

## Kommentarer til rapport fra Statens Institut for Folkesundhed om klinikprostitution i Danmark.

### Prostitution og tvivlsom statistik

Inge Henningsen. Januar 2014

*Hvor udgangspunktet er galest  
blir tidt resultatet originalest*

*(Peer Gynt)*

Statens Institut for Folkesundhed (SIF), Syddansk Universitet har i december 2013 udgivet rapporten *Sundhed, sygelighed og trivsel blandt klinikprostituerede* (Arnfred et al). Det følgende er en række tekniske statistiske kommentarer til den spørgeskemaundersøgelse som rapporten bygger på. Dele af notatet er bragt i spørgsmål-svar form for at gøre den lettere læselig.

Indledningsvis kan man konstatere, at et område som prostitution er vanskeligt at undersøge. Netop derfor er det vigtigt at undersøgelsesdesignet er omhyggeligt planlagt, at observationsantallet er stort nok og at fejlkilder eksplicit inddrages i vurderingen af resultaterne. Særligt det sidste mangler i høj grad i SIF-rapporten.

Hvis en spørgeskemaundersøgelse skal sige noget væsentligt om den population den er udtaget fra, kræver det, at undersøgelsespopulationen er repræsentativ, altså ligner hele populationen med hensyn til de faktorer som undersøges. Det er ikke altid muligt at få repræsentative undersøgelsespopulationer, men i sådanne tilfælde kræves det, at forskerne ikke bare fremlægger de rå undersøgelsesresultater, men også diskuterer hvilke afvigelser den manglende repræsentativitet kan forventes at medføre og afstår fra at bruge resultaterne, hvis de må formodes at være misvisende.

Forfatterne til SIF-rapporten konstaterer at materialet er begrænset (88 respondenter) men de afstår ikke fra at gennemføre de analyser, hvor det spiller en væsentlig rolle for konklusionerne og de modificerer ikke deres konklusioner i lyset af det begrænsede antal respondenter (f.eks. om udsathed for vold og seksuelle overgreb). Forfatterne diskuterer ikke repræsentativiteten af deres materiale, og jeg vil i det følgende argumentere for, at der er så væsentlige mangler i forhold til repræsentativitet, at mange af resultaterne i rapporten kan være alvorligt misvisende, fordi der ikke er taget hensyn til at de prostituerede, der har deltaget i undersøgelsen udgør en særlig, selekteret gruppe.

## Undersøgelsens baggrund

I rapporten konstateres det at

”Der er et bredt ønske blandt politikere, forskere og interesseorganisationer om at få mere viden om de forskellige prostitutionsformer. Derfor er det afgørende at få beskrevet, hvordan prostituerede har det sammenlignet med den øvrige befolkning for derved at få mulighed for at målrette fremtidige forebyggelsesindsatser på relevante områder.”

(Arnfred et al 2013:7)

Her kunne man tilføje at det er afgørende at få ikke bare en beskrivelse men en retvisende beskrivelse af de prostitueredes forhold. Men der er også andre særlige forhold der gør sig gældende.

Rapporten skriver sig ind i de sidste 5-10 års omfattende samfundsmæssig diskussion om prostitutionslovgivning generelt. Her kan man på den ene side identificere holdninger, f.eks. repræsenteret ved SIO (Sexarbejdernes Interesse Organisation, en sammenslutning af overvejende klinikejere og klinikprostituerede), der ønsker at prostitution skal være et arbejde (sexarbejde) på linje med andet arbejde og på den anden side en række organisationer (f.eks. 8. Marts Initiativet), der arbejder for at sexkøb bliver forbudt og vender sig mod lempelser af de nuværende forbud mod rufferi og bordeldrift. I denne diskussion spiller prostitutionens eventuelle skadevirkninger for den enkelte prostituerede en væsentlig rolle og en undersøgelse som den foreliggende kan derfor ikke undgå at blive en stemme i denne diskussion. Dette stiller skærpede krav til metodevalg og gennemsigtighed. I det følgende gennemgås nogle af de mest citerede elementer i undersøgelsen ud fra et statistisk synspunkt. Først samarbejdsrelationer og design af undersøgelsen.

