upplevt betydande svårigheter att prata om prostitution inom icke-specialiserade verksamheter. Det finns exempel i studien på personer från andra kommuner som fått möjlighet att gå i behandling på någon av enheterna men inte utan att själv argumentera och kämpa för det, en process som ställer stora krav på individen. En översyn av hur man ska lösa behovet av specialiserad hjälp utanför storstadsregionerna bör göras. En förstärkning av de tre kommunala enheterna (med nationell finansiering) skulle kunna möjliggöra mottagande av remitterade klienter i större skala.
- En framtida nationell samordnande enhet bör ges ansvaret för ovanstående utvecklingsarbete.

2. BAKGRUND OCH SYFTE

Socialstyrelsen/IMS gjorde 2008 en systematisk kartläggning av forskning och dokumentation i elva databaser till rapporten "Interventioner mot prostitution och människohandel för sexuella ändamål (IMS, Socialstyrelsen, 2008). Sökningen i elektroniska databaser och på hemsidor identifierade 2 721 unika referenser, varav 156 (5,7 procent) bedömdes uppfylla inklusionskriterierna efter granskning. Till inklusionskriterierna hörde att publikationen skulle beskriva ett arbetssätt mot prostitution och/eller människohandel för sexuella ändamål. Arbetssättet skulle dessutom utföras av socialtjänsten, hälso- och sjukvården eller av någon frivilligorganisation (NGO) och vara individinriktat (barn och vuxna).

Av de 156 dokumenten gällde 117 i huvudsak prostitution och riktade sig i första hand till vuxna kvinnor som sålde sex. Merparten av de beskrivna interventionerna syftade till att reducera skador och konsekvenser av prostitutionen och bestod av bland annat hiv/STI-preventiva insatser inklusive kondomutdelning. Det förekom dessutom utbildning/information könssjukdomar och hälsorelaterade frågor men även insatser där de skadereducerande insatserna kombinerades med rådgivning och s.k. "empowerment" insatser för att bl.a. öka självkänslan hos målgruppen. Det skadereducerande arbetet bedrevs vanligtvis via uppsökande arbete. Det skadereducerande arbetssättet riktades mot vuxna kvinnor i prostitution och utövades främst i länder utanför Norden, framförallt i Asien men också i övriga Europa och i Nordamerika. I de nordiska länderna, inklusive Sverige, var det vanligare med arbetssätt som hade andra syften än skadereduktion, så som psykosocialt stöd och insatser för att stödja personer att lämna prostitutionen. Prostitutionsgrupperna/enheterna i Sverige har exempelvis psykosocial verksamhet med motiverande samtal och behandling. Sammanfattningsvis konstaterade man att: *"få av metoderna utvärderats på ett sådant sätt att det går att dra slutsatser om vilka effekter metoderna har. De tjugotal effektutvärderingar som identifierats har utförts i kontext som skiljer sig markant från den svenska (majoriteten i länder tillhörde tredje världen) och samtliga har haft ett skadereducerande syfte"* (IMS/Socialstyrelsen, 2008).

År 2010 kompletterades litteratursökningen från 2008 med material insamlat under perioden efter den föregående dokumenteringen (mitten av 2007 till september 2010).

I den sökningen inkluderades endast arbetssätt i Sverige, Norden, övriga Europa, Kanada och USA och endast arbetssätt för säljare av sex. I denna sökning identifierades 303 unika publikationer där 19 bedömdes som relevanta för temat (ej publicerad rapport). Mönstret från undersökningen 2008 bekräftades då majoriteten av artiklarna (15 st.) handlade om kvinnor i prostitution och av dessa innehöll 14 någon form av skadereducerande syfte. En artikel handlade om en behandlingsstudie (Ward & Roe-Sepowitz, 2009).

Inom ramen för denna undersökning kompletterades den föregående sökningen med en sökning för perioden augusti 2010 till och med tom oktober 2011. Samma sökord som vid tidigare analyser användes (IMS/Socialstyrelsen, 2008). I studiet av de drygt 200 artiklarna kunde man konstatera att samma mönster som tidigare de flesta artiklar handlar prostitutionen som fenomen ofta kopplat till missbruk, HIV/STI problematiken, trafficking och harm reduction. Ytterst få artiklar tar upp samtalsbehandling/psykoterapi till målgruppen. Litteraturgenomgången identifierade två artiklar med någorlunda relevans för denna rapport (Gorry, Roen & Reilly, 2010; Macy & Johns, 2011). Ingen av dessa två studier är någon utvärdering av given samtalsbehandling/psykoterapi och understryker snarast bristen på och behovet av såväl behandlingsinsatser som utvärdering av dessa

Ward och Roe-Sepowitz (2009) utvärderade en traumabehandling för prostituerade kvinnor med en kvasiexperimentell design. Man jämförde en grupp kvinnor i fängelse som fått behandlingen med en grupp kvinnor inom öppenvården som vill lämna prostitutionen. Programmet heter Esuba: Helping women turn abuse around och är en behandling för kvinnor som har blivit viktimerade och traumatiserade. Programmet är speciellt utvecklat för kvinnor i fängelse. Esuba är ett psykoedukativt grupprogram som förstärker medvetenheten om övergrepp och våld och som lär ut sätt att hantera ilska på samt kommunikationsfärdigheter (Bedard et al., 2003). Det lär kvinnorna vad övergrepp orsakar och uppmuntrar till diskussion och att dela erfarenheter för att minska isolering, skam och rädsla. Programmet lär även kvinnorna att bredda sitt sociala stöd och att utveckla mer adaptiva sociala färdigheter. Programmet är uppdelat i 12 delar där olika teman erbjuds varje vecka. Exempel på teman är stereotyper kring våld och övergrepp, kulturella och historiska övergrepp, sexuella övergrepp, våld i nära relationer, barnmisshandel, identifiera skillnader mellan uppfattningar och verkligheten, självskadebeteende, att släppa sitt förflutna och röra sig mot framtiden, m.m. Esuba-programmet består av två timmars långa möten under 12 veckor. Grupperna kan innehålla upp till 20 kvinnor och allt deltagande är frivilligt.

Utvärderingen, där sammanlagt 29 kvinnor deltog (18 i fängelsegruppen och 11 i öppenvårdsgruppen) visade att alla deltagare reducerade sina traumasymtom (mätt med Trauma Symptom Inventory, Briere, 1995) där förändringarna var statistiskt säkerställda på sex av tio delskalor. Kvinnorna i fängelsegruppen visade fler signifikanta förbättringar i traumasymtomatologin än öppenvårdsgruppen. Detta var något som bl.a. kunde förklaras i skillnader mellan grupperna beträffande traumasymtom, ålder samt andra förutsättningar för att få annat stöd och hjälp mellan grupperna. Dessa skillnader och storleken på grupperna gör att resultaten är lovande men måste tolkas med försiktighet.

Att psykologisk behandling har fått så litet utrymme i arbetet med prostituerade i t.ex. England kan förklaras av myndigheterna i sina dokument (Home Office 2004, 2006) ger få hänvisningar till behovet av specialister på psykologiskt stöd (Gorry, Roen & Reilly, 2010). Psykisk hälsa är en fråga som endast kortfattat erkänns och rådgivning rekommenderas bara samtidigt som Gorry och medarbetare visar, visserligen i en liten kvalitativ studie med sju prostituerade och fem professionella, på den påverkan som prostitutionen har på känslolivet. De tar liksom andra författare (Macy & Johns, 2011) upp behovet av en sammansatt behandling men som också erbjuder en behandling som riktar sig till en bearbetning av erfarenheter av våld, rädsla och utsatthet/sårbarhet.

Inför denna studie står det helt klart att det vare sig finns internationella eller inhemska studier att jämföra med.

Studien syftar till att undersöka vilka effekter samtalsbehandlingen har för målgruppen med avseende

- på försäljning av sexuella tjänster
- på den psykiska hälsan
- på missbruk av alkohol och droger
- på klienters livssituation vad gäller relationer, föräldraskap eller sysselsättning
- samt klienters behandlingstillfredsställelse

3. METOD

3.1 Studiedesign

Undersökningen genomfördes med pre- och post design för att undersöka eventuella effekter av behandlingen inom olika livsområden. Skälen till att inte genomföra en randomiserad kontrollerad studie vara flera. Det första skälet var att det var praktiskt svår genomförbart då en jämförande behandling inte fanns att tillgå. För det andra var klientgruppen liten varför en randomiserad studie hade behövt ett större antal klienter vilket inte var genomförbart med den givna tidsramen (ett års behandling). För det tredje hade gruppen en hög sårbarhet varför det skulle varit problematiskt att genomföra en studie där klienter randomiserades till t.ex. en väntelista eller en allmänt stödjande insats. De hade ofta sökt kontakt med enheten efter lång tids övervägande eller motivationsarbete. Det fanns också information om att klienter ibland sökt samtalskontakter hos andra vårdgivare där inte kunnat tala om erfarenheter från prostitution. Att bli tillfrågad om att delta i randomisering skulle kunna innebära att personer utsätts för ytterligare stress inför tanken att inte få tillgång till den specialiserade behandlingen utan kontrollintervention.

3.2 Intervention – samtalsbehandling

Vilken typ av samtalsbehandling som ges till klienter skiljer sig åt mellan enheterna och sannolikt även mellan behandlare inom en och samma enhet (se vidare rapport delrapport 2, *Kartläggning av insatser mot prostitutionen i Stockholm, Göteborg och Malmö*). Alla av de nedan beskrivna behandlingsinriktningarna är individuella bortsett från att en del i Malmö haft gruppbehandling i samband med institutionsvistelse pga. missbruk. Ingen av behandlingarna är manualbaserad. Behandlarna på respektive enhet anger vissa teoretiska utgångspunkter för sitt arbete. Ny personal introduceras i det synsätt och den metod man använt men det finns inte någon formell utbildning på enheterna för att specifikt arbeta med målgruppen.

I Stockholm arbetar man med relationer i fokus som sin metod. Teoretiska utgångspunkter i arbetet är en psykodynamisk grundsyn baserad på bl.a. objektrelationsteori (Wennerberg, 2010), anknytningsteori (Broberg et al., 2006), affektteori (McCullough, 1997) och traumateori (Gerge, 2010). Behandlingen består av tre delar: inledningsvis fokus på anknytning och tillit, därefter bearbetning, ofta av traumatiska upplevelser, samt avslut med fokus på separation och att klara sig själv. Man följer även med klienter på exempelvis nätverksmöten eller behandlingsmöten inom psykiatri. Behandlingskontakterna är ofta långa. Majoriteten av intervjupersoner som gått i samtal på enheten i Stockholm rapporterar vid uppföljningsintervjun att de träffat behandlaren minst en gång per vecka (91 %) och en klient som haft kontakt med enheten i Stockholm anger att man träffats mindre ofta, varannan vecka.

I Göteborg arbetar man med en psykodynamisk grundsyn och systemisk-narrativ metod (Morgan, 2000; White, 2007). Man har också ett anknytningsteoretiskt perspektiv i sitt arbete. De flesta kontakterna är långvariga och bearbetande samtal pågår samtidigt som kontakter tas med socialtjänst och andra myndigheter för att hjälpa klienten att komma vidare. Knappt hälften av intervjupersonerna som gått i samtal på enheten i Göteborg rapporterade vid uppföljningsintervjun att de träffat sin behandlare varje vecka och hälften mindre ofta (varannan vecka) eller att kontakten skiftat i intensitet från varje vecka till varannan vecka.

I Malmö stad används *Lösningssfokus* (de Shazer et al., 2006) generellt som metod för interventioner inom socialt arbete. Lösningssfokus innebär att behandlare arbetar med att utveckla problemlösningstrategier. De viktigaste metoderna är

- att tillsammans med klienterna/patienterna beskriva/upptäcka/skapa hur de vill ha det i framtiden när det problem som fört dem till samtal är löst (deras föredragna framtid)
- att tala tillsammans om de olika saker de gör som redan fungerar och deras sätt att göra detta
- att mäta de framsteg som patienterna/klienterna gör i den riktning som är viktig för dem (http://www.sikt.nu/vad_aer_loesningsfokus.htm)

Enheten använder också motiverande samtal (MI, Motivational Interviewing, Miller & Rollnick, 2002) i klientarbetet. Man avtalar inte om långa behandlingskontakter utan utvärderar fortlöpande hur man ska planera för fortsatt kontakt. I arbetet ingår också att slussa vidare till mer praktisk hjälp som ekonomi, söka jobb osv.

Vid enheten i Malmö bedrivs också gruppbehandling för kvinnor med prostitutionserfarenhet som får vård och behandling på institution för sitt alkohol- och/eller drogmisbruk. Två intervjupersoner (20 %) som haft samtalskontakt med enheten i Malmö rapporterade vid uppföljningsintervjun att de träffat behandlaren varje vecka och majoriteten (80 %) mindre ofta (varannan vecka) eller att kontakten skiftat i intensitet från varje vecka till varannan vecka.

