

Projekter forgår,  
men behov består



**Projekter forgår,  
men behov består**

Morten Hesse  
Mads Kjær Pedersen  
Sanna Schlieve

Center for Rusmiddelforskning  
Aarhus Universitet  
2008

© forfatterne og Center for Rusmiddelforskning 2008  
Tryk: J & R Frydenberg a/s, København  
ISBN: 87-89029-70-4

Center for Rusmiddelforskning  
Nobelparken, bygning 1453  
Jens Chr. Skous Vej 3  
8000 Århus C  
Tlf.: 89 42 69 30  
Fax: 89 42 69 35  
[www.crf-au.dk](http://www.crf-au.dk)  
E-mail: [crf@crf.au.dk](mailto:crf@crf.au.dk)

## Indhold:

Indledning.....	7
Undersøgelsen.....	7
Baggrunden for X-felt.....	7
Projektorganisering og kvalitetsudvikling.....	8
Opfølgingsundersøgelsen.....	10
Beskrivelse af flowet i X-felt under oprettelse og afvikling af projektet.....	11
Interviewundersøgelsen.....	15
Kvantitative data.....	15
Kvalitative data.....	15
Resultater.....	17
Kvantitative resultater.....	17
Misbrug og symptomer.....	17
Tilfredshed med behandlingen på X-felt og den senere behandling.....	19
Kvalitative data.....	21
Personlig kontakt.....	22
Aktiviteter.....	23
Hjælp til psykologiske problemer.....	24
Anden hjælp.....	25
Klinikkens størrelse.....	25
Tilgængelighed og stofmisbrugerens kaos.....	26
Case management funktioner og opfølgning.....	27
Skiftet fra projekt til standardbehandling.....	28
Forfald.....	30
Afrunding.....	33
Styrker og begrænsninger ved undersøgelsen.....	33
Kvalitetsudvikling og projektorganisering.....	34
Hvordan oplevede brugerne X-felt.....	34
Hvad var X-felt godt for.....	35
Hvad er konsekvenserne af projektmetoden.....	35
Personalets situation.....	36
Klienternes behov.....	36
Anbefalinger med hensyn til gennemførelse af kvalitetsudviklings-projekter ....	39
Skal projektet gennemføres som en selvstændig institution eller indenfor en eksisterende institution?.....	39
Information om projektets status.....	39
Udarbejd planer for hvordan erfaringerne fra projektet skal overføres til den almindelige service.....	39
Planlæg afviklingsfasen af projekter.....	40
Referencer.....	41



# Indledning

## Undersøgelsen

Den foreliggende undersøgelse omhandler klienter, som efter afsluttet behandling i et særligt projektorganiseret behandlingstilbud, X-felt i København, overgik til behandling i det kommunale behandlingssystem. Undersøgelsen har flere formål: at undersøge klienternes tilstand efter overførsel til almindelig kommunal behandling, og samtidig at undersøge klienternes oplevelse af såvel behandlingen begge steder, som den proces det var at overgå fra behandling det ene sted til det andet.

I 2007 tog teamchef Lau Heideman Petersen fra Rådgivningscenter Indre i dialog med centerchef John Bjerregaard initiativ til, at der gennemførtes en opfølgingsundersøgelse af klienterne fra X-felt efter overgangen til standard psykosocial behandling.

Undersøgelsen blev tilrettelagt i dialog mellem Københavns Kommunes socialforvaltning og Center for Rusmiddelforskning, og er gennemført af Center for Rusmiddelforskning.

## Baggrunden for X-felt

I årene 2001-2002 gennemførtes en undersøgelse af udvidet psykosocial støtte til stofmisbrugere i behandling som led i et forsøgsprojekt. Undersøgelsen gennemføres over hele Danmark, og afrapporteres i to rapporter (Asmussen & Kolind, 2005; Pedersen, 2005). Formålet var at undersøge, om en udvidet psykosocial støtte kunne give bedre resultater end standardbehandling for stofafhængige i substitutionsbehandling. Overordnet var konklusionen, at resultaterne var bedre for klienter i udvidet psykosocial støtte med hensyn til psykiske og sociale forhold, men at der ikke fandtes bedre effekter for misbrug og kriminalitet end ved metadonbehandling og standard serviceniveau (Pedersen, 2005). En senere analyse tydede på, at den lette adgang til støtte uden krav om aftaler og faste tider var ansvarlig for bedring i psykosociale problemer hos klienterne i udvidet støtte (Hesse & Pedersen, 2007).

I Københavns Kommune gennemførtes undersøgelsen med alle nyhenvendelser, sådan at klienter afhængigt af indskrivningstidspunkt blev henvist til enten den udvidede psykosociale støtte i projektet, kaldet X-felt, beliggende Købmagergade 26E, eller til standardbehandling i et af de fire rådgivningscentre for stofafhængige.

Behandlingen på X-felt var karakteriseret ved en høj grad af imødekommenhed med meget åbne lokaler og et personale, som var engagerede i klienterne. Samtidig var lokalerne indrettet med pæne og nye møbler, de var meget lyse og pæne, og der var gode brugerfaciliteter, inklusive adgang

til computere som brugerne kunne anvende, og i stedet for skranker og disse blev brugerne inviteret ind ved mødeborde eller til at sidde ved siden af behandlerne ved skriveborde. Behandlingen havde også markante elementer af case management (Hesse, Vanderplasschen, Rapp, Broekaert, & Friedell, 2007), og der indgik en løbende monitorering af klienterne gennem regelmæssige interviews med Addiction Severity Index (ASI) og Short Form 36 (SF-36).

Klienter, som søgte behandling med substitutionsmedicin i perioden, blev tilbudt deltagelse i projektet, og blev ved indskrivning interviewet af personale med ASI, og derefter inkluderet i projektet.

Case management ydelserne i centeret omfattede både sagskoordination i forhold til det sociale system, og kontakt i forhold til sundhedssystemet, herunder hospitalet. Lægen på X-felt gav udvidede sundhedsydelser sammenlignet med rådgivningscentre.

En række spørgsmål blev således afklaret i afprøvningen af øget psykosocial støtte i undersøgelsen af X-felt. Men tager vi et skridt videre, så må man også spørge, hvad der sker efter afviklingen af projekter som dette. Både i Europa og Nordamerika afsættes med jævne mellemrum projektmidler til udvikling inden for socialt arbejde. I Danmark afsættes således hvert år satspuljemidlerne, ligesom der lejlighedsvis udloddes midler til undersøgelser og udviklingsprojekter. I Nordamerika er det yderligere almindeligt, at man i forbindelse med kliniske afprøvninger tilbyder behandling i særlige forskningsklinikker, så længe undersøgelsen står på, for derefter at forsøge at overføre klienterne til behandling i de almindelige klinikker i området – i den udstrækning der er kapacitet til behandling.

Formålet med disse midler er at sikre kvalitetsudvikling, og sikre at ydelserne til borgerne kan være fleksible. Samtidig vægtes evidensbaseret behandling, altså det at man gennem projekter indfører dokumenteret virksomme metoder i praksis.

En detaljeret oversigt over X-felt findes i rapporten fra projektet (Petersen, 2005).

### **Projektorganisering og kvalitetsudvikling**

Projektorganisering tilbyder en række styrker i forhold til kvalitetsudvikling. Projektorganisering i en eller anden form er nødvendig for at få bevilninger fra puljer, der udloddes til forskning eller kvalitetsudvikling. Et projekt tillader en anden form for evaluering end den daglige praksis: i projektet definerer man almindeligvis en eller anden form for målsætninger og beskriver metoder på forhånd, og projektorganisering tillader – i det mindste teoretisk – at indsatsen i projektet efterfølgende evalueres ud fra disse målsætninger.



At lade rammen for kvalitetsudviklingen være et selvstændigt projekt rummer yderligere den fordel, at der altid vil være en vis frihed i forhold til den almindelige praksis i de mere fast forankrede organisationer. Projekter, der – ligesom X-felt – fungerer uden for de faste institutioner, kan rekruttere nyt personale og kan kræve af personalet, at man er villig til at indgå i projektets arbejdsform og medvirke til at fremme de værdier, som projektet står for. Et krav, det ikke altid er enkelt at stille til medarbejdere i en eksisterende organisation, når man forsøger at indføre en ny praksis.