## Samarbejdspartnere og eksterne relationer

I medicinske undersøgelser er det efterhånden blevet et ufravigeligt krav at eksterne relationer, der kan føre til interessekonflikter, skal offentliggøres. I rapporten er oplysninger om udefrakommende samarbejdspartnere imidlertid sparsomme. Det hedder blot

”I et samarbejde mellem Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, og Anders Arnfred (AA), blev det besluttet at belyse sundhedstilstanden blandt klinikprostituerede.”

(Arnfred et al 2013:7)

I en fodnote oplyses det, at en af forfatterne (AA) har været praktikant i SIO, men hans eventuelle institutionstilknytning på undersøgelsestidspunktet specificeres ikke. Ligeledes redegøres der ikke for eventuelle eksterne bidrag til projektet eller projektets medarbejdere. Projektet har haft tilknyttet en ”gate-keeper” i form af en klinikejer, der har formidlet kontakt til klinikkerne og de prostituerede, men det oplyses ikke i rapporten, hvem den pågældende er, hvilke aftaler der er truffet om hendes arbejde og arten af eventuelle økonomiske arrangementer. Ligeledes oplyses det ikke, hvem der har taget initiativ til projektet og haft ansvaret for de indholdsmæssige prioriteringer.

## Hvordan er spørgeskemaundersøgelsen tilrettelagt?

### *Datamateriale*

Undersøgelsen omfatter i alt 88 (ud af 90) brugbare besvarelser opnået ved klyngeudvælgelse på klinikniveau. Ud af de skønnede 124 klinikker med danske prostituerede (Kofod et al 2011) har projektteamet udvalgt 9 blandt de største københavnske klinikker. I rapporten redegøres ikke nærmere for udvælgelseskriterier.

*Kan man på denne baggrund regne med, at de klinikker der er med i undersøgelsen er repræsentative?*

Nej. De er hverken størrelsesmæssigt eller geografisk repræsentative. Derudover er de direkte selekteret af projektteamet ”på baggrund af information fra kontaktpersoner i prostitutionsmiljøet, suppleret med information fra internetsøgninger på sexklinikker i København”( Arnfred et al 2013:8). De er således udtaget ud fra nogle ikke-specificerede kriterier.

*Hvordan er de prostituerede udtaget på de klinikker, der er med.*

Undersøgelsesteamet har benyttet en ”gatekeeper” til at skaffe adgang til sexklinikkerne. I vores tilfælde har en tidligere klinikprostitueret (nuværende klinik-ejer) opfyldt denne funktion.”(Arnfred et al 2013:8). Spørgeskemaerne blev udleveret sammen med en kort introduktion til undersøgelsen, men det fremgår ikke om det er gatekeeperen eller projektteamet der har stået for uddeling og introduktion. Der redegøres ikke for udvalg af respondenter på klinikniveau, men det ser ud som om respondenterne er selvselekterede (dem der var til stede/var villige til at udfylde skema) evt. selekterede af projektteamet eller dets gatekeeper. Der fremgår ikke hvor mange spørgeskemaer der er blevet uddelt.

*Kan man regne med, at man får et repræsentativt udvalg på den måde?*

Nej. For det første må valget af en klinikejer som ”gatekeeper” antages at signalere en tendens i undersøgelsen, da det er oplagt at klinikejerne er interesserede i, at klinikkerne fremstår i et godt lys. Det understreges i rapporten at anonymitet er vigtigt for de prostituerede, men her vælger man en fremgangsmåde hvor anonymiteten i forhold til de andre på klinikken ikke er sikret. Man må formode, at dette kan have en afskrækkende effekt på de respondenter, der ikke kan svare ”positivt” på interviewspørgsmålene.