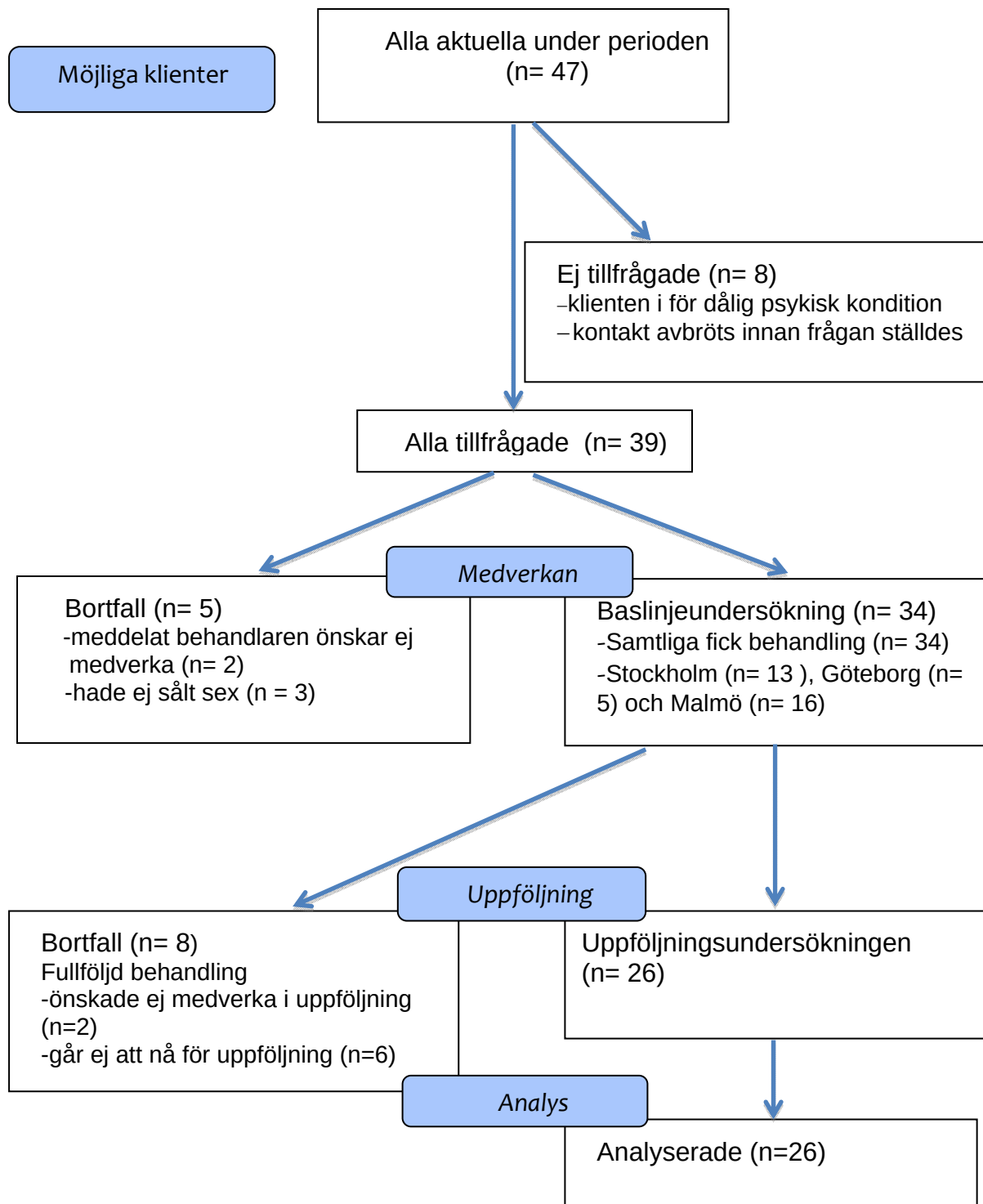
Intervjupersoner som haft kontakt med enheten i Stockholm hade en signifikant mer frekvent behandlingskontakt (varje vecka/mer sällan) än intervjupersoner som haft kontakt med enheten i Malmö (Fisher's Exakta Test, $p=,002$). I förhållande till enhet i Göteborg identifierades ingen signifikant skillnad.

Det är således vare sig en generell eller en strukturerad intervention som implementerats och utvärderats utan relativt mångfacetterade och egentligen olika eklektiska modeller som har de gemensamt att de erbjuder kvinnor och män som säljer sex en längre tids samtalsbehandling/psykoterapi.

3.3 Undersökningsgrupp

Klienter som påbörjat sin behandlingskontakt vid prostitutionsenheterna/FAST i Stockholm, Göteborg eller Malmö under en 18-månadersperiod - från 1/8 2009 till 31/1 2011 - tillfrågades om de vill medverka i undersökningen. Gruppen är delvis överlappande med den som beskrivs i delrapport 3. Fyrtiosju personer var aktuella för studien men åtta tillfrågades inte eftersom behandlarna bedömde att deras psykiska kondition var för dålig, eller för att kontakten hann avbrytas innan de tillfrågades (figur 5:1). Trettionio personer fick skriftlig information om studien och 37 personer accepterade att medverka. Inklusionskriterier för denna studie var att man sålt sex och de tre personer som inte hade den erfarenheten exkluderades ur undersökningsgruppen. Av de som sålt sex och fått information om studien medverkade slutligen 34 personer (94 %). Tretton respondenter (38 %) kom från enheten i Stockholm, fem respondenter (15 %) kom från enheten i Göteborg och sexton respondenter (47 %) från enheten i Malmö. Undersökningsgruppen består personer, 31 (91 %) kvinnor och tre (9 %) män. Enheternas klienter kommer i huvudsak från respektive kommunerna Stockholm, Göteborg, och Malmö. Vissa klienter som är bosatta i andra kommuner har ansökt och beviljats bistånd av sin hemortskommun att gå i behandling.

Figur 5.1. Flödesschema för FAST behandling



3.4 Undersökningens upplägg

Intervjupersonerna träffade person från forskargruppen vid två tillfällen, i början av samtalsbehandlingen (baslinje) och efter avslutad behandling. Om behandlingskontakten inte avslutades inom ett år skedde en uppföljningsintervju efter ett år. Uppföljningsintervjun genomfördes i genomsnitt 12,2 månader ($md=12$, $sd=4,6$) efter baslinjeintervjun. En viss förskjutning av uppföljningstider skedde p.g.a. svårigheter att boka in uppföljningstider.

Intervjupersonen fick innan intervjun genomfördes skriftlig samt muntlig information och undertecknade samtycke att delta i undersökningen. Personen intervjuades därefter och besvarade fem självsvarsformulär vid baslinjeundersökningen. Vid uppföljningen intervjuades personen åter och besvarade sex självsvarsformulär.

Fem intervjuare genomförde intervjuerna. Samtliga med erfarenhet/utbildning av samtal med personer i utsatta grupper. Det har eftersträfvats att samma intervjuare har träffat respondenten vid såväl baslinje- som uppföljningsintervju.

3.5 Intervjuerna

De semistrukturerade intervjuerna har följt två intervjuguider. Baslinjeintervjun har rört områdena hur man fått information om prostitutionsenheten, hur man fått kontakt med enheten, skälet till att man har sökt hjälp vid enheten, social situation (partner, barn, boende, vänner, arbete och fritid), sexualitet och en skattning av hur nöjd man är med respektive livsområde. Vidare om prostitutionserfarenhet och vad man hoppas få hjälp med.

Uppföljningsintervjun har rört vilka förändringar som skett sedan baslinjeintervjun, hur kontakten med enheten sett ut, om förhållanden förändrats vad gäller partner, barn, boende, vänner, arbete/studier eller fritid. Vidare om förhållanden förändrats vad gäller sexualitet och prostitution. Hur mycket de olika livsområdena varit aktuella i samtal på enheten och hur samtalen påverkat en eventuell förändring.

Intervjuerna har genomförts i prostitutionsenhetens lokaler, på behandlingshem eller i universitetslokaler. Intervjun spelades in när respondenten samtyckt till detta. Respondenterna erhöll ett presentkort på 500 kronor efter varje intervju som kompensation för nedlagd tid. Intervjupersoner benämns i rapporten huvudsakligen som respondenter med variation intervjupersoner eller personer.

Majoriteten som medverkade i studien hade träffat sin behandlare vid upp till fyra bedömnings- eller behandlingssamtal när intervjun genomfördes. Med hänsyn till risken för att någon skulle känna att frågan om medverkan i studien blev så stressande att man inte ville påbörja behandlingen, har intervjupersoner inte rekryterats innan kontakt hade etablerats med respektive behandlingsenhet. Intervjupersonerna hade i genomsnitt haft kontakt med enheten i 1,1 månad ($sd=1,1$) innan intervjun genomfördes.

3.5 Frågeformulär

3.5.1 *Bruk av alkohol*

Bruk av alkohol har mätts med självsvarsformuläret AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test, Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro, 2001). Formuläret är avsett

att mäta konsumtion, beroende och alkoholrelaterade skador och innehåller tio frågor. Svar på frågorna poängsätts från 0 till 4, där höga värden motsvarar hög alkoholkonsumtion och beroende. Totalpoängen är 0-40. Gränsvärden är ≥ 6 poäng för kvinnor och ≥ 8 poäng för män indikerande riskbruk och ≥ 18 poäng för kvinnor respektive ≥ 20 poäng för män indikerande missbruk. Instrumentets reliabilitet för denna undersökning var god $\alpha=.94$.

3.5.2 Bruk av droger

Bruk av droger har mätts med självvarsformuläret DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test, Berman, Bergman, Palmstierna & Schlyter, 2005). Formuläret avser att mäta konsumtionsmönster och drogrelaterade problem och innehåller elva frågor. Svar på frågorna poängsätts från 0 till 4, där höga värden motsvarar hög droganvändning. Totalpoängen är 0-44. Gränsvärden är ≥ 2 poäng för kvinnor respektive ≥ 6 för män indikerande missbruk/skadligt bruk. För åldersgruppen 16 till 25 är gränsvärdet justerat till ≥ 3 poäng för kvinnor respektive ≥ 7 för män. Vid ≥ 25 poäng har klienten sannolikt ett tungt beroende av droger (Berman et al., 2007). Instrumentets reliabilitet för denna undersökning var god $\alpha=.96$.

3.5.3 Psykisk hälsa

Intervjupersonerna besvarade självvarsformuläret SCL 90 (Derogatis, 1977; Fridell et al., 2002) som identifierar hur en person har mått psykiskt och fysiskt under senaste veckan. Instrumentet innehåller 90 frågor där intervjupersonen skattar på en femgradig skala (0-4) hur mycket man besvärats av visst symptom (inte alls, lite grand, måttligt, ganska mycket och väldigt mycket). Svaren på samtliga frågor bildar ett globalt svårighetsindex (GSI) och 83 frågor bildar nio delskalor. Reliabiliteten för subskalor och totalskala för denna undersökning var god, subskalorna med alfavärde mellan .75-.92 och totalskalan $\alpha=.97$.

Det interna bortfallet var lågt, som mest tre obesvarade frågor per formulär och då högst en obesvarad fråga per delskala. Programkonstruktörens rekommendation när formulär utifrån bortfall inte bör användas ligger avsevärt högre (då >20 % av frågorna är obesvarade, eller då 40 % av frågorna är obesvarade för enstaka subskala, Fridell, 2002).

3.5.4 Självkänsla

Intervjupersonerna besvarade ett formulär om självkänsla (Rosenberg Self Esteem Scale, Rosenberg, 1989). Formuläret består av tio påståenden som besvaras stämmer helt, stämmer bra, stämmer delvis eller stämmer inte alls. Svaren poängsätts 0 till 3 och skalans totalpoäng är 0-30. Instrumentets reliabilitet för denna undersökning var god $\alpha=.91$.

3.5.5 Traumatiska upplevelser

Frågeformuläret LYLES (Linköping Youth Life Experience Scale, Nilsson, Gustafsson, Larsson & Svedin, 2010) med 23 frågor om potentiellt traumatiska upplevelser i barndomen har använts. Formuläret har 23 huvudfrågor och mer detaljerade följdfrågor, totalt 41 frågor. Arton frågor rör icke-interpersonella händelser, tretton interpersonella händelser och tio frågor rör ogynnsamma erfarenheter. Instrumentet har tidigare undersökts genom test-retest (Nilsson

et al., 2010) med Cohens Kappa och man fann då måttlig – till mycket god reliabilitet för frågorna i instrumentet.

3.5.6 Behandlingstillfredsställelse, upplevelse av behandlingen och att medverka i utvärderingen

TSS-2 (Treatment Satisfaction Scale-2, Clinton, Björck, Sohlberg & Norring, 2004) är ett formulär med fem frågor som rör bemötande, samtalsuppläggning/innehåll, att bli lyssnad på och förstådd, förtroende och målen för behandling. Frågorna besvaras med ett av fyra svarsalternativ 3=ja, i mycket hög grad, 2=ja, i ganska hög grad, 1=ja, i viss mån 0=nej. En sjätte fråga rör uppfattning om enheten i allmänhet med svarsalternativ -1=mycket negativ, 0=negativ, 1=neutral, varken eller, 2=positiv och 3=mycket positiv. Vid varje fråga finns också utrymme för kommentarer. Instrumentets reliabilitet för denna undersökning var god $\alpha=.90$.

Ett formulär har satts samman för studien *Din upplevelse av samtalskontakten och av ditt deltagande i studien*. Formuläret innehåller tolv påståenden om specialenheten, om hur samtalen hjälpt, om behandlarens kunskap och förhållningssätt och hur jag kan påverka mina problem. De flesta av påståendena kommer ursprungligen från Common Factors Questionnaire (CFQ, Bengt-Åke Armelius, 2008, opubl.) och har anpassats till denna studie medan några av påståendena har formulerats speciellt för denna studie. Påståendena besvaras på en skala från 1= *instämmer inte alls* till 5= *instämmer helt*. Reliabilitet för skalan i denna undersökning var god, Chronbach's $\alpha=.93$.

Fyra frågor berör upplevelsen att delta i undersökningen, obehag av intervjufrågor eller formulär och om man fått ut något positivt av att medverka i undersökningen och om man fattat samma beslut att delta, när man nu vet vad det innebär. Påståendena besvaras på en skala från 1= *instämmer inte alls* till 5= *instämmer helt*. Frågorna kom från frågeformuläret "The Reactions to Research Participation Questionnaire (RRPQ)" (Newman, Willard, Sinclair & Kaloupek, 2001). Reliabilitet för skalan var låg Chronbach's $\alpha=.25$.

Vid baslinjeundersökningen besvarades formulären *AUDIT*, *DUDIT*, *SCL 90*, *LYLES* och *Rosenberg Self Esteem Scale*. Vid uppföljning upprepades dessa (förutom *LYLES*) och kompletterades med *TSS-2* och *Din upplevelse av samtalskontakten och av ditt deltagande i studien*.

3.6 Etik

Studien är godkänd av Regionala Etikprövningsnämnden i Linköping, dnr M162-09.

3.7 Dataanalys

Skillnader mellan diskreta variabler analyserades med hjälp av Chi-två test eller med Fischer's exakta test. Parat t-test har använts för jämförelse mellan två kontinuerliga variabler. Effektstorlek, Cohen's *d*, har beräknats genom att skillnader mellan medelvärden har dividerats med poolad standardavvikelse. Gränsvärden som används i dataanalysen är $\geq .80$ stor effekt, $\geq .50$ medelstor och $\geq .20$ liten effekt (Cohen, 1988). Jämförelse av medelvärde för tre grupper har genomförts med envägs-ANOVA. SPSS 19.0 har använts för alla uträkningar.

Resultaten på SCL 90 för denna studies undersökningsgrupp jämförs med data från ett normalmaterial (n=1016) och patientmaterial (n=1698) (Fridell et al, 2002). För instrumentet Rosenberg Self Esteem Scale jämförs resultaten för denna undersökningsgrupp med resultaten från den epidemiologiska studien (delrapport 1), liksom för instrumentet LYLES.