Men projektorganisering som udviklingsmetode for socialt arbejde rejser også en række mere kritiske spørgsmål. En ren projektorganisering uden for institutionerne betyder, at man skal opbygge infrastrukturen til det sociale arbejde fra grunden, både de praktiske rammer og samarbejdsformer med andre services i miljøet. Den betyder også, at man ved udløbet af projektperioden må afvikle projektet, eller afsætte midler til at omdanne projektet til et permanent institutionelt tilbud. Vælger man at afvikle projektet, betyder det igen, at man står med et personale og en klientgruppe, som befinder sig i et projekt under afvikling. Personalet vil derfor være nødsaget til at søge væk, og dermed orientere sig fagligt og personligt væk fra arbejdspladsen. Nyt personale står over for at blive ansat på en arbejdsplads med fremtiden bag sig, og dermed med en begrænset motivation for at udvikle arbejdet fagligt og med hensyn til arbejdspladskultur. Klienterne vil risikere at opleve en stigende gennemstrømning af personalet under afviklingsperioden, og et faldende engagement.

Også filosofen Anders Fogh Jensen påpeger flere problemer knyttet til projektets organiserings form: det lægger et stort pres på projektmedarbejderne, der hele tiden må 'gøre sig til', fordi deres ansættelse er midlertidig, og de skal indsmigre sig, så de får ansættelse i det næste projekt; projektformen fører også til et videns- og kompetencetab – for projektmedarbejderne forsvinder væk, ud i nye arbejdsfunktioner, og deres kollektive viden opløses hermed (Jensen, 2007). Styrken og svagheden ved projekterne er, at den netop frigør projektet fra rammer og regler, og Jensen fremhæver projektet som en måde at skabe ny energi uden for institutioner og regler. Samtidig er projektet i skarp modsætning til kollektiv handling. Projekter er ikke foreninger eller politiske partier, men er defineret ovenfra, og den enkelte deltagers involvering i projektet kommer ikke primært af et politisk engagement, men som et midlertidigt ansættelsesforhold. Derfor er det også naturligt for medarbejdere at orientere sig videre, når de ikke længere er del af projektet.

Fogh Jensens fokus er på de arbejdende i projektet snarere end indholdet i projekterne. Men i relation til denne undersøgelse er det interessant at tænke brugerens perspektiv ind. For ikke nok med at selve projektformen

medfører de nævnte komplikationer for de ansatte i projektet samt den tabte viden og kompetence, – der ser også ud til at være konsekvenser for brugerne i selve projektformen.

Projektet som organiseringsform står stærkt i mange sammenhænge, på det private område såvel som i det offentlige, og der er meget politisk slagkraft i 'projekter'. Det ser godt ud i medierne at sætte penge af til en masse projekter, og ledelse og organisation behøver jo ikke at tabe ansigt ved at lukke ting ned, da de i deres form jo har en midlertidig levetid. Projektformen kunne derfor tænkes være at foretrække fra politisk hold.

Hvordan opleves dette af klienterne? Hvordan vurderer de deres oplevelse af behandlingen? Hvordan er deres forløb, efter at projektperioden afsluttes? I denne undersøgelse ses på, hvad der kan læres af et projekt som dette set dels fra nogle enkelte indikatorer, dels fra et brugerperspektiv.

Dette er ikke i noget større omfang undersøgt i den eksisterende forskning. I denne undersøgelse har vi kombineret forskellige metoder til at undersøge både klienternes tilstand, forløb og oplevelse med henblik på at kaste lys over både X-felts arbejde specielt, og projektet som metode mere generelt.

### **Opfølgingsundersøgelsen**

I 2004 ophørte X-felt projektet som projekt, og overgik til at være et særligt ambulatorium for stofmisbrugere, altså som klinik for klienter i langtidsvedligeholdelsesbehandling med Buprenorphin eller metadon. Metoder, monitorering og personale blev videreført, men klientnormeringen steg fra 60 klienter til først 80, og siden 100. Ved slutningen af 2006 ophørte ambulatoriefunktionen helt, og lokalerne overgik til at fungere som modtageenhed for Rådgivningscenter Indre. I midten af 2007 iværksattes opfølgingsundersøgelsen. Opfølgningen blev gennemført 6-9 måneder efter overgangen fra ambulatorium til normalstatus, så klienterne ikke skulle være alt for påvirkede i forbindelse med at skifte behandlingssted.

Kohorten var alle de, der var opført som X-felt klienter, og som fortsat var at finde i behandlingssystemet i substitutionsbehandling. Kun klienter med deres gang på en kommunal behandlingsinstitution blev forsøgt kontaktet. Klienter, der var overført til egen læge, blev ikke forsøgt kontaktet, da der ikke forelå et samtykke.

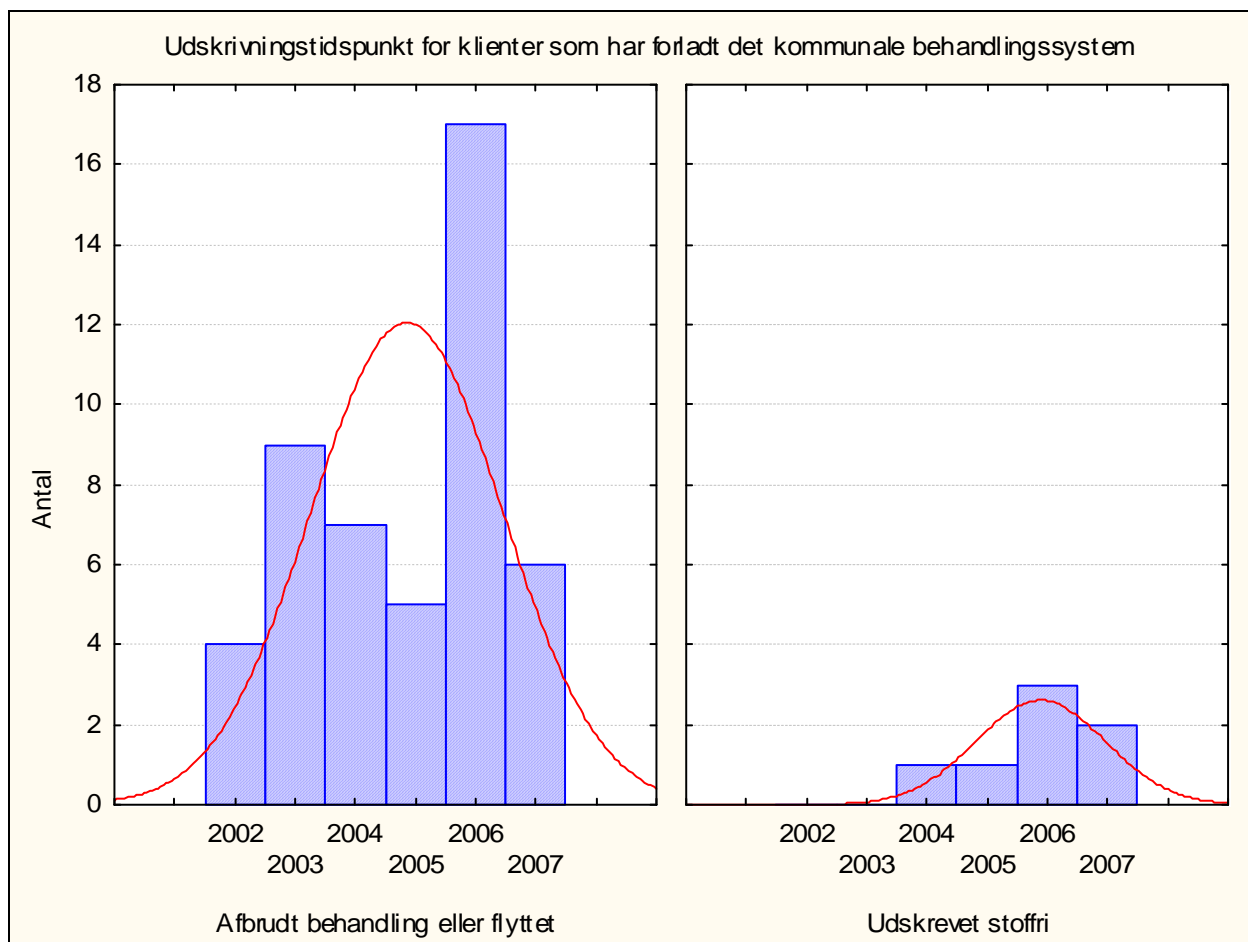
## Beskrivelse af flowet i X-felt under oprettelse og afvikling af projektet og klinikken

I alt 94 klienter var registreret i X-felt efter den interne opgørelse. Af disse blev 66 indskrevet i 2002, 16 i 2003, og de resterende 12 i 2004-2005. Af klienterne var 26 (28 %) kvinder, og gennemsnitsalderen ved indskrivning var 35,5 år (standardafvigelse: 8,4, alder fra 20 til 72 år).