Andre former for selektion: Uddeling på klinikken (arbejdspladsen) betyder rent teknisk, at der er større chance for at få fat i der arbejder mest. I forhold til akuel og kronisk sygdom sker der på tilsvarende vis en selektion, da man ikke får fat i de syge, når man alene uddeler skemaer på klinikken (arbejdspladsen). Samtidig må man regne med, at det er de mest trygge og selvsikre prostituerede der svarer (se Kofod 2011.20-21) Det må således formodes at der kan være tale om både selektion og selvselektion blandt respondenterne, til fordel for de mest aktive og

ressourcestærke respondenter. Disse forhold åbner mulighed for bias i varierende grad, og man ville have forventet at rapporten inddrog dette i sin vurdering og anvendelse af analyseresultaterne. Imidlertid er det eneste der nævnes det begrænsede antal respondenter.

*Kan du give nogle eksempler på hvad der kan være galt med at skaffe data på den måde.*

Hvad ville man mene, hvis man ved afprøvningen af nye lægemidler anvendte en ansat/tidligere ansat i medicinalfirmaet som ”gatekeeper”, der deltog i udvælgelse af hospitalsafdelinger og rekruttering af de patienter der skulle indgå i forsøget. En sådan fremgangsmåde ville aldrig blive godkendt. Der stilles helt anderledes krav til repræsentativitet og sikring mod partiskhed, når man udprøver lægemidler, men man må selvfølgelig stille tilsvarende kvalitetskrav, når det drejer sig om undersøgelse af prostituerede.

### ***Healthy Worker effekt***

I arbejdsmedicinske undersøgelser tales om en Healthy Worker effekt: I fag med meget belastende arbejdsbetingelser, er der en tendens til at kun arbejdere med et godt helbred kan blive ved med at arbejde. Hvis man derfor undersøger helbredet hos dem, der stadig er i beskæftigede i det pågældende fag, vil man ofte finde meget sunde individer, hvad der fejlagtigt kan tolkes på den måde at der ikke er noget galt med arbejdsbetingelserne.

*Kan du give et eksempel?*

Hvis man vil undersøge forekomsten af alvorlige og invaliderende sportsskader kan det ikke nytte noget at gå ud og spørge alle aktive elitesportsfolk om de har eller har haft sådan nogen. For hvis de har haft sådanne, er der stor chance for at de ikke længere er aktive. Eller hvis du vil undersøge tilfredshed med et aftenskolekursus og kun spørger dem, der ikke er holdt op.

*Men hvad med undersøgelsen her?*

De prostituerede, der er med i SIF’s spørgeskemaundersøgelse er udvalgt blandt dem, der på det pågældende tidspunkt stadig er aktive. Man får altså ikke fat i dem der er holdt op med at være prostituerede. Kvinder der finder sig til rette som prostituerede og som f.eks. ikke har været udsat for vold eller seksuelle overgreb har derfor en større chance for at komme med i undersøgelsen, fordi de stadig er aktive.

*Hvad betyder det?*

Man risikerer, at de positive holdninger og erfaringer er overrepræsenterede blandt deltagerne i stikprøveundersøgelsen, hvorved man får misvisende resultater, hvis man generaliserer til alle (klinik)prostituerede. Hvor mange der har psykiske lidelser eller har været udsat for vold blandt dem der stadig arbejder som prostituerede kan næppe forventes at give et retvisende billede af, hvor ofte disse ting forekommer blandt alle (klinik)prostituerede. Man må nemlig formode, at dem der har været udsat for sådanne hændelser, har haft en større tendens til at holde op, således at de ikke længere er med i den population man undersøger.

*Men de har vel regnet rigtigt i de statistiske analyser. Er resultaterne så alligevel ikke OK?*

Nej, de statistiske analyser er kun meningsfulde, hvis forudsætningerne for analyserne er opfyldte. Her er det en væsentlig forudsætning, at de to grupper man sammenligner er repræsentative og kun adskiller sig i forhold til den eller de faktorer man er ved at undersøge. Som gennemgået ovenfor kan dette ikke antages at være tilfældet.