4. RESULTAT BASLINJEUNDERSÖKNINGEN – FÖRE BEHANDLING

4.1 Ålder vid intervjutillfällena

Tretton respondenter (38 %) kom från enheten i Stockholm, fem respondenter (15 %) kom från enheten i Göteborg och sexton respondenter (47 %) kom från enheten i Malmö. Undersökningsgruppen bestod av 34 personer, 31 (91 %) kvinnor och tre (9 %) män. Respondenterna var vid intervjutillfället i genomsnitt 29,1 år (sd = 7,5) med spridning från 17 till 43 år. Fem respondenter (15 %) var 17-20 år, fem (15 %) var 21-25 år, tretton (38 %) var 26-30 år, sju (21 %) var 31-40 år och fyra (12 %) var 41 år och äldre. Vid uppföljningen var intervjupersonerna 29,9 år (sd = 7,4).

4.2 Information om prostitutionsenheterna

Respondenterna hade på olika sätt fått information om prostitutionsenheterna. Genom professionella som arbetar inom behandlingshem, polis, psykiatri och socialtjänst, via enheternas hemsidor på internet, genom media, genom enheternas uppsökande arbete eller genom personer som tidigare fått behandling vid enheten. Tre personer hade några år tidigare haft en första kontakt med enheten men då inte påbörjat en behandlingskontakt.

Elva av respondenterna var vid baslinjeintervjun inskrivna på behandlingshem och hade fått information om prostitutionsenheternas arbete av personal eller andra klienter. Tio har erhållit gruppbehandling med fokus på prostitutionserfarenheter parallellt med vistelse på behandlingshem för alkohol- och/eller drogberoende.

Tabell 5.1. Informationsväg

Fått information om verksamheten genom	n	%
myndigheter	16	47
internet	8	24
andra som fått behandling vid enheten	7	21
utåtriktad verksamhet	3	9
	34	100

Vid kontakttillfället hade respondenterna olika mycket information om vad verksamheterna skulle kunna erbjuda. Över hälften uppgav att de hade mycket information om enheten, visste att de jobbade speciellt med de som sålt sex, att man kunde ta upp allt i samtal, att de arbetade med olika typer av insatser för personer som sålt sex. Övriga hade mer begränsad information som att verksamheterna var inriktade på personer som sålt sex men visste inte mycket om arbetssätten.

4.3 Kontaktorsak

Samtliga respondenter hade en erfarenhet av att sälja sex. Respondenterna beskrev olika anledningar eller behov som gjort att de sökt kontakt med enheterna. Majoriteten (71 %) hade ett behov av att tala om negativa känslor kring prostitution som skuld, skam, kontrollförlust och att få möjlighet att bearbeta tidigare trauma, 5.2. En fjärdedel önskade hjälp att sluta/komma ur prostitutionen. En person beskrev att kontaktorsaken var oro för att gå tillbaka till prostitution och två personer uppgav att de sökt hjälp hos enheten för att anhöriga ville det. Tjugotre (68 %) angav flera olika skäl till kontakten.

Tabell 5.2. Anledningen till kontakt

Anledningen var	n	%
att få bearbeta negativa erfarenheter från prostitution	24	71
att få hjälp att lämna prostitution och förändra	7	21
anhörigs önskan	2	6
oro för att gå tillbaka till prostitution	1	3
	34	101

4.4 Social situation

Majoriteten (65 %) hade vid intervjutillfället inte någon *partner*, men de flesta (97 %) som besvarat frågan om tidigare förhållande (30 av 34 besvarade frågan) har någon gång tidigare haft ett längre förhållande.

Av de som vid första intervjutillfället uppgav att de hade en partner så hade förhållandet i genomsnitt varat 24,3 månader (sd =54,3). För tio av de 12 hade förhållandet varat kortare tid än ett år. På en skala 1-10 som angav hur nöjda de var med hur det hade det med sin partner skattade respondenterna i genomsnitt 6,7 (sd=3,2). På frågan om de ville förändra något i relationen med sin partner, gavs svar som mindre bråk, bättre på att hantera konflikter och att skapa större trygghet.

Majoriteten eller 28 av 32 svaranden (88 %) beskrev att de en eller flera gånger upplevt våld i en partnerrelation.

Fjorton respondenter (41 %) hade *barn*. Av de 23 barnen bodde 65 % hos respondenten, 22 % hos den andre föräldern medan 13 % var placerade i familjehem. De som hade barn skattade, på en skala 1 till 10, i genomsnitt 7,5 (sd =2,4) för hur nöjda de var med kontakten med sitt/sina barn. Det man ville förändra i relationen till sina barn rörde framförallt att bli en god och kärleksfull mamma, att kunna skapa förtroende och tillit och ha mer ork för sina barn. Några kommenterade att de måste förändra sådant som är negativt för barnen som destruktiva relationer.

Det var vanligast att intervjupersonerna inte levde tillsammans med en annan vuxen och knappt hälften av de ensamstående bodde tillsammans med ett eller flera barn, tabell 5.3. En mindre grupp (12 %) var sammanboende med en partner. En tredjedel av intervjupersonerna

hade en annan typ av *boende* som ett tillfälligt boende hos vänner eller släkt eller var placerad i familjehem. Några som var på behandlingshem vid intervjutillfället hade inget boende att återvända till efter behandlingstiden.

Tabell 5.3. Boende

Boende	n	%
Ensam	12	35
Ensamstående med barn	7	21
Sammanboende	2	6
Sammanboende med barn	2	6
Annat	11	32
	34	100

På en skala 1-10 skattade respondenterna i genomsnitt 6,5 (sd = 2,9) för hur nöjda de var med sitt boende. På temat vad man vill förändra med sitt boende angav några respondenter större lägenhet, extra sovrum eller ett förstahandskontrakt. Andra kommentarer rörde behov av att renovera/förnya eller att byta lägenhet för att man tidigare sålt sex i sin nuvarande bostad.

Trettio respondenter (88 %) uppgav att de hade en eller flera *vänner* de träffat regelbundet. Fler än hälften uppgav att de har flera vänner de träffar under en månad. En femtedel träffade inga vänner under en månad. På en skala 1 till 10 är medelvärde 6,9 (sd=2,4) för hur man har det med sina vänner. Det man ville förändra i relationen till vänner rör en rad önskningar som att kunna lita mer på sina vänner, att vänner inte ska se ner på eller tycka synd om en, att man inte bara festar ihop och att ha fler vänner som mår bra/som inte missbrukar. Vidare ville man bli bättre på att skapa nya relationer med vanliga människor och våga öppna sig mer.

Hälften *arbetade* (38 %) eller *studerade* (12 %) vid intervjutillfället medan den andra hälften inte var i arbete vid undersökningstillfället. En högre andel (71 %) hade haft arbete eller varit studerande under någon period under senaste året. Ett skäl till skillnad i grad av sysselsättning är att den grupp av respondenter (n=11) som vid intervjutillfället var i dygnsvård för missbruk inte arbetade/studerade under behandlingstiden.

Medelvärde var 4,0 (sd=3,1), på skala 1 till 10, för hur nöjda respondenterna var med hur de har det med arbete respektive studier. På frågan vad man ville förändra när det gäller arbete eller studier, angav en stor grupp (n=14) att de ville utbilda sig. Andra som jobbade deltid vill öka sysselsättningsgraden och andra uttryckte en önskan att bli självförsörjande.

Majoriteten (85 %) hade ett *fritidsintresse*. Fritidsintressena rörde områdena djur-natur (djur, vara ute i naturen, trädgård), idrott-träning (ridning, rugby, fotboll) eller något skapande (att skriva, måla eller skapa musik). Respondenterna skattade i genomsnitt 6,3 (sd=2,6) på en skala från 1 till 10, för hur nöjd man var med sin fritid. Det man framförallt önskade förändra var att återuppta ett gammalt intresse, hitta en ny hobby eller bli mer regelbunden med fysisk träning.

4.5 Prostitutionserfarenhet

4.5.1 Debutålder och duration

Respondenterna var i genomsnitt 21,3 år vid första prostitutionstillfället ($sd = 7,2$) med spridning från 12 till 41 år. En tredjedel (32 %) av respondenterna var under 18 när de sålde sex första gången. Männen var något yngre än kvinnorna när de började sälja sex ($m=20,3$, $sd=2,5$ jämfört med $m=21,4$, $sd=7,6$), skillnaden var dock inte statistiskt signifikant. Respondenterna hade i genomsnitt sålt sex under 6,9 år ($sd = 5,2$) från ett halvår till 22 år. Tio respondenter hade sålt sex tio år eller mer. Vissa rapporterade att de börjat sälja sex i tonåren, att det varit ett uppehåll under en period och att de senare åter sålt sex. Männen hade sålt sex under en längre tid jämfört med kvinnorna ($m=11,0$ år, $sd=9,9$ vs. $m=6,6$ år, $sd=4,6$), men skillnaden var inte heller här statistiskt signifikant.

En något omvänd bild sågs i den epidemiologiska studien (Delrapport 1) där 50 procent av kvinnorna och en tredjedel av männen som sålt sex någon gång under livet uppgav att de var under 18 år vid första tillfället. I samma studie så var medelåldern 18,2 ($sd = 2,6$) för kvinnorna och 20,8 ($sd = 6,2$) för männen vid första tillfället. I den epidemiologiska studien var det ingen av kvinnorna och 19,1 procent av männen som sålt sex som gjort det mer än vid 20 tillfällen, dvs. i betydligt mindre utsträckning än i denna behandlingsstudie även om frågorna var formulerade annorlunda.

4.5.2 Omfattning

Respondenterna hade sålt sex med varierad intensitet. Vissa respondenterna beskrev att de sålt sex mer frekvent i perioder. Den högsta nivån redovisas i tabell 5.4. Tre fjärdedelar (72 %) uppgav att de sålt sex varje vecka; åtta uppgav dagligen, åtta flera gånger per vecka och åtta uppgav någon gång per vecka. En dryg fjärdedel svarade att de sålt någon-några gånger per månad eller mer sällan.

Tabell 5.4. Sält sex

Sält sex	n	%
dagligen	8	24
flera gånger per vecka	8	24
en gång per vecka	8	24
någon-några gånger per månad	7	21
några gånger per år	3	9

De respondenter som rapporterade att de sålt sex varje vecka eller flera gånger i veckan hade sålt sex under längre tid $m=7,9$ år ($sd=5,6$) jämfört med de som sålt sex mindre ofta än en gång i veckan $m=4,8$ år ($sd=3,2$).

Vad gäller antalet kunder per dag varierar svaren. Några svarade att de sålt sex till flera kunder per dag när det varit som mest intensivt och andra att de aldrig sålt till mer än en kund samma dag.

4.5.2 Typ av sex

Respondenterna beskrev olika sexuella handlingar som de utfört. Några uppgav att de hade avgränsat vad de medverkat i till ”normal” eller ”vanlig” sex. Några definierade vanlig sex som alla former av sex utom wetsex (sexuell aktivitet med urin, Bäsén & Långström, 2006) och BDSM (samlingsbegrepp för bondage/disciplin, dominans/submission (underkastelse) och sadomasochism: RFSU, 2011). Andra beskrev att de accepterat alla former av sex, förutom att delta i barn- eller djursex. Några respondenter beskrev hur de börjat med posering, därefter medverkat i porrfilm och senare hamnat i prostitution, eller gått från telefonsex till att ha livesex med kunder.

4.5.3 Motiv för att sälja sex

Respondenterna angav olika orsaker och ofta fler än en, till att de börjat sälja sex. De teman som oftast förekom var att få pengar till sitt uppehälle (n=14) och att finansiera missbruk (n=10). Bland de som svarade finansiering av missbruk hade fem fått alkohol eller droger som betalning för sexuella tjänster. Bland de som svarade mer generellt att de sålt sex för att få pengar, var det ibland preciserat till vissa utgifter som hyra eller räkningar. Några respondenter angav att de varit i en psykiskt utsatt livssituation när de börjat sälja sex eller hade upplevelser av övergrepp eller kränkningar från barndomen. Andra uppgav att inkörsporten varit att de var på rymmen i tonåren och sålt sex för att kunna överleva (survival sex). Några angav att de börjat sälja sex som ett självdestruktivt beteende, sökande efter spänning eller sökande efter bekräftelse.

4.5.4 Synen på att sälja sex

Majoriteten av de som svarade på frågan om hur de ser på att de sålt/säljer sex (n=29) berättade om känslor av skuld och skam förknippade med att sälja sex. Några beskrev att när de slutat ”normalisera” försäljningen av sexuella tjänster hade de blivit mer medvetna om de negativa konsekvenserna. Några intervjupersoner talade om äckel och självförakt. Flera personer upplevde att det blivit ännu tydligare att prostitutionen varit destruktiv när de minskat sin droganvändning. En fjärdedel mådde inte dåligt av prostitutionen eller ser det inte som ett problem. Några uttryckte ambivalens, att det finns både för- och nackdelar.

4.5.5 Kontakt med sexköparen

Flera respondenter angav flera kontaktvägar med sexköpare. Den vanligaste kontaktvägen var Internet och därefter kontakter i gatumiljö, tabell 5.5. För Internet angavs flera alternativ som forum, hemsidor, annons och chatt.

Tabell 5.5. Kontakt med sexköparen

Kontakt med sexköparen	n ^a	%
Via Internet	17	53
På gatan	7	22
Genom killkompisar	4	13
Via sex telefonlinje	4	13
Genom hallick	4	13
På porrklubb	3	9
Stamkunder som tar kontakt	3	9
På krog	2	6
Genom langare	2	6
Summa kontaktvägar	45 ^b	144 ^b
a. svar från två intervjupersoner saknas		
b. 11 (34 %) av intervjupersonerna har angivit två eller fler alternativ		

4.5.6 Kön och ålder

Män som sålt sex hade alla haft manliga kunder liksom majoriteten av kvinnorna. Två kvinnor (7 %) hade även sålt sex till kvinnor. Majoriteten (56 %) hade sålt sex till personer i varierande ålder, några hade haft kunder runt 40 år och en person endast kunder yngre än 30 år.

4.5.7 Gräns och kontroll i förhållande till kunden

Majoriteten av respondenterna talade om betydelsen av gränser och kontroll i samband med prostitutionen. Få upplevde att de lyckats ha kontroll över situationen. Några beskrev att de haft kontroll genom att de sagt ja eller nej till vem som godtogs som kund. Några beskrev erfarenheter av att ha satt upp gränser som inte respekterats. Andra talade om att de varit påverkade av alkohol/droger när de sålt sex och att detta gjort det omöjligt att upprätthålla gränser.

Några respondenter uppgav att de aldrig tagit emot pengar utan fått droger, alkohol eller saker i ersättning och att de upplevt det som en gräns – att inte ta emot pengar.