Fra X-felts egen rapport ved vi, at 70 af disse var administreret ASI-interview og SF-36 ved indskrivningstidspunktet (Petersen, 2005). I opgørelsen fra X-felts egne regelmæssige interview sås en gradvis bedring i de første måneder efter indskrivning, efterfulgt af en lille forværring (eksempelvis kriminalitet, stofbrug), eller en lille forbedring efterfulgt af en større forværring (psykisk tilstand, fysisk helbred). Dette gælder dog de klienter, der stadig er i behandling, hvilket kan betyde, at dårligere klienter, som har været fastholdt længere i behandling, kan have 'trukket gennemsnittet skævt' ved de seneste opfølgninger.

I 2007 var vi i stand til at identificere ophørstidspunktet for 61 af de 94 klienter. I alt 21 var stadig i substitutionsbehandling, og de resterende 12 klienter var stadig tilknyttet kommunen, men ikke i substitutionsbehandling længere. Udskrivning betyder i denne sammenhæng den sidste udskrivning, vi har identificeret. Det vil sige, at nogle kan have været udskrevet i den mellemliggende periode, men så senere er genindskrevet i kommunens behandlingssystem.

Af nedenstående graf ses udskrivningstidspunkter. Som det ses, er 2006 året, hvor langt de fleste udskrives af behandling. Af 48 ikke-planlagte udskrivninger, herunder flytninger til andet amt (under den daværende struktur), klienter forsvundet og døde klienter, faldt 17 eller 35 % i 2006. Det ser altså ud til, at der omkring det tidspunkt, hvor behandlingen endelig flyttes fra adressen i Købmagergade 26 E, sker et øget frafald af klienter.



**Figur 1. Hvornår forlades behandlingen**

En del klienter forlader behandlingen inden for det første år, hvilket er ganske typisk for undersøgelser af behandling af stofmisbrug. Men i 2006 har de fleste været i behandling i flere år, og alligevel opstår der tilsyneladende en stigning i antallet af udskrivninger, med mange ikke-planlagte udskrivninger.

I tabel 1 opgøres udskrivningsgrund for de 61, for hvem det var muligt ud fra journalen eller X-felts interne papirer at afgøre, hvornår de havde forladt behandlingen.

**Tabel 1. Oversigt over udskrivningstidspunkter og udskrivningsgrunde**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Død	1	0	3	0	2	1
Udeblevet	0	5	2	0	5	0
Fraflyttet	3	2	2	5	7	0
Egen læge	0	0	0	1	1	1
Færdigbehandlet	0	0	1	1	3	2
Bortvist	0	1	0	0	0	1
Fængsel	0	1	0	0	1	2
Barn	0	0	0	0	0	3
Plejhjem	0	0	0	0	2	0
Ingen grund angivet	0	0	0	0	0	2
Total	4	9	8	7	21	12

Vi kan ikke i alle tilfælde afgøre, hvad der er baggrunden for opgørelsen af en bestemt grund til udskrivning, men der tegner sig ikke noget tydeligt mønster, bortset fra at frafaldet er større i 2006 end i de øvrige år.

For at belyse dette nærmere må vi se på de kvalitative og kvantitative data, som er indsamlet fra den gruppe, som stadig er i substitutionsbehandling i Københavns Kommune.



## Interviewundersøgelsen

Fra maj til september 2007 gennemførtes en interviewundersøgelse af de klienter, der stadig var i substitutionsbehandling i Københavns Kommune. Interviewundersøgelsen havde flere formål, herunder at tage en status på deres misbrugssituation og sundhedstilstand cirka fem år efter, at de var indskrevet i behandling. Vi valgte at interviewe dem, der stadig var i substitutionsbehandling med henblik på at sammenligne situationen og oplevelsen af behandling ved den udvidede psykosociale behandling i X-felt, og i den efterfølgende standardbehandling i rådgivningscentre og andre klinikker, som tilbyder metadonbehandling. Af 21 klienter, som stadig var i behandling, lykkedes det at gennemføre interview med 15. Vi etablerede kontakt med yderligere tre, men én ønskede ikke at deltage, og det lykkedes aldrig at gennemføre interview med de sidste to.

De interviewede havde ved interviewtidspunktet en gennemsnitsalder på 40,8 år (standardafvigelse: 8,6) og adskilte sig ikke aldersmæssigt fra de 72, der ikke længere er i behandling (40,0 år), eller de, der ikke lykkedes at interviewe, men som var i behandling (38,3 år). Ligeledes skilte de sig ikke ud med hensyn til ASI composite score for narkotikaproblemer ved indskrivning til behandling til X-felt (interviewede: 0,33; ikke længere i behandling 0,32;  $p=0,82$ ), eller alkoholproblemer (begge 0,10,  $p=0,93$ ).

Der var heller ingen kønsforskel på dem, som blev interviewet, og dem, som ikke blev interviewet (begge grupper var 2/3 mænd). Lidt flere mænd fandtes blandt dem, som ikke længere var i behandling (74 %), men der er ikke statistisk signifikante kønsforskelle.

Klienterne blev informeret om, at interviewundersøgelsen handlede om deres deltagelse i X-felt og deres aktuelle behandling, og at vi var interesserede i at vide noget om deres nuværende situation og deres oplevelse af behandlingsforløbet.

### Kvantitative data

Interviewet omfattede Addiction Severity Index (McLellan et al., 1985), og SF-36 (Calsyn et al., 2004). Endvidere var der en række spørgsmål, hvor klienterne blev bedt om at vurdere kvaliteten af de ydelser, de havde modtaget i behandlingen på X-felt og nu.

### Kvalitative data

Interviewerne gennemførte endvidere et kvalitativt interview. Det kvalitative interview blev indledt med spørgsmålet ”hvad mener du, at systemet kan lære af X-felt?” Ideen var at inddrage klienternes erfaring uden at forsøge

at lede dem i en bestemt retning eller påvirke dem til at mene noget bestemt om enten X-felt eller det kommunale behandlingstilbud.

Data blev indsamlet som feltnoter af interviewerne og kodet i en to-trinsproces. I den første proces gennemgik to uafhængige bedømmere de 15 interviewnoter og definerede hver for sig relevante temaer i interviewene. Derefter gennemgik bedømmerne sammen temaerne og fandt fællesnævnerne for temaerne, hvorefter de hver for sig igen gennemgik interviewene og kodede hvert interview for temaer med henblik på at finde frem til, hvor mange af de interviewede der kom ind på hvert tema.

Ved uenighed gennemgik de to bedømmere sammen interviewet med henblik på at opnå enighed om tilstedeværelsen af temaet i interviewet.



## **Resultater**

### **Kvantitative resultater**

Da gruppen er ganske lille laves ikke en større statistisk analyse. Vi analyserede dog, om gruppen skilte sig markant ud fra de øvrige.

### **Misbrug og symptomer**

Niveauet for depression er højere end for gruppen som helhed ved indtag til X-felt, og det samme gælder psykiatriske symptomer og medicinske problemer (Hesse, 2006). Niveauet for stofmisbrug ligger mellem gruppens belastningsniveau ved indtag til X-felt og niveauet ved 18-måneders opfølgning.

**Tabel 2. Udvalgte indikatorer fra ASI og SF-36**

	Gennemsnit for gruppen ved behandlingens begyndelse	Gennemsnit for alle i X-felt ved 18-måneders opfølgning	Gennemsnit ved 5-års opfølgning
<i>Addiction Severity Index</i>			
Composite scores			
Stofbelastning	0,33	0,21	0,25
Psykiatriske problemer	0,32	0,16	0,27
Alkoholbelastning	0,10	0,12	0,05
Dage med alkoholmisbrug	1,9		1,3
Dage med heroinbrug	22,3		*3,3
Dage med piller og medicin	7,9		11,8
Dage kokain	5,4		0,1
Dage hash	11,3		11,0
Dage Injiceret	18,8		3,2
Pengeforbrug på narkotika	2314,5		1367,9
Pengeforbrug på alkohol	349,0		192,9
			Procent
Modtaget løn sidste 30 dage	0 %		20 %
Afventer dom/straf	13 %		14 %
Modtager metadon	0 %		79 %
Modtager buprenorphine	0 %		21 %
Depression (BDI)	14,4	11,0	16,2
<i>SF-36<sup>1</sup></i>			
Fysisk funktion	0,89		0,58
Fysisk betingede aktivitetsbegrænsning	0,75		0,61
Fysisk smerte	0,70		0,57
Almen helbred	0,69		0,85
Energi	0,47		0,58
Psykisk velbefindende	0,56		0,67
Psykisk betingede aktivitetsbegrænsning	0,62		0,52
Social funktion	0,61		0,73

<sup>1</sup> Indgik ikke i Center for Rusmiddelforsknings opfølgning.