## **Statistiske analyser**

I omtalen af rapporten er det især blevet fremhævet, at de klinikprostituerede ikke er mere udsatte for grov vold og seksuelle overgreb end andre kvinder og at de har et bedre psykisk arbejdsmiljø end danske kvinder generelt. I det følgende ses bort fra den ovenfor omtalte skævhed i udtagelsen af respondenter og fokuseres på de statistiske analyser der ligger til grund for disse udsagn.

### ***Vold og seksuelle overgreb***

Konklusionen på dette afsnit lyder

”Der er en større andel blandt klinikprostituerede end blandt danske kvinder, som har været udsat for lettere fysisk vold (at være blevet skubbet, revet, rusket, slået med flad hånd eller lignende). Klinikprostituerede adskiller sig dog ikke fra danske kvinder i forhold til de øvrige indikatorer for vold og seksuelle overgreb: trusler om fysisk skade, grov fysisk vold, gennemført tvunget samleje og andre seksuelle overgreb.”

(Arnfred et al 2013:5)

Konklusionen er baseret på omstående tabel fra Arnfred et al (2013:45) .

Tabellen viser i kolonne 1 og 2 andelen blandt hhv. klinikprostituerede og danske kvinder der har været udsat for de forskellige former for overgreb. Kolonnen benævnt OR (odds-ratio) viser overhyppigheden hos prostituerede, når man har justeret for alder og uddannelse. Uanset opgørelsesmåde har de prostituerede i underøgelsen været 2-3 gange mere udsat for alle former for overgreb end danske kvinder. Og der er ikke større overhyppighed, når det drejer sig om *lettere fysisk vold* end i de andre kategorier af overgreb.

## Vold og seksuelle overgreb blandt klinikprostituerede sammenlignet med danske kvinder, 20-49 år, 2010.

	Klinik-prostituerede %	Danske kvinder %	Antal svarpersoner blandt klinikprostituerede	OR <sup>1</sup>	95 % sikkerhedsgrænser
Andel, der har været udsat for trusler om fysisk skade	9,9	4,1	8/81	2,1	0,9-4,6
Andel, der har været udsat for lettere fysisk vold	12,1	5,0	10/83	2,5	1,2-5,0
Andel, der har været udsat for grov fysisk vold	6,2	2,7	5/81	1,7	0,6-4,8
Andel, der har været udsat for gennemført tvunget samleje	2,4	0,3	2/83	3,6	0,4-29,2
Andel, der har været udsat for andre seksuelle overgreb	6,0	1,7	5/83	2,2	0,8-6,3
Antal svarpersoner	88				

<sup>1</sup>)Justeret for alder og uddannelsesniveau

Når rapporten alligevel når frem til at der kun er forskel på andelen blandt dem der er udsat for lettere fysisk vold skyldes det, at for de overgreb der ikke forekommer så ofte er det meget svært at finde sikre forskelle, når man har så få observationer. Ser man f.eks. på voldtægt, så er der i normalmateriale 3 ud af 1.000 kvinder i alderen fra 20 til 49 år, der har været udsat for voldtægt (og i det aldersjusterede materiale er det 6 ud af 1000). Bruger man de aldersjusterede rater ville man altså blandt 88 kvinder forvente godt ½ voldtægt. Spørgsmålet er nu, om en observation på 2 ud af 88 er så afstikkende at man ud fra en statistisk analyse tør påstå, at der er forskel på de to grupper. Som det fremgår af tabellen er svaret nej. 3,6 gange så stor hyppighed er ikke nok til statistisk signifikans. Det vil kræve mindst 5 gange så stor hyppighed at afvise hypotesen om, at der ikke er overhyppighed blandt de prostituerede. Når man kun har 88 respondenter, havde det været rimeligt at afstå fra at behandle spørgsmålet på grund af manglende teststyrke. At udføre det pågældende test og på det grundlag konkludere, at der ikke er forskel på voldtægtshyppigheden hos prostituerede og alle danske kvinder er ikke noget man ville forvente på et institut, der er vant til at beskæftige sig med epidemiologiske undersøgelser. Tilsvarende overvejelser gælder for de andre mindre hyppige overgreb. I modsætning hertil er andelen der har været udsat for mindre alvorlige overgreb så stor, at en overhyppighed på 2.5 bliver statistisk signifikant. Til slut kan man anføre, at den statistiske analyse af data er noget primitiv. Havde man i sin modellering udnyttet at overhyppigheden af vold og seksuelle overgreb målt ved den alders- og uddannelsesstandardiserede odds-ratio (OR) ikke varierer meget mellem de forskellige kategorier<sup>1</sup> af overgreb og inkluderet