4.5.8 Att sluta sälja sex

Majoriteten (n=22, 65 %) hade vid intervjutillfället slutat sälja sex. De flesta (81 %) av de som uppgav att de slutat, hade slutat veckor eller månader tidigare, inför eller i samband med att de påbörjade sin behandling. Sju personer som var på behandlingshem vid intervjutillfället hade slutat i samband med att de kom till behandlingshemmet. Flera av intervjupersonerna som uppger att de för närvarande inte säljer sex tar upp i intervjun att tankarna finns kvar kring att sälja sex som en utväg när man är utan pengar och om ambivalens kring beslut att sluta sälja sex. Några respondenter kommenterade att man inte kan säga att man slutat sälja sex förrän det gått flera år.

Andra sålde sex mindre intensivt i samband med att de börjat i behandling medan en respondent hade sålt sex mer intensivt efter att ha bokat tid med behandlare på prostitutionsenhet.

Några respondenter (12 %) uppgav att de slutat sälja sex för ett år sedan eller tidigare och sökt sig till behandling långt senare, tabell 5.6. Några respondenter uttrycker att det tagit tid att få perspektiv och kontakt med känslor kring hur man påverkats av att sälja sex.

Tabell 5.6. Lämnat prostitutionen

Aktiv/lämnat prostitutionen	n	%
slutat sälja sex i anslutning till intervjun	18	53
slutat sälja sex mer än ett år tidigare	4	12
säljer fortfarande sex	12	35
	34	100

4.5.9 Förväntningar på behandlingskontakten

Respondenternas svar rörde olika områden, som att *prata öppet om prostitutionen* och *hitta strategier för att inte sälja sex igen*. Flera intervjupersoner uttryckte förhoppningar om att kunna prata öppet om prostitutionen i ett sammanhang där man inte behövde känna skam eller rädsla för att bli dömd. Några uttryckte behov av att få hjälp med att förstå hur de hamnat i prostitution. Andra att få hjälp att hitta strategier för att kunna sluta med prostitution och hjälp för att inte gå tillbaka till prostitutionen. Hjälp att bearbeta skam och skuld och lägga känslor av självförakt bakom sig och nå ett accepterande för det som har hänt.

Ett annat tema rörde *bearbetning av traumatiska upplevelser* från barndomen eller senare. Flera intervjupersoner hade behov av att få tala om negativa upplevelser som övergrepp från barndomen och att förstå sin historia. Intervjupersoner uttryckte också ett behov av att få hjälp att förstå hur tidiga upplevelser kunde ha påverkat att man sålt sex.

Ytterligare ett tema rörde att få hjälp att må bra och att *bli bättre på att ta hand om sig själv*. Få hjälp att hitta sin egen stryka. Flera intervjupersoner hoppades få *hjälp kring sin sexualitet*, att få hjälp att hitta andra förhållningssätt till sexualiteten och relationer.

Intervjupersonerna ombads skatta (skala 1-10) i vilken utsträckning de tror att de uppnått målet för kontakten med FAST om ett år. Intervjupersonerna har i allmänhet positiva förväntningar och skattar i genomsnitt 7,3 (sd=2,3).

4.6 Frågeformulär vid baslinjeundersökningen

4.6.1 Bruk av alkohol och droger

Som beskrivits ovan mättes bruk av alkohol och droger med självsvarsformulären AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) respektive DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test). Hälften av respondenterna saknade vid baslinjeundersökningen riskabla

alkoholvanor (nej) medan sexton respondenter (48 %) rapporterade ett bruk av alkohol som indikerade riskbruk eller missbruk, tabell 5.7.

Tabell 5.7. Riskbruk/missbruk av alkohol

Alkoholkonsumtion	Baslinjeundersökningen	
	n	%
Nej	17	52
Riskbruk ^a	9	27
Missbruk ^b	7	21
Uppgit saknas	1	
a. Riskbruk ≥ 6 poäng kvinnor, ≥ 8 poäng män på AUDIT		
b. Missbruk ≥ 18 poäng kvinnor, ≥ 20 poäng män på AUDIT		

Fyrtiotvå procent hade inga eller lindriga problem (nej) medan majoriteten (n=21, 58 %) av intervjupersonerna rapporterade vid baslinjeundersökningen missbruk av droger. De elva respondenter som var på behandlingshem vid intervjutillfället p.g.a. missbruk rapporterade signifikant oftare tungt drogberoende jämfört med personer som inte var på behandlingshem (n=9, 82 % jämfört med n=0, 0 %, $\chi^2=24,75$, $p<,000$).

Tabell 5.8. Drogmissbruk

Drogmissbruk	Baslinjeundersökningen	
	n	%
Nej	14	42
Missbruk ^b	10	30
Tungt drogberoende ^c	9	27
Uppgift saknas	1	
a. Missbruk ≥ 2 poängkvinnor, ≥ 6 poäng män på DUDIT		
b. Tungt drogberoende ≥ 25 poäng på DUDIT		

4.6.2 Självkänsla

Intervjupersonerna besvarade ett självvarsformulär om självkänsla (Rosenberg Self Esteem Scale). Innan behandling var medelvärdet för gruppen 11,6 (sd=7,2). I den epidemiologiska delen av rapporten (se delrapport 1) var medelvärdet för män (n=21) som sålt sex 25,3 (sd=5,3) och kvinnor (n=16) som sålt sex 21,3 (sd=7,8). Medelvärdet för kvinnor och män som inte sålt sex någon gång under livet i den epidemiologiska studien var 24,4 (sd=5,0) respektive 23,0 (sd=5,8).

4.6.3 Traumatiska upplevelser

Intervjupersonerna besvarade ett formulär om potentiellt traumatiska upplevelser i barndomen (LYLES). Formuläret har 23 huvudfrågor och mer detaljerade följdfrågor, totalt 41 frågor.

Intervjupersonerna rapporterade 4 - 23 olika former av potentiellt traumatiska upplevelser

under uppväxten, i genomsnitt 11,6 (sd=3,8). De rapporterade i genomsnitt 6,5 (sd=3,4) icke-interpersonella erfarenheter (iIPE), 5,1 (sd=2,3) interpersonella erfarenheter (IPE) och 4,1 (sd=2,0, range 1-9) ogynnsamma erfarenheter (OE). De vanligaste potentiellt traumatiska erfarenheterna rapporterade av undersökningsgruppen var att ha varit utsatt för känslomässig misshandel, att ha blivit slagen/skadad av annan person, att själv eller familjemedlem blivit inlagd på sjukhus, någon viktig person som dött eller att ha varit utsatt för sexuella övergrepp.

Som jämförelse kan nämnas att de kvinnor i den epidemiologiska studien i denna rapport (Del 1) som någon gång under sitt liv sålt sex (n=16) rapporterade i genomsnitt 6,3 (sd=4,6) traumatiska händelser under sin uppväxt jämfört med de som inte sålt sex (n=2554) som rapporterade 5,3 (sd=3,8) händelser. Kvinnorna i den epidemiologiska undersökningen som sålt sex rapporterade 2,6 (sd=1,7) ogynnsamma händelser under uppväxten medan de som inte hade någon erfarenhet av att sälja sex (n=2554) rapporterade 1,4 (sd=1,5) ogynnsamma händelser. I den epidemiologiska studien rapporterade männen som sålt sex (n=21) 10,6 (sd=5,8) traumatiska händelser samt 2,3 (sd=2,1) ogynnsamma erfarenheter under uppväxten medan motsvarande frekvenser för män som aldrig sålt sex (n=2453) var 6,5 (sd=4,6) respektive 1,2 (sd=1,4). I tabell 5.9 redovisas de mest frekvent rapporterade upplevelserna (rapporterade av ≥ 50 % av undersökningsgruppen).

Tabell 5.9. Potentiellt traumatiska upplevelser under uppväxten

LYLES	n=36	
	%	subskala ^a
Har du själv blivit utsatt för känslomässig misshandel (t.ex. nedvärderad, nedtryckt, förnedrad)	85	OE
Har du själv blivit inlagd på sjukhus	76	iIPE
Har någon i din familj blivit inlagd på sjukhus	76	iIPE
Har du själv blivit slagen eller skadad av annan person	76	IPE
Har någon annan för dig viktig person (utanför familjen) dött	73	iIPE
Har du utsatts för sexuella handlingar av en annan person	67	IPE
Har du själv blivit hotad att någon ska skada dig eller någon du bryr dig om	64	IPE
Har någon annan för dig viktig person (utanför familjen) blivit inlagd på sjukhus	64	iIPE
Har du blivit slagen eller skadad av en vuxen i din familj	61	IPE
Har du sett någon annan person (utanför familjen) bli slagen eller skadad	61	IPE
Har någon i din familj dött	58	iIPE
Har du själv blivit mobbad	58	OE
Har dina föräldrar skiljt sig under din uppväxt	55	OE
a. subskalorna är icke-interpersonella erfarenheter (iIPE), interpersonella erfarenheter (IPE) och ogynnsamma erfarenheter (OE).		

4.6.4 Psykisk hälsa

Intervjupersonerna besvarade självsvarsformuläret SCL 90 som identifierar psykisk hälsa under senaste veckan, tabell 5.10.

Tabell 5.10. Psykisk hälsa

SCL 90 skolor		Undersökningsgrupp			Fridell, 2002 ^a	
					patient-grupp	normal-grupp
		n ^b	m	sd	m	m
Somatisering	kvinnor	30	1,36	0,86	1,11	0,49
	män	3	1,28	0,96	0,87	0,35
Obsessiv-kompulsivitet	kvinnor	30	1,95	0,92	1,36	0,65
	män	3	1,67	0,76	1,22	0,50
Interpersonell sensitivitet	kvinnor	30	2,04	0,94	1,35	0,55
	män	3	1,48	0,65	1,12	0,33
Depression	kvinnor	30	2,25	0,97	1,64	0,72
	män	3	2,21	0,82	1,30	0,40
Ångest	kvinnor	30	1,85	0,99	1,31	0,56
	män	3	1,23	0,67	1,14	0,33
Fientlighet/vrede	kvinnor	30	1,50	1,10	0,80	0,39
	män	3	0,61	0,63	0,71	0,26
Fobisk ångest	kvinnor	30	1,01	0,98	0,82	0,16
	män	3	0,43	0,38	0,78	0,09
Paranoidt tänkande	kvinnor	30	1,89	1,05	1,09	0,41
	män	3	1,39	0,59	1,01	0,32
Psykoticism	kvinnor	30	1,54	0,75	0,83	0,23
	män	3	1,10	0,44	0,73	0,14
GSI globalt svårighetsindex	kvinnor	30	1,76	0,76	1,21	0,49
	män	3	1,38	0,56	1,02	0,32
a. resultat från patientgrupp och normalgrupp (Fridell et al., 2002) infogat i tabellen för jämförelse						
b. svar från en intervjuperson saknas						

Medelvärden för kvinnor och män i undersökningsgruppen på de nio delskalorna är höga liksom totalskalan GSI (globalt svårighetsindex). Det sammanlagda GSI-värdet för män och kvinnor är 1,73 (sd=0,74).

Resultatet för undersökningsgruppen på delskalor och totalskala jämfördes med vad som tidigare rapporterats för en svensk patientgrupp (Fridell, 2002). I patientgruppen (n=1698) finns personer med en rad olika psykiatriska diagnoser och/eller missbruk. Den kliniska gruppens värden har infogats, för jämförelse, i tabellens tonade kolumner. Den genomsnittliga symptombelastningen för kvinnor i undersökningsgruppen är på samtliga delskalor och totalskala avsevärt över nivåer rapporterade för den kliniska gruppen. Kvinnornas värden ligger dessutom över eller i nivå med en grupp kvinnor som sökt gruppsamtalsterapi p.g.a. sexuella övergrepp i barndomen (Lundqvist et al, 2004). För män ligger symptombelastningen på sju av delskalorna och totalskalan över den svenska patientgruppen.

4.7 Sammanfattning

Trettiofyra personer 31 kvinnor (91 %) och 3 män (9 %) ingick i baslinjeundersökningen. Intervjupersonerna var vid intervjutillfället i genomsnitt 29,1 år ($sd=7,5$). Majoriteten hade fått information om verksamheten genom andra myndigheter eller via internet. De flesta angav att de tagit kontakt med enheten för att få bearbeta negativa erfarenheter från prostitutionen och tidigare trauma. Majoriteten (65 %) hade inte vid baslinjeintervjun någon relation med partner, men majoriteten hade någon gång tidigare haft ett längre förhållande. Majoriteten (88 %) hade upplevt våld i en partnerrelation. Omkring hälften (41 %) av intervjupersonerna hade barn. Barnet/barnen var oftast boende hos respondenten. Hälften arbetade eller studerade vid baslinjeintervjun. Intervjupersonerna var vid första prostitutionstillfället i genomsnitt 21,3 år ($sd=7,2$) och en tredjedel var yngre än 18 år. Personerna hade i genomsnitt sålt sex i närmare sju år och majoriteten (73 %) varje vecka. Intervjupersonerna har oftast fått kontakt med sexköparen via internet eller på gatan. Personerna hade oftast börjat sälja sex för att finansiera ett missbruk. Hälften av intervjupersonerna rapporterade vid baslinjeundersökningen riskbruk eller missbruk av alkohol och majoriteten drogmissbruk. Majoriteten rapporterade låg självkänsla och i genomsnitt 12 potentiellt traumatiska upplevelser under uppväxten. Intervjupersonerna självrapporterade hög psykisk ohälsa, en ohälsa som dessutom var sämre än i flera tidigare svenska kliniska studier.

5. RESULTAT UPPFÖLJNINGSUUNDERSÖKNINGEN – EFTER BEHANDLING

5.1 Bortfallsanalys

Åtta (24 %) intervjupersoner medverkade inte vid uppföljningen. Två personer avböjde medverkan och sex personer kunde inte nås för att boka tid för uppföljning eller upprepade tider har avbokats. För att analysera om bortfallsgruppen avvek från gruppen som medverkat vid uppföljningen har data från baslinjen för bortfallsgrupp (n=8) och uppföljningsgrupp (n=26) jämförts.

Bortfallsgruppen var något äldre än den uppföljda gruppen (m=29,6, sd=8,2 jmf m=28,9, sd=7,5) en icke-signifikant skillnad. Grupperna har sålt sex lika länge (m=6,9 år) och började sälja sex vid samma ålder.

Skillnader mellan grupperna undersöktes även med avseende på psykisk hälsa, upplevda trauma, självkänsla och alkohol och drogbruk.