Forbruget af illegal heroin er ikke stort, og over halvdelen rapporterer slet ikke heroinbrug de sidste 30 dage, men det samlede forbrug af rusmidler løber dog op i over 1.500 kr. Dette kan sammenlignes med gruppen ved udgangspunktet, hvor pengeforbruget var noget større, og stofbelastningen var statistisk signifikant højere ved baseline end ved opfølgningen 5 år senere. Som sådan er der tale om en belastet gruppe, som fortsat befinder sig i substitutionsbehandling.

Det skal bemærkes hertil, at en mindre gruppe har gennemført behandlingen i løbet af behandlingsperioden, og at andre er ude af substitutionsbehandling.

Nederst står resultaterne af SF-36 skemaet. Skalaen kan gå fra 0 til 1, med 1 som optimal funktion. Der er inkonsistente forskelle på gruppen ved baseline og opfølgning med forbedringer på nogle områder og forværringer på andre. Dette afspejler, at der ikke er sket nogen markant ændring i SF-36 scores i løbet af behandlingen ifølge evalueringen (Petersen, 2005).

### **Tilfredshed med behandlingen på X-felt og den senere behandling**

For hvert af otte områder blev klienterne bedt om at vurdere deres tilfredshed med behandlingen i X-felt og deres nuværende behandling. De otte områder var:

- Kontaktpersonen
- Den faglige professionalisme i behandlingen som helhed
- Tilfredsheden med lægen
- Tilfredshed med udleveringsbetingelserne
- Tilfredsheden med støtte
- Tilfredsheden med tonen på klinikken
- Tilfredsheden med det faglige niveau
- Tilfredsheden med den medicinske behandling

For hvert område blev tilfredsheden scoret på en 5-trinsskala fra 0 (meget utilfredsstillende) til 5 (meget tilfredsstillende).

Vurderingerne blev sammenlignet med Wilcoxon test for matchede par, en non-parametrisk test.

**Tabel 3. Vurdering af tilfredshed med behandlingen**

	Gennemsnit for X-felt	Gennemsnit for aktuel behandling	Z	P
Kontaktperson	2,50	1,57	2,31	0,02
Professionalisme	2,29	1,46	1,87	0,06
Lægen	2,57	1,79	2,17	0,02
Udleveringsbetingelserne	2,71	1,57	2,50	0,01
Støtte	2,71	1,31	2,67	0,01
Tonen på klinikken	2,64	1,46	2,37	0,02
Det faglige niveau	2,43	1,46	1,95	0,05
Den medicinske behandling	2,71	2,00	2,02	0,04

Som det ses af ovenstående tabel, bedømte de 15 interviewpersoner gennemsnitligt behandlingen bedre på X-felt end i den aktuelle behandling på alle de spørgsmål, vi stillede. På professionalisme og det faglige niveau er forskellen dog ikke statistisk signifikant ( $p \geq 0.05$ ).

Disse vurderinger fra klienterne understøtter billedet af X-felts tilbud som et imødekommende og, i klienternes øjne, også professionelt behandlingstilbud med en imødekommende tone og en høj service for klienterne.

## Kvalitative data

De kvalitative interviews blev som nævnt indledt med spørgsmålet ”hvad mener du, systemet kan lære af X-felt”, og er således åbent i forhold til form og indhold. Interviewerne havde ret begrænset kendskab til projektets mål og metoder, om end en af dem havde arbejdet med evalueringen, men primært med hensyn til indsamling af baseline og opfølgingsinterview fra den kvalitative evaluering af X-felt (Pedersen, 2005). Spørgsmålet blev fulgt op af åbne og uddybende spørgsmål.

Formålet med dette spørgsmål var at få brugernes oplevelse af såvel X-felt som af den efterfølgende proces. Netop fordi det var brugernes oplevelse, snarere end deres vurdering af et mere specifikt spørgsmål, vi ønskede, anvendte vi et åbent spørgsmål.

De kvalitative data er indsamlet ved hjælp af interviewnoter, derefter renskrevet, og til sidst kodet af to uafhængige kodere. De sytten temaer er opstillet i tabel 4. To temaer omtales af over halvdelen af informanterne, nemlig den personlige kontakt og aktiviteter og projekter. Det, at et tema omtales, betyder ikke nødvendigvis, at det blot fremhæves som et positivt træk ved X-felt, men at temaet omtales og diskuteres i relation til, hvad der kan læres af X-felt projektet.

De hyppigst omtalte temaer var den personlige kontakt, og projekter og aktiviteter. I det følgende vil en del af disse temaer blive nærmere belyst gennem eksempler. Eksemplerne er sløret, så det skulle være umuligt for udenforstående – med undtagelse af informanterne selv og eventuelt de behandlere, der har været involveret – at henføre eksemplerne til enkelte klienter.

**Tabel 4. Oversigt over temaer**

Tema <sup>2</sup>	Antal informanter
<b>Personlig kontakt:</b> det personlige forhold mellem behandlere og klient, og betydningen af dette forhold for behandlingsforløbet	8
<b>Aktiviteter:</b> Aktiviteter som ture, værksted (eksempelvis syværksted), sociale begivenheder som julefrokost	8
<b>Hjælp til psykologiske problemer:</b> hjælp til eksempelvis følelsesliv og tankegang (ikke nødvendigvis ved psykolog)	5
<b>Anden hjælp:</b> Eksempelvis praktisk hjælp eller fleksibilitet i systemet	6
<b>Klinikkens størrelse:</b> hvor mange indskrevne klienter, der er på klinikken.	5
<b>Tilgængelighed:</b> Hvor let er det at komme til at tale med personalet.	4
<b>Effekt på misbruget:</b> Hvor meget effekt har behandlingen på stofmisbruget	3
<i>Brugerinddragelse og medbestemmelse</i>	3
<b>Case management funktionen:</b> Koordination med andre, og det at have en enkelt sagsansvarlig person	4
<b>Opfølgning:</b> hvorvidt personalet holder øje med, hvordan det går med klienter og med de tiltag, der iværksættes	3
<b>Eksperiment:</b> Selve det forhold, at der var tale om et eksperiment eller en afprøvning af noget nyt	4
<b>Forfald:</b> At projektet i den sidste tid, det eksisterede, ikke havde samme standard som i begyndelsen	4
<b>Stofmisbrugerers kaos:</b> At stofmisbrugere qua deres kaotiske situation har særlige behov	3

### Personlig kontakt

Ved ”personlig kontakt” forstår vi, at klienterne omtaler de personlige relationer til behandlerne eller til klinikken som helhed. At have en personlig kontakt vil sige, at man føler sig set som menneske og føler, at man ser behandleren som et (engageret og professionelt) menneske. Personlig kontakt er derfor forbundet med den terapeutiske alliance, og de mere uspecifikke faktorer i al behandling af menneskelige problemer.

Personlig kontakt er naturligvis noget, der har været mellem klienter og behandlere, både i X-felt og i den senere behandling. En stor del af brugerne fremhævede netop forskellen mellem X-felt og den senere behandling, som det vil fremgå af eksemplerne, om end enkelte påpegede betydningen

<sup>2</sup> Kun temaer omtalt af mindst tre informanter er medtaget.

af den personlige kontakt generelt, både i X-felt og i den senere behandling.

Netop det, at den personlige kontakt nævnes af så mange af informanterne, kan hænge sammen med, at det var på dette område, at X-felt tilbød noget, der var anderledes end de almindelige behandlingstilbud. Kontaktdele- len lader til at være noget af det, der især er blevet bemærket af brugerne, hvilket for eksempel kan ses ved denne bemærkning:

Det var nemt at få kontakt med dem på X-felt. God kontakt. Hvis f.eks. min kontaktperson ikke var der, så var der en anden, der tog sig af én og man fik de beskeder, der var til én.

Informanterne omtalte denne tætte kontakt med familierelaterede metafo- rer, såsom:

X-felt var min mor og far. De har taget hånd om mig. Det var som en lille familie.

Man følte sig hjemme og havde et personligt forhold til personalet (...) kendte dem rigtigt.

Jeg har savnet X-felt rigtig meget. Tænker ofte på dem ved højtider. Det var som en lille familie – én stor familie.