<sup>1</sup> Og ganske givet ikke ville være blevet fundet signifikant på grund af den ringe teststyrke.

dette i et test, så ville man formentlig have fundet at denne fælles overgrebshyppighed var signifikant forskellig fra nul. Og konklusionen ville være blevet en anden <sup>2</sup>.

*Hvorfor er det så galt at sige at der ikke er nogen forskel?*

Hvis man igen tager et medicinsk eksempel kan man forestille sig undersøgelse af bivirkninger for en ny behandling. Hvis en bestemt bivirkning normalt optræder i et ud af 100 tilfælde, og medicinalvirksomheden gerne vil vise, at det nye præparat ikke er farligere end de gamle, sådan at man kan få lov til at markedsføre det, ja så gælder det om at lave et forsøg der er så lille som muligt. Får man lov til at nøjes med 88 patienter, så skal man op på 5-6 personer med bivirkninger før et test vil finde signifikant forskel. Bruger man endnu færre forsøgspersoner bliver det endnu sværere at påvise signifikante forskelle. I medicinske forsøg får man imidlertid ikke lov til at lave forsøg med så ringe teststyrke. Men når det drejer sig om prostitution, ser det ud til at der ikke er nogen kontrol af kvaliteten på de konklusioner, der i rapporter og i pressen fremstilles som videnskabelige kendsgerninger.

### **Arbejds miljø**

I rapporten konkluderes at sammenlignet med danske kvinder har prostituerede et bedre psykisk arbejdsmiljø

”Endelig har klinik-prostituerede, sammenlignet med danske kvinder, et bedre psykisk arbejdsmiljø...”

(Arnfred et al 2013:6)

Prostitueredes arbejdsmiljø må antages at være præget af helt specielle udfordringer. Dette må man naturligvis tage højde for, når man planlægger undersøgelser. I projektet er det psykiske arbejdsmiljø alene undersøgt ved nedenstående to spørgsmål (Arnfred et al 2013:49) der oplagt ikke adresserer de særlige forhold prostituerede arbejder under.

- Andel, der altid eller ofte ikke når deres arbejdsopgaver
- Andel, der kun sommetider, sjældent eller aldrig har indflydelse på, hvad de laver på deres arbejde

Det er således fuldstændig misvisende at konkludere noget om prostitueredes psykiske arbejdsmiljø i forhold til alle danske kvinder, når man kun har stillet spørgsmål, der ikke er særlig relevante i forhold til det man vil undersøge.

Igen vil et eksempel måske gøre tingene klarere. Skulle man undersøge udstationerede soldaters psykiske arbejdsmiljø og blot stillede SUSY-undersøgelsens to spørgsmål kunne man hurtigt påvise, at afghanistanveteraner der siger at de har det dårligt jævnt hen er en gang tudefjæs, der ikke har nogen særlige psykiske belastninger at klage over. Ligesom de spørgsmål der ville være relevante når det gjaldt prostitueredes psykiske arbejdsmiljø ikke ville være relevante, hvis man

---

<sup>2</sup> Da der arbejdes med alders- og uddannelsesstandardiserede odd-ratioer kan resultatet ikke efterregnes uden adgang til rådata.

undersøgte arbejdsmiljøet hos ansatte i regnskabsafdelingen på en større virksomhed. Men de kan jo godt have det dårligt på deres måde.