Medelvärde för GSI (globalt svårighetsindex, SCL 90) har jämförts. De ej uppföljda har vid baslinje ett lägre medelvärde 1,48 (sd=0,93) jämfört med medelvärdet 1,81 (sd=0,68) för den uppföljda gruppen, en icke signifikant skillnad. Bortfallsgruppen hade i genomsnitt färre rapporterade traumatiska upplevelser 10,9 (sd=2,9) jämfört med den uppföljda gruppen 11,8 (sd=4,1), en icke signifikant skillnad. Även självkänslan var högre vid baslinjeundersökningen hos bortfallsgruppen (m=14,4, sd=6,9 jämfört med m=10,7, sd=7,2), men även här var skillnaden icke signifikant.

När det gäller alkohol rapporterade bortfallsgruppen högre konsumtion (m=10,3, sd= 8,7 jämfört med m=8,2, sd=11,2) en skillnad som dock inte var statistiskt signifikant. Vad gäller drogmissbruk rapporterade bortfallsgruppen signifikant högre droganvändning än de uppföljda (m=23,8, sd=14,4 resp. m=9,5 sd=14,38, t=2,455, p=,020). Andelen som var på behandlingshem vid första intervjutillfället är signifikant högre i bortfallsgruppen än i uppföljningsgruppen (n=5, 63 % vs. n=6, 23 %, $\chi^2=4,34$, p=,037).

5.2 Uppföljningsintervju

Tjugosex (24 kvinnor och 2 män) personer som intervjuades ett år efter baslinjeundersökningen var vid uppföljningsintervjun 29,9 år (sd = 7,4). Vid uppföljningen medverkade elva av tretton (85 %) som haft kontakt med enheten i Stockholm, samtliga fem som haft kontakt med enheten i Göteborg (100 %) och tio av sexton (63 %) som haft kontakt med enheten i Malmö.

För de 26 personer som medverkade skedde uppföljningen i genomsnitt 12,2 månader (sd=4,6) efter baslinjeintervjun. Arton (69 %) hade vid intervjun avslutat sin behandlingskontakt och 8 (31 %) hade fortfarande en pågående behandlingskontakt med behandlare på enheten. Av dem som hade avslutat kontakten hade två (11 %) planerat uppföljande samtal med enheten. Bland de åtta som inte avslutat kontakten räknade tre (38 %) med att ha fortsatt samtalskontakt upp till ett år och fyra (50 %) längre än ett år. En person kunde ej ange någon tid för hur länge kontakten skulle pågå. En person, som ingår i uppföljningen, hade avbrutit behandlingen efter ca 20 samtal, tidigare än behandlaren tyckte

det skulle ske. Övriga som avslutat sin behandling hade gjort det efter planering tillsammans med behandlaren.

Respondenterna hade i genomsnitt gått i 28,9 samtal (sd=18,4 range=4-80). Antalet samtal varierade mellan enheterna från i genomsnitt 35,9 samtal (sd=19,2) i Stockholm, 20,8 samtal (sd=6,8) i Göteborg, 25,3 samtal (sd=19,9) i Malmö, en icke-signifikant skillnad ($F = 1,544$). En person hade haft en regelbunden behandlingskontakt per telefon. Fem hade gått i gruppbehandling (och en därefter i individuella samtal) och övriga enbart i individuella samtal. Hälften (50 %) har gått i samtal en gång i veckan (eller oftare) och övriga 1-2 gånger per månad.

Knappt hälften (42 %) hade under eller efter avslutad behandling också haft annan professionell samtalskontakt. För fem var det en behandlings- eller eftervårdskontakt kring missbruksproblematik, för fem var det en kontakt med psykolog/psykiatri (av två angivet till enstaka eller upp till ett tiotal samtal).

5.3 Frågeformulär vid uppföljningen

Vid jämförelse mellan resultat vid baslinje och uppföljning används endast resultatet för individer som medverkar vid båda mätningarna ($n=26$). Det innebär att vissa resultat från baslinjemätningen som anges i detta avsnitt avviker något från baslinjevärden som tidigare redovisats i rapporten.

Vid starten av behandlingen hade 14 av 25 slutat sälja sex (11 nyligen eller i samband med starten på behandlingen) medan 11 sålde sex vid behandlingens start. Vid uppföljningen efter ett år hade ingen av de fjorton återfallit i att sälja sex. Av de 11 som sålde sex vid behandlingens början hade 6 personer (55 %) slutat sälja sex och fem fortsatt att sälja sex. Sammanlagt kan man konstatera att 20 (80 %) antingen slutat sälja sex inför starten av behandlingen eller under densamma.

5.3.1 Bruk av alkohol och droger

En viss minskning av alkohol- och drogmissbruk har skett från baslinjemätning till uppföljning. Alkoholkonsumtion var $m=8,2$ (sd=11,9) vid baslinjemätning och $m=6,9$ (sd=9,8) vid uppföljning. Drogmissbruk var $m=8,5$ (sd=14,0) vid baslinjemätning och $m=5,8$ (sd=12,1) vid uppföljning. Ingen förändring var emellertid signifikant.

Antalet personer med alkoholmissbruk har minskat men fler har ett riskbruk vid uppföljningen, en icke-signifikant förändring. Antalet personer som rapporterade tungt drogberoende har minskat, en icke-signifikant förändring, tabell 5.11 och 5.12.

Tabell 5.11. Riskbruk/missbruk av alkohol

Alkohol-konsumtion	före		efter		χ^2
	n ^a	%	n	%	
Nej	14	64	13	59	n.s.
Riskbruk ^b	3	14	5	23	
Missbruk ^c	5	23	4	18	
Totalt	22	100	22	100	
a. svar från fyra intervju personer saknas vid baslinje/uppföljning.					
b. Riskbruk ≥ 6 poäng kvinnor, ≥ 8 poäng män på AUDIT					
c. Missbruk ≥ 18 poäng kvinnor, ≥ 20 poäng män på AUDIT					

Tabell 5.12. Missbruk/beroende av droger

Drogmissbruk	före		efter		χ^2
	n ^a	%	n	%	
Nej	11	55	12	60	n.s.
Missbruk ^b	6	30	6	30	
Tungt drogberoende ^c	3	15	2	10	
Totalt	20	100	20	100	
a. svar från sex intervjupersoner saknas vid baslinje/uppföljning. b. Missbruk ≥ 2 poäng kvinnor ≥ 6 poäng män på DUDIT c. Tungt drogberoende ≥ 25 poäng på DUDIT					

5.3.2 Självkänsla

Gruppens medelvärde på skalan Rosenberg Self Esteem Scale vid baslinje och uppföljning (n=24) jämfördes. Gruppens medelvärde före behandling var 10,9 (sd=7,3) och efter behandling 16,8 (sd=7,5) vilket innebar en signifikant förbättring av självkänslan ($t = 4,727$, $p = .000$). Effektstorleken var stor Cohen's $d = ,80$.

5.3.3 Psykisk hälsa

Vid uppföljningen fick de svarande fylla i självsvarsformuläret SCL 90 igen. I tabell 5.13 visar symptombelastningen i början av behandling och vid uppföljning i genomsnitt ett år senare redovisad totalt för kvinnor och män.

Resultatet på samtliga delskalor visade signifikanta skillnader mellan mätningarna, liksom för totalskalan GSI. För fem av delskalorna och totalskalan är effektstorleken stor ($\geq .80$), för tre av delskalorna medelstor ($\geq .50$) och för en delskala är effekten liten ($\geq .20$). Vid eftermätningen var resultaten för fem av delskalorna (somatisering, kompulsivitet, fientlighet, paranoidt tänkande och psykoticism) och totalskalan fortfarande högre än för jämförelsegruppen kliniska patienter, se tabell 5.10 (Fridell et al., 2002)

Tabell 5.13. Psykisk hälsa mätt med SCL 90 före och efter behandling (n=26)

SCL 90 skalor	Före		Efter				
	m	sd	m	sd	t	p	Effektstorlek d
Somatisering	1,39	,74	1,07	,79	2,167	,041	,41
Kompulsivitet	1,97	,85	1,41	,83	4,294	,000	,67
Interpersonell sensitivitet	2,14	,93	1,17	,90	5,745	,000	1,05
Depression	2,34	,85	1,44	,94	5,787	,000	1,00
Ångest	1,78	,80	1,19	,87	4,139	,000	,70
Fientlighet	1,59	1,07	0,79	,86	4,654	,000	,82
Fobisk ångest	0,98	1,06	0,50	,83	2,198	,038	,51
Paranoidt tänkande	1,90	,1,00	1,04	,96	4,651	,000	,88
Psykoticism	1,56	,69	0,83	,90	4,945	,000	,91
GSI (totalskala)	1,79	,69	1,13	,78	5,688	,000	,89

Skillnader mellan de som slutat respektive fortsatt att sälja sexuella tjänster redovisas i tabell 5.14. Samtliga subgrupper, om än små, förändras i en signifikant riktning med god effektstorlek medan subgruppen som fortfarande säljer sex inte uppvisar en signifikant förbättring mellan mättillfällena.

Tabell 5.14. Slutat eller fortsatt sälja sex och GSI

Förmätning n=25		Före m sd		Efter				
				Slutat	Säljer	m sd	p	effect size d
Slutat	n = 14	1,97	,57	14	0	1,24 ,85	5,25***	1,00
	Nyligen n = 11	2,03	,58			1,33 ,94	3,62**	0,92
	>1 år tidigare n = 3	1,76	,59			0,95 ,46	7,08**	1,53
Säljer	n = 11	1,56	,82	6	5	0,94 ,75	2,68*	0,80
		1,65	,93			0,90 ,71	2,56*	0,92
		1,50	,63			1,10 ,78	1,78 ns	

5.3.4 De tre olika enheterna

Eventuella förändringar från före- till eftermätning för fyra av frågeformulären (psykisk hälsa, självkänsla, alkoholbruk och drogmisbruk) jämfördes för de tre enheterna. De mycket små undersökningsgrupperna per enhet (elva, fem, respektive tio personer) gör resultaten osäkra. Andra metodologiska begränsningar är att två tredjedelar har avslutat sin behandling vid uppföljningstillfället medan resten planerade att gå i fortsatta samtal. Det kan innebära att behandlingen för den senare gruppen ännu inte fått ”full effekt”. En andel klienter som inte avslutat sin behandling finns på samtliga enheter men frekvensen skiljer sig något åt (från 20 % till 46 %) mellan enheterna, en icke-signifikant skillnad.

Psykisk symptombelastning under senaste veckan GSI (globalt svårighetsindex) vid före- och eftermätning för respektive enhet jämfördes (tabell 5.15). Vid baslinje identifierades signifikant högre symptombelastning hos klienter i Malmö än hos klienter i Göteborg ($F = 5,820$, $p = ,010$). Klienter på alla tre enheterna rapporterade en signifikant minskning av symptom. Effektstorleken på förändringen var medelstor till stor på de tre enheterna. Vid uppföljning identifieras inga signifikanta skillnader mellan enheterna ($F = 1,889$) vad gäller symptombelastning.

Tabell 5.15. Förändringar GSI per enhet

	före		efter				
	m	sd	m	sd	t	p	effektstorlek d
Stockholm n = 9	1,77	,38	1,07	,59	3,868	,005	1,43
Göteborg n = 5	1,09	,72	,63	,62	3,378	,028	,69
Malmö n = 10	2,16	,64	1,42	,92	3,282	,010	,95

Vid baslinjemätning varierade intervjupersonernas *självkänsla* mellan enheterna, men inte signifikant ($F=2,311$). Intervjupersonernas *självkänsla* hade ökat efter behandling, förändringen var signifikant vid enheten i Malmö, med stor effekt. Vid jämförelse av medelvärde vid eftermätning identifierades ingen signifikant skillnad mellan enheterna ($F=,437$).

Tabell 5.16. Förändringar självkänsla

	före		efter				
	m	sd	m	sd	t	p	effektstorlek d
Stockholm n = 9	13,2	6,9	18,1	6,2	2,160	,063	,74
Göteborg n = 5	13,8	8,9	18,0	8,7	1,530	,201	,48
Malmö n = 10	7,3	5,7	15,1	8,3	4,289	,002	1,11

Alkoholkonsumtion vid föremätning varierade mellan enheterna och var avsevärt högre för klienterna vid enheten i Malmö, en icke-signifikant skillnad ($F=,920$). Icke-signifikanta skillnader identifierades även efter behandling ($F=,886$). Vid alla enheterna ses en viss icke-signifikant minskning av *alkoholkonsumtion*, vid uppföljning.

Tabell 5.17. Alkoholkonsumtion

	före		efter				
	m	sd	m	sd	t	p	effektstorlek d
Stockholm n = 9	4,9	6,9	4,4	7,1	,839	,426	,07
Göteborg n = 4	6,5	11,0	4,8	3,9	,336	,759	,24
Malmö n = 9	12,3	15,7	10,2	13,2	,805	,444	,15

Förekomsten av *drogmissbruk* varierade mellan enheterna och var högst vid enheten i Malmö, en icke-signifikant skillnad ($F = 1,656$). Vid alla enheterna ses en icke-signifikant minskning av drogmissbruk mellan för- och eftermätning. Drogmissbruket var signifikant högre för intervjupersoner i Malmö än vid de andra enheterna vid uppföljningen ($F=4,484$, $p=,027$).

Tabell 5.18. Droganvändning

	före		efter				
	m	sd	m	sd	t	p	effektstorlek d
Stockholm n = 8	5,8	12,4	,3	,7	1,235	,257	,43
Göteborg n = 4	1,0	2,0	0,0	0,0	1,000	,391	1,00
Malmö n = 8	14,9	17,1	14,3	16,0	,347	,739	,04

5.4 Uppföljningsintervjuerna

5.4.1 Viktiga förändringar

Intervjupersonerna tillfrågades om den viktigaste förändringen i deras liv sedan föregående intervju. Många av svaren rörde relationer, att ha träffat någon, fått barn, fått bättre kontakt med sina barn, att bryta upp från en destruktiv relation och att ha fått kontakt med personer i ursprungsfamiljen. Några talade om fysiska förändringar som att flytta från en lägenhet, flytta hem till föräldrar, få en ny lägenhet, börja studera och att ha avtjänat fängelsestraff. Några tog upp känslomässiga eller beteendemässiga förändringar som att sluta med missbruk, få kontakt med prostitutionsenheten och sluta sälja sex, ta hand om sig själv och må bättre. Några tog upp att de under året blivit utredda, fått psykiatrisk diagnos som gör att de själva och andra förstår dem bättre idag.