Denne familiære forståelse af et projekt med udvidede sociale ydelser sæt- tes i kontrast til den almindelige behandlings større og mere anonyme sy- stem:

Der er slet ikke den samme én til én kontakt, der hvor jeg er i behand- ling nu. Det kan måske skyldes, at der er for mange mennesker.

I denne sammenhæng understreger nogle af informanterne også forskellen på de fysiske rammer. Hvor X-felt er et meget åbent tilbud, beskrives kli- nikken sådan her:

Jeg kom bare ind, og der var en stor hal med kaffeautomat, og så stod man der.

### **Aktiviteter**

Ved aktiviteter forstår vi den type af aktiviteter, som kunne have et pæda- gogisk eller socialt formål, men som ikke er designet til den enkelte, og

som ikke er rettet mod at behandle et specifikt problem. Altså aktiviteter, hvor en eller flere klienter sammen med behandlere gennemfører en mere social aktivitet, som sport, at spille et spil, eller at gå i biografen.

Aktiviteterne på X-felt var et tema, som over halvdelen af de interviewede også refererede til som noget væsentligt og positivt i forhold til deres oplevelser på X-felt.

Vi havde en masse aktiviteter, banko hvor vi kunne vinde gulf eller tobak, eller hvad vi nu kunne bruge. Vi havde også biografture

Nogle brugere fremhævede også både den sociale funktion af disse aktiviteter, og det faktum, at disse aktiviteter var en vej ud af den sociale isolation, som følger med stofmisbrug og fattigdom.

Vi havde også en gang sidst på måneden, hvor vi gik ned og købte det halve af Netto, og så lavede vi et stort frokostbord, og så sad folk der og snakkede. Så fik bistandsklienter også noget at spise sidst på måneden og noget socialt.

En anden siger:

En gang om måneden kunne man foreslå noget – en aktivitet, f.eks. zoo eller bowling, for at ryste os lidt sammen og give en oplevelse sidst på måneden. Det var godt at give bistandsklienter mulighed for en oplevelse sidst på måneden, hvor de ikke havde råd. Her havde folk så indflydelse og valgte aktiviteten selv.

Begge informanter nævner her, at der var tale om noget regelmæssigt i aktiviteterne. Mange, der arbejder med stofmisbrugere i substitutionsbehandling, har gjort sig blandede erfaringer med aktiviteter af denne type, og det kunne næppe lade sig gøre at gøre selve aktiviteterne til en værdi i sig selv, hvis ikke rammerne havde været åbne, og behandlerne oplevet som omsorgsfulde.

### **Hjælp til psykologiske problemer**

En del af ”psykosocial støtte” er også at arbejde med psykologiske problemer: tankegang, følelsesliv og adfærd.

Visse af informanterne har sat ord på dette i interviewene. Nogle beskriver specifikt dette som misbrugsrelateret. En siger således:



Det, der hjalp mig, var at få sat ord på, hvad der foregik i mit hoved, og lære at være ærlig omkring mit misbrug.

Og en anden:

Når folk faldt i, så kom de og sagde det til sagsbehandleren – og fik ikke en løftet pegefinger – men sagsbehandleren spurgte ind til, hvorfor og prøvede at løse problemerne den vej.

Andre taler bredere om den mere psykologiske del af behandlingen, og én beskriver en systemisk/løsningsorienteret behandlingsgruppe:

Vi havde behandlingsgrupper. Det gode var, at brugeren fortalte behandleren om sine problemer. Så sagde behandleren noget. Så kunne de andre give feedback. Så satte man sig overfor hinanden og så hinanden i øjnene, så det føltes som at tale to og to.

De havde sat grupperne sammen, som de syntes vores problemer passede sammen.

Den mere psykologisk rettede del af behandlingen havde således gjort et indtryk på klienterne.

### **Anden hjælp**

Visse af informanterne beskrev anden hjælp, eksempelvis med rengøring, og andre ting. Et eksempel på dette er:

En dag skulle NN have taget blodprøve, efter hun var stoppet med at fixe. Hun vidste, at hun ville få abstinenser i den situation og bad om støtte. En fra personalet tog med til lægen og tog hende bagefter med ud og spise middag, så hun kunne tænke på noget andet end nålen.

Indsatsen fra X-felt var altså netop en psykosocial behandling, og ikke blot misbrugsbehandling.

### **Klinikkens størrelse**

Flere informanter omtalte også størrelsen på stedet. De oplevede, at både forholdet til andre informanter og forholdet til behandlere var anderledes på det mindre sted. Omvendt er nogle derfor skeptiske over for mulighederne for at levere god behandling i de større klinikker, som fungerer i dag:

Der er jo forskel på at behandle 60 mennesker (som i X-felt) og 500 (som i kommunen) – hvis man vil behandle dem, er det ikke nok (det, de gør i kommunen), men hvis man bare vil holde dem i live, er det.

En anden bruger beskriver konsekvenserne af stedets størrelse:

Der er slet ikke den samme én til én kontakt, der hvor jeg er i behandling nu. Jeg har slet ikke de samme følelser over for stedet og brugerne, som jeg havde overfor X-felt. Det kan måske skyldes, at der er for mange mennesker der henne (hvor hun er i behandling nu), så kan jeg gemme mig lige så meget, jeg vil. Samtidig føler jeg mig slet ikke så tæt på min behandler – bruger hende slet ikke på samme måde. Der er altid et formål, når vi er sammen, altså skal vi noget – med Lis (fra X-felt) kunne vi godt sidde og small-talke og få meget ud af det.

Og endnu en informant beskriver:

X-felt var færre mennesker, hvilket betød meget. Der var omsorg og plads til folk. X-felt var som en familie.

Informanterne beskriver således samlet set, at der er store fordele ved at have en mindre klinik (om end man må bemærke, at det at have en mindre klinik ikke er nogen garanti for, at disse fordele udnyttes!).

### **Tilgængelighed og stofmisbrugerens kaos**

I organiseringen af socialt arbejde må man nødvendigvis afveje behovet for at kunne planlægge sit arbejde imod nødvendigheden af at være tilgængelig for klienterne. Ved faste aftaler om møder med klienter risikerer behandlerne at blive brændt af, og klienterne risikerer at kontakten til behandlingssystemet ebber ud. Til gengæld giver faste aftaler mulighed for mere planlægning af arbejdet, og for at sikre en større grad af regelmæssighed i behandlingskontakten – når de fungerer.

Et centralt aspekt af det, som betød noget i vores undersøgelse af den psykosociale behandling fra hele Danmark, var tilgængeligheden af behandlerne (Hesse & Pedersen, 2007). Enkelte klienter omtaler også dette aspekt:

Du kunne komme, når du havde problemet. Ikke bare få en tid om en måned. Det er vigtigt for narkomaner at få hjælp nu, hvor de har brug for det – om en måned er for uoverskueligt for en narkoman. Narkomaner lever jo fra hånden og i munden. Folk føler, at de mister over-

blikket og mister kontrollen, når de ikke kan få hjælp, når de har brug for det, og så giver de op på forhånd.

En fremhævede også, at systemet ikke var så sårbart, fordi man havde en team-tilgang:

Det var nemt at få kontakt med dem på X-felt – god kontakt. Hvis f.eks. ikke Lis var der, så var der en anden, der tog sig af én, og man fik de beskeder, der var til én. Det er det ikke i dag – hvis folk er syge eller har afspadsering, så må man bare vente. Der er ikke nogen til at tage stilling.” ... ” På X-felt var de gode til at være der, når man havde problemet.

Behovet for tilgængeligt personale er således også koblet til det relativt ustabile liv, der knytter sig til at have massive psykosociale problemer.

### **Case management funktioner og opfølgning**

Det var en del af ideen bag X-felt, at case management var et centralt aspekt af metoden (Asmussen & Kolind, 2005). Case management indebærer aktiviteter rettet mod at udrede problematikker, planlægge indsatsen, skaffe klienter i kontakt med relevante hjælpesystemer, være klientens fortæller over for andre hjælpesystemer og på andre måder nedbryde barrierer, og endelig følge op på klientens situation.

Et tema, der gik igen hos nogle informanter, var de funktioner, som ligger indenfor case management, særligt det at hjælpe med at koordinere og følge op.

Samlingen af funktioner i én person omtales således:

På X-felt var Lis både behandler og socialrådgiver i én, så hun kunne tage beslutninger her og nu. I dag har jeg to socialrådgivere, en behandler, en kontaktperson og praktikanter. Der var det samlet i én, og det var meget tidsbesparende. Man skulle ikke ringe rundt og bestille tid – det bruger jeg meget tid på i dag.