Det virker indlysende, at man i en epidemiologisk undersøgelse af specielle grupper må sikre sig, at de indikatorer/markører man bruger har relevans for de pågældende gruppers situation. Dette er imidlertid ikke tilfældet i projektet - heller ikke når det gælder fysisk arbejdsmiljø. At prostituerede i ringere grad end alle danske kvinder er udsat for varme/kulde/træk/tunge løft kommer næppe bag på nogen. Men er det relevant at undersøge? Næppe. Helt særlige forhold må have gjort sig gældende, da man præsenterede spørgsmålet

”Er du udsat for gentagne og ensidige bevægelser i arbejdet”

(Arnfred et al 2013:49)

Mon ikke det har været svært selv for projektteamet at holde masken. Og det gælder måske også spørgsmålet

”Er du udsat for bøjedede/forvredne arbejdsstillinger ”

(ibid.)

Dette er i øvrigt to spørgsmål om fysisk arbejdsmiljø, hvor de prostituerede har større gener end danske kvinder.

Man kunne have fremhævet en række andre problematiske undersøgelser. F.eks. om det er rimeligt at sammenligne forekomst af smerter og ubehag inden for de sidste 14 dage, når man i den ene gruppe spørger alle og i den anden gruppe kun spørger folk, der er på arbejde. Man kan ydermere undre sig over, at projektteamet ikke reflekterer over, at de prostituerede øjensynlig har et bedre arbejdsmiljø og oplyser at de på mange måder er sundere end danske kvinder som helhed, men samtidig ryger og drikker betydeligt mere, og ikke mindst har et meget højt forbrug af alle typer af illegale stoffer. Eksempelvis har 46,8 % blandt klinikprostituerede røget hash og 27,2 % har brugt kokain inden for det seneste år. Dette tyder ikke umiddelbart på harmoniske arbejdsforhold og overgennemsnitligt godt psykisk og fysisk helbred.

## **Interviewform**

Det er velkendt, at undersøgelsesformen påvirker de svar man får. I dette tilfælde er selve SUSY-undersøgelsen gennemført via interviews i folks hjem. SIFs prostitutionsundersøgelse er derimod foretaget via et selvudfyldt spørgeskema på klinikken (arbejdspladsen). Det er overraskende, at rapporten ikke indeholder en diskussion af, hvad dette betyder for sammenligneligheden.

## **Hvad skal læserne have at vide?**

*Når man nu har brugt formuleringer om, at forskelle ikke er statistisk signifikante inde i analyserne og oplyst at der kun er 88 respondenter, har forfatterne så ikke lov til at gå ud fra, at læserne selv modificerer og fortolker de konklusioner man kommer med.*



Nej. Sådanne modifikationer og fortolkninger kræver et detaljeret kendskab til området, som forfatterne må formodes at have, men som læserne ikke nødvendigvis har. Derfor forventes det også af seriøse undersøgelser, at man i konklusionerne diskuterer hvad svagheder i undersøgelsesmaterialet betyder for analyserne. Og når forskningsleder Knud Juel på SIFs hjemmeside<sup>3</sup> uden nogen form for forbehold skriver om klinikprostituerede, at de i ”forbindelse med grov vold og seksuelle overgreb er de ikke mere udsatte end andre”, så er det direkte forkert.

*Hvis det nu er svært at få de rigtige oplysninger, er det så ikke under alle omstændigheder vigtigt at få noget at vide?*

Ikke hvis det er misvisende. Hvis et resultat er vigtigt nok til at man vil referere det, må det også være vigtigt at det er retvisende.

*Men har Knud Juel fra projektteamet ikke en pointe når han fremhæver at undersøgelsen repræsenterer ”et sjældent indblik i de klinikprostitueredes liv, der ellers er lukket og svært tilgængeligt”*

Det forudsætter stadigvæk, at de resultater man når frem til er holdbare. Eller at forskerne i det mindste præciserer den usikkerhed og de faldgruber der er i materialet. Dette gælder særligt de resultater der præsenteres i det offentlige rum.