5.4.2 Behandlingskontakten

Det viktigaste som hänt i behandlingskontakten var enligt respondenterna att möta en förstående och kunnig person som inte varit dömande. Att de kunnat prata på ett sätt man inte gjort tidigare. Att reducera känslor av skuld och skam och att tala om olika tidigare upplevelser. Flera respondenter tog också upp värdet av specialiserade behandlare som kan området, som vill klienten väl och inte är straffande. Om upplevelsen av stark tillit och starkt stöd. Flera respondenter talade om upplevelsen av att vara värd behandlarens tid. Det har varit betydelsefullt för någon av intervjupersonerna att enheten är en offentligt driven samhällsresurs som återspeglar samhällets normer och regler.

5.4.3 Familj & barn

För tio av respondenterna hade relationer i förhållande till partner förändrats under uppföljningstiden. Av de som följts upp hade tio (39 %) en partner och 16 (62 %) hade inte någon partner vid baslinjeintervjun. Vid uppföljningen hade sex (23 %) en partner och resten (77 %) hade inte en partner, en kraftig minskning, icke-signifikant, av antalet som hade partner.

Respondenterna kommenterade förändringen som positiv, bra att vara singel, bra att ha avslutat en destruktiv relation. Några personer beskrev också förändringar i förhållande till sitt

nätverk som att de fått mer kontakt med föräldrar, syskon och far- morföräldrar. Majoriteten av respondenterna uppger att man haft frågor om partner och familj uppe i samtalen och att samtalen påverkat förhållanden, tabell 5.19. Respondenterna var signifikant mer tillfredsställda med området vid uppföljningen.

De teman som varit uppe i behandling som rör partner och familj var hur man identifierat olika känslor i en parrelation, om destruktiva relationer med en partner och att hantera konflikter. Flera nämnde också samtal om ursprungsfamiljen och om känslor i förhållande till föräldrar och upplevelser från barndomen som centrala.

Intervjupersonerna beskrev att samtalen har påverkat dem att bättre klara av att hantera en gammal destruktiv relation, att få hjälp att förebygga att man hamnar i nya destruktiva relationer och samtalen har hjälpt personerna att få en bättre kontakt med sin ursprungsfamilj.

Tolv (46 %) personer hade barn vid uppföljningen, totalt 20 barn ($m=1,7$, $sd=.78$). Sju (58 %) av föräldrarna säger att frågor om barnen har varit uppe i samtalen någon gång eller ofta, tabell 5.19. Det har handlat om föräldraskap, förhållningssätt och stöd i föräldrarollen.

Respondenterna tyckte att samtalen har bidragit till att de fått bättre självkänsla som förälder, upplevelse av att någon tror på en och tillåtelse att må dåligt och inte vara perfekt som förälder. Några intervjupersoner hade fått stöd att ta mer kontakt med sina barn och förbättra relationen.

Tabell 5.19. Tema och upplevd tillfredsställelse i samtalsbehandlingen

n^a									
Tema	hur ofta i samtalet			samtalet påverkat			skattning tillfredsställelse		
	inte alls n (%)	någon gång n (%)	ofta n (%)	sämre n (%)	oförändr n (%)	bättre n (%)	före m (sd)	efter m (sd)	t
Familj och partner	3 (13)	10 (42)	11 (46)	0 (0)	7 (30)	16 (70)	5,4 (2,8)	7,7 (1,9)	2,89**
Barn	4 (36)	4 (36)	3 (27)	0 (0)	4 (40)	6 (60)	8,2 (1,8)	7,5 (2,8)	,58
Boende	11 (50)	6 (27)	5 (23)	1 (6)	12 (67)	5 (28)	6,2 (2,8)	6,4 (2,6)	,24
Vänner	5 (21)	12 (50)	7 (21)	0 (0)	9 (47)	10 (53)	6,4 (2,5)	6,7 (2,2)	,56
Arbete och studier	9 (36)	10 (40)	6 (24)	0 (0)	7 (37)	12 (63)	3,9 (2,8)	6,4 (2,4)	3,29**
Fritid	10 (46)	8 (36)	4 (18)	0 (0)	9 (56)	7 (44)	6,3 (2,5)	6,4 (2,5)	,14
Sexualitet	2 (8)	12 (50)	10 (29)	0 (0)	11 (48)	12 (48)	4,8 (2,6)	6,0 (2,7)	1,79
a. antalet intervjupersoner som besvarat frågan om hur ofta ett visst tema varit uppe i samtalet varierar mellan 11-25. Mellan 10-23 intervjupersoner har besvarat frågan om samtalet påverkat.									

5.4.4 Boende

För majoriteten hade ingen förändring skett vad gällde boende. Några intervjupersoner var bostadslösa vid uppföljningsintervjun. Andra som saknat bostad bodde vid intervjutillfället på behandlingshem. Några beskrev som något positivt att de flyttat från en lägenhet förknippad med negativa upplevelser.

I samtalen har temat boende varit uppe genom att man talat om varför man varit hemlös under lång tid, hur man skulle få en nystart i form av att få en ny lägenhet och att lösa konflikter med grannar.

Flera av respondenterna upplevde att det varit till hjälp att prata med behandlaren om boendet, att få dela motgångar men också att få hjälp för att planera för ett bättre liv.

5.4.5 Vänner

För majoriteten hade det vid uppföljningen skett förändringar vad gäller vänner. Flera beskrev att de tagit avstånd från och valt bort gamla vänner som inte varit bra för respondenten. Några beskrev att man behållit några gamla goda vänner eller att man skaffat sig nya.

Knappt 20 respondenter hade talat någon gång eller ofta om relationer till vänner i samtalen. Det rörde att ta avstånd från vänner som var destruktiva, om isolering och ensamhet om att ärlighet i relationer som man vill ha kvar. Respondenterna talade om att bli bättre på att ta kontakter och att medvetet uttrycka sina behov i relationer. Många beskrev att samtalen hjälpt dem i detta.

5.4.6 Arbete/studier

Majoriteten av intervjupersonerna beskrev förändringar vad gäller arbete och studier eller hade nya planer för framtiden. Fler arbetade eller studerade vid uppföljningen (n=18, 72 %) jämfört med vid baslinjeundersökningen (n=13, 52 %), en icke-signifikant skillnad. Några uppger att det under året blivit diagnosticerade (psykiatrisk diagnos) och därigenom blivit mer förstådda för sina svårigheter i att komma igång i full sysselsättning med arbete eller studier.

Respondenterna uppgav att de i samtal talat om vad de trivs att arbeta med, fått stöd att våga förverkliga en dröm om viss utbildning och att våga satsa och tro på sig själva. Andra som inte hade nått målet sysselsättning kände sig avlastade genom samtalen eller bekräftade i att ha arbete som en mer långsiktig målsättning, tabell 5.19.

Majoriteten av respondenterna skattade att de skett en positiv förändring på detta område och att det var signifikant mer tillfredsställda med hur det ser ut nu med arbete eller studier, tabell 5.19. Utöver antalet sysselsatta vid uppföljningsintervjun hade ytterligare personer en mer långsiktig planering för arbete/studier.

5.4.7 Fritid

Majoriteten uppgav att det skett förändringar i hur de har det på fritiden. Några uppger att de har mer intressen som de ägnar tid åt. Respondenterna uppgav att de talat i behandling om vad

man mår bra av att hålla på med och hur man kan avleda tankar på att sälja sex. Respondenterna beskrev att behandlare medverkat till att det väckts ett intresse för något och att det intresset kan bli en ”trygg plats” där man känner sig skyddad. Samtalen om att använda sin tid till ”bra” saker har också påverkat intervjupersoner att bättre ta hand om sig själv.

5.4.8 Sex

Majoriteten av intervjupersonerna uppgav vid uppföljningen att något förändrats kring deras sexualitet. Flera beskrev vid uppföljningen att de inte kände någon sexuell lust eller sällan hade sex. Andra att sex inte var så stor del av deras liv längre, att de själva väljer när det gäller sex, att de inte längre ställer upp på något de inte vill och har behov av gränssättning kring sexualiteten. Andra tog upp att de söker mer ömhet nu. De beskrev att de i samtalen bl. a. talat om hur de delat upp kärlek och sexualitet, om sexuell gränslöshet, sexuell utsatthet som barn, sexuell historia och att vara rädd om sin sexualitet.

Respondenterna beskrev att samtalen med fokus på sex bl.a. påverkat dem att få en ny känsla av värde, att kunna välja själv, reducera obehag/ångest och få stöd i att säga nej till sex när man vill det. Andra beskrev en insikt om behov av att bearbeta tidigare upplevelser. Respondenter som gått i grupp beskrev att det varit ett stöd att höra hur andra har det, att känna igen sig och inte längre uppfatta sig själv som avvikande.

5.4.9 Samtal om att sälja sex

Majoriteten (80 %) (25 av 26 besvarade frågan) uppgav vid uppföljningsintervjun att de ”för närvarande” inte sålde sex. Några respondenter kommenterade att de inte sålt sex sedan de började i behandling och att de kunnat försörja sig utan pengar från prostitution. Andra kommenterade att de förstår nu hur saker i deras liv hänger samman som relationer i barndomen, egen utsatthet och prostitution. Andra kommenterade att drogmissbruket upphört och att sexsäljandet därigenom har upphört. Några som slutat sälja sex uppgav att tankarna på att sälja sex ibland kommer men att de försöker hitta sätt att hålla sig borta från det.

Fem intervjupersoner (20 %) (fyra kvinnor och en man) svarade att de fortfarande säljer sex och uppgav att det gör det i mindre omfattning. Någon i avvaktan på att få tillräckligt med andra inkomster för att klara sig ekonomiskt utan att sälja sex. Någon beskriver det som ett mer långsiktigt förändringsarbete att sluta sälja sex. Någon är nöjd med att fortsätta sälja sex till en eller två stamkunder.

Majoriteten (92 %) av intervjupersonerna hade talat om att sälja sex i samtalen, och de flesta uppgav att de talat om det ofta, tabell 5.20. Respondenterna kommenterade att samtalen varit till hjälp för att hålla fast vid sitt beslut att inte sälja sex, minska frekvensen eller att bara sälja till ”säkra” stamkunder. De som hade sålt sex i anslutning till att behandlingskontakten påbörjades svarade i högre grad att de talat ofta om att sälja sex i samtalen än de som hade slutat sälja sex långt tidigare, en icke-signifikant skillnad.

Tabell 5.20. Talat om att sälja sex

		n = 25 ^a	%
Talat om att sälja sex	Aldrig	2	8
	Någon gång	7	28
	Ofta	16	64
		25	100
a. svar från en person saknas			

Respondenterna tillfrågades om de upplevt att andra problem har identifierats genom samtalen. Några svarade att det kommit upp många andra områden i samtalen som behövt bearbetas som upplevelser av utsatthet i barndomen och konsekvenser av det senare i livet.

Vissa respondenter kommenterade att stödet de fått i behandlingen, hade stärkt dem i beslutet att sluta sälja sex, genom förstärkt självkänsla och självrespekt. Flera respondenter säger att de fattat beslutet att sluta sälja sex innan de började gå i behandling. De som inte slutat sälja sex säger att behandlaren inte tvingat vederbörande att sluta eller pressat personen att tala om det.

Respondenterna tillfrågades om de trodde att de skulle stå fast vid sitt beslut att inte sälja sex om de fick nya erbjudanden. Flera uppgav att det försöker se det som ett avslutat kapitel, ignorera/stänga av om sådana erbjudande dyker upp bland annat genom att inte använda samma telefonnummer som tidigare eller undvika vissa internetsiter. Vidare att man måste se till att inte vara pank eller beroende av droger för att förebygga att det händer. Några personer talade om ambivalensen att det beror på vilket erbjudande man får om man skulle säga ja.

Vissa respondenterna uppgav att det fanns frågor om sex och försäljning av sex man ännu inte tagit upp i behandlingskontakten. Att tala om vissa saker hade varit ångestfyllda för intervjupersonerna. Det kunde röra detaljer kring vilken typ av sex man sålt eller vilken typ av kunder man haft. Flera av intervjupersonerna som fortfarande gick i behandling trodde att de kommer att kunna ta upp detaljerna längre fram i samtalskontakten.

5.4.10 Intervjupersoner som sålde sex vid uppföljningen

De personer som sålde sex vid uppföljningsintervju jämfördes med övriga. Signifikanta skillnader som identifierades vid jämförelse mellan grupperna var att de som fortfarande sålde sex var äldre ($m=36,8$ år, $sd=7,1$ jämfört med $m=28,4$ år, $sd=6,7$, $t = 2,468$, $p = ,021$), hade sålt sex längre ($11,4$ år, $sd=6,8$, jämfört med $6,1$ år, $sd=4,5$, $t = 2,161$, $p = ,041$) och rapporterade mindre drogmissbruk vid uppföljningen ($m=2,0$, $sd=2,8$ jämfört med $m=10,1$, $sd=14,7$, $t = 2,240$, $p = ,036$) än de som inte sålde sex vid uppföljningen. De som fortsatt sälja sex hade oftare vid baslinjemätning sålt sex varje vecka (80 %) än övriga (63 %), en icke-signifikant skillnad.

De som fortsatt sälja sex avvek inte vad gäller alkoholkonsumtion, psykisk hälsa eller potentiellt traumatiska erfarenheter. De hade högre förväntningar på samtalskontakten vid baslinjemätning (en icke-signifikant skillnad) och var mer positiva (icke-signifikant skillnad) när de skattade behandlingstillfredsställelse vid uppföljningsintervjun än övriga respondenter.

För att undersöka styrkan i olika variablers förklaringsvärde prövades en modell med faktorer

som analyserades med logistisk regression. Variabler i modellen var: har barn, har partner vid uppföljningen, sålt sex ≥ 10 år, sålt sex en eller flera gånger i veckan, alkohol- drogkonsumtion, självkänsla, symptombelastning och ålder vid uppföljningen. Den enda faktorn som kvarstod som signifikant för de som sålde sex vid uppföljningen var intervjupersonernas ålder dvs. de som var äldre hade en större risk att fortfarande sälja sex jämfört med yngre.

5.4.11 Andra förändringar genom behandlingen

Majoriteten (n=17, 85 %) uppgav (20 av 26 respondenter besvarar frågan) att de fått bättre självkänsla genom samtalen. De kommenterade svaret med att de fått hjälp att lägga skam och skuld åt sidan, kunnat förlåta sig själv och fått hjälp att värdera sig själv.

Enligt intervjupersonerna var det viktigaste som hänt sedan de började i behandling psykologiska förändringar som att ha accepterat sin historia, hjälp med missbruk, mer respekt för sig själv och bättre självkänsla. Andra viktiga förändringar var att ha börjat skolan igen, fått bostad, slutat missbruka och brutit med tidigare partner. Intervjupersonerna skattade i genomsnitt 8,1 (sd=1,9), på en skala 1-10, för vilken betydelse kontakten med enheten haft för den förändringen.