Men også opfølgningen og fleksibiliteten, som denne afspejler case management metoden, afspejles i nogle af de beskrivelser, vi har hørt.

Systemet kan lære at hjælpe: ved at ringe, at komme af sted, at følge op og støtte. Altså hjælpe med de 'små ting'.

Et andet sted beskriver den samme case management funktioner med baggrund i andre klienter:

Folk fik hjælp til rengøring og flytning, når der var et behov for det. (hun nævner en historie om én, hvis hjem var helt bombet, hvor personalet kom ud og hjalp med en hovedrengøring og en lignende situation med en flytning).

Men også de bredere funktioner i case management, som handler om at skaffe klienterne i kontakt med mere almindelige tilbud, blev omtalt:

På X-felt var der en dame, der hjalp med økonomien og med at finde kurser.

Endelig blev opfølgning af målsætninger også omtalt af nogle informanter:

F.eks. hvis man havde fået en regning, og man så ikke kom, så spændte de sikkerhedsnet ud under én og hjalp med det.

Samlet set er informanternes beskrivelse i overensstemmelse med, at de har modtaget en behandling, der svarer til case management.

### **Skiftet fra projekt til standardbehandling**

De oplevelser, vi har kodet som relateret fra overgang fra projekt til standardbehandling, rejser en interessant problematik omkring, hvad standardbehandling egentlig betyder. Vi vil gøre opmærksom på, at den nøjagtige tidsramme ikke er blevet fastlagt af os, men fremkommet ved klienternes egne beskrivelser. I hvilket omfang denne overgang derfor primært omhandler overgangen fra det egentlig projektfinsierede til det kommunale X-felt, og i hvilket omfang det primært omhandler overgangen fra X-felt til standardbehandling (det vil sige den efterfølgende behandling i rådgivningscentre). Af udsagnene fremgår det dog mest sandsynligt, at de taler om overgangen fra X-felt til rådgivningscentre, altså overgangen i 2006/2007.

I denne sammenhæng var det sådan, at skiftet bl.a. medførte en ændring fra at have en tæt næsten familiær omgang med personalet i et lille intimt miljø, hvor man oplever, man kender hinanden, til et nyt behandlingsmiljø, hvor travlhed og anonymitet fylder mere i kontakten.

Det er naturligt, at når et projektfinsieret behandlingstilbud lukker ned, så overføres brugerne til en anden behandlingskontekst. I denne proces skal brugerne omstille sig til et behandlingsmiljø med mindre ressourcer eller andre arbejdsformer. Denne overgang er aldrig beskrevet fra et brugersperspektiv før.

En af informanterne beskriver, at hun følte sig som en forsøgskanin, da de havde fået at vide, at hvis det gik godt, kunne X-felt få lov til at fortsætte. Oplevelsen er altså, at udmeldingerne betyder noget for informanterne: når behandlingssystemet har lovet udvikling og forbedring, så rejser det også forventninger hos informanterne.

En anden informant fortæller:

Det var en sørgelig dag for os alle, da X-felt lukkede (...) Vi var bange for, at vi blev tabt på jorden, da nøglen blev drejet om.

Denne utryghed afspejler jo også, at mennesker i en ustabil livssituation også har et behov for en stabilitet i hjælpesystemerne. Afvikling af projekter og institutioner opleves som ustabilitet.

Forholdet mellem bruger og system kan muligvis lide overlast. Hvis systemet det ene øjeblik tilbyder en familiær base, og det næste tager disse interaktionsformer væk igen, kan det skabe en forestilling om 'systemet' som noget, man ikke kan stole på eller læne sig op af i hårde tider. Denne oplevelse af svigt kan forekomme både uforståelig og uretfærdig, hvilket for eksempel kan ses ved disse udtalelser:

Jeg forstår ikke, at de lukkede det, og at systemet ikke ville bruge penge på det, der virkede.

Det er typisk for systemet, at hver gang der er noget der fungerer, så bliver det lukket.

Konsekvensen kunne være, at brugere, der har været igennem et sådan projektforløb, vil nære mistro til at deltage i noget lignende en anden gang.

Dertil kommer, at informanterne beskriver den sidste tid på X-felt, hvor stedet var under lukning som en noget turbulent periode. Dette kunne meget vel tænkes at hænge sammen med den stemning, der har været på projektet i den sidste tid. Det er svært at forestille sig, at medarbejderne på en arbejdsplads, hvor de ved, at de skal til at søge andetsteds hen, har kunnet opretholde det engagement og interesse i brugerne, der ellers var lagt for dagen, da X-felt startede op. Flere af informanterne omtaler, at personalet var præget af stress den sidste tid, og at aktiviteterne blev nedprioriteret. Netop aktiviteterne på X-felt var et tema, som over halvdelen af de interviewede refererede til som noget væsentligt og positivt i forhold til deres oplevelse af X-felt, så en tilbagegang i disse kan yderligere have været medvirkende til en oplevelse af forringning.

En informant taler i denne forbindelse positivt om sit nuværende behandlingssted, og siger:

Er også rigtig glad for at være her, fordi jeg kan sy her. Synes det haltede på X-felt med at få ideerne ud i livet. Dette skyldtes bl.a., at X, lægen, stoppede og skulle skrive en artikel.

Man kan sige, at hun oplevede, at fokus skiftede fra den behandling, som informanterne skulle have, til evaluering og dokumentation. En naturlig udvikling for et projektor organiseret tilbud, og bestemt ikke noget, man kan bebrejde den professionelle, der har fokus på både behandling og evaluering, men måske en uundgåelig konsekvens af projektor organiseringen.

Det ser ud til, at oplevelsen blandt de informanter, der deltog i undersøgelsen, ikke er entydig. Brugere skelner mellem at være del af projektet før og efter lukningsfasen. Dette er en interessant drejning, som vi ikke havde forventet, før undersøgelsen blev sat i værk. Vores hovedinteresse var forud for indsamlingen at se på forskellen på brugernes oplevelse af projektbehandling og standard behandling, og at få data på, hvor brugere, der havde deltaget i projekt X-felt, er henne i dag.

### **Forfald**

En mindre del af projektets deltagere beskrev, at efterhånden som tiden gik i projektet, blev behandlingen mindre og mindre præget af den store fleksibilitet og åbenhed. Tidsrammen for, hvornår klienterne beskriver forfaldet, er ikke entydig. I nogle tilfælde nedenfor kan man forstå det ud fra de beskrevne begivenheder, men uanset hvor i forløbet deler visse af klienterne oplevelsen af, at der over tid sker et forfald i projektet.

Nogle var opmærksomme på, at det havde en betydning, at projektet havde sine egne midler uden for det kommunale system, og tillagde dette forfald de manglende midler:

Da kommunen overtog, så blev der lukket for kassen, og så blev vi bare delt ud på de forskellige kommuner.

Andre beskrev blot, at der var tale om et forfald i projektets kvalitet:

Lukningsperioden på X-felt var meget svær, da det hele kørte ret skævt den sidste tid. Brugere mistede noget af den frihed, de havde haft.

I starten på X-felt var der en god åbenhed, men den gode stemning forsvandt. Stemningen blev trykket, ingen vidste noget efter X (den første leder på stedet) blev fyret. Ingen af de flotte ord holdt.

En enkelt bemærker, at personalet i slutning af projektperioden forekom presset.

Ud over det pres, der har ligget på medarbejderne, oplevede brugerne også at aktivitetsniveauet faldt, samt at antallet af indskrevne steg.

Lige så snart X-felt kom ind under kommunen, så blev aktiviteterne slettet.

En informant beskrev også sit eget forfald samtidig med afviklingen af projektorganiseringen på X-felt:

Den sidste periode på X-felt var meget dårlig (under lukningen). Jeg kom i karantæne (fordi han ikke kom og hentede medicinen) og fik mindre og mindre støtte. Jo mere jeg selv sejlede, jo mindre hjælp fik jeg.

En del af brugernes oplevede altså, at der over tid skete et forfald i kvaliteten i projektet, og at dette fald fik negativ betydning for dem selv.

Klienterne giver flere forskellige forklaringer på dette, inklusive et lederskift, at lægen skulle skrive artikel, og færre ressourcer. Hver forklaring kan have noget for sig, men på et mere alment plan kan man overveje, hvorfor det er sådan, at et projekt med meget potentiale og en generelt meget positiv modtagelse fra klienterne over tid udvikler sig i en negativ retning. I afrundingen og diskussionen skal vi forsøge at give nogle bud på dette.