### **Præcis som andre undersøgelser?**

Rapportens fremkomst har ført til en diskussion i aviserne (se f.eks. Politiken 17. og 20 januar 2014), hvor der i lighed med de indvendinger der er fremført ovenfor er sat spørgsmålstegn ved den måde data er fremkommet på.

Disse indvendinger afvises fuldstændigt af Direktør for Statens Institut for Folkesundhed Morten Grønbæk, der i Politiken er citeret for at sige

”»Metoden i rapporten er præcis, som når vi laver andre tilsvarende undersøgelser. Det er et udmærket og solidt stykke arbejde«, siger Morten Grønbæk. Han mener ikke, der er noget som helst, forskerne bag rapporten burde eller kunne have gjort anderledes.”

(Politiken 20.01.2014)

Til det kan man anføre, at metoden i rapporten (heldigvis) ikke svarer til den man bruger i andre af SIFs undersøgelser. (Det kan man overbevise sig om ved at læse på [www.si-folkesundhed.dk](http://www.si-folkesundhed.dk)). Det er svært at vide, om Morten Grønbæk har læst undersøgelsen grundigt, men uanset om man vil forsvare undersøgelsen eller ej, er det uklogt at påstå at der” ikke er noget som forskerne bag rapporten burde eller kunne have gjort anderledes” for det er der.

---

<sup>3</sup> Ugens tal for folkesundhed, uge 3.

Det er uforståeligt, at SIF indtager en der-er –ikke-noget-at-komme-efter-holdning. Hvorfor uddyber man ikke den meget summariske beskrivelse af dataindsamlingen og forsøger at svare på nogle af de spørgsmål som den efterlader. Hvilken rolle har samarbejdet med SIO spillet? Præcis hvem har uddelt spørgeskemaerne? Hvordan har man udvalgt klinikkerne? Hvem har svaret på spørgsmålene? Hvordan har Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (SFI) i en tilsvarende undersøgelse kunnet indsamle data uden ”gate-keeper”?

Når SIF selv i *Ugens tal om folkesundhed* publicerer resultaterne får de overskriften *Rygning, alkohol og stoffer præger klinikprostitution*, der for så vidt er en fornuftig og dækkende overskrift. Men de burde måske have forudset, at det ikke var den del af deres budskab, der ville blive bragt videre. Det er jo ikke just nyheder. Derimod er konklusionerne om arbejdsmiljø og vold lidt af mand-bider-hund-typen og det giver presse. Samtidig må man regne med, at i en stærkt politiseret diskussion vil der være nogen der er interesseret i at fokusere på netop disse resultater. Så hvorfor medgiver SIF ikke, at det i bagklogskabens klare lys ville have været klogt at præcisere gyldigheden af nogle af de konklusioner der er trukket frem i pressen (f.eks. konklusionerne om ”vold og trusler” og det psykiske arbejdsmiljø) og at måden data er indsamlet på kan have betydet noget for besvarelsene. Og det kan da heldigvis nås endnu, inden artiklens dårligst underbyggede konklusioner bliver ”sandheden” om klinikprostituerede i Danmark.

Arnfred et al (2013) *Sundhed, sygelighed og trivsel blandt klinikprostituerede*, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Juel, K (2014) *Rygning, alkohol og stoffer præger klinikprostitution* Ugens tal for folkesundhed, uge 3. [http://www.si-folkesundhed.dk/Ugens%20tal%20for%20folkesundhed/Ugens%20tal/03\\_2014.aspx](http://www.si-folkesundhed.dk/Ugens%20tal%20for%20folkesundhed/Ugens%20tal/03_2014.aspx)

Kofod, J et al (2011) *Prostitution i Danmark – en kortlægning*, København, SFI 1911:21.

Politiken (2014) *Instituddirektør forsvarede prostitutionsrapport: Vil S virkelig censurere os* <http://politiken.dk/indland/ECE2186860/instituddirektoer-forsvarer-prostitutionsrapport-vil-s-virkelig-censurere-os/>