Tjugo personer (77 %) uppgav vid uppföljningsintervjun att livssituationen blivit bättre, två (8 %) oförändrad och för fyra personer (15 %) att den blivit sämre.

Om problem uppstod igen efter avslutad kontakt skulle 96 % ta en ny kontakt med enheten. Intervjupersonerna motiverade det med det bemötandet de fått, gott förtroende, kan ta upp allt utan skam och att de på specialenheten är de enda man kan tala med. Samtliga 26 (100 %) skulle rekommendera andra att vända sig till enheten. De motiverade sin inställning med att de fått så bra hjälp, mött så duktiga och erfarna behandlare, att enheten är det enda stället där man verkligen har kunskap på detta område, där man lyssnar och förstår.

5.4.12 TSS-2

Respondenterna besvarade sex frågor om hur nöjda de var med behandlingen, enheten och om förtroendet för behandlaren, tabell 5.21.

Respondenterna svarade på fem frågor på en skala 0-3 där svarsalternativen motsvarar *nej, ja i viss mån, i ganska hög grad* och *i mycket hög grad*.

En sjätte fråga rör vilken uppfattning man har om enheten i allmänhet med svarsalternativen *mycket negativ, negativ, neutral, positiv* och *mycket positiv*.

Tabell 5.21. TSS-2

		n=25 ^a			
		nej	ja i viss mån	i ganska hög grad	i mycket hög grad
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1	Tycker du att du blev väl bemött på enheten?	0 (0)	1 (4)	4 (16)	20 (80)
2	Tycker du att samtalens uppläggning och innehåll passade dig bra?	1 (4)	3 (12)	7 (28)	14 (56)
3	Tycker du att dina behandlare kunnat lyssna på och förstå det du tog upp i samtalen?	1 (4)	0 (0)	3 (12)	21 (84)
4	Hade du förtroende för dina behandlare på enheten?	1 (4)	0 (0)	8 (32)	16 (64)
5	Tycker du att du och dina behandlare på enheten varit överens om målen för din behandling?	2 (8)	4 (17)	5 (21)	13 (54)
a. Svar från en intervjuperson saknas					

På frågan vilken uppfattning man har om enheten i allmänhet svarade fem (20 %) positiv och 20 (80 %) svarade mycket positiv. Nära hälften (44 %) anger det mest positiva svaret på samtliga frågor och en person (4 %) är helt negativ på en eller flera frågor. Totalsumman för de sex frågorna är 18. Gruppens medelvärde var 15,5 (sd=3,5). Resultat för de olika enheterna (Stockholm m=14,5, Göteborg m=17,4 och Malmö m=15,5) var jämförbara utan signifikant skillnad ($F=1,142$), dvs. man var ungefär lika nöjd oberoende av vilken enhet man hade erhållit behandling på.

5.4.13 Upplevelse av behandlingskontakten

Upplevelser av behandlingskontakten har besvarats genom ett formulär med fjorton frågor. Frågorna rör bl.a. hur man upplevt specialenheten, behandlingskontakten, behandlarens kunskap hur man hade klarat sig utan behandlingskontakten och hur respondenten med egna ord beskriver vad som varit det viktigaste med samtalen.

Tolv påståenden ingår i formuläret och besvaras på en skala 1 till 5 *instämmer inte alls* till *instämmer helt* (totalt 12-60 poäng). Medelvärde och standardavvikelse på respektive svar redovisas i tabell 5.22.

Tabell 5.22. Upplevelse av behandlingskontakten.

	n=25 ^a	
	m	sd
Det var viktigt för mig att komma till en specialenhet.	4,6	0,65
Jag är nöjd med att ha gått i samtal på just den här enheten.	4,6	0,70
Jag kände att behandlaren respekterade mig.	4,6	0,86
Behandlaren hade kunskap om min speciella problematik.	4,6	0,82
Samtalen var mycket viktiga för mig	4,5	0,77
Jag kunde ta upp känsliga frågor i samtalen.	4,3	0,84
Samtalen har hjälpt mig att se på mig själv på ett annat sätt.	4,1	1,05
Behandlaren utstrålade optimism.	3,9	1,08
Samtalen har hjälpt mig att prova nya sätt att bete mig på.	3,9	1,20
Behandlaren har hjälpt mig att förstå hur mina problem kan minska eller försvinna.	3,9	1,09
Behandlaren har gett mig information om mitt problemområde.	3,8	1,10
Jag använder ganska mycket tid mellan samtalen till att öva mig på förändring.	3,4	1,19
a. Svar från en intervjuperson saknas (25/26)		

Respondenternas medelvärde på skalan är 50,2 (sd=8,9), med en variation mellan 23-60. Då 60 är det maximala värdet på skalan har respondenterna gett höga poäng för hur man uppfattat verksamheterna. Vid jämförelse mellan respondenternas upplevelser av de olika enheterna identifieras ingen signifikant skillnad (Stockholm m=49,5, sd=11,7; Göteborg m=54,0, sd=5,4 och Malmö m=49,1, sd=7,2, $F=,536$). Två av de enskilda frågor som skattats högst var betydelsen av att få komma till specialenhet (m=4,6, sd=,65) och behandlarens kunskap om min speciella problematik (m=4,6, sd=,82).

5.4.14 Upplevelse av att delta i utvärderingen

Respondenterna besvarade avslutningsvis frågor om hur de upplevt att delta i undersökningen genom att svara på en femgradig Likertskala (1-5), *instämmer inte alls – instämmer helt*. Frågorna rör upplevelsen att besvara intervjufrågor och frågeformulär vidare om man fått ut något positivt i att medverka och om man skulle göra om det om man visste vad det innebar.

På frågan om intervjun upplevts obehaglig har majoriteten (64 %) svarat att de inte alls instämmer (tabell 5.23). Även på frågan om frågeformulären upplevts obehagliga svarar majoriteten (75 %) att de inte alls instämmer. Om man fått ut något av att delta i undersökningen svarar majoriteten (66 %) 4 eller 5, där 5 motsvarar instämmer helt. Vidare svarar majoriteten (92 %) att de hade valt att delta i undersökningen om de vetat hur det skulle bli.

Tabell 5.23. Upplevelse av att delta i utvärderingen

	1 instämmer inte alls n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 instämmer helt n (%)
Frågorna i intervjun var obehagliga för mig ^a	16 (64)	5 (20)	2 (8)	2 (8)	0 (0)
Frågorna i frågeformulären var obehagliga för mig ^b	18 (75)	3 (13)	3 (13)	0 (0)	0 (0)
Jag fick ut något positivt av att delta i den här undersökningen ^b	0 (0)	2 (8)	6 (25)	8 (33)	8 (33)
Hade jag vetat i förväg hur det skulle bli att vara med i undersökningen, hade jag ändå valt att delta ^b	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (8)	22 (92)
a. svar från en intervjuperson saknas b. svar från två intervjupersoner saknas					

5.5 Intervjupersonernas skriftliga kommentarer

Respondenterna lämnade i anslutning till TSS-2 formuläret även skriftliga kommentarer. På fråga 1 om bemötande skrev respondenterna bland annat:

De har varit fantastiska.

De visste vad de pratade om och var trevliga och bemötte mig som en vanlig människa.

Har alltid blivit vänligt bemött av all personal som jobbar på enheten.

Lugn och avstressande stämning, blivit vänligt och respektfullt bemött.

På fråga 2 om samtalens uppläggning och innehåll skrev intervjupersonerna bl.a.:

Jag har själv har kunnat styra om vad jag velat prata om för stunden.

Hade hellre sett en fokusering på vad som gjorde att jag började med prostitution.

Skönt att prata med någon som kunde på något sätt förstå.

Som handen i handske.

Var inte redo för att "gräva" så djupt i traumatiska upplevelser eller händelser.

På fråga 3 om behandlarna kunnat lyssna och förstå skrev intervjupersonerna bl.a.:

Absolut. Min behandlare har känts kompetent. Inte bara genom plugg utan att jag känt att behandlaren har livserfarenhet.

Lyssnar jättebra och har bra svar.

Skönt kunna tala fritt om något så jobbigt med någon som verkligen förstår.

Fråga 4 om man hade förtroende för behandlare på enheten:

Annars så skulle jag inte kommit dit jag är nu.

Delvis men aldrig fullt ut.

Vet att det stannar enbart mellan oss.

I kommentarer till fråga 5 efterfrågas om man inte varit överens med sin behandlare om målen för behandlingen:

Blev aldrig riktigt tal om något mål. Var ändå mycket tryggt att komma hit och få prata.

Gjorde aldrig klar min behandling pga. mitt missbruk.

Vi kom inte så långt pga. min kraftiga ångest.

Respondenterna skriver omfattande kommentarer på frågan *Hur skulle du med egna ord beskriva det som var viktigast för dig med samtalen på enheten?* Svaren från respondenterna (27/29) har tematiserats och korta citat använts i texten. Kommentarerna rör *specialenheten, en plats för samtal om prostitution och samtal om annat.*

Kommentarer som rör specialenheten:

Först ingen aning om att de fanns. Känner och tror verkligen på den behandling som ges här och som på nåt sätt verkligen hjälpt.

Att veta att det finns ett ställe med personal som hört det mesta. Man behöver inte skämmas för något man berättar, de har hört det förr från andra kvinnor i liknande situationer.

Att bara få prata och inte bli dömd.

Jag är så otroligt tacksam för att jag fått komma hit.

Min behandlare är en riktig hjälte och eldsjäl!

Att veta att jag inte var ensam om mina problem. Att våga prata med någon som lyssnar.

De har fått mig att se på mig själv och min sexualitet på ett annat bättre sätt.

De flesta intervjupersonerna skrev kommentarer som rörde att det var *en plats för samtal om prostitution*

Att det överhuvudtaget finns en plats att ta upp mitt tabubelagda liv.

Att få känna att jag kan räkna med någon, att någon alltid finns om jag behöver, trygghet!

Att jag fick lätta och prata om sådant man inte gör annars, det var härligt att jag fick använda vilka ord jag ville.

Att få ordning på alla dessa olika tankar och känslor som var så motstridiga varandra, att få se saker ur ett annat perspektiv, att få sanningen upptryckt i ansiktet.

Varit skönt att prata om det hemliga med någon och höra andra tjejer som haft det likadant.

Att få prata av sig, ingen annan vet ju vad som hänt.

Man kan ju inte prata om sånt här med nära och kära, här kan man vara öppen och rak med sina erfarenheter. Känna att man kan hitta lösningar att ta sig ur prostitutionen. Släppa tankarna om skuld och skam och analysera varför det blivit som det blivit och gå vidare.

Att prata med en oberoende person samt möjligheten att göra det anonymt är mycket viktigt.

Att sätta upp mål och med vägledning ta hjälp och stöd att åstadkomma dessa.

Att träffa någon som jag kunde vara helt öppen med och som hjälpte mig att komma igenom den kris jag befann mig i och förhoppningsvis förhindrar att jag hamnar i en liknande situation igen.

Det har varit mycket positivt att ha en ventilation så allt negativt i livet kring prostitution har kommit upp till ytan så att man kan se det ur ett annat perspektiv.

De har hjälpt mig till insikt kring de negativa aspekterna kring prostitution.

Hjälpt mig att förstå att satsa på utbildning för framtiden istället.

Några har kommentarerna att också *annat fått plats i samtalen:*

Att belysa situationer som händer med kvinnor i missbruk. Att på något sätt kunna hjälpa kvinnor komma ifrån destruktiva handlingar.

Hjälpt mig hantera i små steg brytningen med barnens pappa. Hjälpt mig i små steg att hantera min relation med andra människor.

5.6 Sammanfattning uppföljning

Tjugosex av 34 intervjupersoner medverkade vid bägge undersökningstillfällena i studiens pre- postdesign. Bland de som inte medverkade vid uppföljningen var drogmissbruk signifikant vanligare jämfört med den grupp som medverkade i uppföljningsintervjun. Uppföljningsintervjun genomfördes drygt ett år efter baslinjeintervjun. Omkring två tredjedelar hade vid uppföljningen avslutat sin behandlingskontakt med enheten. Respondenterna hade i genomsnitt gått i 29 samtal på enheten. Respondenterna angav att det viktigaste som hänt i behandlingskontakten var att mötet med en förstående och kunnig person, specialiserad på området. Fler levde ensamma, utan partner, vid uppföljningsintervjun. Majoriteten av intervjupersoner uppgav att de fått hjälp i samtalen att avsluta destruktiva relationer och förbättra relationer till det övriga nätverket. Intervjupersonerna skattade att de var signifikant mer nöjda med sina nära relationer vid uppföljningen. Intervjupersonerna uppgav förändringar vad gäller sysselsättning vid uppföljningen. Fler arbetade eller studerade vid uppföljningen och majoriteten uppgav att samtalen på enheten påverkat detta område. Respondenterna var signifikant mer nöjda vad gäller området sysselsättning vid uppföljningsintervjun. Majoriteten sålde inte sex vid uppföljningen. De som fortsatte sälja sex gör det mer sällan. Mer än 90 % hade talat om att sälja sex i samtalen och känt att samtalen varit till stöd för att hålla fast vid ett beslut i förhållande till att sälja sex. Majoriteten ansåg att de fått bättre självkänsla och förbättrad livskvalitet.

De som vid uppföljningen uppgav att de fortsatt sälja sex var signifikant äldre än övriga respondenter och hade sålt sex signifikant längre. De flesta intervjupersoner som tillhör denna grupp uttryckte att de vid uppföljningen sålde sex mer sällan och uttryckte en önskan om vidare förändring. Hur lång tid man befunnit sig i prostitution kan ha betydelse för hur tidskrävande en sådan förändring är.

Vid jämförelse mellan resultaten på de upprepade självsvarsformulären från baslinje och uppföljning identifierades en rad förändringar. En icke-signifikant minskning av antalet personer med alkoholmissbruk och tungt drogberoende vid uppföljningen. Respondenterna rapporterade signifikant bättre självkänsla vid uppföljningen. Signifikanta skillnader vad gäller psykisk hälsa rapporterades på samtliga delskalor samt totalskala. Effektstorleken mellan för- och eftermätningen (SCL 90) var på fem av de nio delskalorna och totalskalan stor ($\geq .80$) och för tre av delskalorna medelstor ($\geq .50$). Å andra sidan ligger medelvärdena högre än i en icke klinisk population även efter behandling och på fem av delskalorna och totalskalan fortfarande högre än för en klinisk jämförelsegrupp (Fridell et al, 2002). Samtidigt var effektstorleken något större än i en studie av grupppsykoterapi med kvinnor som varit utsatta för sexuella övergrepp under barndomen (Lundqvist et al, 2006). De största förändringarna har skett på subskalan som rör interpersonell sensitivitet, som mäter känslighet för andras beteenden och förändringar och på subskalan depression. Man kan anta att behandlingar som intervjupersonerna fått del av kan ha haft förmåga att påverka dessa områden. Man får dock vara försiktig i att tolka dessa förändringar på grund av risken för det man brukar kalla "regression towards the mean" då höga mätvärden tenderar att gå mot mera normala värden vid en senare mätning.