## Afrunding

Det oprindelige formål med undersøgelsen var at undersøge klienternes tilstand efter overgangen fra en metadonklinik til en senere behandling andre steder. Hvad angår denne overgang, kan vi først og fremmest konstatere, at mange af klienterne ikke længere var at finde i behandling. Enkelte var overgået til egen læge, enkelte var færdigbehandlede, men overraskende mange var flyttet ud af kommunen i netop denne periode.

De klienter, der ikke var i aktiv behandling i Københavns Kommunes egne institutioner, kunne ikke kontaktes uden at overtræde registerlovgivningen. Hvad angår de, der stadig var i behandling, havde de ikke adskilt sig tidligere med hensyn til misbrugsbelastning, køn og alder fra dem, der var udskrevet.

De klienter, der var i substitutionsbehandling, kunne interviewes, og deres tilstand var nogenlunde som ved indskrivningen.

### **Styrker og begrænsninger ved undersøgelsen**

En styrke ved den foreliggende undersøgelse var brugen af kvantitative data, herunder status på udskrivningstidspunkt for klienter der ikke indgik i opfølgingsundersøgelsen, sammen med kvalitative interviews med de fleste af de klienter, der stadig var i behandlingen.

Da vores sample var relativt lille, er det ikke muligt at generalisere de kvalitative fund til alle i projektet, eller folk i andre projektformer.

Den interviewede gruppe indeholdt ikke dem, der er forsvundet ud af systemet. Temaerne og oplevelserne, som de interviewede gav udtryk for, kan derfor kun ses i relation til netop de brugere, vi interviewede, som var brugere der stadigvæk aktivt er tilknyttet behandlingssystemet i Københavns Kommune. Vi kan ikke sige med sikkerhed om deres oplevelser matcher dem, der nu er udskrevet eller fraflyttet. Brugere, der er stoppet på X-felt tidligere end lukningsperioden, har f.eks. ikke oplevet den sidste del af at være del af et lukningstruet projekt, og deres helhedsoplevelse af X-felt kunne derfor tænkes at være en anden. Det er også muligt, at der er brugere, som ikke har bifaldet den ekstra tætte kontakt, der var brugerne imellem og mellem brugere og personale på X-felt, måske netop blandt de brugere, der ikke længere er i systemet.

Informanterne var meget vidende om behandlingssystemet. De tillagde, uden at interviewererne havde nogen særlig viden derom, administrative og økonomiske faktorer i forbindelse med X-felt en betydning, og så altså langt ud over deres egen umiddelbare kontakt med et behandlingssted. Der

er i sagens natur tale om informanter, der har haft længerevarende kontakt med behandlingssystemet (da der er tale om den lille gruppe, der stadig er i behandling fem år efter indtag). Omvendt betyder det ikke, at deres pointer ikke kan være gode nok.

### **Kvalitetsudvikling og projektorganisering**

Vi har brug for metoder til at kvalitetsudvikle og afprøve nye modeller inden for behandling af stofmisbrug, både for at kunne inkorporere ny viden, og for at kunne tilpasse behandlingssystemet til nye samfundsmæssige behov.

Der er tre måder, man hyppigt kvalitetsudvikler: den ene er inden for rammerne af de eksisterende institutioner, hvor man laver kvalitetsudviklingen som opkvalificering af personale, afprøver en arbejdsmodel, og evaluerer. Den anden er, at man skaber særlige rammer for kvalitetsudvikling i form af et projekt med egne fysiske og organisatoriske rammer. Den tredje er, at man omorganiserer de eksisterende ydelser og flytter funktioner rundt mellem forskellige fysiske afdelinger for at skabe andre arbejdsgange.

I tilfældet X-felt blev klinikkens særlige arbejdsform videreført en tid efter, at projektmidlerne var løbet ud, og derefter endeligt lukket. Ser vi alene på frafaldet, synes det som om, dette frafald primært skete i forbindelse med den endelige lukning af X-felt. Ser man omvendt på klienternes beskrivelse, vægter de også begivenhederne i hele perioden, fra de først kommer ind i X-felt, til klinikfunktionen ophører.

### **Hvordan oplevede brugerne X-felt**

X-felt var primært et eksempel på den midterste model, altså skabelse af særlige rammer for et projekt, hvor udviklingen kunne finde sted. På X-felt lykkedes det at skabe en særlig stemning, hvor informanter følte sig mødt og støttet.

De vurderede X-felt højt, og de beskrev væsentlige aspekter af X-felts behandling, sådan som de havde været tænkt af projektet fra begyndelse. X-felt blev af brugerne generelt oplevet som et behandlingstilbud med nærhed og omsorg, koblet med fleksibilitet og individualisering. At give et sådant tilbud til alle i substitutionsbehandling ville måske være noget nær det ideelle.

Men brugernes oplevelse er også, at denne læring ikke har rodfæstet sig i behandlingsarbejdet, der hvor de nu er.

De oplevede også, at projektet gradvist forfaldt, for til sidst at blive lukket, og oplevede svigt og tab i denne forbindelse.

Det ser således ud til, at blandt de interviewede personer, der deltog i undersøgelsen, var oplevelsen af at være en del af et projekt som X-felt ik-

ke er entydig. Brugere skelner mellem at være del af projektet før og efter lukningsfasen. Dette er en interessant drejning, som vi ikke havde forventet, før undersøgelsen blev sat i værk. Vores hovedinteresse var forud for indsamlingen, hvorledes forskellen på projektbehandlingen og standardbehandlingen oplevedes af brugerne, og at få data på hvor brugerne, der havde deltaget i projekt X-felt, er henne i dag.

Også den store mængde af udskrivelser i 2006, året hvor X-felt endeligt blev afviklet, og personalet forsvandt, tyder på, at et eller andet skete i denne her periode, og vi kunne have en formodning om, at andre også har oplevet brydningsperioden som vanskelig, ligesom de informanter vi talte med, men af gode grunde ved vi ikke, hvilke oplevelser netop disse andre udskrevne havde.

Hvilke konsekvenser har disse oplevelser i forhold til behandling, hvis de overhovedet har nogen? Vi kan ikke sige det ud fra de data, vi har til rådighed her, men det kunne tænkes, at det først at opleve en tæt personlig kontakt, for derefter 'uden grund' at skulle overgå til en mindre tæt kontakt til ens behandlere, ikke er en støtte til samarbejdet mellem misbrugeren og 'systemet'. Hvis 'systemet' det ene øjeblik lover 'guld og grønne skove' – eller i dette tilfælde med X-felt som en familiær base – og det næste tager disse interaktionsformer væk igen, kunne det forstærke en forestilling om 'systemet' som noget, man ikke kan stole på, rettere end det der er godt at læne sig op af i svære tider.

### **Hvad var X-felt godt for**

X-felt viste resultater først og fremmest på de psykosociale aspekter ved klienternes situation, ikke på kriminalitet og misbrug (Pedersen, 2005). Deltagernes livskvalitet uden om misbruget øges i perioden, hvor projektet kører velfungerende. X-felt betød, at der blev skabt erfaringer, som kan bruges andre steder, men det er ikke åbenbart, at netop disse klienter oplever, at disse erfaringer bruges i dag.

### **Hvad er konsekvenserne af projektmetoden**

En stor del af kvalitetssikringen af både socialt og sundhedsfagligt arbejde i nyere tid sker igennem stadigt stigende krav til måling og dokumentation af resultater. Der har været meget kritik mod den stigende fokus på måling og dokumentation for at øge mængden af bureaukrati på bekostning af den almindelige hverdagspraksis. Projekter udgør – i hvert fald til dels – et alternativ til disse måder at kvalitetsudvikle. I projekter er det muligt at bevæge sig uden for rammerne, overskride reglerne, og definere sine egne mål og midler – men samtidig udsættes den enkelte for en sårbarhed, og sættes menneskets situation på spidsen, kan man sige, at man som menneske risi-

kerer at ende med at være uden mulighed for at orientere sig: hvad er mine mål, og hvad er mine forpligtelser (Jensen, 2007).

De fund, der er gjort i denne undersøgelse, rejser visse spørgsmål til hensigtsmæssigheden af projektbaserede forsøg, hvis man ser det fra brugers perspektiv.

Interviewene peger på en væsentlig overset pointe inden for projektarbejde, nemlig at et projekt ikke kun er en mulighed for at modtage en ekstra service eller udvidet behandling, men at der også kan være aspekter ved denne form for organisering af behandlingstilbud, som er negative for de involverede. Navnlige en følelse af tab når projektet lukkes ned, samt en kaotisk og turbulent tid mens projektet er under afvikling.