Förändring i psykisk symptombelastning hos respondenterna jämfördes mellan enheterna från före- till eftermätning. Förändringen var av jämförbar storlek för klienter som gått i

behandling på de tre olika enheterna. Vad gäller självkänsla förbättrades värden signifikant vid en av enheterna med stor effekt. Vad gäller alkohol- och drogmissbruk noterades ingen signifikant förändring. Enheterna har jämförbara resultat vad gäller effekter av behandling. Vissa skillnader mellan värden vid föremätning identifierades, varav en signifikant skillnad när det gäller större psykisk symptombelastning bland respondenterna i Malmö. De flesta respondenter från den enheten inledde sin behandling parallellt med att man inleder missbruksbehandling vilket kan innebära att det skett vid en tidpunkt när man befunnit sig i en särskild stressfull livssituation.

Sammanfattningsvis visar jämförelserna mellan de olika mottagningarna och därmed de olika teoretiska behandlingsuppläggen att det inte förelåg några större skillnader varför det finns anledning att tro att mer generella inslag fokuserade på prostitution varit viktigare än specifika tekniker.

Majoriteten av respondenterna utvärderade behandlingen positivt och hade överlag också en positiv upplevelse av att medverka i undersökningen. Inga signifikanta skillnader identifierades vid jämförelse mellan enheterna. Respondenterna upplevelse har sannolikt påverkat att få individer avbrutit sin behandling. Behandlingstillfredsställelse är inte en faktor som i sig avgör om en behandling blir framgångsrik utan det krävs andra faktorer för att avgöra effekter.

6. DISKUSSION

6.1 Resultat

Majoriteten, tjugotvå av trettiofyra, hade vid baslinje slutat sälja sex, de flesta i anslutning till att behandlingssamtalen startade. Tjugo av tjugofem sålde inte sex vid uppföljningen och fem personer som fortsatt sälja sex gör det mindre sällan och uppger sig vara i en förändringsprocess. De som slutat uppgav att behandlingen hade varit till hjälp för dem att stå kvar vid sitt beslut att inte sälja sex. Det innebär att FAST inte i behandlingsarbetet arbetar med att få klienterna att upphöra med prostitution utan snarast med att stödja och befästa tidigare beslut att sluta.

Många av de utvärderade effektmått förändrades relativt mycket även om många t.ex. då det gällde den psykiska hälsan fortfarande låg på en nivå som andra kliniska grupper, dvs. man hade fortfarande kvar symtom och besvär men på en lägre nivå. Klienterna upplevde dessutom behandlingen positivt.

6.2 Metod

Dessa positiva och lovande resultat ska tolkas med viss försiktighet då studien av framför allt av praktiska men delvis också etiska skäl inte kunnat genomföras som en randomiserad kontrollerad studie. Randomisering av klienter ansågs omöjlig att genomföra då det saknades kontrollbehandling att jämföra med (vilket hade varit det optimala) då prostitutionsenheterna endast erbjuder en behandlingsform och någon annan fanns inte att tillgå. Ett lottningsförfarande med svårmotiverade klienter riskerade också att få dessa att avstå från att överhuvudtaget söka hjälp vid enheten. Att använda sig av väntelista som kontroll hade varit möjligt men mer tidskrävande alternativt krävt fler klienter.

Det hade kunnat vara teoretiskt möjligt att också jämföra behandlingarna (olika teoretiska behandlingsmodeller) genomförda på de tre olika enheterna. Detta försvårades dock av att klienterna inte kunde slumpas till de olika behandlingarna och som vi kan se i resultatdelen hade de olika enheternas klienter rätt betydande skillnader i ingångsvärden då det gällde rapporterad psykisk ohälsa. Ytterligare en svårighet var att antalet klienter vid de olika enheterna var under tidsperioden få och att jämförande analyser mellan enheterna därmed behövt pågå under en längre tid än som var möjligt inom ramen för uppdraget.

Utifrån ovanstående resonemang går det inte genom denna undersökning att identifiera en viss behandlingsmodell som framgångsrik för klientgruppen. Den gemensamma nämnaren för enheterna är den uttalade specialisering man har inom området och att personal har ett naturligt förhållningssätt till frågor om att sälja sex som av vissa klienter upplevs som tabu i andra sammanhang. Betydelsen av att komma till en specialenhet är också den enskilda frågan som skattades högst av klienterna som den faktor som haft betydelse för behandlingen.

En begränsning i utvärderingen, påverkat av projektets tidsramar, är också att alla intervjupersoner inte avslutat sin behandling vid tidpunkten för uppföljning. Mindre än hälften har fått del av andra stödjande insatser som missbruksbehandling eller psykologsamtal parallellt med samtalsbehandlingen. Vissa som haft andra samtalskontakter kommenterar i intervjun att de inte kunnat tala om prostitutionen i missbruksbehandlingen eller vid kontakter med psykiatri att kontakterna berört olika dimensioner av deras liv. Några respondenter uppger att de haft kontaktperson förordnad av socialtjänsten som en stödjande insats som mer kan ha effekten att förstärka det sociala nätverket för individen. Det är svårt att renodla de

specifika effekterna av samtalsbehandlingen utan denna behöver ses i ett vidare kontext där ibland flera insatser pågår samtidigt. En behandling kring erfarenheter av prostitution utan parallell missbruksbehandling hade sannolikt lett till ett sämre resultat för vissa av intervjupersonerna, liksom det omvända. Det är inte möjligt att för dem som följts upp efter avslutad behandlingen uttala sig om varaktigheten i eventuell förändring. Det hade krävt en längre tids uppföljning.

Med ovanstående redovisning av resultat och metodologiska begränsningar är det värt att påpeka att behandlingsstudier på området i stort sett saknas, nationellt och internationellt, varför föreliggande studie kan ses som ett av de första försöken att med en s.k. före- och eftermätning utvärdera behandling riktad till säljare av sexuella tjänster. Resultaten är lovande men man måste dock vara försiktig med tolkningen av dessa då undersökningsgruppen är liten och studien inte en randomiserad kontrollerad studie som anses vara mest optimalt för behandlingsstudier. Man kan dock i detta avseende tala om en evidensbaserad praktik (EBP) som bygger på för närvarande bästa tillgängliga kunskap dvs. bästa vetenskapliga kunskapen om insatsers effekter (praktiserad klinisk erfarenhet), brukarens erfarenheter och förväntningar (brukartillfredsställelse), den lokala situationen och omständigheter (prostitutionens och de säljarnas verklighet) samt de professionellas expertis (erfarenhet och utbildning).

6.3 Behov av framtida utveckling och forskning

- Det finns inte någon intern eller gemensam utbildning av terapeuter som ska arbeta med kvinnor och män som säljer sex vilket innebär både en sårbarhet vid personalförändringar och kompetenstapp. Detta är något som behöver utvecklas.
- De behandlingsmodeller som enheterna arbetar efter behöver utvecklas och tydliggöras för att det ska vara möjligt att både replikera och göra meningsfulla jämförande studier.
- För att ytterligare undersöka styrkan i det arbete som utförs bör man i det framtida utvecklingsarbetet på området verka för att tillförsäkra förutsättningar för en randomiserad design. Ett annat sätt vore att samla behandlingsdata under en längre tid för att kunna göra en studie med matchade klienter vid de olika enheterna antingen genom ett renodlat forskningsprojekt eller genom utvecklingen av ett kvalitetsregister.
- Effekter av andra insatser utöver samtalsbehandling som ges vid enheterna som psykosocialt stöd och medicinsk behandling behöver också undersökas. De som erhåller alternativa interventioner kan i framtida forskning utgöra kontrollgrupp till de som erhåller mer strukturerad samtalsbehandling.
- Det pionjärbete som bedrivs vid enheterna behöver förstärkas och utvecklas. Verksamheterna har byggts upp och drivs av ett antal eldsjälar. Ett fåtal professionella arbetar inom detta specialiserade område vilket också innebär en stor sårbarhet vad gäller kunskapsbärande och metodik i arbetet. De tre kommunala enheterna står för den nationella kunskapen men har inte ett nationellt ansvar för området. Det saknas ett sådant uppdrag.
- De tre enheterna vänder sig till personer i storstadsregionerna som sålt sex. Personer bosatta i andra kommuner i landet har inte tillgång till ett specialiserat samhälleligt stöd när man har erfarenheter av prostitution. I studien framgår det samstämmigt att respondenter upplevt betydande svårigheter att prata om prostitution inom icke-specialiserade verksamheter. Det finns exempel i studien på personer från andra kommuner som fått möjlighet att gå i behandling på någon av enheterna men inte utan

att själv argumentera och kämpa för det, en process som ställer stora krav på individen. En översyn av hur man ska lösa behovet av specialiserad hjälp utanför storstadsregionerna bör göras. En förstärkning av de tre kommunala enheterna (med nationell finansiering) skulle kunna möjliggöra mottagande av remitterade klienter i större skala.

- En framtida nationell samordnande enhet bör ges ansvaret för ovanstående utvecklingsarbete.

REFERENSER

- Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B., & Monteiro, M.G. (2001). *The alcohol use disorders identification Test. Guidelines for use in primary care*. Second Edition. World Health Organization.
- Bedard, L.E., Pate, K.N., & Roe-Sepowitz, D.E. (2003). A program analysis of Esuba: Helping turn abuse around for inmates. *Interpersonal Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 47, 597-607.
- Berman, A.H., Bergman, H., Palmstierna, T., & Schlyter, F. (2005). Evaluation of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) in criminal justice and detoxification settings and in a Swedish population sample. *European Addiction Research*, 11, 22-31.
- Berman, A.H., Bergman, H., Palmstierna, T., & Schlyter, F. (2007). *DUDIT The Drug Use Disorders Identification Test*. Manual, Version 1.1. Karolinska Institutet, institutionen för klinisk neurovetenskap.
- Briere, J. (1995). *Trauma Symptom Inventory: Professional manual*. Lutz, FL.: Psychological Assessment Resources.
- Broberg, A., Granqvist, P., Ivarsson, T., & Risholm Mothander, P. (2006). *Anknytningsteori: betydelsen av nära känslomässiga relationer*. Natur & Kultur.
- Bäsén, A. & Långström, N. (2006). *Pervers? Om sex utöver det vanliga*. Bokförlaget DN. Stockholm
- Clinton, D., Björck, C., Sohlberg, S., & Norring, C. (2004). Patient satisfaction with treatment in eating disorders: cause for complacency or concern. *European Eating Disorders Review*, 12, 240-246.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
- McCullough, L. (1997). *Changing Character. Short-term anxiety-regulating psychotherapy for restructuring defenses, affects and attachment*. Basic Books.
- Derogatis, L. R. (1977) *SCL-90. Administration, Scoring & Procedures*. Manual – I for the R(evised) version. Baltimore, John Hopkins University School of Medicine.
- Fridell, M., Cesarec, Z., Johansson, M., & Thorsen, M. S. (2002). *SCL 90, svensk normering, standardisering och validering av symtomskalan*. SiS följer upp och utvecklar 4/02.
- Gerge, A. (2010). *Trauma: om psykoterapi vid posttraumatisk och dissociativ problematik*. Dualis Förlag.
- Gorry, J., Roen, K., & Reilly, J. (2010). Selling your self? The psychological impact of street sex work and factors affecting support seeking. *Health and Social Care*, 18(5), 492-499.
- Home Office (2004). *Paying the price: A Consultation Paper on Prostitution*. Home Office Communications Directorate, London.
- Home Office (2006). *Paying the price: A Co-ordinated Prostitution Strategy and a Summary of Responses to 'Paying the Price'*. Home Office Communications Directorate, London.
- IMS, Socialstyrelsen. (2008). *Interventioner mot prostitution och människohandel för sexuella ändamål. En systematisk kartläggning med kompletterande intervjuer av svenska insatser*. Socialstyrelsen, Stockholm.
- Lundqvist, G., Hansson, K., & Svedin, C.G. (2004). Childhood sexual abuse. Women's health when starting in group therapy. *Nord J Psychiatry*, 58:25-32.
- Lundqvist, G., Svedin, C.G., Hansson, K., & Broman, I. Group therapy for women sexually abused as children: Mental health before and after therapy. *The Journal of Interpersonal Violence* 2006;21(12):1665-1677.

- Macy, R.J., & Johns, N. (2011). Aftercare services for International sex trafficking survivors: Informing U.S. service and program development in an emerging practice area. *Trauma, Violence, & Abuse*, 12(2), 87-98.
- Miller, W.R., & Rollnick, S (2002). *Motivational Interviewing. Preparing people for change*. The Guilford Press.
- Morgan, A. (2000). *What is narrative therapy?* Dulwich Centre Publications
- Newman, E, Willard, T., Sinclair, R., & Kaloupek, D. (2001). The costs and benefits of research from the participants' view: The path to empirically informed research practice. *Accountability in Research*, 8, 27-47.
- Nilsson, D., Gustafsson, P., Larsson, J.M., & Svedin, C.G. (2010). Evaluation of the Linköping youth life experience scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(10):768-74.
- RFSU. Sex och relationer. BDSM. Hämtad 25 september 2011 från <http://www.rfsu.se/sv/Sex--relationer/Sexteknik-och-praktik/BDSM/>
- Rosenberg, M. (1989). *Society and the Adolescent Self-Image*. Revised edition. Middletown, CT: Wesleyan University Press.
- de Shazer, S., Dolan, Y.M., Korman, H., Trepper, T.S., McCollum, E.E., & Berg, I.K. (2006). *More than miracles: The state of the art of solution focused therapy*. New York: Haworth Press.
- Ward, A., & Roe-Sepowitz, D. (2009). Assessing the effectiveness of a trauma-oriented approach of treating prostituted women in a prison and a community exiting program. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 18(3), 293-312.
- Wennerberg, T. (2010). *Vi är våra relationer: om anknytning, trauma och dissociation*. Natur & Kultur.
- White, M. (2007). *Maps of Narrative Practice*. Norton Professional Books.