### *Personalets situation*

Hvordan faldt projektet gradvist fra hinanden? En afgørende faktor er formentlig personalets situation i den sidste del af projektforsøget.

I denne situation underlægges medarbejderne et åbenlyst pres. Medarbejderne må nødvendigvis overveje at orientere sig andre steder hen, når projektets planlagte afvikling nærmer sig, søge anden beskæftigelse, og de bliver stadig mere bevidste om, at projektet har fremtiden bag sig. I denne periode er medarbejderne på en arbejdsplads, hvor de ved, at de med stor sandsynlighed skal til at søge andet job, eller i det mindste arbejde på en anden måde, end de har gjort hidtil. Det bliver en udfordring at opretholde engagement og interesse i brugerne.

Nøglemedarbejdere forsvinder, enten fordi de søger hen til et nyt projekt, eller fordi de skal tage del i evalueringen af projektet. Rekruttering af nye medarbejdere besværliggøres, fordi stillingerne i sagens natur bliver af kortere og kortere varighed, jo mindre tid der er tilbage af projektperioden.

### *Klienternes behov*

I denne sammenhæng er det vigtigt at gøre sig klart, hvilken målgruppe man arbejder med. Arbejder man med en målgruppe, hvor det er naturligt og rimeligt, at indsatsen er tidsbegrænset, så sker der ikke nødvendigvis noget ved, at indsatsen organiseres som et tidsbegrænset projekt. Det kunne gælde undervisningssystemet eller behandling af mere kortvarige tilstande, som alkohol- og stofmisbrug, som typisk er noget, man slås med i en periode, hvor behandlingens mål bliver at gøre denne periode så kort, og så lidt belastende som muligt.

Klienter i substitutionsbehandling har brug for langvarig behandling, og vedvarende opfølgning. Substitutionsbehandling skal ikke betragtes som en tidsbegrænset indsats, der vil have langvarige resultater efter afsluttet behandling, men som behandling af en kronisk tilstand (McLellan, 2002).

Man kan sammenligne med mange somatiske og andre psykiatiske tilstande. Der ses bedring, undertiden en radikal og varig bedring af symptomerne, undertiden med og undertiden uden behandling. Men det forventelige og normale for den store gruppe af klienter er et varigt eller regelmæssigt tilbagevendende behov for behandling.

Når projekter så tilrettelægges med en tidsbegrænset afprøvningsperiode efterfulgt af evaluering, så står en stor del af klienterne med et problem. Ud over at slås med deres misbrugsproblemer, må klienterne også være forberedt på svingende serviceniveau, og potentielt at skulle forholde sig til behandling et helt nyt sted.

Der er derfor en del overvejelser, man bør gøre sig, før et projekt startes. Blandt andet om det er det værd at lave et projekt, der muligvis skal lukkes igen efter et stykke tid med risiko for at tabe brugerne på gulvet. Det bør i hvert fald gøres klart fra starten over for brugerne, at der er tale om et midlertidigt projekt, der kun muligvis kan fortsætte, således at det oplevede tab kan mindskes, når projektet skal afvikles. Derudover bør det overvejes, hvordan en eventuelt afvikling skal forløbe, så der ikke opstår en alt for lang og uholdbar situation. De politiske vinde skifter, og det kan være svært at forudsige, om projekter får lov til at fortsætte. Det gælder altså om at tænke i nye baner, og ikke bare tænke projektbaserede forsøg som gode per se, men at vurdere hvornår de har deres berettigelse, og hvilke omkostninger de kan have for brugerne.



## **Anbefalinger med hensyn til gennemførelse af kvalitetsudviklingsprojekter**

Undersøgelsen giver anledning til en række anbefalinger med hensyn til, hvad man bør tage stilling til inden gennemførelse af kvalitetsudviklingsprojekter.

### **Skal projektet gennemføres som en selvstændig institution eller inden for en eksisterende institution?**

Der er som nævnt i indledningen en række fordele ved at gennemføre projektudvikling i en særlig institution – det er muligt at rekruttere særligt motiveret personale, man undgår en vis organisatorisk inertie og modstand mod forandring. Man kan også, som tilfældet var i X-felt, indrette de fysiske rammer, så de passer til projektets særlige profil.

Men disse fordele bør afvejes mod de ulemper, som kan ligge i at oparbejde projektet som en særlig institution med egne rammer. Det drejer sig om problemer med vidensoverførelse (Fogh Andersen, 2007), og det at man efter gennemførelse af projektet skal overføre klienterne til det almindelige system, og dermed flytte deres behandling rent fysisk.

### **Information om projektets status**

Gennemføres som her et tidsbegrænset projekt, som drejer sig om at give klienter en særlig god service, er det særlig vigtigt ikke at give deltagerne løfter om fortsættelse af projektet, som man ikke kan overholde. Det forekommer problematisk, at klienterne har fået indtryk af, at hvis behandlingen viste gode effekter, så ville projektet fortsætte, men at de – til trods for hvad de oplevede som gode erfaringer – kunne se projektet blive gradvis ændret i retning mod en normalisering, og derefter lukket.

Denne oplevelse kunne være mindsket, hvis klienterne havde været gjort klart, at den bedre service var baseret på de midler, som var tilgængelige til finansieringen af X-felt projektet.

### **Udarbejd planer for hvordan erfaringerne fra projektet skal overføres til den almindelige service**

Et slående træk ved de kvalitative interview var, at interviewdeltagerne fremhævede en række elementer ved behandlingen på X-felt, som de ikke genfandt i deres aktuelle behandling. Selv om disse erfaringer ikke nødvendigvis lader sig overføre til almindelige metadonklinikker, blandt andet på grund af den større størrelse som disse har, kunne andre erfaringer være overført med held.

## **Planlæg afviklingsfasen af projekter**

I dette projekt blev det tydeligt observeret, at afviklingen af projektet blev oplevet som en negativ proces af klienterne. En række faktorer i denne afvikling kan man overveje, inden projektet gennemføres. Eksempelvis kan man forudsige en omorientering fra selve projektets arbejde imod evaluering. Det betyder, at man må afsætte ressourcerne til denne evaluering selvstændigt, og sætte andre ressourcer ind i forhold til klienterne. Det gælder også behovet for, at medarbejderne kan vide, hvad de skal efter projektet. Eventuelt kan man forsøge at finde funktioner, hvor de samme medarbejdere kan fortsætte i den samme organisation, så de ikke behøver bruge alle deres ressourcer i denne fase til at søge væk fra projektet.



## Referencer

- Asmussen, V. & Kolind, T. (2005). *Udvidet psykosocial indsats i metadonbehandling: Resultater fra en kvalitativ evaluering af fire metadonforsøgsprojekter*. Århus: Center for Rusmiddelforskning.
- Calsyn, D. A., Saxon, A. J., Bush, K. R., Howell, D. N., Baer, J. S., Sloan, K. L., Malte, C. A. & Kivlahan, D. R. (2004). The Addiction Severity Index medical and psychiatric composite scores measure similar domains as the SF-36 in substance-dependent veterans: concurrent and discriminant validity. *Drug and Alcohol Dependence*, 76(2), 165-171.
- Hesse, M. (2006). The Beck Depression Inventory in patients undergoing opiate agonist maintenance treatment. *British Journal of Clinical Psychology*, 45(Pt 3), 417-425.
- Hesse, M. & Pedersen, M. U. (2007). Easy-access services in low-threshold opiate agonist maintenance. *International Journal of Mental Health and Addiction*, DOI: 10.1007/s11469-007-9084-6.
- Hesse, M., Vanderplasschen, W., Rapp, R. C., Broekaert, E. & Fridell, M. (2007). Case management for persons with substance use disorders. *The Cochrane Library*(4).
- Jensen, A. F. (2007). *Projektsamfundet*. Upubliceret ph.d.-afhandling, Københavns Universitet, København.
- McLellan, A. T. (2002). Have we evaluated addiction treatment correctly? Implications from a chronic care perspective. *Addiction*, 97(3), 249-252.
- McLellan, A. T., Luborsky, L., Cacciola, J., Griffith, J., Evans, F., Barr, H. L. & O'Brien, C. P. (1985). New data from the Addiction Severity Index. Reliability and validity in three centers. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173(7), 412-423.
- Pedersen, M. U. (2005). *Heroinafhængige i metadonbehandling: Den medicinske og psykosociale indsats*. Århus: Center for Rusmiddelforskning.
- Petersen, H. (2005). *Mål, midler og kvalitet i stofmisbrugsbehandlingen*. Københavns Kommune: Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen.